



Paradigmas en Psicología Clínica:

Perspectiva intrapsíquica e interpersonal de modelos de intervención psicológica apoyados en la evidencia

**Paradigms in clinical psychology: Intrapsychic and interpersonal perspective
of evidence-based psychological intervention models**

**Dacia Yurima Camacho-Mata^{1*}, Luz Adriana Orozco-Ramírez¹,
José Luis Ybarra-Sagarduy¹ y Lidia Guadalupe Compeán-Ortiz²**

¹Universidad Autónoma de Tamaulipas. Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano, Centro Universitario Adolfo López Mateos, Ciudad Victoria, Tamaulipas, México, C.P. 87000.

²Universidad Autónoma de Tamaulipas. Facultad de Enfermería Campus Tampico, Centro Universitario Tampico-Madero, Tampico, Tamaulipas, México, C.P. 89140.

*Autor para correspondencia: psicdacia@gmail.com

Fecha de recepción: 7 de mayo de 2014 / Fecha de aceptación: 23 de marzo de 2015

RESUMEN

La psicoterapia está ampliamente influenciada por los conceptos teóricos de la psicología, tanto de corte individualista, que consideran la personalidad como un atributo del individuo (paradigma intrapsíquico), como de corte interpersonal (paradigma interpersonal), que consideran el efecto socioambiental en la personalidad. El objetivo del presente trabajo fue establecer las convergencias y divergencias de los aspectos teóricos y prácticos de los modelos terapéuticos: cognitivo conduc-

tual (paradigma intrapsíquico) y sistémico e interpersonal (la terapia sistémica y la terapia interpersonal). Estos paradigmas, lejos de oponerse, pueden compartir sus aportaciones y tener un beneficio en el ejercicio práctico. Por tal motivo, ahondar en las raíces de cada modelo para encontrar coincidencias a nivel epistemológico, permite la integración coherente y lógica de las teorías y técnicas de los diversos modelos, y así conformar un nuevo paradigma terapéutico, que potencialice los beneficios

de la psicoterapia en favor de los pacientes.

PALABRAS CLAVE:

Intrapsíquico, intrapersonal, terapia cognitivo conductual, terapia sistémica, terapia interpersonal.

ABSTRACT

Psychotherapy is largely influenced by psychological concepts. These include both individualistic views, which consider personality as an attribute of a person (intrapsychic paradigm), and interpersonal views, which consider the socio-

environmental effect on personality (interpersonal paradigm). The objective of this work was to review the convergence and divergence of theoretical and practical aspects of the cognitive behavioral model (intrapsychic paradigm) and the interpersonal and systemic models. These paradigms, far from being opposed, can share their contributions and have practical benefits. For this reason, looking at the roots of each model to find commonalities at the epistemological level allows the coherent and logical integration of both theories and techniques, forming a new therapeutic paradigm that enhances the benefits for patients.

KEYWORDS:

Intrapsychic, intrapersonal, cognitive behavioral therapy, systemic therapy, interpersonal therapy.

INTRODUCCIÓN

En sus inicios, la psicoterapia se basó en los desarrollos teóricos aportados por la psicología de corte individualista, la cual considera la personalidad como un atributo del individuo (Brarda, 2007). Destacan las aportaciones teóricas de Sigmund Freud a la comprensión de los síntomas psicopatológicos, quien, en su intento por entender los fenómenos intrapsíquicos, desarrolló la teoría psicoanalítica, de la cual, sólo interesa mencionar su gran legado en el desarrollo de las distintas formas de psicoterapia.

Aunque Freud centraba su interés en los aspectos inconscientes en el trabajo con sus pacientes, nunca ignoró la importancia de los factores externos en el desarrollo del carácter (Ruiz, 2009); sin embargo, estos no tomaron relevancia sino hasta mediados del siglo XIX, cuando se empezó a considerar la influencia de lo socioambiental en la etiopatogénesis y evolución de los

trastornos mentales (Fernández y Sánchez, 2003).

Estas diferencias en la manera de comprender la etiología y evolución de los trastornos mentales, dieron lugar al desarrollo de los paradigmas intrapsíquico e interpersonal.

Un paradigma constituye un modelo o patrón aceptado por una comunidad, es decir, un conjunto de creencias, valores, técnicas y modos de comprender la realidad (González, 2005). Esta realidad es considerada por el paradigma intrapsíquico como un atributo interno, por tanto, busca las causas en variables intrínsecas como esquemas cognitivos, para comprender la manera cómo la persona se relaciona con su entorno, mientras que en lo interpersonal se pone énfasis en la causación externa de la conducta que, por tanto, vendría explicada por variables situacionales, llámense estímulo, situaciones o contexto social, siendo estas las que presumiblemente determinan la conducta humana (Robertson y col., 2008).

Dentro del campo conceptual de dichos paradigmas, se han desarrollado gran parte de los modelos teóricos que actualmente constituyen la base de las prácticas de evaluación e intervención de los profesionales en la psicología clínica.

En el presente trabajo se compara el modelo intrapsíquico con el interpersonal, contrastando la terapia cognitivo conductual (TCC) de corte intrapsíquico con dos terapias de corte interpersonal, como son la terapia familiar sistémica (TFS) y la terapia interpersonal (TI), ejemplificando los paradigmas, y presentándose las características generales de intervención en el trastorno depresivo. Para ello, se revisaron trabajos como el de Beck y Ellis, quienes son pioneros en la terapia cognitivo-conductual;

también el trabajo de Sullivan o Meyer, fundadores de la terapia interpersonal; y el trabajo de Bateson quien fundó las bases de la terapia familiar sistémica. El análisis incluye las aportaciones de otros autores, como es el caso de Elia Roca, Alfredo Whaley y Cibanal, quienes han estudiado y aplicado los fundamentos de estas teorías desde sus respectivas áreas de intervención. Estas terapias han demostrado eficacia en el abordaje de los diferentes trastornos psicológicos (Echeburúa, y col., 2010; Fullana, y col., 2012) y pueden compartir sus bondades para lograr un beneficio conjunto en el ejercicio práctico.

De lo intrapsíquico a lo interpersonal

La terapia cognitivo-conductual, al igual que otras formas de psicoterapia, se inspiró en las formulaciones teóricas de psicoanalistas como Lungwitz, Freud y Horney (Ruiz y Cano, 2009; Korman, 2011). Se considera, en forma general, que en el tratamiento de los trastornos mentales, conviene identificar y modificar las estructuras nucleares de la personalidad (Beck, y col., 2005), sin embargo, es importante considerar que existen diferencias en la visión de la naturaleza de dichas estructuras, ya que para el psicoanálisis son inconscientes y para el modelo cognitivo-conductual son en gran medida conscientes (Vázquez, 2003).

La terapia cognitiva propiamente dicha surge en los años sesenta, sus principales fundadores son Aaron Beck, padre de la terapia cognitiva y Albert Ellis, creador de la terapia racional emotiva. Ambos se iniciaron como psicoanalistas pero tenían especial interés por desarrollar una forma de psicoterapia más breve y efectiva utilizando técnicas de evaluación (Korman, 2013). Sus dos modelos de intervención terapéutica

destacan la influencia del pensamiento sobre las emociones (Rivadeneira y col., 2013).

En la obra "Terapia Cognitiva de la Depresión" (Beck y col., 1979), se dan a conocer distintas técnicas de abordaje terapéutico para la depresión, mismas que posteriormente Beck, a través de su trabajo en psicoterapia, trasladaría a los trastornos de ansiedad. Uno de los grandes aportes de este enfoque fue identificar las distorsiones cognitivas, tales como la generalización excesiva, el pensamiento todo o nada, la minimización y magnificación, que pueden generar consecuencias emocionales y conductuales negativas (Cabezas y Lega, 2006).

Ellis, por su parte, se interesó en la búsqueda de métodos más activos dentro de la teoría del aprendizaje y las técnicas de condicionamiento, lo que lo llevó a desarrollar, en 1955, un enfoque racional-emotivo de la psicoterapia y a publicar el modelo A-B-C del funcionamiento psicológico, donde expone que los trastornos emocionales derivan de pensamientos irracionales (Ruiz y Cano, 2009).

Por otro lado, la teoría interpersonal surge en los últimos años, como una alternativa a las teorías psicológicas existentes, para equilibrar la importancia otorgada a los fenómenos intrapsíquicos (Whaley, 2006). El máximo representante de esta teoría es Harry S. Sullivan, quien plantea que el "sí mismo" de una persona está constituido por las experiencias de aprobación y desaprobación de otras personas significativas (Valderrama, 2001), por tanto, el comportamiento anómalo del individuo es el resultado de las experiencias basadas en relaciones interpersonales entre los pacientes y sus personas más cercanas (Sloan y col., 2009). Otros autores como Meyer (1958), apoyaron esta teoría al considerar los trastornos mentales como un intento fallido de adaptarse al

ambiente, destacando la relación entre factores biológicos y psicosociales con la psicopatología.

A raíz del surgimiento del paradigma interpersonal, fundamentado en las teorías interpersonales de Sullivan, Meyer y otros autores como Fromm, surgen nuevas formas de tratamiento psicoterapéutico, entre ellas, la terapia familiar sistémica en la década de los años 50 (Cibanal, 2006), y la terapia interpersonal a finales de los años 60 (Ignacio y col., 2007). Esta última, fundada por Klerman y col. (1984), como una forma focalizada de terapia a corto plazo para el tratamiento de los trastornos depresivos, donde se toman en cuenta, además de factores genéticos, bioquímicos y de personalidad, la incapacidad del individuo para solucionar los problemas interpersonales.

La terapia familiar sistémica, por su parte, se apoya además en los planteamientos originales de Bateson (1972), quien tras considerar la mente como un conjunto de pautas de organización y autorregulación de cualquier sistema, advirtió que no era posible seguir considerando ésta como un proceso inherente al individuo, sino como un proceso social (Bateson, 1972); asimismo, aplica los conceptos de tres teorías principales: la teoría general de sistemas de Bertalanffy (1975), la teoría de la comunicación de Watzlawick (1980), y la cibernética de (Foerster, 1990); (Shade y col., 2009).

Es por eso, que en los modelos con enfoque interpersonal, el foco de atención ya no es el individuo, sino las características de la organización del sistema al que pertenece. El tratamiento se lleva a cabo dentro de los sistemas relacionales, donde a menudo no es necesario entender de dónde viene un problema como la depresión, sino entender qué está impidiendo que el problema

sea resuelto (Stratton, 2011). Esto significa trabajar con todos los miembros de la familia, sin importar si acuden todos a sesión o sólo alguno de ellos (Cibanal, 2006). De esta manera, las otras personas en la familia o grupo con relaciones estrechas, son un gran recurso para generar el cambio y para mantener los beneficios terapéuticos (Stratton, 2011).

Convergencias y divergencias entre los paradigmas intrapsíquico e interpersonal

En este apartado se revisan los supuestos teóricos de los modelos que emergen de un paradigma intrapsíquico: terapia cognitivo conductual (TCC), y de un paradigma interpersonal: terapia interpersonal (TI), y terapia familiar sistémica (TFS), con el fin de encontrar un espacio de convergencia entre ambos, más allá de que sus bases teóricas sean diferentes.

La TCC menciona que son los procesos cognitivos del paciente los que propician los problemas psicológicos, es decir, las interpretaciones erróneas del pensamiento originan emociones negativas y formas desadaptativas de conducta (Roca, 2012). Al hablar de procesos cognitivos en TCC, Beck se refiere a pensamientos específicos, tales como una interpretación ("está enojado conmigo"), una auto instrucción ("tengo que estudiar"), una autocrítica ("todo me salió mal") o incluso un deseo con contenido verbal ("quiero aprobar el examen") (Beck, 1963).

Se puede comparar la cognición con un iceberg, en el cual, se observa una parte superficial en la punta y una parte profunda que no se aprecia a simple vista, en el nivel superficial se sitúan los pensamientos automáticos, que son de fácil acceso a la conciencia y relativamente estables, ya que pueden evocarse ante una

situación determinada e inmediatamente después desaparecen, simplemente son destellos de ideas o imágenes (Vázquez, 2003). Si se supone que en estos momentos se encuentra una persona esperando a otra y ésta demora en llegar, probablemente se piense que algo malo le pasó durante el camino, incluso se viene a la mente la imagen del accidente o en el mejor de los casos puede pensar que se demoró por el tráfico. Estos pensamientos automáticos aparecen constantemente en la vida diaria y conducen a la persona a sentir y actuar de una u otra manera, es decir, si piensa “algo malo le pasó durante el camino” probablemente se sentirá preocupada y tratará de localizar a esta persona; por el contrario, si el pensamiento es “se demoró por el tráfico”, quizá se esté más tranquila y esperará a que regrese.

Lo interesante es preguntarse lo que hay detrás de estos pensamientos automáticos; ya que la respuesta lleva hasta el nivel más profundo del iceberg, es decir; las creencias, las cuales se forman desde etapas tempranas del desarrollo y se mantienen durante toda la vida. Las creencias son los conceptos que las personas tienen de sí mismas, del mundo y del futuro; determinan los procesos cognitivos y generalmente están relacionadas con temas como autonomía: “Nadie debe decirme lo que tengo que hacer”, valía personal: “Para ser valioso debo ser muy competente”, relaciones interpersonales: “No se puede confiar en nadie”, límites y normas: “Puedo hacer lo que quiera”.

Existen creencias profundas que las personas consideran como verdades absolutas, las adoptan incluso sin antes haberlas pasado por un filtro de selección, son rígidas en cuanto que no se cuestionan y determinan la forma en que las personas interpretan la realidad. Estas creencias se

denominan nucleares, ya que son la base o núcleo sobre la que se apoyan las cogniciones. Su importancia radica en que si la creencia es errónea o se encuentra distorsionada, también el pensamiento generado a partir de ella lo estará y por lo tanto se llevarán a cabo pautas de conductas desadaptativas. En resumen, la TCC considera que las emociones y las conductas son el resultado de la manera de pensar y de interpretar las situaciones que se presentan (Bunge y col., 2008).

La TI por su parte, supone que los problemas en las relaciones interpersonales son un factor importante en el origen de la problemática del paciente, y lo traslada especialmente a pacientes deprimidos (Fernández y Rodríguez, 2011). De igual manera, el enfoque sistémico explica la patología, no como un conflicto individual, sino como resultado de una relación patológica, donde el síntoma, presente en un miembro de la familia, cumple la función de mantener el equilibrio de ésta y es considerado la expresión de todo el sistema familiar disfuncional (Cibanal, 2006).

De esta manera, ya no se habla de un equilibrio intrapsíquico, sino más bien del equilibrio de un sistema, el cual, remite a un conjunto de elementos que interactúan entre sí y con su ambiente, llámese familia, amigos o comunidad, y los cuales persiguen un objetivo en común (Cavani, 2010). Por tanto, no existe un conflicto individual sino un conflicto interpersonal, donde la causa de la patología gira en entorno a un sistema y a la manera en que sus miembros se comunican.

Véase entonces que mientras en el paradigma intrapsíquico (TCC), la causa del problema se centra en procesos internos del individuo, es decir en la cognición, en el paradigma interpersonal (TI

y TFS) la causa del problema se sitúa en el exterior; en las relaciones interpersonales/familiares (Stratton, 2011).

La manera de comprender o entender la etiología del trastorno, lleva a suponer que ambos paradigmas intentan resolver el conflicto de manera opuesta, por un lado, el paradigma intrapsíquico lo hace generando cambios en el individuo, tal como lo señala el objetivo de la TCC; hacer menos rígidas las formas patológicas en que se procesa la información (Bunge y col., 2008), es decir, esta terapia busca resolver el conflicto generando cambios en la manera de pensar, sentir y actuar del paciente (Cibanal, 2006).

Caso contrario, se podría decir, a lo que se observa en el paradigma interpersonal, el cual, aparentemente no busca resolver el conflicto desde el individuo, sino a partir de generar cambios en la organización de todo un sistema.

En la TI el objetivo es resolver las frustraciones, ansiedades y deseos, dentro del contexto interpersonal, para lograr un cambio por medio del entendimiento y aceptación de las circunstancias actuales de la vida de los pacientes (Whaley, 2006), semejante a lo que ocurre en la TFS, donde lo que se pretende es modificar el equilibrio de la relación patológica entre los miembros de la familia para establecer nuevas formas de relación (Stratton, 2011).

Si se observa bien, lo que plantea la terapia interpersonal como objetivo, es un cambio por medio del entendimiento, y al hablar de entendimiento no hace mención a otra cosa que no sean las cogniciones del paciente. Esto lleva a pensar que forzosamente se tengan que evaluar las cogniciones y, de manera directa o indirecta, intervenir en ellas. Tal vez no sea su intención modificarlas por sí mismas, sino en relación a los vínculos interpersonales,

los cuales se consideran la causa de la problemática (Fernández y Rodríguez, 2011).

Un planteamiento práctico podría ser el caso en que a una pareja le es muy difícil superar el término de una relación amorosa y piensa que si la otra persona se aleja de ella es porque “no es lo suficientemente valiosa para retener a su pareja a su lado”. Sin embargo, en su intento por conservar la relación, realiza conductas que se vuelven un tanto molestas y desagradables para su pareja, provocando que se aleje más de ella, volviéndose entonces una profecía autocumplida. Es ahí donde la fundamentación teórica adquiere importancia para solucionar el problema de esta mujer, ya que se aborda en forma diferente si se usa el modelo intrapsíquico (TCC) o el modelo interpersonal (TFS). El primero intentaría resolver el conflicto generando cambios en el pensamiento de la persona. A través de una terapia cognitivo conductual se lograría hacer menos rígida y absoluta su manera de pensar y, por consiguiente, desentir y actuar. Por ejemplo, en lugar de pensar que no es lo suficientemente valiosa para retener a su pareja puede considerar que ha tenido relaciones relativamente estables y que la responsabilidad del fracaso o del éxito es de ambos.

El segundo modelo intervendría directamente en la relación, rompiendo con esa interacción patológica desde la conducta que la causa: el hecho que la persona le hable a su pareja sentimental numerosas veces al día y la cele por todo. Para romper con esta interacción existen dos maneras, dejando de hacer lo mismo o haciendo lo contrario. Al generar un cambio en el sistema se modificaría la conducta de su pareja y esto evitaría que la persona pensara que su pareja ya no la quiere.

Ahora bien, al paradigma

intrapsíquico se le atribuye una causalidad lineal donde una conducta “a” afecta a “b”, que a su vez genera “c”. En este contexto, el modelo cognitivo conductual plantea que la evaluación cognitiva del significado de la información del ambiente determina los emociones y conductas del sujeto, por tanto, una evaluación cognitiva distorsionada (a), desencadena comportamientos (b) y emociones disfuncionales (c) (Roca, 2012), desarrollando una conducta patológica (Figura 1).

El paradigma interpersonal, por su parte, pone énfasis en la causalidad circular en vez de la tradicional causalidad lineal (Cibanal, 2006; Whaley, 2006), de esta manera, en la TI y la TFS se observa un intercambio circular de información entre los integrantes de un sistema donde una conducta “a” afecta a “b”, que a su vez afecta a “c”, que produce “d” y que lleva nuevamente a “a” (Cibanal, 2006). En estos patrones de circularidad no existe un principio ni un final claro, es decir, se forma una especie de círculo vicioso en donde la persona se ve afectada por las consecuencias de

estas relaciones interpersonales patológicas sin ser consciente de su responsabilidad (Whaley, 2006), por tanto, tiende a repetir el mismo patrón desadaptado de conducta.

Ante el ejemplo de la paciente que llama a su marido reiteradas veces para asegurarse que está en el trabajo, su comportamiento propicia que su marido se enoje con ella, lo cual, a su vez genera que la paciente se angustie aún más, tenga pensamientos erróneos generados por su inseguridad y, por tanto, termine llamando a su marido nuevamente (Figura 2). Redefinir dicha interacción va a depender de la manera en que se divida la secuencia circular y se logre modificar ese comportamiento en específico (Cibanal, 2006). Entonces se cae en una causalidad lineal donde, al final de cuentas, se establece una relación causa-efecto.

Por otro lado, mientras que en el paradigma intrapsíquico, la TCC pretende identificar y modificar las estructuras de la personalidad (Beck y col., 2005), las terapias basadas en un paradigma interpersonal como

Figura 1

Ejemplo de causalidad lineal. Adaptación del modelo cognitivo de Beck (1976) propuesto por Roca (2012).

Figure 1. Example of linear causality. Adaptation of the cognitive model of Beck (1976) as proposed by Roca (2012).

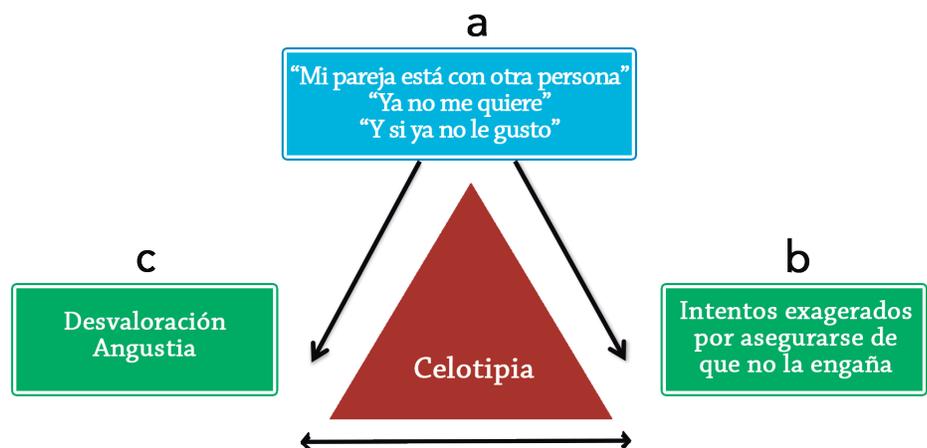
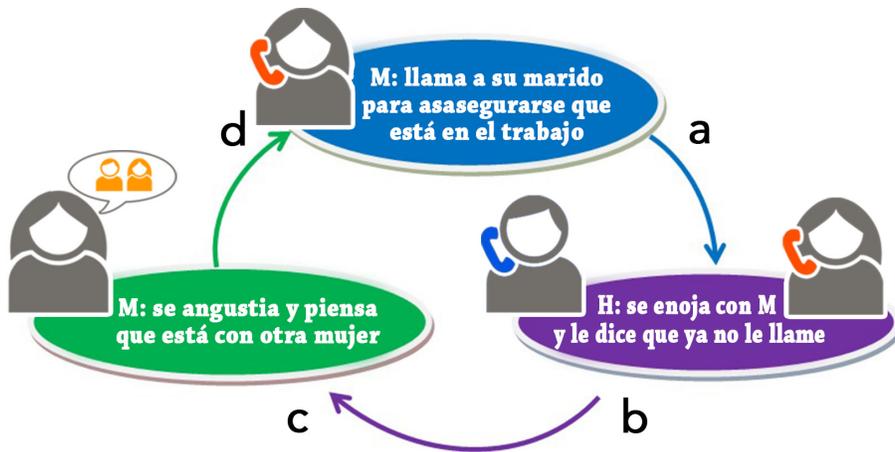


Figura 2

Adaptación del modelo propuesto por von Bertalanffy (1954, citado por Cibanal, 2006).

Figure 2. Example of circular causality. Adaptation of the model proposed by von Bertalanffy (1954, cited by Cibanal, 2006).



lo son la TI y TFS, señalan que no es su objetivo modificar las estructuras de la personalidad, sino focalizar la intervención en las relaciones interpersonales que están generando algún problema en el individuo (Whaley, 2006).

Ahora bien, revisando la concepción de personalidad que tiene cada uno de estos modelos, se observa que para la TCC los rasgos de personalidad tales como dependencia, extroversión, y retraimiento, están determinados por creencias insertadas en estructuras más o menos estables, denominadas esquemas, y estas estructuras influyen en la manera en que una persona evalúa una situación y emplea estrategias adaptativas o desadaptativas (Beck y col., 2005). En este sentido, el terapeuta tendría que examinar las actitudes, sentimientos y conductas del paciente, para detectar su posible relación con estrategias desadaptativas. Caso contrario a lo que ocurre desde el paradigma interpersonal, donde la

personalidad está determinada por una pauta relativamente estable de situaciones dadas en interacción con otros individuos, que son repetitivas y que caracterizan la vida humana. Es decir, que la identidad de una persona está conformada por las formas de interacción con los demás (Whaley, 2006).

Sin embargo, debido a que el individuo está en constante comunicación con su ambiente, y se ve influenciado por éste, no se descarta la posibilidad de que al intervenir en las formas de comunicación interpersonal, el individuo modifique en alguna medida esas creencias y, por tanto, algunos rasgos de su personalidad. Tal como lo expresa Belloch y Fernández-Álvarez (2002), al decir que en la medida en que se supere el obstáculo de pensar que los aspectos de la personalidad son inmodificables, los pacientes con trastorno de personalidad pueden responder positivamente a la psicoterapia (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002).

Comparación de un modelo intrapsíquico con uno interpersonal en el tratamiento de la depresión

Beck (1979), señaló que la depresión se debe principalmente a las interpretaciones distorsionadas de los acontecimientos y situaciones que la persona tiene que afrontar. Estas experiencias forman esquemas (conjunto de significados idiosincrásicos), con los cuales la persona va dando sentido a las diferentes situaciones de vida. Las personas forman estas estructuras cognitivas a través de la cultura y educación. Sin embargo, en ocasiones pueden resultar patológicas (Rivadeneira y col., 2013).

El esquema propuesto por Beck, denominado triada cognitiva, consiste en una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, que presenta una persona que padece depresión, y que se encuentra estrechamente relacionada con el riesgo de suicidio. Los esquemas se manifiestan en la consciencia del sujeto, provocando pensamientos automáticos negativos (mensajes específicos, cortos y fugaces), tales como "soy un fracaso" (Rivadeneira y col., 2013), los cuales generan emociones y conductas depresivas (Perelló y col., 2001).

La terapia propuesta como eficaz para tratar la depresión, fue desarrollada por Aaron T. Beck, desde finales de los años 50, y ha demostrado su eficacia al reducir significativamente los síntomas depresivos y pensamientos suicidas (Fournier y col., 2008; Driessen y Hollon, 2010; Rosselló y col., 2011; Toro, 2013). Consiste en un procedimiento estructurado de 15 a 25 sesiones, incluyendo las sesiones de seguimiento, y tiene un enfoque psicoeducativo diseñado para modificar cogniciones y conductas (Pérez y García, 2001).

La TC tiene como objetivo reestructurar los esquemas disfuncionales del paciente

y sustituirlos por otros más funcionales y saludables. Las personas que tienen depresión, por lo regular responden de una manera rígida y negativa ante las situaciones que se le presentan (Nezu y col., 2006). La función del terapeuta, entonces, es guiar a los pacientes a descubrir las distorsiones cognitivas que los predisponen a la depresión, tales como “soy muy poca cosa” ó “nadie se preocupa por mí”, y cómo estos pensamientos dan lugar a emociones y conductas desagradables e inadecuadas (Puerta y Padilla, 2011). El terapeuta se vale de diversas técnicas para indagar y cuestionar estos pensamientos, como reestructuración cognitiva, identificación y registro de los errores del pensamiento, plan de actividades agradables y tareas para la casa (Perelló y col., 2001).

Las técnicas se llevan a cabo en cinco fases del tratamiento: Fase 1: se establece la relación terapéutica, se crea un clima de confianza, empatía y honestidad, resaltando el trabajo en equipo y la participación activa del paciente; Fase 2: consiste en comprender las quejas del paciente y transformarlas en síntomas objetivo, es decir, escucharle empáticamente para comprender su visión de sí mismo, del mundo y del futuro, y ayudarlo a clarificarlas y mostrarle cómo se relacionan sus síntomas con su depresión; Fase 3: se le explica al paciente el modelo cognitivo de la depresión y la influencia de las cogniciones en las emociones, en esta etapa se le explica la relación entre sus pensamientos y emociones, usando ejemplos concretos experimentados por el paciente; Fase 4: consiste en aplicar técnicas conductuales. Estas técnicas se utilizan para modificar pensamientos erróneos, fijando la atención del paciente en las sensaciones agradables que experimenta al realizar la actividad. Por ejemplo, listado de actividades agradables, programa semanal de actividades

o asignación de tareas graduales y; Fase 5: se aplican las técnicas cognitivas, que consisten en una serie de procedimientos para identificar y modificar los errores del pensamiento, tales como detectar pensamientos automáticos, entrenamiento en observación y registro de cogniciones, registro diario de pensamientos automáticos, someter los pensamientos automáticos a prueba de realidad y búsqueda de interpretaciones alternativas. Por último, en cada sesión se revisan las tareas para casa, se llevan a cabo las técnicas correspondientes y se proponen nuevas tareas para casa (Roca, 2012).

Ahora bien, en la TI, la cual también ha comprobado su eficacia en el tratamiento de este padecimiento (Frank y col., 2007; Schramm y col., 2007; Swartz y col., 2008), la depresión se desencadena a partir del estrés causado por las relaciones sociales del paciente, los diferentes roles sociales que desempeña y los problemas originados de estas relaciones (Fernández y Rodríguez, 2011; Perelló y col., 2001). La TI se centra en tres áreas que, según este modelo, hacen más vulnerable al individuo de presentar el trastorno depresivo: duelo complicado, conflictos de pareja o matrimoniales y transiciones de rol, especialmente a aquellas personas con falta de apoyo social (Millán-González y Solano-Medina, 2010). Sin embargo, debido a su abordaje focalizado, interviene sólo en una o dos áreas problema del paciente. Al igual que la TCC, su función es dotar al paciente las habilidades necesarias para desenvolverse en el contexto psicosocial (Robertson y col., 2008).

Se trata de un procedimiento estructurado de tiempo limitado que comprende 16 sesiones de 50 min a 60 min, programadas semanalmente (Pérez y García, 2001), y aborda solamente los

aspectos actuales del trastorno. Al igual que en la TCC, puede considerarse el uso de psicofármacos, según la gravedad del caso, siendo más común en algunos pacientes con trastorno depresivo mayor. Las estrategias se llevan a cabo en tres fases de tratamiento. La fase inicial comprende la evaluación diagnóstica, en la fase intermedia el terapeuta junto con el paciente selecciona el área interpersonal que considere de mayor relevancia y que esté relacionada con el problema actual, y la fase final que se realiza en las últimas semanas de tratamiento consiste en hacer explícita la terminación de la terapia y lograr que el paciente se sienta capaz de afrontar las situaciones futuras sin depender del terapeuta (Robertson y col., 2008; Fernández y Rodríguez, 2011).

Diversos estudios (Jakobsen y col., 2012; Hees y col., 2013) muestran que la TI proyecta resultados similares en la eficacia del tratamiento en relación con la TCC, siendo éstos muy favorables para ambas terapias. Debido a la eficacia que han demostrado estos abordajes para el tratamiento de un mismo trastorno, como lo es la depresión, algunos autores han implementado técnicas cognitivo conductuales con terapia interpersonal, y han logrado optimizar sus resultados terapéuticos (Borkovec y col., 2003).

Así mismo, en el ámbito clínico, también se han implementado técnicas cognitivo conductuales con terapia familiar, buscando modificar comportamientos desadaptativos en varios miembros de la familia (Muñoz y col., 2012) debido a que tales comportamientos son influenciados por las creencias que se tienen sobre uno mismo y sobre cómo deben comportarse los demás.

En este sentido, la inclusión de la perspectiva interpersonal en la psicoterapia individual, permite una visión más compleja

e integral del comportamiento humano, a la hora de promover cambios, a la par del trabajo de reestructuración cognitiva de creencias, lo cual, tal como lo señalan Heuzenroeder y col. (2004), es fundamental al momento de evaluar costo y efectividad para cualquier tratamiento en salud mental.

Desde un paradigma intrapsíquico, se aboga a causas internas para explicar el origen de un trastorno, donde intervienen pensamientos automáticos, supuestos subyacentes y creencias nucleares, y en el que una visión negativa del mundo genera emociones negativas y conductas desadaptativas. Esta perspectiva entiende la personalidad como un conjunto de rasgos determinados por creencias insertadas en estructuras más o menos estables, denominadas esquemas, que influyen en la manera en que una persona evalúa una situación y emplea estrategias adaptativas o desadaptativas.

Desde un paradigma interpersonal se aboga a causas externas para explicar una patología, se considera todo un sistema enfermo, donde el foco de aten-

ción, ya no es el paciente sino las relaciones interpersonales que supone le están generando problemas, esta visión se fundamenta en la conceptualización de la personalidad como un conjunto de principios con los que el individuo interactúa en su entorno. Desde este punto de vista, se puede entender que la causa de los diversos trastornos pueda estar vinculada a situaciones ambientales, como la pérdida de relaciones significativas o la presencia de estrés interpersonal. Sin embargo, no se puede olvidar que el ambiente sólo opera si el individuo posee ciertas características, por lo que habría que preguntarse por qué estas situaciones le generan problema a esa persona en particular y no a otros individuos involucrados en el mismo contexto social, y qué características hacen a esa persona diferente de las demás. Para responder a estas interrogantes, se debe recurrir a factores intrapsíquicos, que llevan a descubrir qué piensa o qué siente esa persona para comportarse de esa manera, y por qué le resulta tanto problema superar la pérdida de una persona, por ejemplo.

CONCLUSIONES

El análisis de los modelos de intervención psicológica con perspectiva intrapsíquica e interpersonal permite concluir que ambos modelos son complementarios y que las herramientas para abordarlos no se contraponen y permiten tratar al ser humano como un todo. El empleo de un abordaje simultáneo y complementario evita poner demasiado énfasis en el contexto por encima del individuo; o el tratar de entender y resolver la problemática del paciente, desde el ambiente en el que se encuentra inmerso sin considerar a fondo los aspectos intrapsíquicos. Es pertinente desarrollar un tratamiento integral procurando combinar los modelos de intervención, de eficacia clínica demostrada, como lo son las terapias cognitivo conductual, sistémica e interpersonal, para aumentar la eficacia del tratamiento psicológico y considerar a la par el trabajo de la reestructuración cognitiva de creencias, así como atender a los factores interpersonales, que juegan un papel importante en el origen y mantenimiento del problema. ■

REFERENCIAS

- Bateson, G. (1972). Steps to an ecology of mind. London: Jason Aronson Inc. [En línea]. Disponible en: <http://www.edtechpost.ca/readings/Gregory%20Bateson%20-%20Ecology%20of%20Mind.pdf>. Fecha de consulta: 9 de abril de 2014.
- Beck, A. (1963). Thinking and depression. I: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9: 324-333.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., and Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Freeman, A. y Davis, D. (2005). *Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad* (2 ed.). Barcelona: Paidós.
- Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Bertalanffy, L. von (1975). *Perspectives on General systems theory: Scientific-philosophical studies*. Nueva York: Braziller.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., and Castonguay, L. G. (2003). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *CNS Spectr*, 8(5): 382-9.
- Brarda, G. (2007). Del procesamiento intrapsíquico al multinivel. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 5(16): 21-27.
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandil, J. (2008). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos* (1 Ed.). Buenos Aires: Akadia.
- Cabezas, P. H. y Lega, L. (2006). Relación empírica entre la Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC) de Ellis y la Terapia de Beck en una muestra costarricense. *Educación*, 30(2): 101-109.
- Cavani, G. (2010). Sistemas, cibernética y constructivismo. Fundamentos para una terapia familiar. [En línea]. Disponible en: http://issuu.com/rezodeath/docs/art_culo_gino_cavani. Fecha de consulta: 10 de abril de 2014.
- Cibanal, L. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. (1 Ed.). España: Editorial Club Universitario.
- Driessen, E. D. and Hollon, S. D. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3): 537-555.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2): 85-99.
- Fernández, B. y Sánchez, V. (2003). La influencia de lo socioambiental en los trastornos mentales. *Psychosocial Intervention*, 12(1): 7-18.

- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2011). *Terapia interpersonal de la depresión*. Psiquiatría. Centre Londres 94. [En línea]. Disponible en: <http://www.centrelondres94.com/documento/terapia-interpersonal-de-la-depresion>. Fecha de consulta: 14 de abril de 2014.
- Foerster, H. von. (1990). La construcción de la realidad. En: P. Watzlawick (Eds.), *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Gallop, R., Amsterdam, J. D., and Hollon, S. D. (2008). Antidepressant medications vs cognitive therapy in people with depression with or without personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 192(2): 124-129.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Buysse, D. J., Swartz, H. A., Pilkonis, P. A., Houck, P. R., Rucci, P., Novick, D. M., Grochocinski, V. J., and Stapf, D. M. (2007). Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *The American Journal of Psychiatry*. 164(5): 761-7.
- Fullana, M. A., de-la-Cruz, L. F., Bulbena, A. y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*. 138(5): 215-219.
- González, F. (2005). ¿Qué es un paradigma? Análisis teórico, conceptual y psicolingüístico del término. *Investigación y posgrado*. 20(1): 13-54.
- Hees, M., Rotter, T., Ellermann, T., and Evers, S. (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 13: 22. [En línea]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-13-22.pdf>. Fecha de consulta: 30 de junio de 2014.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., Andrews, G., and Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 38(8): 602-12.
- Ignacio, E., Fernández, M. y Rousos, A. (2007). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en terapia interpersonal. *Anuario de Investigaciones*. 15: 15-31.
- Jakobsen, J. C., Hansen, J. L., Simonsen, S., Simonsen, E., and Gluud, C. (2012). Effects of cognitive therapy versus interpersonal psychotherapy in patients with major depressive disorder: a systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. *Psychological Medicine*. 42(7): 1343-1357.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., and Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. Nueva York: Basic Books.
- Korman, G. P. (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en la Argentina. *Interamerican Journal of Psychology*. 45(2): 115-122.
- Korman, G. P. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 67(3): 470-486.
- Meyer, E. (1958). Psychobiology. *A Science of Man. Psychoanalytic Quarterly*. 27: 273-275.
- Millán-González, R. y Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 39(2): 375-388.
- Muñoz, E., Canales, A., Bados, A. y Saldaña, C. (2012). Terapia Familiar cognitivo-conductual con cuatro adultos. *Anuario de Psicología*. 42(2): 259-272.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Perelló, M. J., Martínez, C. y Llorens, N. (2001). Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para la depresión. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*. (76): 1-10.
- Pérez, M. y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. 13(003): 493-510.
- Puerta, P. V. y Padilla, D. (2011). Terapia cognitivo-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. 8(2): 251-257.
- Rivadeneira, C., Dahab, J. y Minici, A. (2013). El Modelo Cognitivo de la Depresión, en *Revista de terapia cognitivo conductual*. [En línea]. Disponible en: <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/el-modelo-cognitivo-de-la-depresion.pdf>. Fecha de consulta: 20 de marzo de 2014.
- Robertson, M., Rushton, P., and Wurm, Ch. (2008). Interpersonal Psychotherapy: An overview. *Psychotherapy in Australia*. 14(3): 46-54.
- Roca, E. (2012). Terapia Cognitiva de Beck para la depresión. [En línea]. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/depresion6.pdf>. Fecha de consulta: 15 de abril de 2014.
- Rosselló, J., Duarté-Vélez, Y., Bernal, G., and Zuluaga, M. G. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Interamerican Journal of Psychology*. 45(3): 321-329.
- Ruiz, M. E. (2009). El psicoanálisis y el saber acerca de la subjetividad. *Espiral*. 16(46): 37-58.
- Sloan, G., Hobson, J., Leighton, J., McFarlane, B., and Law, R. (2009). An overview and history of interpersonal psychotherapy. *Nursing Standard*. 23(26): 44-9.
- Ruiz, S. J. y Cano, S. J. (2009) Manual de Psicoterapia Cognitiva. [En línea]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ESMUBeda/Libros/Manual/manual.htm>. Fecha de consulta: 20 de marzo de 2014.
- Schramm, E., Van-Calker, D., Dykierok, P., Lieb, K., Kech, S., Zobel, I., Leonhart, R., and Berger, M. (2007). An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *The American Journal of Psychiatry*. 164(5): 768-77.
- Shade, N., Beyebach, M., Torres, P. y González, A. (2009). Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un caso de Trastorno Somatomorfo. *Terapia Psicológica*. 27(2): 239-246.
- Stratton, P. (2011). The evidence base of systemic family and couples therapy. *Association for Family Therapy, UK*. [En línea]. Disponible en: [http://www.aft.org.uk/SpringboardWebApp/userfiles/aft/file/Training/EvidenceBaseofSystemicFamilyandCouplesTherapies\(Jan2011\).pdf](http://www.aft.org.uk/SpringboardWebApp/userfiles/aft/file/Training/EvidenceBaseofSystemicFamilyandCouplesTherapies(Jan2011).pdf). Fecha de consulta: 20 de junio de 2014.
- Swartz, H. A., Frank, E., Zuckoff, A., Cyranowski, J. M., Houck, P. R., Cheng, Y., Fleming, M. A., Grote, N. K., Brent, D. A., and Shear, M. K. (2008). Brief interpersonal psychotherapy for depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment. *American Journal Psychiatry*. 165(9): 1155-62.
- Toro, R. (2013). Conducta suicida: Consideraciones prácticas para la implementación de la terapia cognitiva. *Psicología. Avances de la disciplina*. 1(7): 93-102.
- Valderrama, R. (2001). Teoría de Harry S. Sullivan. *Psiquiatría*. 5(3): 1-4.
- Vázquez, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Síntesis.
- Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- Whaley, J. A. (2006). *Manual de Terapia Interpersonal*. México: Plaza y Valdéz editores.