

# PSICODIAGNÓSTICO Y PSICOTERAPIA: REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN DESDE LA TERAPIA CONSTRUCTIVISTA INTEGRADORA

## PSYCHODIAGNOSTICS AND PSYCHOTHERAPY: A CONSTRUCTIVIST INTEGRATIVE APPROACH TO PRACTICE, TRAINING AND RESEARCH

**Luis Botella García del Cid**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3794-5967>

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna  
Universitat Ramon Llull. Barcelona. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Botella, L. (2021). Psicodiagnóstico y psicoterapia: Reflexiones sobre la práctica, formación e investigación desde la terapia constructivista integradora. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 55-65. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.857>

### Resumen

*Este trabajo aborda una lectura desde una posición constructivista integradora de las implicaciones de un Modelo Médico y sus alternativas en la evaluación del malestar que trae a los clientes a psicoterapia. A su vez, elabora las principales implicaciones de dicha alternativa para la práctica, investigación y formación en psicoterapia.*

*Palabras clave: terapia constructivista integradora, psicodiagnóstico, modelo médico, investigación en psicoterapia, formación en psicoterapia.*

### Abstract

*This paper addresses an integrative constructivist approach to the implications of a Medical Model and its alternatives in the assessment of the distress that brings clients to psychotherapy. In turn, it elaborates the main implications of this alternative for psychotherapy practice, research and training.*

*Keywords: integrative constructivist therapy, psychodiagnosics, medical model, psychotherapy research, psychotherapy training.*



La historia de la psicoterapia ha estado desde su inicio traspasada por la concepción de esta como un *tratamiento* dirigido a la *curación* de *trastornos* de naturaleza mental/psicológica. Si bien esta visión (Modelo Médico) obedece a buenas razones precisamente históricas, resulta cada vez más claro desde hace décadas cómo de problemática resulta también y cómo, a la vez que sirvió en gran medida para consolidar la psicoterapia como entidad con características propias, ha llegado luego a oscurecer algunas de dichas características, justamente las más psicológicas.

En síntesis, el Modelo Médico considera que (i) un *trastorno mental* tiene una causa única, (ii) dicha causa es orgánica y producto de una lesión cerebral debida a un defecto genético, metabólico, endocrino, infeccioso o traumático, (iii) su etiología orgánica es la responsable de los síntomas del cuadro clínico, (iv) el conjunto de síntomas permite el diagnóstico, y (v) que el tratamiento (por supuesto, farmacológico) se dirige a corregir su causa orgánica (véase por ejemplo Botella, 2021; Vallejo, 1985; Wampold e Imel, 2015).

La alternativa al estudio de los procesos psicológicos exclusivamente como manifestaciones de un sustrato biológico consiste en abordarlos como inherentemente vinculados a procesos de construcción de la experiencia. Nótese que lo segundo no niega lo primero, sino que lo contiene y complementa. Por ejemplo, aunque durante lo que socialmente denominamos *enamoramiento* se den cambios bioquímicos contrastables, eso no significa que el enamoramiento se reduzca a ellos. De hecho dichos cambios biológicos tienen que ser objeto de un proceso de construcción que los considere propios del enamoramiento para merecer tal nombre, y no por ejemplo de una intoxicación debido al consumo de alguna sustancia—en cuyo caso probablemente merecerían otro nombre.

Además, la mayoría de los procesos psicológicos (en contraste con los físicos/materiales/bioquímicos) no se pueden descomponer en “átomos/moléculas” con un referente último en la “realidad”. ¿Tendría algún sentido, por ejemplo, abordar el estudio de una emoción como el amor desde la perspectiva de reducirlo a sus manifestaciones o causas tangibles (ya sean biológicas o conductuales)? Adoptar este enfoque significa ignorar hasta qué punto el amor es definido y experimentado de manera diferente por cada cultura, en cada período histórico, y, probablemente, por cada uno de nosotros. Significa atribuir un estatus ontológico de existencia objetiva a algo que es, inevitablemente, una forma de discurso socialmente compartida para referirse a una experiencia muy subjetiva. En última instancia, representa un callejón sin salida que sólo conduce a situaciones irrelevantes o resultados desorientados.

El uso único e indiscriminado del DSM como criterio de diagnóstico clínico ha generado desde hace décadas debates que tradicionalmente han interpelado a posiciones teóricas como el constructivismo y a las terapias humanistas, narrativas, posmodernas... (y en general todas aquellas no alineadas con un modelo exclusivamente médico). Algunos de los temas clásicos que atraviesan esos debates son, por ejemplo, el del papel de los Tratamientos Empíricamente Validados, la preocupante deshumanización que comporta la estandarización de procedimientos y prácticas

terapéuticas e incluso la imposibilidad de entender la “realidad” clínica sin una visión teórica de la que partir—visión que puede perfectamente integrar más de una teoría (véase Botella, 2021).

En lo que sigue de este artículo me centraré en dos de los aspectos críticos del uso de manuales diagnósticos basados en un modelo médico en la práctica de la psicoterapia: la ignorancia de la naturaleza construida de tales categorías y el tipo de relación a la que conducen.

### **El DSM: ¿Verdad Imparcial o Construcción Humana?**

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales* de la American Psychiatric Association ha sido criticado en el pasado por su carencia de fundamento científico u objetivo y por depender de la negociación y el consenso como forma de establecer etiquetas diagnósticas. Tales críticas se fundamentan a menudo en ejemplos concretos y documentados de cómo una determinada etiqueta aparece o desaparece de ediciones consecutivas del DSM como resultado de presiones políticas o sociales. También mencionan frecuentemente la baja fiabilidad interjueces de algunos de los diagnósticos.

Sin embargo, Raskin y Lewandonsky (2000) observaban acertadamente ya hace años que tales críticas parten de la asunción implícita de que *puede haber una manera científica y objetiva de establecer etiquetas diagnósticas*; una forma que llevará finalmente a un elevado consenso interjueces.

Ellos adoptaban una línea de crítica diferente basada en la noción constructivista de que lo que llamamos “realidad” es inevitablemente un producto de procesos personales, sociales y culturales de construcción del significado y no de una reflexión neutral sobre el mundo “tal como es”.

Así, el DSM no es objetable por no ser lo bastante “científico u objetivo”, sino debido a las posiciones a las que su uso invita o bien que imposibilita. Particularmente, estos autores se oponían al uso de constructos diagnósticos con “derecho preferente”, es decir, a lo que en términos postmodernos se podría considerar un uso como narrativas totalizantes o como discursos que no dejan espacio a ninguna alternativa.

Esta es la clase de juego de lenguaje en la cual, una vez que alguien es etiquetado como “depresivo” (o cualquier otro término diagnóstico) deja de ser considerado y tratado como cualquier cosa aparte de “un depresivo”.

Demasiado a menudo ese uso preferencial y apropiativo del lenguaje del déficit hace que olvidamos que esa “depresiva” se llama Laura, que es una mujer de 55 años infelizmente casada cuya única hija está a punto de irse de casa para vivir con un hombre al que Laura no soporta, que se siente extremadamente sola porque su marido trabaja demasiado y que está haciendo frente a cambios significativos en su vida, incluyendo la pérdida de su trabajo, cuidar de su madre enferma y la muerte reciente y traumática de su único hermano en un absurdo accidente laboral.

Obviamente, la gente tiene historias que narrar sobre sí misma, pero las cons-

trucciones diagnósticas se convierten demasiado a menudo en una trampa mortal para las narrativas. Una vez se ha apoderado de la identidad, la etiqueta diagnóstica consigue atrapar a la persona en una historia de la que no le será fácil escapar.

Y como muestra un botón... esta crítica al uso despersonalizador de las etiquetas diagnósticas se hace patente en la carta que Harlene Anderson (1997) incluyó en su libro sobre un enfoque postmoderno de la terapia y en la que una madre se dirige al personal médico encargado de la gestión del tratamiento de sus dos hijas para hacerles entender su frustración:

### **¿Por Qué No Nos Ha Ayudado la Terapia Familiar?**

*La anorexia tiene tanto un aspecto psicológico como uno físico y es necesario tratar los dos a la vez. Los métodos que han usado con nuestras niñas para hacer que coman mejor son en su mayoría desorientados, están mal planteados y a veces parecen incluso bastante malintencionados, y han conseguido más de una vez hacer que las cosas fuesen peor que antes. Han causado tanta frustración, desesperación, angustia y resignación que la terapia tenía que centrarse en gran medida en estas cuestiones mientras los demás aspectos eran pasados por alto.*

*Con demasiada frecuencia nuestras hijas han sentido que sus opiniones no eran importantes, que nadie estaba preparado para escucharlas y trabajar con ellas en lugar de a través de nosotros [los padres]. Les hubiese costado mucho menos sufrimiento (a ellas y a nosotros) si se hubiese dedicado más esfuerzo a tratar de influir en su propia motivación, intentando explicar los peligros de la enfermedad, no de forma vaga sino muy concreta. Cooperen con la parte sana de las niñas, felicítenlas por sus éxitos, no las humillen y no les muestren tan abiertamente su desagrado. Sean firmes; ellas se dan cuenta de eso, se lo prometo, pero no crueles. Pongan facilidades para que crezca su respeto por ellas mismas. Si no tienen un deseo muy fuerte de mejorar no lo conseguirán. Creo que una actitud más flexible hubiese sido útil en el trabajo con nuestra familia. A veces hubiese sido mejor hablar con todos nosotros, a veces con uno o dos... Estoy convencida de que ese método nos hubiese ido mucho mejor. El hecho de que estén las dos enfermas a la vez hace nuestra situación mucho más que doblemente difícil de lo que hubiese sido si sólo hubiésemos tenido a una de las niñas enfermas. Creo que eso hubiese tenido que llevar al personal médico [y a los terapeutas] a pensar dos y tres veces si sus métodos eran realmente buenos para nuestra familia. Me hubiese gustado ver más humildad, inventiva e ingeniosidad en el tratamiento. Tenemos la sensación de que [los terapeutas] tenían una teoría y nos querían hacer encajar en ella, sin importar cómo se nos aplicaba, y de la misma forma tenían un método que han aplicado con nosotros con alteraciones mínimas a pesar de que se mostraba equivocado una y otra vez.*

*En resumen, intenten escuchar a nuestras niñas. No es imposible hablar con ellas. Somos muy conscientes de que en ocasiones es realmente difícil llegar a ellas, pero tienen que intentarlo. Da sus frutos al cabo de un tiempo y, en el peor de los casos, al menos se habrán ganado su confianza y eso es mucho... Tendrían que hablar con gente en la que puedan confiar, es decir, gente que las vea como seres humanos con un sentimiento de orgullo, justicia, integridad y dignidad.*

*Intenten escucharnos a nosotros [los padres]. Por supuesto el personal médico nunca se negó a escucharnos y hablar con nosotros, pero eso fue hasta que nuestra hija mayor cumplió 18 años, y desde entonces todo fue silencio... Muchas veces hemos tenido la sensación de que los médicos escuchaban lo que querían oír y pasaban por alto lo demás sin comentarios. En el mejor de los casos [lo que decíamos] era ignorado porque era poco interesante, imposible o se consideraba que eran tonterías muy sospechosas porque quienes lo decíamos éramos unos padres incompetentes totalmente controlados por sus hijas, y en consecuencia por su enfermedad. Pero conocemos a nuestras hijas mucho mejor que nadie. Conocemos sus reacciones y sus sentimientos... sabemos cuándo se puede confiar en ellas mucho mejor que cualquier enfermera o médico.*

*Lo he intentado. He visto a otra gente intentarlo. La mayoría de las veces he fracasado. Pero al menos he intentado aprender de mis errores, cosa que de momento no he visto que haga el equipo médico ni los terapeutas.*

### **Evaluación Psicológica:**

#### **¿Diagnóstico Médico o Diálogo Transformativo?**

La distinción rígida entre *diagnóstico* y *tratamiento* es sin duda útil y significativa desde el modelo médico, pero resulta problemática desde una comprensión psicológica del cambio humano. De hecho, toda la psicoterapia podría considerarse una tarea *diagnóstica* (de comprensión, exploración y (re)construcción) y a la vez está muy comprobado que la propia evaluación de dimensiones psicológicas genera cambio en ellas, difuminando así la noción médica tradicional de que el *diagnóstico* y el *tratamiento* son procesos netamente separados que sólo pueden llevarse a cabo con éxito uno después del otro.

Siguiendo un enfoque influido por el constructivismo radical de Maturana y Varela—aunque no exclusivamente—y fuertemente fundamentado en una visión constitutiva y social del lenguaje, Efran y Cook (2000), por ejemplo, propusieron que la psicoterapia fuese considerada un ejercicio de honradez (inter)personal. Plantearon que lo que trae a los clientes a terapia no es necesariamente ningún tipo de “deficiencia” o síntoma de enfermedad mental, sino conflictos interpersonales disfrazados y mantenidos por ambigüedades lingüísticas.

Esa perspectiva es en cierto modo paralela al concepto de Wittgenstein de “juegos de lenguaje”; formas lingüísticamente mediadas de pautar las relaciones

y acciones conjuntas.

En el trabajo terapéutico da la sensación a veces de que algunos clientes se están “haciendo trampas” en vez de jugar a sus juegos de lenguaje honestamente. Por supuesto, tal engaño puede exigirles que se mientan a sí mismos tanto o más que a los demás.

La tarea de los terapeutas sería así la de utilizar sus habilidades conversacionales deconstructivas y reconstructivas para identificar y poner en cuestión las confusiones e “hipocresías lingüísticas” de sus clientes y ayudarles a reconstruirlas. La terapia se convierte en un diálogo claro y directo orientado al fomento de la honestidad con uno mismo y los demás, a dejar de negar o fragmentar aspectos significativos de la experiencia, a asumir la responsabilidad sobre las propias opciones, preferencias y acciones. Vista así, la psicoterapia pasa de una “curación médica” a una conversación liberadora y renovadora.

Otra manera de deconstruir y problematizar el límite rígido entre “diagnóstico” y “tratamiento” es la que se planteaban por ejemplo Johnson et al. (2000). En este caso, su propuesta se basaba en la noción clásica de George Kelly de “diagnóstico transitivo” (véase también Botella, 2021), es decir, su idea de que las etiquetas diagnósticas no se deben utilizar como “casilleros nosológicos” sino como formas creativas y dinámicas de tender puentes entre el presente del cliente y su futuro para permitir que el terapeuta tome una parte activa en ayudar al cliente a construir tales puentes y a cruzarlos con seguridad.

Se pueden así integrar toda una serie de dimensiones para tener en cuenta si se quiere plantear el diagnóstico como transición: cuestiones *evolutivas* y *estructurales*, dimensiones *interpersonales* de la construcción de significado y componentes *vivenciales*.

### **Implicaciones para la Psicoterapia**

Todo lo antedicho no afecta únicamente al ámbito de la *psicopatología* y el *psicodiagnóstico*, sino que tiene implicaciones muy directas para la práctica de la psicoterapia, especialmente desde la óptica del tipo relación a la que invita y, a su vez, de las que imposibilita. En este sentido, por lo que respecta a las visiones del rol del cliente en la relación terapéutica, y al margen de los matices que provienen de las diferencias entre orientaciones teóricas, se pueden distinguir dos grandes concepciones: una consiste en posicionar al cliente en un rol básicamente pasivo de *receptor de un tratamiento*; su alternativa, por el contrario, concibe al cliente como un *agente activo del cambio terapéutico*.

En su trabajo clásico, Bohart y Tallman (1999) identificaron las premisas básicas de la primera de ambas concepciones (la del paciente como receptor pasivo de un tratamiento) centrándolas en las que sintetizo a continuación.

a. En la etapa inicial de la relación terapéutica la función del paciente es básicamente la de interferir lo menos posible en el proceso diagnóstico que el terapeuta establezca; es decir, el paciente debe aportar al terapeuta la información

más objetiva, veraz y completa posible y someterse con su mejor disposición a los procedimientos requeridos por el proceso diagnóstico tal como el terapeuta lo considere conveniente.

b. Por lo que respecta al tratamiento, y una vez establecido un diagnóstico diferencial objetivo, la función del paciente es la de cumplir con las prescripciones del terapeuta. La negativa u oposición a hacerlo así es equiparada a resistencia destructora del tratamiento y contemplada como un obstáculo serio a superar o vencer como precondition para que el tratamiento surta efecto.

c. Las variables del paciente tales como su personalidad, motivación o recursos psicosociales se consideran, en el mejor de los casos, como placebos que, si influyen en el resultado del tratamiento, es debido a la sugestionabilidad del paciente o a su reactividad a ingredientes inespecíficos no activos.

En cuanto a la segunda de las concepciones a las que me refería en el primer párrafo de este apartado, es decir la del cliente como protagonista del cambio terapéutico, Bohart y Tallman (1999) la resumieron en las premisas que siguen.

a. El cliente no sólo no es un receptor pasivo de un tratamiento, sino que es el principal agente activo del cambio (con una contribución al posible éxito o fracaso final de este mayor incluso que la del terapeuta y la del propio tratamiento). En este sentido las técnicas no “hacen” nada al cliente; es más bien el cliente quien hace uso de la técnica si ésta se ofrece en el contexto de una relación terapéutica facilitadora.

b. Desde este punto de vista, el cambio terapéutico se da sobre todo en la vida cotidiana, y no sólo en la sesión de terapia. No hay duda de que el cliente lleva a cabo procesos de cambio importantes y significativos durante la sesión, pero tampoco de que estos tendrían poco o ningún efecto si no fuese porque están fundamentados en los cambios que está realizando en los patrones conductuales, cognitivos, emocionales y relacionales que caracterizan su vida diaria fuera del contexto terapéutico.

c. En consecuencia, las variables del paciente a las que nos referíamos anteriormente (por ejemplo, personalidad, motivación o recursos psicosociales) se contemplan como esenciales para el éxito del cambio terapéutico, dado que son precisamente la base de la posible transferencia de los procesos intra-sesión a la vida cotidiana del cliente.

Tal como se sintetiza en Botella (2021) a pesar de las pretendidas diferencias en los ingredientes activos de los diferentes tratamientos psicoterapéuticos (fruto en ocasiones de concepciones teóricas divergentes) ningún modelo teórico ha demostrado hasta ahora superar a todos los demás en términos genéricos por lo que respecta a la eficacia de la terapia inspirada en sus principios. Eso hace pensar que todas las formas de psicoterapia que han demostrado su eficacia funcionan debido sobre todo a factores comunes entre ellas. Ahora bien, ¿en qué consisten dichos factores y cuál es el papel del cliente en ellos?

De entre los factores que explican el cambio terapéutico (véase Botella, 2021), al menos un 85% implican activamente al cliente. Así, un 40% de dicho cambio se

explica por el efecto de factores que corresponden al cliente (por ejemplo, variables de personalidad) y a su entorno (por ejemplo, acontecimientos fortuitos o apoyo social) y que contribuyen a su mejoría independientemente de su participación en la terapia. Un 30% por factores comunes a todas las terapias independientemente de su orientación teórica entre los cuales aparecen de nuevo características del cliente. Un 15% por las expectativas del cliente respecto a la ayuda que recibe y/o credibilidad de la terapia tal como la percibe.

Es más, en la mayoría de los estudios se encuentra una relación positiva significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia—independientemente de la orientación teórica, formato o duración de esta. La calidad de la alianza terapéutica (o falta de ella) permite predecir los abandonos prematuros del tratamiento. Estos resultados se cumplen especialmente cuando la alianza es evaluada por el cliente, es decir, cuando es su vivencia subjetiva de la relación la que se evalúa. Teniendo en cuenta que la alianza terapéutica se define como combinación de acuerdo sobre objetivos de la terapia, acuerdo sobre las tareas relevantes para el cambio y vínculo emocional seguro entre terapeuta y paciente, de nuevo la contribución del cliente resulta obviamente fundamental.

Así, las variables del paciente que más contribuyen al establecimiento de una buena alianza han demostrado, de nuevo, ser factores relacionados con características del cliente como persona (calidad de sus relaciones sociales y familiares, motivación, expectativas, actitudes, estilo de apego).

Ante toda esta evidencia parece mucho más fundamentada la visión de la psicoterapia como relación de construcción colaborativa y el cliente como protagonista activo del cambio terapéutico que la de la terapia como relación de autoridad asimétrica y el cliente como receptor de un tratamiento. En este sentido Hubble et al. (1999) sugirieron que de lo anterior se derivaban una serie de implicaciones clínicas para tener en cuenta en la práctica de la terapia.

En primer lugar, y dada la importancia de los factores del cliente, estos deberían potenciarse todo lo posible en el curso de la terapia. En este sentido, *el centro de atención del terapeuta debería ser precisamente el cliente*, y no exclusivamente sus problemas o patología que demasiado a menudo ocupan nuestra atención más que la persona del paciente que las experimenta. Por otra parte *debería validarse todo lo posible la contribución del cliente al cambio terapéutico*, otorgándole el papel de “héroe de la terapia” del que la investigación le hace merecedor. Además, *la terapia debería estar claramente orientada hacia la comprensión (y ampliación) de su visión del mundo*, no exclusivamente a la aplicación de una serie de técnicas y procedimientos estandarizados basados en un paciente prototípico que no existe fuera de los manuales.

En cuanto a los factores de la alianza terapéutica, y dada su fuerte contribución al éxito de la terapia, deberían potenciarse al máximo adaptando la terapia al estilo relacional del cliente, *aceptando sus metas terapéuticas (siempre que sean éticas, legales y razonables) e incluyendo al paciente o a la familia en la toma de*

*decisiones cuando eso no comporte un dilema ético.*

Por lo que respecta al efecto de las expectativas del cliente (el quizá mal llamado “efecto placebo”), deberían también ser potenciadas por el terapeuta. Eso implica, entre otras cosas, *crear en la capacidad de cambio del cliente y en la propia competencia como terapeuta*. Así mismo, *orientar la terapia hacia la construcción de un futuro más esperanzador* es una forma de mantener esas expectativas, igual que lo es *validar y afirmar el control personal del cliente sobre sus circunstancias en la medida de lo posible*.

Finalmente, es deseable potenciar la eficacia de las técnicas—que, si bien no tienen la exclusividad sobre el éxito final de la terapia que algunas orientaciones les atribuyen, han demostrado ser importantes al menos en un 15% de dicho éxito. Para ello *es importante que el terapeuta se guíe por modelos teóricos que le aporten estructura y foco a sus hipótesis e intervenciones*, aunque dichos modelos no tengan porque ser ortodoxos y puedan perfectamente provenir de la integración teóricamente coherente y técnicamente ecléctica de diferentes tradiciones. Precisamente dicha actitud integradora es la que permite adaptar la teoría al cliente, no el cliente a la teoría, potenciando aún más el efecto de las técnicas. Es más, *es aconsejable emplear las técnicas al servicio de los factores comunes a las diferentes terapias*, pues muy probablemente sean estos los auténticos ingredientes activos del tratamiento, por paradójico que pueda parecer desde una lectura exclusivamente biomédica de la psicoterapia.

Está claro que la psicoterapia es una actividad humana estructurada en relaciones interpersonales, relaciones que tratan de fomentar el crecimiento y desarrollo personal. En este sentido, no puede ser ajena a otras disciplinas relativas a la experiencia humana. No se puede descontextualizar de su entorno social, histórico, cultural y político.

La psicoterapia constituye un dominio avanzado del conocimiento, con una multiplicidad de enfoques teóricos y aplicados, pero también con hallazgos básicos derivados de la investigación. La investigación en psicoterapia exige una multiplicidad metodológica para superar los límites del punto de vista positivista tradicional, pero también debe ser capaz de integrar los resultados provenientes de la investigación cuantitativa. En este sentido es muy relevante la integración cada vez mayor de investigación de procesos y no sólo de resultados. Además, los resultados de la investigación deben informar la práctica y la formación en psicoterapia. Esta es la única forma de superar la posición dogmática de algunos enfoques teóricos.

La práctica clínica y psicoterapéutica debe ser una fuente de retroalimentación para la investigación en psicoterapia. Ningún programa de investigación es relevante si no tiene implicaciones para la práctica clínica. Además, la práctica psicoterapéutica requiere una actitud intelectual, personal y técnica integradora que garantice que se incorpora lo mejor de nuestra disciplina al servicio de nuestros clientes. Esta actitud integradora no debe confundirse con el eclecticismo, es decir, con una combinación asistemática de técnicas epistemológicamente incompatibles,

sino que debería derivar del conocimiento de los principales modelos psicoterapéuticos contemporáneos.

La formación en psicoterapia requiere un conocimiento de teorías, métodos y técnicas, pero debe además fomentar una profunda reflexión experiencial sobre la propia implicación del psicoterapeuta en el proceso terapéutico. Facilitar un proceso de crecimiento y desarrollo entre los psicoterapeutas en formación es básico para una buena práctica y para la salud mental del psicoterapeuta.

Dado que la psicoterapia no es ajena a las actividades humanas en general, debemos reflexionar sobre las implicaciones a largo plazo de nuestros modelos de intervención. Desde un punto de vista ecosistémico, es obvio que las soluciones rápidas pueden derivar en un desequilibrio en un contexto más amplio. La psicoterapia considerada exclusivamente como una actividad de resolución de problemas en un contexto individual debería dar paso a reflexiones sistémicas más amplias para minimizar el riesgo de intervenciones iatrogénicas.

La práctica psicoterapéutica es una forma privilegiada de relación por la intimidad que implica, y precisamente por ello puede afectar a la estabilidad emocional del terapeuta. En este sentido, es recomendable involucrarse en prácticas de autocuidado como un medio para aumentar la calidad de nuestro propio rol profesional.

Desde el punto de vista de la psicoterapia como forma de relación que promueve el desarrollo humano, las cuestiones éticas adquieren un papel fundamental. La reflexión ética no puede ser ajena a la clínica y práctica psicoterapéutica. En un contexto cultural posmoderno, la crisis de las grandes metanarrativas tales como la Ciencia, el Progreso, el Bienestar o la Salud, exige una reflexión ética sobre cada una de nuestras intervenciones. Dada la creciente aceleración del cambio social en las últimas décadas, los futuros psicoterapeutas deben estar preparados para lidiar con problemas que actualmente resultan desconocidos. La preparación no puede provenir de un “enfoque de manual” sino de una profunda reflexión personal sobre los principios que guían nuestra actividad profesional más allá de cada caso particular.

Para finalizar este artículo, y como una renovación e invitación a una exploración entusiasta de una profesión que comporta un reto desafío continuo aunque gratificante y significativo, me gustaría utilizar las palabras de alguien que contribuyó a ella de forma muy determinante:

Al igual que aquellos a quienes pretenden servir, tanto los científicos como los profesionales deben reconocer tanto los límites como el potencial de su comprensión. Aquellos de nosotros que buscamos consolar y aconsejar a vidas humanas en progreso debemos, por tanto, estar atentos a nutrir nuestras propias esperanzas, así como aprender las lecciones de nuestros miedos y fracasos. Nuestra acción debe ser más que una retórica racional o estratégica; debe guiarse por un corazón informado. Para servir de la manera más valiosa a quienes buscan nuestro consejo, debemos también invitar y afirmar su valentía de ser. Sin tal coraje su compromiso y exploración quedan disminuidos, y son justo lo que constituye el pulso experiencial

de la vida humana. (Mahoney, 1991, p. 374-375)

## Referencias

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy* [Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia]. Basic Books.
- Bohart, A. C. y Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of active self-healing* [Cómo los clientes hacen que la terapia funcione: el proceso de autocuración activa]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10323-000>
- Botella, L. (2021). *La construcción del cambio terapéutico: terapia constructivista integradora en la práctica clínica*. DDB.
- Efran, J. S. y Cook, P. F. (2000). Linguistic ambiguity as a diagnostic tool [La ambigüedad lingüística como herramienta de diagnóstico]. En R. A. Neimeyer y J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 121–144). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10368-006>
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. y Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy* [El corazón y el alma del cambio: lo que funciona en la terapia]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11132-000>
- Johnson, T. J., Pfenninger, D. T. y Klion, R. E. (2000). Constructing and deconstructing transitive diagnosis [Construyendo y deconstruyendo el diagnóstico transitivo]. En R. A. Neimeyer y J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 145–174). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10368-007>
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy* [Procesos de cambio humano: los fundamentos científicos de la psicoterapia]. Basic Books.
- Raskin, J. D. y Lewandowski, A. M. (2000). The construction of disorder as human enterprise [La construcción del desorden como empresa humana]. En R. A. Neimeyer y J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. 15–40). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10368-002>
- Vallejo, J. (1985). Introducción (II). En J. Vallejo, A. Bulbena, A. González, A. Grau, J. Poch y J. Serrallonga (Eds.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 26-54). Salvat.
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2ª ed.) [El gran debate sobre la psicoterapia: la evidencia de lo que hace que la psicoterapia funcione]. Routledge.