

SERIE

cuadernos de PSICOLOGÍA y PSICOPEDAGOGÍA

Psicoterapia: surgimiento, contexto histórico y evolución cultural

Mario Alejandro Haro Almerico

22





Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Cómo citar el documento:

Haro Almerico, M.A. (2026). Psicoterapia: surgimiento, contexto histórico y evolución cultural. *Serie Cuadernos de Psicología y Psicopedagogía*; 22. Pontificia Universidad Católica Argentina, Facultad Teresa de Ávila. <https://doi.org/10.46553/2718-7454.22>

Haro Almerico, M.A. (2026). Psicoterapia: surgimiento, contexto histórico y evolución cultural. SERIE Cuadernos de PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA N°22.

Edición por Departamento Humanidades, Facultad Teresa de Ávila, UCA Paraná. Buenos Aires 239

Editor General Dr. Lucas Marcelo Rodriguez

ISSN 2718-7454

Disponible en: <https://doi.org/10.46553/2718-7454.22>

Los capítulos publicados son responsabilidad de los autores y no comprometen la opinión de la Universidad Católica Argentina.

Todas las publicaciones de la serie Cuadernos de Psicología y Psicopedagogía se encuentran disponibles en el repositorio institucional de la Pontificia Universidad Católica Argentina, accesible en el siguiente enlace:
<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/10835>

ÍNDICE

Autor

1. Introducción.....	4
2. Una comprensión antropológico-cultural	5
2.1 Época premoderna: desde la antigüedad a 1500 d.C.....	5
2.2 Época moderna: desde 1500 a 1970	7
Primera modernidad (1500–1850)	7
Segunda modernidad (1850–1960).....	8
2.3 Posmodernidad: desde 1960 hasta la actualidad	10
2.4 Tendencias contemporáneas: la psicoterapia en el umbral del siglo XXI ...	12
El giro integrativo y el pluralismo teórico	13
El retorno al cuerpo: terapias somáticas y enfoques holísticos.....	13
Mindfulness y las tradiciones contemplativas.....	13
Las neurociencias y la psicoterapia basada en evidencia.....	14
La psicoterapia transcultural e intercultural	14
La revalorización de las psicoterapias del sentido	14
La psicoterapia mediada por tecnología y sus límites	15
3. La Psicoterapia en Argentina	16
El siglo XIX: proto-psicoterapia y matriz médico-moral	16
El siglo XX: hegemonía psicoanalítica, profesionalización y pluralización	17
Enrique Pichon-Rivière: una clínica del vínculo y de lo grupal	19
La psicoterapia simbólica	19
La institucionalización de la logoterapia en Argentina.....	20
El desarrollo de la terapia cognitivo-conductual en Argentina.....	21
El debate entre psicoanálisis y prácticas basadas en evidencia	22
Implicancias en la formación universitaria y en la práctica clínica.....	23
Notas biográficas sobre autores mencionados.....	27

AUTOR



Mario Alejandro Haro Almerico

- Licenciado en Psicología de la Universidad del Norte “Santo Tomás de Aquino” (UNSTA, 2005).
- Especializado en Logoterapia (2005).
- Diplomado Superior en Teología (UNSTA, 2011).
- Master en Terapias de Tercera Generación (VIU, España, 2017).
- Especialista en Psicología Clínica (CPT-FEPRA, 2023), con especialización en psicoterapias, abordajes clínicos y diagnósticos.
- Profesor Universitario en Educación (UNSTA, 2023).
- Magíster y Doctorando en Filosofía con orientación en Ciencias Naturales y Cognitivas (Universidad Austral, 2024).
- Miembro de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento.
- Docente e investigador de grado y posgrado, y actual Director de la Carrera de Ciencias del Comportamiento en la Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino (UNSTA), San Miguel de Tucumán, Argentina.

ORCID: 0009-0004-4170-4589

Correo electrónico: marioaharo@gmail.com

1. Introducción

Existen muchas y diversas definiciones de psicoterapia. En una primera aproximación podríamos definirla como una relación de ayuda profesional, mediada por métodos y estrategias específicas, delimitada por un marco ético-deontológico y orientada hacia la salud del consultante. De las muchas formas de relaciones de ayuda posibles, la psicoterapia se distingue por un matiz particular: se establece sobre la base de una demanda de atención que sitúa el vínculo entre dos personas en una asimetría evidente de poder y responsabilidades, y esa demanda se circunscribe a una problemática de naturaleza psicológica —emocional, conductual o existencial— que genera malestar o padecimiento subjetivo.

Stumm, Pritz y Quintana (2009) proponen una definición que da cuenta de esta complejidad:

"Un método curativo para el tratamiento de enfermedades, trastornos o estados de padecimiento psíquicos o psicosomáticos condicionados psicosocialmente, aunque también con función preventiva o emancipatoria, en favor del desarrollo y de la salud; su práctica se realiza sobre la base de una formación específica en los métodos, de la indicación correspondiente y de un método científico, en el marco de una relación profesional entre uno o varios clientes/pacientes y un psicoterapeuta, durante un tiempo prefijado. Todo método psicoterapéutico requiere una doctrina de la enfermedad o del trastorno, una teoría de la personalidad y una teoría del desarrollo, así como supuestos antropológicos de fondo, una teoría de la terapia —relación terapéutica, idea del proceso, metodología, técnicas, praxis— teniendo en cuenta también lo específico de los trastornos y sus posibilidades de puesta en práctica." (p. 575)

La multiplicidad de elementos que confluyen en cualquier intento de definición pone de manifiesto que la psicoterapia convoca factores epistemológicos, clínicos, éticos, relacionales y culturales de naturaleza muy diversa. A ello se añade que no existe uniformidad en las concepciones de salud y enfermedad ni en las formas de interpretar el padecimiento humano, lo que hace que cualquier pretensión de homogeneizar la visión de la psicoterapia resulte, cuando menos, muy dificultosa. A continuación, trazaremos un recorrido por su historia, indagando en sus antecedentes para esclarecer su naturaleza actual a partir de los desarrollos culturales e históricos que la constituyen.

2. Una comprensión antropológico-cultural

Las culturas surgen, evolucionan y se extinguen. En este proceso, cualquier práctica que se desarrolle responde a una determinada visión del mundo, y cada cosmovisión constituye una configuración simbólica compleja que organiza actitudes, valores, creencias y prácticas de modo que posibiliten tanto la supervivencia en un entorno físico como el establecimiento de vínculos sociales (Rojí Menchaca y Saúl Gutiérrez, 2004). Desde una perspectiva antropológico-cultural, estos mismos autores comprenden que todo tratamiento psicológico implica cuatro elementos constitutivos: un cierto tipo de relación interpersonal o relación terapéutica; un escenario en el que acontece; una explicación o mito acerca del padecimiento; y un procedimiento o ritual para abordarlo. Desde la aparición de la psicología científica, las características de la relación terapéutica y del escenario han tendido a homogeneizarse, mientras que las explicaciones y los procedimientos han proliferado con notable diversidad.

Dado que la psicoterapia, tal como la conocemos hoy, es un producto sociohistórico y cultural —aunque atiende demandas humanas previas a ella y de alguna manera universales—, resulta imprescindible explorar sus antecedentes históricos para comprender de qué se trata. Lo haremos a través de la elucidación de ciertos presupuestos teóricos y antropológicos de diferentes épocas, siguiendo la sistematización propuesta por Rojí Menchaca y Saúl Gutiérrez (2004).

2.1 Época premoderna: desde la antigüedad a 1500 d.C.

Esta etapa abarca un período histórico muy extenso que, a los fines de este estudio, puede resumirse en torno a ciertas concepciones compartidas. En la cosmovisión de la época, el ser humano se concibe como un elemento más de la naturaleza, integrado en una totalidad que lo trasciende. El control de la conducta humana reside en un elemento externo y ajeno al individuo: lo que los psicólogos contemporáneos llamarían un *locus de control* externo. La enfermedad mental, tal como hoy la entendemos, no existe como categoría; lo que se percibe como perturbación representa algún tipo de afección externa de naturaleza misteriosa. Subsiste una visión de la realidad que la considera habitada por seres existentes —seres humanos, dioses, la naturaleza misma— cuya presencia no depende del

conocimiento humano, el cual puede acceder a la realidad aunque no de manera total ni exhaustiva.

Rivas Rebaque (2008) describe con precisión la comprensión de la enfermedad en la antigüedad:

"En la antigüedad las enfermedades no son meros fenómenos corporales, cuyas causas son investigadas por la medicina con vistas a la curación. En muchos casos las enfermedades son consideradas como consecuencia de la agresión de fuerzas externas —dioses, demonios, poderes mágicos— o del propio pecado. En estos casos, de cara a conseguir la curación se aplicaban exorcismos, diferentes prácticas mágicas o se intentaba la reconciliación con la divinidad a través de oraciones y sacrificios. Hay incluso dioses con una especial conexión con el mundo de la salud: Imhotep en Egipto, o Apolo y Asclepio en el mundo greco-helenístico. Bajo su auspicio se construyeron santuarios dedicados a la curación, cuyos sacerdotes tenían una estrecha relación con la medicina, siendo el origen de la ciencia médica posterior." (p. 14)

La caída del Imperio Romano hacia el 476 d. C. transformó profundamente las instituciones culturales del mundo occidental. La Iglesia, que ya tenía una presencia gravitante dentro del Imperio, incrementó su influencia social y cultural. El extenso período medieval que se abre a partir de entonces puede dividirse en tres etapas: la Temprana Edad Media (476–843 d. C.), caracterizada por la caída del Imperio de Occidente y la formación de los reinos romano-germánicos; la Alta Edad Media (843–1100 d. C.), marcada por el auge del feudalismo y el inicio de las cruzadas; y la Baja Edad Media (1100–1492 d. C.), período de renacimiento urbano, comercial y cultural, con el desarrollo de las universidades.

La cosmovisión medieval puede caracterizarse por una visión unitaria de la vida —hombre, mundo y Dios como partes de una misma y única realidad—, por el reconocimiento del ser humano como un ser esencialmente religioso, y por el retorno a las fuentes clásicas griegas reinterpretadas en clave cristiana, con la consecuente consolidación de grandes obras teológicas, de las cuales San Agustín y Santo Tomás de Aquino son los exponentes más conocidos. Aunque la Ilustración construyó una imagen muy negativa del Medioevo, toda interpretación histórica retrospectiva entraña el riesgo del anacronismo. Si consideramos que el cristianismo heredó de su matriz judía una especial preocupación por la salud en un sentido integral, encontramos que de esa comprensión surge una tradición compasiva que propiciará la creación de los primeros hospitales —desconocidos

hasta entonces en las culturas griega y romana—, con énfasis en la atención de los enfermos y en la salud entendida como salvación (Rivas Rebaque, 2008).

En el mundo islámico, entre los siglos IX y X, encontramos a tres estudiosos a quienes se señala como pioneros en la conceptualización de la salud mental. Abu Zayd al-Balkhi es considerado uno de los primeros en distinguir entre trastornos psicológicos y mentales. Zakariya al-Razi (Rhazes), médico persa, describió diversas alteraciones neuropsicológicas. Avicena (Ibn Sina), filósofo y médico persa del siglo X, influyó significativamente en la psicoterapia posterior a través de sus escritos sobre salud mental y psicología. La concepción de estos pensadores estaba ligada a la noción de alma y de salud espiritual, y su influencia se transmitirá a Europa en la etapa siguiente.

2.2 Época moderna: desde 1500 a 1970

Este amplio período, aunque menos extenso cronológicamente que el anterior, resulta revolucionario y disruptivo en términos de transformaciones sociales y culturales. A los fines del análisis, lo subdividiremos en dos etapas: la primera modernidad (1500–1850) y la segunda modernidad (1850–1960).

Primera modernidad (1500–1850)

Esta etapa incluye los procesos históricos conocidos como Renacimiento, Reforma y Contrarreforma, Ilustración, Romanticismo, Revolución Francesa y las consecuentes independencias de muchas naciones, incluida la Argentina. Sus características más salientes como presupuestos de época pueden describirse del siguiente modo: se consolida una visión secularizada del mundo, con retracción de lo sagrado en la comprensión de la realidad cotidiana y avance de lo humano, con exclusiva responsabilidad en los hechos y sus explicaciones. El surgimiento de la Revolución Industrial modifica profundamente los modos de producción y de vida, generando la migración masiva del campo a las ciudades y el consecuente debilitamiento de los vínculos entre el individuo y su familia o grupo de referencia, con la aparición de nuevas necesidades de vinculación. La Reforma protestante, con la doctrina de la predestinación, la desacralización del sacramento de la confesión y la libertad hermenéutica frente a la Escritura, propició una vivencia más individualista y científicista en los países reformados. En sentido opuesto, la

Contrarreforma católica abogó por una interpretación canónica y por la familia como institución central. Esta diferencia explica, en parte, por qué el desarrollo científico-positivista fue más acelerado en las sociedades anglosajonas que en las hispanoamericanas (Fuentes Ortega, 2002).

Respecto del tratamiento de la enfermedad mental, los europeos recuperan de la tradición árabe la figura del *Bimaristán* —término persa que significa "lugar de los enfermos"— (Garriga Guitart, 2010), institución hospitalaria que en el califato de Harún Ar Rashid (786–809) dio lugar a la primera institución de acogida de personas con alteraciones mentales en Bagdad. La hegemonía de la razón y el individualismo producirá un cambio de mirada sobre el enfermo mental: la locura será conceptualizada como una oposición a la razón, y el enfermo comenzará a ser considerado como un individuo poseedor de dignidad. Se inician así los primeros llamados *tratamientos morales*.

En este contexto son fundamentales los aportes de tres figuras históricas. **Philippe Pinel** (1745–1826), médico francés, abogó por un trato humanitario hacia los enfermos mentales y transformó las prácticas de los hospitales parisinos de Bicêtre y la Salpêtrière, convencido de que la libertad y el aire fresco eran necesarios para la recuperación. Pinel fundó la base de la nosología y la etiología psiquiátrica, y su figura inauguró una escuela de pensamiento de la que surgiría la psiquiatría moderna. **Jean-Étienne Dominique Esquirol** (1772–1840), discípulo de Pinel, desarrolló aún más las técnicas diagnósticas, fue el primero en realizar enseñanza formal de la psiquiatría e introdujo el término *alucinación* aplicado a la psiquiatría; su concepto de monomanía anticipó la noción ulterior de esquizofrenia. **Franz Anton Mesmer** (1734–1815), médico vienés, utilizó en la década de 1770 la hipnosis para tratar conductas anómalas y, aunque fue desacreditado por atribuir la efectividad de sus tratamientos a un "fluido magnético animal", representa un eslabón hacia una comprensión más empírica del sufrimiento psíquico. Otros médicos del siglo XIX, como Charcot en la Salpêtrière y Bernheim en la Escuela de Nancy, continuaron esta línea al estudiar la histeria, la sugestión y el hipnotismo.

Segunda modernidad (1850–1960)

Es aquí donde se sitúa el nacimiento y consolidación de lo que actualmente se entiende por tratamiento psicológico. El término *psicoterapia*, referido

específicamente al tratamiento del sufrimiento humano de origen no exclusivamente somático, surgió en 1887 de la mano de dos médicos holandeses, Frederik van Eeden y Albert Willem van Renterghem, quienes dirigían una clínica de hipnosis en Ámsterdam.

Otro aspecto central de este período es el *giro antropológico* que reemplazó la noción de alma por la de mente. El alma quedó más ligada a la comprensión religiosa, mientras que la mente pasó a ser el ámbito de dilucidación de los procesos internos del individuo desde una perspectiva secular. Este desplazamiento fue posible gracias a la influencia del cartesianismo filosófico — con su distinción entre *res extensa* y *res cogitans*—, que abrió las puertas a pensar la naturaleza humana en términos no unitarios y sentó las bases del *paralelismo psicofísico*: la idea de que cuerpo y mente son sustancias distintas que se intercomunican pero cuya dinámica interna es autónoma. Así se inscribe la figura del psicoterapeuta en la modernidad: como estudioso de los procesos mentales a través de métodos seculares, distinto del sacerdote o del pastor que atienden el alma desde una comprensión religiosa y trascendente.

Uno de los movimientos ciudadanos más significativos de este período fue el de las *campañas de higiene mental*, originalmente ligadas a la defensa de los derechos civiles de los enfermos mentales hospitalizados, que se extendió rápidamente por Europa tras la Primera Guerra Mundial. En este mismo período surge la psicología experimental a partir de los trabajos de Wilhelm Wundt (1879), que instauró un modelo de laboratorio para el estudio de los fenómenos psicológicos. Este enfoque no redundó en beneficios directos para la psicoterapia hasta que fue superado por modelos más integrativos, capaces de articular lo conductual y lo empírico con otros procesos psicológicos como la personalidad o el aprendizaje.

Institucionalmente, un evento trascendental es la fundación de la *American Psychological Association* (APA) en julio de 1892, en la Universidad Clark. La APA nació con el propósito de promover el avance de la psicología como ciencia y profesión; fue fundada por un grupo de alrededor de treinta psicólogos, entre quienes Granville Stanley Hall ejerció el primer liderazgo como presidente de la institución (Sáiz, 2009). Por último, el *movimiento humanista*, ubicable en las décadas de 1950–1960, buscó recuperar la espontaneidad, la libertad y el valor de la existencia humana por encima de cualquier lectura científicista. Al abrigo de los

efectos devastadores de la Segunda Guerra Mundial, este movimiento generó las condiciones para la aparición de las psicoterapias humanistas, representadas en el trabajo de autores como Carl Rogers, Fritz Perls y Viktor Frankl, entre otros.

2.3 Posmodernidad: desde 1960 hasta la actualidad

Para comprender lo que ocurre en la psicoterapia a partir de la segunda mitad del siglo XX, es necesario detenerse en una transformación que no nació dentro de la psicología sino en un campo aparentemente distante: la ingeniería y la teoría de los sistemas. En 1948, el matemático norteamericano Norbert Wiener publicó *Cibernética: o el control y la comunicación en el animal y en la máquina*, obra en la que propuso que tanto los organismos vivos como las máquinas pueden comprenderse a partir de los mismos principios: el procesamiento de información, la retroalimentación y la autorregulación. Esta idea, en apariencia técnica, tuvo consecuencias filosóficas profundas: si el ser humano y una máquina podían describirse con el mismo lenguaje, entonces la conducta humana —incluyendo sus problemas— podía pensarse en términos de sistemas, circuitos y comunicación, y no solo en términos de estados internos, pulsiones o historia biográfica. Esta influencia no fue directa ni inmediata: fue mediada fundamentalmente por Gregory Bateson, quien participó activamente en las Conferencias Macy (1946–1953), espacio interdisciplinario en el que se debatieron los principios cibernéticos y su aplicabilidad a las ciencias humanas.

Bateson, junto al terapeuta Milton Erickson y luego con Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fisch, Carlos Sluzki y otros investigadores reunidos en Palo Alto, California, comenzó a aplicar los principios cibernéticos al estudio de la comunicación humana. La pregunta que los orientaba ya no era "¿qué ocurre dentro de la mente de este individuo?", sino "¿qué ocurre *entre* las personas que se comunican?". Este giro fue revolucionario: el problema psicológico dejaba de ser un fenómeno individual y pasaba a ser un fenómeno relacional y comunicacional. La patología no residía en el interior del sujeto sino en los patrones de interacción que se repetían y que nadie, dentro del sistema, podía ver desde afuera. De allí surgió el *movimiento sistémico*, que se especializó en el estudio de la comunicación e interacción humana tal como se da concretamente entre las personas, y cuyas aplicaciones más conocidas son las terapias familiares.

El giro sistémico y cibernético se produjo dentro de un clima intelectual más amplio que también transformaba las humanidades y las ciencias sociales: el *estructuralismo*. Esta corriente, cuyo impulso inicial vino de la lingüística — especialmente de Ferdinand de Saussure y luego de Roman Jakobson—, propuso que los fenómenos humanos no pueden comprenderse estudiando sus elementos aislados, sino descubriendo las estructuras subyacentes que los organizan. En lingüística, la idea fundamental es que una palabra no tiene sentido por sí sola sino en relación con otras palabras dentro de un sistema: el lenguaje es una red de diferencias. Extendida más allá de la lingüística, esta idea sugería que la cultura, el parentesco, los mitos y también la psique humana podían analizarse como sistemas de relaciones estructuradas.

En psicoterapia, quien llevó esta perspectiva a sus consecuencias más radicales fue el psicoanalista francés Jacques Lacan, quien releyó a Freud a la luz del estructuralismo lingüístico y propuso que el inconsciente está estructurado como el lenguaje. Esta reformulación tuvo consecuencias clínicas importantes: si el inconsciente porta una lógica lingüística, la tarea del análisis es trabajar con el discurso del sujeto —sus palabras, sus lapsus, sus sueños— entendidos como textos a ser leídos y no como síntomas a ser eliminados.

El estructuralismo, sin embargo, llevaba en su interior una tensión que terminó por fracturarlo. Al postular que las estructuras son relativamente estables e independientes de los sujetos que las habitan, corría el riesgo de disolver al individuo concreto en un entramado de relaciones anónimas. Fue esta tensión la que dio origen, en las décadas de 1960 y 1970, al *posestructuralismo*: movimiento que no rechazó el estructuralismo sino que lo llevó más lejos y lo criticó desde adentro. Filósofos y teóricos como Jacques Derrida, Michel Foucault, Jean Baudrillard, Julia Kristeva y Roland Barthes cuestionaron la idea de que las estructuras sean estables, transparentes o neutrales. Para Foucault, las categorías con las que la modernidad definió la locura, la enfermedad y la normalidad no son descripciones neutras de la realidad sino dispositivos de poder que clasifican, segregan y controlan. Estas ideas generaron modelos psicoterapéuticos deconstructivistas —especialmente en las terapias narrativas y en el construccionismo social— que proponen al terapeuta no como un experto que diagnostica y prescribe, sino como un colaborador que ayuda al consultante a reexaminar y reescribir las narrativas con las que organiza su experiencia.

Este último punto conduce directamente al *constructivismo en psicoterapia*, síntesis de varias de las corrientes mencionadas. El constructivismo parte de una premisa epistemológica compartida: el ser humano no accede directamente a la realidad sino que la construye activamente a través de sus estructuras cognitivas, sus interacciones y sus narrativas (como se citó en Araya et al., 2007). William Lyddon (en Neimeyer y Mahoney, 1998) identificó cuatro formas de constructivismo psicológico: el *material*, que enfatiza las estructuras del sistema cognitivo; el *eficiente*, que reconoce una realidad externa pero subraya el procesamiento activo de la información; el *formal*, que pone el acento en los patrones de significado que emergen en contextos relacionales y narrativos —como en las terapias narrativas y el construccionismo social—; y el *finalista*, que concibe el conocimiento como teleológico y orientado hacia formas más amplias de comprensión, incluyendo enfoques transpersonales y sistémicos. Lo que unifica a estas variantes no es tanto un programa positivo común como una crítica compartida al objetivismo: la desconfianza ante cualquier psicología que pretenda describir la mente humana desde afuera, como si el observador no formara parte de aquello que observa.

Así, la posmodernidad en psicoterapia no representa un único modelo sino una constelación de desplazamientos: desde el individuo aislado hacia el sistema relacional; desde los contenidos internos hacia los patrones de comunicación; desde las estructuras estables hacia las narrativas en permanente construcción; desde el experto que diagnostica hacia el colaborador que acompaña. Estos desplazamientos no cancelaron las tradiciones anteriores —el psicoanálisis, el humanismo y la psicología cognitiva siguieron desarrollándose en paralelo—, pero sí instalaron preguntas que ninguna práctica psicoterapéutica responsable puede ignorar.

2.4 Tendencias contemporáneas: la psicoterapia en el umbral del siglo XXI

La época actual ofrece un paisaje plural y en tensión, donde conviven tendencias que muchas veces expresan supuestos antropológicos distintos e incluso contradictorios. Siguiendo la lógica que ha orientado este recorrido, no se trata aquí de evaluar la eficacia técnica de cada corriente sino de identificar las orientaciones de época que caracterizan el presente de la psicoterapia.

El giro integrativo y el pluralismo teórico

Una de las tendencias más consolidadas de las últimas décadas es la orientación hacia el integracionismo. Frente a la proliferación de escuelas que caracterizó buena parte del siglo XX (Prada, 2006), la psicoterapia contemporánea muestra una creciente aspiración a articular, de manera coherente, los aportes de distintas tradiciones teóricas. Integrar no es sinónimo de unificar: supone identificar ejes conceptuales comunes desde los cuales puedan derivarse aplicaciones diversas, sin disolver las especificidades de cada enfoque. Este movimiento refleja una madurez disciplinar que reconoce los límites de cualquier sistema cerrado para dar cuenta de la complejidad del ser humano, aunque exige una vigilancia epistemológica permanente para no caer en un eclecticismo sin fundamento antropológico sólido.

El retorno al cuerpo: terapias somáticas y enfoques holísticos

Otra tendencia significativa es la revalorización del cuerpo como dimensión constitutiva del sujeto que sufre y que sana. Las denominadas terapias somáticas, el yoga terapéutico, las prácticas de regulación corporal y los enfoques mente-cuerpo expresan una reacción frente al racionalismo moderno que había privilegiado casi exclusivamente la dimensión cognitiva y verbal del proceso psicoterapéutico. Desde una perspectiva humanista, esta reintegración resulta antropológicamente consistente: el ser humano no es una mente que habita un cuerpo, sino una unidad psicósomática irreducible.

Mindfulness y las tradiciones contemplativas

El *mindfulness* —derivado de prácticas meditativas de origen budista— se ha instalado en el campo de la psicoterapia occidental con notable presencia. Su incorporación en protocolos clínicamente validados, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) o la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT), expresa el fenómeno más amplio del diálogo entre tradiciones espirituales de Oriente y la práctica psicológica occidental. Esta irrupción plantea interrogantes que no pueden eludirse: ¿qué visión del ser humano subyace a estas prácticas cuando son despojadas de su contexto espiritual originario? La atención plena, la aceptación de la experiencia y la compasión hacia uno mismo son valores

compatibles con una visión integral de la persona; sin embargo, su reducción a meras técnicas de gestión emocional puede empobrecer su potencial transformador.

Las neurociencias y la psicoterapia basada en evidencia

El diálogo entre las neurociencias y la práctica psicoterapéutica constituye uno de los campos de mayor expansión en la actualidad. Los avances en neuroimagen, neuroplasticidad y neurofeedback han aportado evidencia sobre los correlatos neurobiológicos de los procesos psicoterapéuticos, legitimando la intervención psicológica ante disciplinas biomédicas y políticas de salud pública. Este desarrollo ha impulsado también el paradigma de las *prácticas basadas en evidencia* (EBP) (American Psychological Association, 2006), que busca validar empíricamente la eficacia de las intervenciones. El aporte de las neurociencias es valioso en la medida en que contribuye a comprender la unidad psicosomática del ser humano; no obstante, la reducción del malestar humano a variables neurobiológicas puede obturar la comprensión del sufrimiento en su dimensión existencial, relacional y de sentido.

La psicoterapia transcultural e intercultural

La globalización, los procesos migratorios y la creciente diversidad cultural de las sociedades contemporáneas han interpelado a la psicoterapia a revisar sus marcos conceptuales, contruidos históricamente desde una perspectiva occidental, ilustrada e individualista. Buena parte del conocimiento psicológico ha sido producida a partir del llamado sesgo *WEIRD* —sigla en inglés que refiere a poblaciones occidentales, educadas, industrializadas, ricas y democráticas—, lo que limita su pretensión de universalidad. La psicoterapia transcultural propone considerar la cultura no como un mero contexto decorativo, sino como un sistema vivo que organiza la percepción del sufrimiento, su lenguaje y las expectativas de cura.

La revalorización de las psicoterapias del sentido

Una de las tendencias más elocuentes respecto del malestar de la época es la renovada atención que las comunidades académicas y clínicas están prestando

a las llamadas psicoterapias existenciales y de orientación hacia el sentido. La *logoterapia* fundada por Viktor Frankl (1905–1997) y el análisis existencial en sus diversas vertientes contemporáneas ocupan un lugar central en este retorno. La Organización Mundial de la Salud ha documentado un incremento sostenido de los trastornos depresivos y de ansiedad en las últimas décadas, con aumentos marcados entre la población joven, y las tasas de suicidio se mantienen como una de las principales causas de muerte en personas de entre 15 y 29 años a nivel global. En este marco, resulta cada vez más evidente que una parte sustancial del sufrimiento contemporáneo expresa lo que Frankl denominó *vacío existencial*: la experiencia de una vida sin horizonte de sentido. Diferentes estudios empíricos han confirmado que tener un propósito claro en la vida está relacionado con un menor riesgo de padecer enfermedades psíquicas, y que la ausencia de sentido se ha vinculado con adicciones, depresión, ansiedad e incluso con mayor riesgo suicida. La premisa frankliana —que el sufrimiento es un elemento constitutivo de la existencia al que es necesario otorgar sentido— no ha perdido vigencia; si acaso, la cultura posmoderna la ha vuelto más urgente.

La psicoterapia mediada por tecnología y sus límites

La digitalización de la salud mental configura una de las tendencias más expansivas del presente. La telepsicología, las aplicaciones de intervención y el uso de inteligencia artificial en el diagnóstico y el seguimiento se aceleraron notablemente a partir de la pandemia de COVID-19. En contextos como el del noroeste argentino, donde la concentración de recursos en los centros urbanos continúa siendo un problema estructural, estas herramientas pueden ampliar significativamente el acceso a la atención psicológica.

Sin embargo, el fenómeno que demanda mayor atención crítica en la actualidad es distinto: la consulta espontánea a sistemas de inteligencia artificial generativa en reemplazo de la atención psicológica profesional. Diversos especialistas advierten que estos sistemas no tienen fines terapéuticos y pueden ofrecer diagnósticos o consejos inadecuados, potenciar sesgos y comprometer datos sensibles. Lo que resulta particularmente preocupante no es el uso complementario de estas herramientas, sino su adopción como sucedáneo de la relación terapéutica. Algunos estudios sugieren que quienes presentan síntomas

más graves tenderían precisamente a confiar más en los chatbots, viéndolos como un sustituto emocionalmente seguro a la interacción humana, lo que podría reforzar patrones de evitación y reducir la motivación para buscar ayuda profesional. Uno de los riesgos centrales es la *ilusión de contención emocional*: aunque estos sistemas pueden simular una conversación empática, no experimentan emociones ni comprenden el contexto humano con la profundidad que implica un proceso terapéutico. Desde la perspectiva humanista-personalista que orienta este artículo, este fenómeno merece ser leído como un síntoma cultural antes que como una solución: la relación terapéutica —ese encuentro entre dos seres humanos donde uno acoge el sufrimiento del otro con escucha, presencia y responsabilidad— no puede ser replicada por ningún algoritmo.

3. La Psicoterapia en Argentina

Una revisión históricamente informada de la psicoterapia en Argentina exige distinguir entre la lenta conformación de un campo clínico diferenciado durante el siglo XIX, su institucionalización y diversificación teórica a lo largo del siglo XX, y la actual fase de integración, validación empírica y expansión aplicada que caracteriza el siglo XXI. Este recorrido revela una trayectoria singular en el contexto latinoamericano y mundial: un campo marcado por una densidad teórica y clínica excepcional, con la impronta hegemónica del psicoanálisis como eje vertebrador de su desarrollo, y con una tensión productiva —aunque no siempre resuelta— entre tradición conceptual y demanda de validación empírica.

El siglo XIX: proto-psicoterapia y matriz médico-moral

En el siglo XIX no existe aún la psicoterapia como disciplina autónoma en Argentina. El abordaje de los padecimientos psíquicos se inscribe en la medicina, la psiquiatría naciente y la higiene social. Figuras como Domingo Cabred impulsan reformas decisivas: desde la dirección del Hospicio de las Mercedes promueve la creación de la Colonia Nacional de Alienados (Open Door, Luján, 1899), primer establecimiento de tratamiento a “puertas abiertas” de América Latina, que introduce un abordaje más humanizado y alejado del encierro manicomial clásico. El paradigma dominante combina elementos del alienismo francés —cuyas figuras más relevantes, Philippe Pinel y Jean-Étienne Dominique Esquirol, ya fueron

examinadas en el recorrido histórico general— con el positivismo local. El tratamiento moral, la sugestión y formas rudimentarias de hipnosis, influenciadas por los desarrollos de Jean-Martin Charcot, constituyen los antecedentes directos de la psicoterapia en el país. El logro principal de este período no es técnico sino institucional y epistemológico: la constitución del padecimiento psíquico como objeto clínico diferenciado y la apertura hacia intervenciones no exclusivamente somáticas.

El siglo XX: hegemonía psicoanalítica, profesionalización y pluralización

El siglo XX es el período decisivo para la conformación del campo psicoterapéutico argentino. Puede subdividirse en tres momentos que revelan dinámicas distintas aunque articuladas entre sí.

La llegada del psicoanálisis transforma radicalmente el campo entre las décadas de 1930 y 1960. **Enrique Pichon-Rivière** (1907–1977) ocupa un lugar central en este proceso: introduce una lectura social del psiquismo y funda la psicología social argentina a través de su teoría del vínculo. Su obra *El proceso grupal* (1971) reúne y sistematiza materiales producidos a lo largo de décadas de trabajo clínico y teórico —prologada por el propio autor pocos años antes de su muerte—, sistematiza el dispositivo del *grupo operativo* y se convierte en texto de referencia ineludible. La fundación de la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1942 institucionaliza el campo y lo alinea inicialmente con la International Psychoanalytical Association; el psicoanálisis se expande más allá del ámbito médico hacia psicólogos y otros profesionales, algo relativamente singular en el contexto global.

Entre las décadas de 1960 y 1980 surgen contribuciones propias de alto impacto. **José Bleger** articula psicoanálisis y marxismo; su libro *Psicología de la conducta* propone una concepción integradora del comportamiento humano. **Arminda Aberastury** se convierte en pionera del psicoanálisis infantil en América Latina. **David Liberman** desarrolla herramientas diagnósticas y técnicas de análisis del discurso de notable originalidad. En paralelo, se consolidan dispositivos grupales —los grupos operativos de Pichon-Rivière—, la psicoterapia institucional

y la psicoterapia comunitaria. El campo argentino se distingue en este período por una alta densidad teórica y clínica con fuerte impronta psicoanalítica.

Un aporte de especial relevancia en esta etapa es el de **Héctor Fiorini**, cuya obra *Teoría y técnica de psicoterapias* (1973) tuvo un impacto considerable en la formación de psicólogos y psiquiatras en Argentina y América Latina, especialmente en contextos hospitalarios. Sin romper con la tradición psicoanalítica, Fiorini introdujo modificaciones decisivas en dirección a modelos más operativos y focales: la necesidad de que la psicoterapia tenga *direccionalidad*, es decir, definición de focos terapéuticos, jerarquización de problemas e intervenciones orientadas a cambios observables. Su sistematización de la *psicoterapia focal* —selección de un conflicto central, trabajo intensivo sobre ese núcleo y limitación relativa en tiempo y objetivos— constituyó una alternativa al tratamiento psicoanalítico de larga duración y, en retrospectiva, se alinea con los desarrollos posteriores de terapias breves. Asimismo, cuestionó la neutralidad pasiva del terapeuta, legitimando intervenciones más activas cuando son clínicamente pertinentes. Sin utilizar el lenguaje de la psicoterapia basada en evidencia, Fiorini anticipó una lógica de intervención planificada que lo convierte en un precursor de la racionalización técnica de la psicoterapia argentina.

La última dictadura militar (1976–1983) produce censura, persecución y exilio de profesionales, lo que tiene un doble efecto: interrumpe desarrollos locales pero favorece la circulación internacional de ideas argentinas. A partir de los años 1980 se observa una progresiva diversificación del campo. El ingreso de las terapias cognitivas y conductuales —influenciadas por Aaron T. Beck y Albert Ellis— comienza de manera incipiente durante las décadas de 1970 y 1980, aunque su consolidación efectiva se produce en la de 1990. También se desarrollan el enfoque sistémico y familiar, con referentes de la propia tradición argentina que desarrollaron parte de su obra en el exterior —entre ellos Carlos Sluzki, Salvador Minuchin, Raúl Serrano, Ema Genijovich, Celia Falicov, Marcelo Pakman, Reynaldo Perrone y Cloé Madanes—, quienes a partir de 1970 comenzaron a formarse, a viajar al extranjero y a construir vínculos con escuelas internacionales de terapia familiar y sistémica. La integración con modelos constructivistas y posracionalistas completa el cuadro de una diversificación que, en pocas décadas, transformó significativamente el paisaje del campo.

Enrique Pichon-Rivière: una clínica del vínculo y de lo grupal

El aporte de Pichon-Rivière no es simplemente una técnica grupal, sino una reformulación del objeto de la psicoterapia. El foco deja de ser el aparato psíquico individual aislado y pasa a ser el *sujeto en situación*, definido por su red de vínculos. Su categoría central es el *vínculo*, entendido como una estructura triádica que articula dimensiones intrapsíquicas y sociales, permitiendo superar dicotomías clásicas entre individuo y sociedad, entre lo interno y lo externo. El dispositivo del *grupo operativo* tiene como objetivo no la terapia en sentido clásico sino el *aprendizaje*: la tarea organiza explícitamente al grupo y las patologías se expresan como obstáculos epistemofílicos, es decir, como dificultades en la relación con el conocimiento y la realidad. Otros elementos técnicos de su modelo incluyen el ECRO (Esquema Conceptual Referencial Operativo) como matriz teórica flexible que guía la lectura clínica, la noción de *emergente* como producción grupal que condensa el conflicto latente, y las *ansiedades básicas* —depresiva y paranoide— que interfieren con el aprendizaje. El logro principal de este modelo es haber fundado una psicoterapia de orientación vincular y social con fuerte impacto en ámbitos institucionales, educativos y comunitarios en Argentina y América Latina. Como punto crítico, su desarrollo posterior fue más doctrinario que empírico: a diferencia de otros modelos contemporáneos, no avanzó de manera sistemática en validación experimental, lo que hoy limita su diálogo con estándares internacionales de investigación.

La psicoterapia simbólica

La psicoterapia simbólica en Argentina emerge como un desarrollo específico dentro del proceso más amplio de diversificación del campo psicoterapéutico durante la segunda mitad del siglo XX. Su figura fundacional es María A. Ennis, quien comienza a elaborar este enfoque en 1962 a partir de su formación con Magda Arnold en la Universidad de Loyola (Chicago). A su regreso a Buenos Aires, Ennis desarrolla un modelo propio orientado a la comprensión y transformación de la experiencia psíquica a través del trabajo con imágenes, símbolos y significaciones profundas. Este enfoque se institucionaliza progresivamente con la fundación de la Escuela de Psicoterapia Simbólica hacia 1974 —año en que publica su obra *Psicoterapia simbólica*— y alcanza mayor

consolidación con la creación de la Fundación Argentina de Psicoterapia Simbólica en 1987. Si bien su impacto fue acotado en comparación con corrientes hegemónicas como el psicoanálisis o, posteriormente, las terapias cognitivas, la propuesta de Ennis representó un intento consistente de introducir en el ámbito clínico argentino una lectura sistemática del símbolo como vía de acceso y reorganización del psiquismo, contribuyendo a la pluralización teórica y técnica del campo.

La institucionalización de la logoterapia en Argentina

La historia de la logoterapia en Argentina comienza con la primera visita de Viktor Frankl a Buenos Aires, quien llegó invitado por un grupo de profesionales admiradores de su obra. Durante su estadía de casi un mes dictó conferencias, mantuvo reuniones con especialistas y presidió la fundación de la "Sociedad Argentina de Logoterapia Existencial", conformada por los doctores Mariano J. Barilari, César R. Castillo, José T. Acevedo Sojo y Jorge David. Pese a la existencia efímera de este primer agrupamiento, su fundación sentó las bases para el trabajo posterior y su impacto superó las expectativas de los organizadores. Buenos Aires y principalmente Mendoza —encabezada por el Dr. Omar R. Lazarte— fueron los lugares en que la logoterapia entró en el quehacer profesional, científico y docente. En la Universidad Nacional de Cuyo, a mediados de la década de 1970, comenzaron a dictarse las primeras nociones del pensamiento frankliano en la cátedra de Psicología; poco después, la logoterapia ingresó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, en la cátedra de Psicología Médica.

La creación de la **Fundación Argentina de Logoterapia** constituyó el hito institucional que marcó el pasaje desde una recepción teórica dispersa hacia una organización sistemática de formación, práctica clínica y difusión del enfoque frankliano. Esta estructura permitió formalizar la enseñanza de la logoterapia mediante programas específicos, generar comunidad profesional articulando clínicos, docentes e investigadores, y establecer vínculos con redes internacionales vinculadas al pensamiento de Frankl. Desde el punto de vista disciplinar, su importancia radica en haber consolidado en Argentina una corriente que, si bien no alcanzó la hegemonía de otros modelos, aportó una perspectiva antropológica y existencial particularmente valiosa: la tematización explícita del sentido, la libertad

y la responsabilidad como categorías clínicas. Como nota crítica, su desarrollo ha sido más fuerte en el plano formativo y doctrinal que en el de la investigación empírica sistemática, lo que ha limitado su inserción en el movimiento contemporáneo de la psicoterapia basada en evidencia. No obstante, su contribución sigue siendo significativa en aquellos ámbitos donde la clínica requiere abordar dimensiones existenciales que otros modelos tienden a subestimar.

El desarrollo de la terapia cognitivo-conductual en Argentina

El desarrollo de la terapia cognitiva en Argentina no fue lineal ni inmediato; implicó una inserción progresiva en un campo fuertemente hegemonizado por el psicoanálisis, seguida por una fase de institucionalización, producción local e integración con la investigación empírica (Korman, Viotti y Garay, 2018). La terapia cognitiva —en sus versiones de Aaron T. Beck (1979) y Albert Ellis— ingresó de manera relativamente tardía y marginal, durante las décadas de 1970 y 1980, en parte por el dominio institucional del psicoanálisis en universidades, hospitales y práctica privada, y en parte por la desconfianza epistemológica hacia modelos considerados reduccionistas. Aun así, comenzaron a formarse pequeños núcleos clínicos interesados en intervenciones más estructuradas y focales.

El punto de inflexión se produjo en la década de 1990, cuando la terapia cognitiva logró legitimidad creciente a través de tres vías principales. La primera fue la creación de instituciones y redes de formación; un actor clave fue la **Fundación Aiglé**, dirigida por **Héctor Fernández Álvarez**, quien introdujo un *modelo integrativo con base cognitiva* que evitó el dogmatismo de escuela y vinculó explícitamente la práctica clínica con la investigación empírica, algo poco frecuente en el contexto local de ese momento (Fernández-Álvarez, 1992, 2008). La segunda fue la producción teórica y la adaptación cultural: la terapia cognitiva dejó de ser una importación para convertirse en un campo con producción local, incorporando variables contextuales como familia, cultura y crisis socioeconómicas. La tercera fue su inserción en ámbitos clínicos concretos: su eficacia observable en trastornos específicos —ansiedad, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión— facilitó su entrada en hospitales generales, clínicas privadas y programas de salud mental (Fernández-Álvarez, Gómez y García, 2015).

A partir del siglo XXI, el campo cognitivo-conductual se expande y complejiza con la incorporación de terapias de tercera generación —ACT, DBT, mindfulness—, el desarrollo de investigación local y una mayor presencia en currículas universitarias y posgrados. La terapia cognitiva operó así como el principal vector de ingreso de la EBP en el país, introduciendo un cambio epistemológico significativo: del "valor clínico interpretativo" al "valor clínico validado empíricamente". Este desplazamiento implicó el uso de diseños experimentales, la conceptualización de la psicoterapia como intervención susceptible de medición, y la distinción entre eficacia en condiciones controladas y efectividad en contextos reales.

El debate entre psicoanálisis y prácticas basadas en evidencia

El debate entre psicoanálisis y psicoterapia basada en evidencia no es simplemente un conflicto entre escuelas, sino un choque de paradigmas sobre qué cuenta como conocimiento válido en psicoterapia. La posición psicoanalítica, con hegemonía histórica en Argentina, sostiene la singularidad del sujeto como obstáculo a la estandarización completa, la irreductibilidad del proceso terapéutico a variables aislables, y un criterio de verdad clínico-hermenéutico antes que experimental. Esto generó una cultura clínica altamente sofisticada, pero con menor presión por demostrar eficacia bajo criterios experimentales. La EBP, por su parte, impulsada por desarrollos como los de Aaron T. Beck, propone la validación mediante ensayos controlados aleatorizados, la manualización de tratamientos y la medición sistemática de resultados.

Los puntos de tensión reales entre ambas posiciones pueden sintetizarse del siguiente modo. La EBP necesita protocolos replicables; el psicoanálisis enfatiza lo irrepetible del caso. La investigación cuantitativa privilegia indicadores observables; el psicoanálisis trabaja con significaciones y procesos no directamente cuantificables. Las terapias breves muestran mejor costo-efectividad; el psicoanálisis clásico implica tratamientos prolongados. En cuanto a la formación profesional, los modelos EBP tienden a currículas más estructuradas, mientras que el psicoanálisis privilegia el análisis personal y la supervisión prolongada.

El estado actual del debate se orienta hacia posiciones intermedias: reconocimiento de los *factores comunes* —alianza terapéutica, empatía,

expectativas—, desarrollo de investigación en procesos y no solo en resultados, adaptación del psicoanálisis a formatos breves o focales, y mayor apertura de los modelos cognitivos a variables subjetivas y contextuales. En términos estrictos, la tendencia más sólida es la *integración informada por evidencia*, no la sustitución de un paradigma por otro. En Argentina, esta orientación se cristaliza especialmente en el trabajo de Fernández-Álvarez y la Fundación Aiglé, que intenta una articulación entre rigor empírico y complejidad clínica que evita los reduccionismos de ambos extremos.

Implicancias en la formación universitaria y en la práctica clínica

El impacto de estas transformaciones teórico-clínicas se hace sentir en dos planos articulados entre sí: la formación universitaria de psicólogos y la práctica clínica contemporánea. En el plano formativo, durante décadas la psicología en Argentina estuvo fuertemente organizada en torno al psicoanálisis como matriz dominante. La irrupción de la terapia cognitiva y la EBP introduce una pluralización que comienza a organizarse en torno a criterios de validación: es frecuente encontrar hoy programas que incluyen múltiples modelos, mayor presencia de contenidos de metodología de la investigación y lectura crítica de evidencia, e introducción —aunque todavía desigual— de guías clínicas y protocolos. Sin embargo, la integración real suele ser más declarativa que efectiva: muchas currículas siguen siendo eclécticas sin articulación epistemológica explícita. Aparecen también conflictos concretos en la identidad profesional: estudiantes que reciben modelos conceptualmente incompatibles sin mediación crítica, y heterogeneidad en los criterios de intervención según el marco teórico del supervisor.

En el plano de la práctica clínica, la influencia de la EBP tiende a organizar el proceso terapéutico con mayor explicitación: evaluación inicial sistemática, definición de problemas y objetivos, selección de estrategias basadas en evidencia disponible y monitoreo continuo del progreso. Esta lógica de *toma de decisiones clínicas informada* es más cercana a otros campos de la salud y responde tanto a la evidencia como a condiciones del sistema de salud —costos, cobertura, tiempos institucionales—. Un punto relevante es que la EBP no elimina la centralidad del vínculo terapéutico, sino que lo redefine como un factor común medible y

optimizable: la alianza terapéutica pasa a ser evaluada explícitamente y se incorporan retroalimentaciones del paciente como insumo clínico. En la práctica real, muchos clínicos operan de manera integrativa, combinando técnicas cognitivas para síntomas específicos con una comprensión más profunda de la historia del paciente y consideración del contexto familiar y social. El riesgo es el eclecticismo acrítico; la ventaja, una mayor adaptabilidad clínica.

Los problemas abiertos en ambos planos no son menores: el riesgo de reduccionismo técnico —convertir la clínica en aplicación de protocolos sin juicio clínico genuino—, la dependencia de evidencia producida en contextos socioculturales distintos, la desigualdad en la formación entre universidades y espacios clínicos, y la fragmentación del campo por coexistencia de paradigmas sin diálogo real. El desafío actual no es elegir entre modelos sino lograr una integración con criterio, donde la evidencia informe la práctica sin empobrecerla, y donde la tradición clínica aporte profundidad sin quedar aislada de la validación.

4. Conclusiones

El recorrido que hemos realizado a lo largo de este artículo confirma, en cada una de sus etapas, la premisa que lo organiza: la psicoterapia es un producto cultural históricamente situado, que responde a las preguntas, los miedos y las cosmovisiones de cada época. Sus formas cambian; su objeto —el sufrimiento humano, la búsqueda de alivio y de sentido— permanece. Este reconocimiento no es meramente filosófico: tiene implicancias directas para la formación y la práctica clínica, porque obliga a preguntarse desde qué comprensión del ser humano se ejerce la psicoterapia en cada momento histórico.

En la etapa antigua, la etiología de la enfermedad se ubicaba en entidades ajenas al individuo, y el mediador —sacerdote o chamán— exorcizaba esas influencias extrañas a través de rituales específicos. En el Medioevo, la cosmovisión teocéntrica interpretaba la enfermedad como influencia maligna que contrararía la lógica de salud-salvación-Dios, y la intervención de la Iglesia resultaba indispensable. En la modernidad se produce un viraje hacia una interpretación fenomenológica: la cosmovisión antropocéntrica desplaza las explicaciones etiológicas hacia el propio individuo y la noción de enfermedad se asocia a la nosología médica de base descriptiva y estadística. Recién a partir de la segunda

modernidad y del surgimiento de la psicoterapia como campo independiente comienza a diferenciarse el malestar de la patología: padecer no necesariamente es estar enfermo, y los conceptos de salud y enfermedad adquieren un estatuto epistemológico propio.

Con el psicoanálisis freudiano se pone en evidencia que parte de esos padecimientos se corresponde con procesos primarios e involuntarios que devienen patológicos cuando el sujeto no puede gestionar sus deseos inconscientes. La figura del inconsciente instala una comprensión del sufrimiento que, aunque revisada y complejizada por sucesivas tradiciones, no ha perdido vigencia. Las corrientes posestructuralistas irán más lejos, cuestionando la idea misma de enfermedad mental como producto de culturas opresoras que instauran dispositivos de sometimiento de lo diferente; desde esta óptica, los propios tratamientos psicoterapéuticos son objeto de interrogación crítica. En la actualidad estas posiciones subsisten en diversas prácticas y conviven con otras antagónicas, lo que vuelve imprescindible discernir de qué contenidos están hechas las propias prácticas profesionales.

El recorrido por la historia de la psicoterapia en Argentina añade una dimensión de especial relevancia a este panorama. El campo argentino se distingue en el contexto latinoamericano y mundial por su alta densidad teórica y clínica, estructurada durante décadas en torno a la hegemonía psicoanalítica, y por la riqueza de sus contribuciones originales: la teoría del vínculo y el dispositivo grupal de Pichon-Rivière, la psicoterapia focal de Fiorini, los desarrollos psicoanalíticos de Bleger y Aberastury, la psicoterapia simbólica de Ennis, la institucionalización de la logoterapia frankliana y el modelo integrativo con base empírica de Fernández-Álvarez. Esta diversidad no es caótica: representa la respuesta de un campo clínico vivo a los desafíos sucesivos de su época, desde los avatares de la historia política —con el exilio de profesionales y la consiguiente circulación internacional de ideas— hasta la presión contemporánea por la validación empírica y la eficiencia terapéutica.

El debate entre psicoanálisis y prácticas basadas en evidencia, lejos de ser una disputa meramente técnica, expresa una tensión profunda entre dos modos de comprender qué es el sujeto que sufre y qué constituye un conocimiento legítimo sobre ese sufrimiento. La tendencia más sólida en el campo internacional —y progresivamente en el argentino— no apunta a la sustitución de un paradigma por

otro, sino a una integración informada por evidencia que preserve la profundidad conceptual de la tradición clínica y la incorpore a un marco de validación y justificación riguroso. Esta orientación no está exenta de riesgos: el eclecticismo acrítico, la tecnificación excesiva de la clínica, la dependencia de evidencia producida en contextos socioculturales ajenos, y la fragmentación de la formación universitaria son desafíos reales que el campo enfrenta en la actualidad.

En el presente, la praxis psicoterapéutica sitúa al individuo sufriente como foco de su abordaje y hace del malestar un ámbito específico de trabajo que no siempre implica un mal a extirpar, sino una oportunidad de comprensión y cambio. Se parte de la premisa de que el origen de los problemas es interno y subjetivo, no evidencia de fuerzas exteriores que afectan a la persona. El psicoterapeuta contemporáneo se toma en serio el sufrimiento humano y no lo interpreta como síntoma de fracaso existencial, sino como una oportunidad para el cambio y el crecimiento.

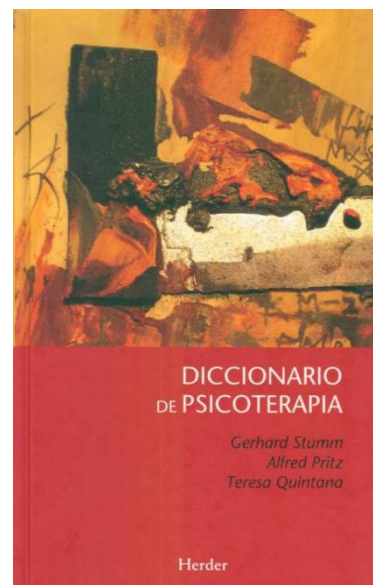
La formulación de nuevos modelos de psicoterapia es una realidad en los contextos académicos y clínicos actuales, lo que hace indispensable esclarecer siempre cuáles son los principios que sustentan dichas propuestas y contrastarlos con los marcos ético-deontológicos que nos obligan a ello. No todo nos está permitido hacer, aun en nombre del sufrimiento de los otros y de la buena fe como profesionales; nuestras prácticas tienen —y deben tener— límites que las contengan y las ordenen. Los dilemas éticos serán una parte siempre latente de la práctica clínica y, aunque no estén explicitados en los dispositivos que asumamos, nos verán interpelados a repensarnos permanentemente a la luz de ellos.

Cada cultura y cada época engendran sus propias psicoterapias. No siempre idénticas, pero necesariamente deberán ser ejercidas de manera responsable y coherente: la responsabilidad apela a la forma en que el psicoterapeuta las ejerce; la coherencia, a que sus propios modelos de praxis clínica sean congruentes con sus valores, creencias e idiosincrasia. Vivimos en la era de la técnica, a veces excesivamente preocupados por el *cómo* se hacen las cosas, olvidando el *qué* — el contenido de lo que comunicamos con nuestras prácticas, la visión del ser humano que late en ellas—. La psicoterapia es más que un conjunto de técnicas o de estrategias específicas: es un modo de comprender al ser humano, su

naturaleza, y un camino para ayudarlo a encontrarse con una vida que valga la pena vivir.

Notas biográficas sobre autores mencionados

Gerhard Stumm



Gerhard Stumm (1950 en Viena) es un psicólogo austríaco que se dedicó a la psicoterapia centrada en la persona de Carl Rogers.

Junto con Alfred Pritz, Gerhard Stumm ha editado dos obras enciclopédicas muy importantes un Diccionario de Psicoterapia y el Diccionario Biográfico de Psicoterapeutas, ambos publicados por Springer Viena-Nueva York. Su contribución más significativa se encuentra en la definición comprehensiva de psicoterapia adoptada como punto de partida, que condensa décadas de reflexión sistemática sobre los fundamentos epistemológicos y clínicos del campo.

Aporte de Stumm. Psicoterapia Centrada en la Persona en el Paradigma Humanista: Una Evaluación de la Situación Actual. A nivel nacional e internacional, la "psicoterapia humanista" se ha propuesto cada vez más en los últimos años como un término colectivo para los enfoques psicoterapéuticos con raíces

comunes. En este artículo, intentamos reflexionar sobre este desarrollo desde la perspectiva de la psicoterapia centrada en la persona: Las diversas psicoterapias humanistas comparten puntos en común teóricos y características de formación de identidad. La psicoterapia centrada en la persona puede entenderse como el enfoque central dentro de las psicoterapias humanistas. Análogamente, las variantes dentro de la psicoterapia centrada en la persona deben entenderse como desarrollos más o menos independientes dentro del enfoque. El desarrollo de la psicoterapia se sustenta en este campo de tensión de la formación de la identidad a través de la demarcación y la comunidad. Se explora este campo de tensión, a partir del cual se formulan las tesis finales, incluyendo la de que la psicoterapia humanista como proyecto integrador de métodos debe ser vista críticamente.

Fuentes:

<https://www.oxfordbibliographies.com/ViewContributor/document/obo-9780199828340/obo-9780199828340-0199.xml?id=con7965>

<https://herder.com.mx/en/autores-writers/gerhard-stumm>

Referencias de sus publicaciones más importantes:

Manual de Psicoterapia e Instituciones Psicosociales, en coautoría con Andrea Brandl-- Nebehay y Friedrich Fehlinger, Falter Verlag, Viena, 1988 (primera edición), 1996 (nueva edición), ISBN 978-3854391494.

Stumm, G., Wirth, B., (eds.) (1994) Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis, Vienna: Falter. (Psicoterapia. Escuelas y Métodos. Una guía para la teoría y la práctica. Publicado por Falter Verlag, Viena, 2011, 3ª edición completamente revisada) ISBN 978-3854394488).

Stumm, G., & Pritz, A. (Eds.). (2000). Wörterbuch der Psychotherapie. Vienna: Springer (Diccionario de Psicoterapia) ISBN 978-3211832486

Diccionario Biográfico de Psicoterapia, editado conjuntamente con A. Pritz, P. Gumhalter, P. Voracek, N. Nemeskeri, Springer Viena-Nueva York, 2005, ISBN 9783211838181

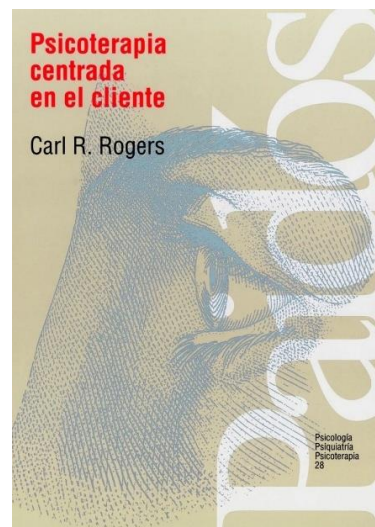
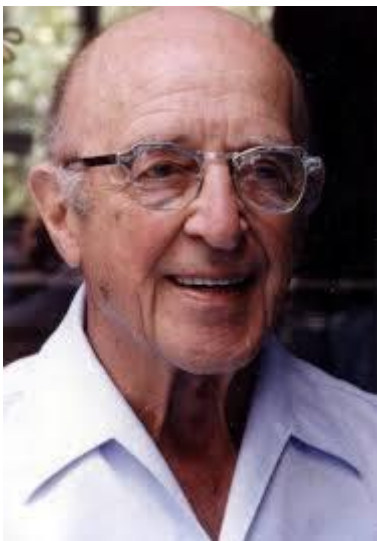
Stumm, G. (2000). Die personale Existenzanalyse aus der Sicht des personenzentrierten Ansatzes nach C. Rogers. In A. Längle (Hrsg.), Praxis der

Personalen Existenzanalyse (S. 85-98). Stumm, G. (2000). Análisis existencial personal desde la perspectiva del enfoque centrado en la persona según C. Rogers. En A. Längle (Ed.), *Práctica del Análisis Existencial Personal* (pp. 85-98). Längle, A. (Hg.) (2000). *Praxis der Personalen Existenzanalyse*. Wien: Facultas.

Stumm G (2000) Die personale Existenzanalyse aus der Sicht des personzentrierten Ansatzes nach C Rogers. In A Längle (Hrsg), *Praxis der Personalen Existenzanalyse* (S 85-98). Wien: Facultas

Stumm, G. (2005). The Person-Centered Approach from an Existential Perspective/El enfoque centrado en la persona desde una perspectiva existencial. /Der Personzentrierte Ansatz aus existenzieller Sicht. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 4(2), 106-123.

Carl Ransom Rogers (1902–1987)



Carl Ransom Rogers nació en Chicago (Illinois, USA) en 1902-y falleció en San Diego (California, USA) en 1987.Su padre Walter A. Rogers era un ingeniero civil y su madre Julia M. Cushing era una cristiana protestante muy practicante.

Fundador del enfoque humanista en psicología junto a Abraham Maslow, Rollo May y Gordon Allport. Su enfoque, que sustituyó el término "paciente" por "cliente" para subrayar la relación de igualdad en el proceso terapéutico, representó una ruptura significativa con las concepciones deterministas previas y tuvo una

influencia decisiva en el desarrollo de las psicoterapias humanistas y en la ética de la práctica psicoterapéutica contemporánea.

Se graduó en la *Universidad de Wisconsin* en Historia y se inscribió en el Seminario Teológico de Nueva York (*Union Theological Seminary*, una institución teológica protestante liberal) para ser pastor. Posteriormente, abandonó los estudios teológicos y emprendió otros de carácter psicológico y pedagógico (clinical psychology program) en el *Teachers College* de la *Columbia University* donde obtuvo su maestría en 1928 y su doctorado en 1931.

Después realizó estudios y prácticas en el *Institute for Child Guidance* de New York y en la *Rochester Society for the Prevention of Cruelty to Children*. En 1939 publica su primer libro *The Clinical Treatment of the Problem Child*. En 1942 publica *Counseling and Psychotherapy*, donde describe las bases de su terapia centrada en el cliente (luego denominada por él como terapia centrada en la persona) y de la Psicología Humanista, modelo caracterizado por la escucha empática del terapeuta y la confianza absoluta en la capacidad transformadora del consultante.

En 1940, Rogers se desempeñó como profesor de psicología en la *Ohio State University*, donde permaneció hasta 1945.

En 1945, se trasladó a la Universidad de Chicago. Durante su estancia en Chicago, se interesó en el estudio científico de la eficacia de diferentes métodos de psicoterapia. La psicoterapia nunca se había estudiado científicamente porque los profesionales se resistían a que un tercero observara sus sesiones para cuantificar y medir su práctica. Rogers analizó transcripciones de cientos de sesiones de terapia y administró pruebas psicométricas a los pacientes antes y después de recibir terapia para determinar su eficacia. Desarrolló nuevos estándares éticos para la psicoterapia que enfatizaban la autonomía del paciente y la confidencialidad. Grabar una sesión requería el consentimiento del paciente y los terapeutas no podían compartir información sobre un paciente con terceros, salvo para confirmar que estaba en terapia. Estos métodos están actualmente muy extendidos

En 1944 lo nombran Presidente de la *American Association for Applied Psychology*.

En 1947 lo nombran Presidente de la *American Psychological Association*.

En 1969 funda el *Center for the Study of the Person* (La Jolla, California).

El propósito del Centro de Estudios de la Persona (CSP) es explorar la riqueza y complejidad de la persona, para ayudar a las personas a descubrir y experimentar más plenamente, en sus propias vidas, relaciones y organizaciones, la riqueza de lo que significa ser personal: lo que significa, por ejemplo, ser reservado y abierto, aceptar y estar presente con los demás, y autoafirmarse. El Centro se interesa por nuevas experiencias y antiguas verdades. Es un centro de investigación científica y humanística, así como de educación informal. Los miembros, se proponen experimentar de nuevo, en nuestras propias vidas, los significados de la democracia y la comunidad. Pretendemos inventar y presentar al público nuestra comprensión de lo que significa ser plenamente humano. Este centro promueve la paz internacional y la solidaridad en la comunidad.

Su punto de partida para considerar la psicoterapia

Lo que lo diferencia del resto de terapeutas de su época y lo llevó a ser uno de los psicólogos más influyentes, es que optó por centrarse en la persona y no en el “problema” que trae el “paciente”. En la psicología humanista de Carl Rogers el término “cliente” lo utilizó para enfatizar la relación de igual a igual con el terapeuta. La figura del “paciente” como ser pasivo, en el proceso terapéutico centrado en la persona debe hacer al cliente que consulta un ser capaz de convertirse en un experto en su propia trayectoria y crecimiento personal.

Este enfoque se basa en la escucha empática del psicoterapeuta y en una confianza absoluta en el ser humano que consulta, en su posibilidad de transformación positiva, en su capacidad para hallar fortalezas, derribar mecanismos de defensa y dar forma a ese impulso vital con el cual puede realizarse a sí mismo.

Todas las personas tienen a su alcance la posibilidad de lograr sus metas, de hallar el bienestar y de desarrollar su máximo potencial. No obstante, Rogers señalaba que muchas personas ven esto como un ideal o como una entelequia poco factible. Considera que el bienestar más que un objetivo supone un proceso continuado en el que se debe invertir esfuerzos en el aquí y ahora. Para desarrollar una personalidad plenamente funcional debemos estar abiertos a la experiencia, aceptando no solo las emociones positivas, sino asumiendo a su vez las negativas sin huir de ellas. Debemos dar significado a nuestra existencia. Somos responsables de nosotros mismos, por tanto, es necesario hacer uso de una actitud

más activa, receptiva y creativa para hallar un sentido satisfactorio a nuestra realidad. Los momentos de crisis son instantes para atisbar, intuir y dar paso a nuevas oportunidades. Propone una terapia no directiva basada en favorecer el autoconocimiento y en la necesidad de “florecer” en nuestro máximo potencial como seres humanos.

Principales textos en español:

Rogers, Carl (1978). *Orientación psicológica y psicoterapia*. Madrid: Editorial Narcea. ISBN 84-277-0343-0.

Rogers, Carl & Freiberg, H. Jerome (1996). *Libertad y creatividad en la educación*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. ISBN 84-7509-401-5.

Rogers, Carl (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. ISBN 978-84-7509-094-8.

Rogers, Carl (2000). *El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica. ISBN 84-493-0993-X.

Rogers, Carl; Stevens, Barry y colaboradores (2013). *Persona a persona. El problema de ser humano. Una nueva tendencia en psicología*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. ISBN 978-950-518-161-2.

Fuentes de la biografía:

- <https://www.apa.org/about/governance/president/carl-r-rogers>
- <http://cgjj.wikispaces.com/Biography>
- Rogers, Carl: Freedom to Learn. Encyclopedia of Educational Theory and Philosophy (SAGE Publications, Inc.)
- <https://psicologiaymente.com/psicologia/teoria-personalidad-carl-rogers>
- Wikipedia
- <https://centerfortheperson.org/>



Héctor Fiorini (1931–2015)

Psiquiatra y psicoterapeuta argentino, formado en la tradición psicodinámica y reconocido como una de las figuras más influyentes en la modernización técnica de la psicoterapia en Argentina y América Latina. Su obra *Teoría y técnica de psicoterapias* (1973, Editorial Nueva Visión) tuvo un impacto formativo considerable en generaciones de psicólogos y psiquiatras, especialmente en contextos hospitalarios y de atención pública. Fiorini introdujo en el campo local la noción de *focalización terapéutica* —trabajo intensivo sobre un conflicto central, con limitación relativa en tiempo y objetivos— y abogó por un rol activo del terapeuta en contraste con la neutralidad técnica más rígida del psicoanálisis clásico. Su propuesta puede leerse como una figura de transición entre el modelo psicoanalítico tradicional y los enfoques integrativos posteriores: sin utilizar el lenguaje de la psicoterapia basada en evidencia, anticipó una lógica de intervención planificada y orientada a cambios observables que sentó las bases para el diálogo posterior con modelos de mayor exigencia empírica.

Héctor Fernández Álvarez (1942-2023)

Psicólogo clínico argentino, fundador y director de la **Fundación Aiglé** (Buenos Aires), institución de referencia en psicoterapia integrativa con base empírica en Argentina y América Latina. Reconocido por su labor en la articulación entre investigación y práctica clínica, es autor de obras fundamentales para el

campo como *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia* (1992, Paidós) y *Paisaje de la psicoterapia: Modelos y aplicaciones* (2008, Polemos). Su modelo propone una integración no ecléctica de diferentes tradiciones clínicas bajo un marco teórico común, incorporando tanto la evidencia empírica como la complejidad de los procesos subjetivos. Ha contribuido decisivamente a la investigación en procesos terapéuticos y factores comunes —especialmente la alianza terapéutica— y a la formación de clínicos con orientación integrativa en toda la región. Su trabajo representa uno de los intentos más sistemáticos de articular la riqueza de la tradición psicoanalítica argentina con los estándares metodológicos de la psicoterapia internacional basada en evidencia.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Araya, V., Alfaro, M. y Andonegui, M. (2007). Constructivismo: orígenes y perspectivas. *Laurus*, 13(24), 76–92.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Plume.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Fernández-Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Paidós.
- Fernández-Álvarez, H. (2008). *Paisaje de la psicoterapia: Modelos y aplicaciones*. Polemos.
- Fernández-Álvarez, H., Gómez, B. y García, F. (2015). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aiglé Foundation. *Psychotherapy Research*, 25(1), 84–94.
- Fiorini, H. (1973). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Nueva Visión.
- Fuentes Ortega, J. B. (2002). La (posible) paradoja de la intervención psicológica en el contexto de la cultura católica. *Papeles del Psicólogo*, (83), 10–20.
- Garriga Guitart, D. (2010). *Del bimaristán al hospital psiquiátrico: historia de la enfermería y la salud mental en el Islam*. ANESM.

- Korman, G. P., Viotti, N. y Garay, C. J. (2018). Un siglo de psicoterapia en Argentina: Historia, desarrollo y perspectivas actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 169–181.
- Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (Eds.). (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Paidós. (Obra original publicada en inglés en 1995)
- Prada, J. R. (2006). *Escuelas psicológicas y psicoterapéuticas*. San Pablo.
- Rivas Rebaque, F. (2008). *Terapia de las enfermedades espirituales en los Padres de la Iglesia*. San Pablo.
- Rojí Menchaca, M. B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2004). *Introducción a los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores*. UNED.
- Sáiz, M. (Ed.). (2009). *Historia de la Psicología*. Editorial UOC.
- Stumm, G., Pritz, A. y Quintana, T. (Eds.). (2009). *Diccionario de Psicoterapia*. Herder.