

REVISTA DE
PSICOTERAPIA

MISCELÁNEA

Epoca II, Volumen I - 1er. trimestre 1990

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

1

Ψ

SUMARIO

EDITORIAL	3
SINCRETISMO, ECLECTICISMO E INTEGRACION EN PSICOTERAPIA	5
Manuel Villegas Besora	
PSICOTERAPIA, RETORICA Y HERMENEUTICA: IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA Y LA INVESTIGACION	26
Jerome Frank	
QUE ES TERAPEUTICO EN LA PSICOTERAPIA. APROXIMACION SISTEMATICA A LA INVESTIGACION DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO	39
Reiner Bastine, Peter Fiedler, Detlev Kommer	
LA PSICOTERAPIA COMO PROCESO RECONSTRUCTIVO: IMPLICACIONES DE LAS TEORIAS INTEGRATIVAS PARA LA INVESTIGACION DE RESULTADOS	57
Stephanie Harter	
EL ANALISIS DE LA DEMANDA	71
Renzo Carli	
* * * * *	
EL CASO CLINICO: Depresión y alcoholismo. Integración complementaria de psicoterapia y terapia conductual.	85
J. García Moreno	

EDITORIAL

Este es el primer número de una revista que nace con el objetivo de convertirse en un foro de reflexión sobre la teoría y la praxis de la psicoterapia. Como decíamos en la presentación a nuestros suscriptores "su contenido se basa en una selección de artículos de producción nacional y extranjera según criterios de relevancia clínica y actualidad científica" sobre los temas más comunes a todas las terapias, tales como:

- fundamentación teórica y cuestiones epistemológicas (tendencias integradoras, comparación de modelos, paradigmas emergentes...),
- ámbitos de intervención terapéutica (individuo, familia, pareja, comunidad, organizaciones...),
- crisis de ciclo vital (intervención en problemas de la infancia y adolescencia, crisis de la edad adulta, geriatría...),
- tratamientos indicados para patologías específicas (depresión, fobias, obsesiones, ansiedad, stress...),
- proceso terapéutico (naturaleza del cambio psicológico, el fenómeno de la resistencia, análisis de la demanda...),
- interacción terapéutica (técnicas de entrevista, accidentes de la relación terapéutica, análisis del discurso...),
- evaluación terapéutica (análisis de resultados, el problema de la eficacia...),
- formación y ejercicio profesional (supervisión, análisis didáctico, enseñanza de técnicas y desarrollo de habilidades, cuestiones deontológicas)

Entendemos la psicoterapia como una actividad compartida por distintos profesionales de la salud, con orientaciones teóricas y competencias tecnológicas muy diversas, pero con objetivos fundamentalmente comunes. Por esta razón tampoco pretende nuestra revista alinearse con paradigmas terapéuticos muy específicos, sino abrirse a todos aquellos modelos que están abiertos, a su vez, al diálogo, a la integración o a la aportación de elementos útiles a la construcción de un modelo general de intervención terapéutica. En los últimos años ha ido tomando cada vez mayor consistencia la convicción de que la eficacia terapéutica se basa en factores presentes en la mayoría de las terapias, a pesar de su diversidad aparente. Esta convicción ha llevado a centrar la investigación en la identificación de los factores comunes a todas las terapias, a buscar vías de convergencia entre los distintos modelos y a destacar los procesos personales como el factor decisivo del cambio.

Este primer número de la REVISTA DE PSICOTERAPIA pretende ajustarse a las premisas anteriores. Aunque no se trata de un número monográfico, una misma preocupación, relativa a los factores comunes presentes en todas las terapias, preside todos y cada uno de los artículos. En el primero de ellos Manuel Villegas plantea la problematización práctica y conceptual de las tendencias actuales hacia el eclecticismo en psicoterapia. Jerome Frank, uno de los abanderados en la defensa de los factores comunes a todas las

terapias, analiza las implicaciones de la retórica y la hermenéutica en la práctica e investigación terapéuticas. El equipo del Instituto Clínico de la Universidad de Heidelberg, formado por Reiner Bastine y colaboradores intenta una aproximación sistemática a la investigación del proceso psicoterapéutico, como alternativa a los estudios tradicionales sobre la eficacia terapéutica. Stephanie Harter se muestra preocupada igualmente por la investigación de resultados, cuya alternativa pasaría por la consideración de la terapia como proceso reconstructivo. Finalmente Renzo Carli, director de la Escuela de Formación Clínica para postgraduados de la Universidad de Roma, dedica su trabajo al análisis de la demanda, elemento común y previo a cualquier decisión de intervención terapéutica, independientemente del modelo teórico de referencia. Cierra el número un breve artículo de García Moreno, que inaugura la sección "El caso clínico" y que ha sido escogido por su planteamiento integrador y claridad metodológica.

Hemos de agradecer a los diversos autores que han participado en la confección del número la generosa cesión de sus originales y de los permisos de publicación, que hacen de esta revista un verdadero foro de intercambio internacional. En particular queremos manifestar nuestro AGRADECIMIENTO a:

- Jerome Frank, del John Hopkins University School of Medicine por el permiso de traducción y publicación del artículo titulado *Psychotherapy, rhetoric and hermeneutics: implications for practice and research*, aparecido en la Revista *Psychotherapy*, 24 (3), pp. 293-302, el año 1987.

- Reiner Bastine, Peter Fielder y Detlev Kommer del Psychologisches Institut der Universität Heidelberg por el permiso de traducción y publicación del artículo titulado *Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozessforschung*, aparecido en *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, pp. 1-22, el año 1989 y al Dr. C. J. Hogrefe de la Editorial Verlag für Psychologie.

Agradecemos igualmente a la Dra. Montserrat Kirchner y a Lluís Botella García del Cid su colaboración en la traducción del artículo.

- Stephanie Harter por el permiso de traducción y publicación del artículo titulado *Psychotherapy as a reconstructive process: implications of integrative theories for outcome research*, publicado en 1988 por *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, pp. 349-367 de la Editorial Hemisphere Publishing Corporation.

- Renzo Carli, Director de la Escuela de Formación en Psicología Clínica de la Universidad de Roma por el permiso de traducción y publicación del artículo titulado *L'analisi della domanda*, aparecido en 1987 en la *Revista de Psicología Clínica*, 1, pp. 38-53.

SINCRETISMO, ECLECTISMO E INTEGRACION EN PSICOTERAPIA

Dr. Manuel Villegas i Besora
Universidad de Barcelona

Because of the progressive rapprochement of different therapeutic models in the clinical practice and the equivalent outcomes in the studies about therapeutic effectiveness, eclecticism is more and more accepted from both the theoretical and professional points of view. Nevertheless, the concept of eclecticism is not precisely defined and therefore used in a confusing way. This article elaborates a conceptual categorization, distinguishing concepts as sincretism, eclecticism and integrationism, analyzes different alternatives to eclecticism and finishes proposing an integrative model of psychotherapy from a metatheoretical perspective.

El auge del eclecticismo en psicoterapia en los últimos años parece responder a la situación de perplejidad creada por los estudios sobre eficacia terapéutica, que han puesto de relieve la equivalencia práctica de todas las terapias (Smith & Glass, 1977; Smith, Glass & Miller, 1980; Gardfield, 1983; Michelson, 1985) así como las crisis internas y externas de las diversas escuelas o modelos teóricos tradicionales (Patterson, 1974, 1985; Gardfield & Kurtz, 1977). A estas crisis internas no resultan ajenas, al menos en EE.UU., las presiones externas de carácter político y socioeconómico, que obligan cada vez más a los terapeutas a acomodar sus tratamientos a las necesidades de los clientes (Brown, 1983; Norcross, 1986).

Mientras en la primera mitad del siglo el modelo terapéutico dominante fue el psicoanálisis, contrarrestado sólo por la emergencia en los años cincuenta de las técnicas de modificación de conducta, en la actualidad, y después de la fragmentación tecnológica de los años 60, protagonizada particularmente por el movimiento de la Psicología Humanista (Villegas, 1986), las diversas psicoterapias se cuentan por centenares (Corsini, 1981; Herink, 1980). Esta proliferación exagerada constituye en términos kuhnianos un indicador claro del estado de crisis del saber terapéutico. Nada tiene de extraño, pues, si la mayoría de los terapeutas de estas dos últimas décadas, supervivientes del naufragio de las escuelas y recogiendo sus restos, se declaran eclécticos.

Según numerosos sondeos (Norcross, Prochaska & Gallagher, 1988; Perlman, 1985; Prochaska & Norcross, 1983; Smith, 1982; Watkins, López, Campbell & Himmel 1986) casi la mitad de los psicólogos americanos se autodenominan eclécticos. Por ejemplo, el reciente estudio de Barrom, Shadish & Montgomery (1988) detecta entre una muestra aleatoria de

miembros de la APA un 42% de terapeutas eclécticos, 25% psicodinámicos, 12% conductistas, 7% cognitivos, 4% humanistas, 4% sistémicos, 7% otros.

Las variables personales de estos psicólogos analizados en otros estudios (Norcross & Prochaska, 1982 b; Norcross & Wogan, 1983; Walton, 1978) no muestran diferencias significativas entre eclécticos y no eclécticos. La única variable discriminante es que los eclécticos son más experimentados. Ello puede explicarse, según Norcross & Prochaska (1988) por el hecho de que los terapeutas inexpertos dependen más de la teoría y conocen menos técnicas a causa precisamente de su inexperiencia. Como ya había hecho notar Fielder (1950): “ los terapeutas experimentados se parecen más entre sí que los no experimentados”.

La praxis ecléctica se ha visto apoyada en estos últimos años por una progresiva elaboración teórica . Se han desarrollado modelos de terapia ecléctica (Beutler, 1983; Gardfield, 1980; Hart, 1983; Thorne, 1973; Lazarus, 1981; Prochaska & DiClemente, 1984), tratamientos prescriptivos (Frances, Clarkin & Perry, 1984; Goldstein & Stein, 1976) y antologías integradoras (Goldfried, 1982a; Marmor & Woods, 1980; Norcross, 1986a). Cabe destacar también la aparición de sociedades como la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI), la *Society for Psychotherapy Research* (SPR), así como la *International Academy of Eclectic Psychotherapists* (IAEP) y revistas como el *International Journal of eclectic Psychotherapy o Comprehensive Psychotherapy*, dedicadas al fomento de la integración.

1. UN INTENTO DE SISTEMATIZACION:

Desde el punto de vista etimológico, la palabra eclecticismo significa *selección*. Como tal se opone al dogmatismo y al radicalismo doctrinario, intentando quedarse con lo mejor de cada teoría, guiado por el afán de una armonía que se estima posible en virtud de concordancias fundamentales. Históricamente el eclecticismo ha conseguido el mayor favor del público en momentos de crisis ideológica o de escepticismo filosófico, como por ejemplo durante el período helenístico romano. Eclécticos fueron entre otros, famosos médicos de la Antigüedad como Celso, Areteo de Capadocia o el propio Galeno. Aplicado a la psicoterapia, Brammer & Shostrom (1982) lo definen como “el proceso de selección de conceptos, métodos y estrategias, provenientes de una variedad de teorías habituales”.

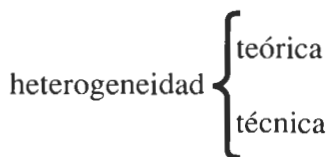
El eclecticismo, por su propia naturaleza no es, sin embargo, homogéneo. Diversos son los intentos de clarificación o sistematización del concepto que se han hecho hasta el presente. Norcross (1986a) distingue tres formas de eclecticismo:

- un eclecticismo ateorético, que se siente atraído únicamente por las características específicas de las diversas técnicas, independientemente de su génesis ideológica,
- un eclecticismo técnico, compuesto por un paquete de técnicas diversas, integradas en un marco teórico común,
- un eclecticismo sintético, resultante de la fusión de diversos enfoques, tanto teóricos como prácticos.

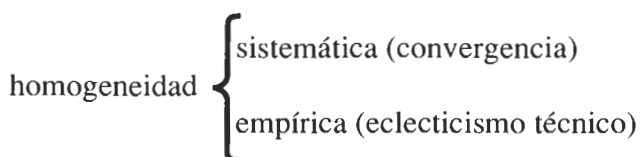
El problema fundamental del eclecticismo proviene, a nuestro juicio de la heterogeneidad de sus componentes. Si se entiende de forma aditiva resulta conceptualmente imposible; no se pueden sumar peras con manzanas. En consecuencia el eclecticismo requiere por sí mismo una cierta elaboración integradora, de lo contrario no sería más que sincretismo. Dado que las fronteras entre estos conceptos no son claras desarrollaremos un primer intento de categorización, distinguiendo entre sincretismo, eclecticismo e integracionismo (Ver Tabla I).

CUADRO SINOPTICO DE LOS ECLECTICISMOS

Sincretismo (mezcla)



Eclecticismo (selección)



Integracionismo (fusión)

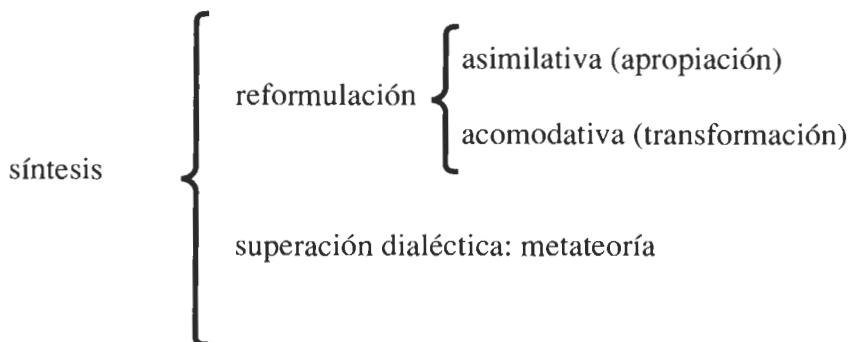


Tabla 1

a) Sincretismo

El **sincretismo** en psicoterapia se caracteriza por su oportunismo pragmático (London, 1987), ajeno a cualquier conceptualización teórica (eclecticismo ateorético de Norcross). Como tal se preocupa únicamente de coleccionar una serie de conceptos y técnicas de orígenes diversos e incluso contradictorios, con el único criterio de la utilidad. Tales colecciones se convierten en recetarios, que constituyen un marco de coexistencia para elementos heterogé-

neos, conceptualmente incompatibles entre sí. Un ejemplo, tomado del campo de la antropología cultural, podría ser el de ciertas prácticas religiosas del Brasil, mezcla de creencias y ritos de origen animista y cristiano que se yuxtaponen en virtud de sus supuesta eficacia espiritual o material. En la práctica muchos terapeutas desarrollan un eclecticismo de este tipo, tanto a nivel teórico como técnico (Gardfield & Kurtz, 1977). Este eclecticismo, idiosincrático, montado por cada terapeuta a su manera, parece ser la regla y no la excepción. Algunos proponen que se les denomine "eclecticismo de fin de semana", puesto que sus practicantes suelen pasarlos asistiendo a cursos de formación en distintas técnicas de las más variadas escuelas.

b) Eclectismo

El **eclectismo** consiste formalmente en una selección teórica o técnica de elementos que se juzgan compatibles entre sí. Reservaremos el nombre de **eclecticismo técnico** para aquellas terapias consistentes en una selección de tratamientos, provenientes de diversas fuentes, que encuentran, su marco de referencia en una teoría particular. Así la Terapia de los Constructos Personales de Kelly, como la de Lazarus, pueden considerarse técnicamente eclécticas (Goldfried, 1988). Muchas de las terapias humanistas presentan características semejantes: una colección de técnicas de diversa procedencia dentro del marco común de la concepción humanista. (Appelbaum, 1979). La razón de semejante proceder se halla en la urgencia pragmática del tratamiento clínico. Lazarus (1976), uno de los exponentes más representativos del **eclectismo técnico**, lo justifica afirmando que es la eficacia terapéutica, empíricamente determinada, y no la escuela de pertenencia, la que debe dictar los procedimientos de intervención.

Otros terapeutas se interesan más por un acercamiento teórico que técnico. Tales autores ponen de relieve la emergencia de temas comunes a varios modelos terapéuticos (Prochaska, 1984). Con frecuencia se limitan a comparar unos sistemas con otros y a observar similitudes y puntos de encuentro, aunque sin dar el salto hacia una conceptualización integradora, propiamente dicha (Wandesman, 1976 et al.). Se trata de un **eclecticismo sistemático**, que sin llegar a la fusión, destaca la **convergencia** entre una selección de teorías afines y propone el diálogo entre ellas en base a sus estrategias comunes (Goldfried, 1982a). Es el eclecticismo de la conjunción copulativa, del que el libro de Marmor & Woods, titulado *The interface between the psychodynamic and behavioral therapies* es un buen exponente. En él se refiere el caso de un paciente, tratado simultáneamente por dos terapeutas, uno de orientación analítica y otro conductista. El acercamiento entre ambos puntos de vista parece plausible a nivel pragmático, pero su integración conceptual continúa siendo cuestionada (Arkowitz & Messer, 1984).

c) Integracionismo

Para las terapias que intentan una fusión conceptual del tipo que sea entre dos o más teorías, hablaremos de **integracionismo**. Los terapeutas de la conducta, por ejemplo han ido incluyendo progresivamente el lenguaje mediacional de la Psicología Cognitiva para enriquecer el modelo simplificado E-R del conductismo (Goldfried, 1982b; Ryle 1982, Sarason, 1982 M). Los psicoanalistas, por su parte, hacen referencia a términos tales como aprendizaje, contingencias ambientales (Watchel, 1977) y acción (Marmor & Woods, 1980 M. Watchel, 1987) o bien señalan los aspectos cognitivos del Psicoanálisis (Ederlyi, 1985; Bieber, 1980; Wegman, 1985; Watchel, 1987; Gill, 1984) e incluso hablan del inconsciente en términos de

procesamiento de la información automático (Watchel, 1977; Gardfield, 1980; Safran, 1981; Goldfried, 1979). En cualquier caso se trata de intentos de reformulación (Weiner, 1983) de una teoría por otra o de la propia teoría por la integración de elementos compatibles. Al primer caso lo denominamos **integración asimilativa**, al segundo **acomodativa**.

Con frecuencia los esfuerzos de integración suponen, un efecto, un proceso de **asimilación** de una teoría por otra, del tipo que realizó históricamente el cristianismo con las fiestas paganas, incorporándolas al santoral y ciclo litúrgico del año. Los antecedentes de esta postura pueden hallarse en el trabajo de Dollard & Miller (1950), quienes como rezaba el título de su obra, intentaban replantear los temas de personalidad y psicoterapia, en aquel tiempo psicoanálisis, en términos conductistas. El libro, que se ha mantenido en catálogo durante más de 30 años (Goldfried & Newman, 1986), abordaba conceptos psicoanalíticos tales como regresión, ansiedad, represión o desplazamiento desde la óptica del aprendizaje. Las aproximaciones posteriores entre psicología cognitiva, conductismo y psicoanálisis, terapia centrada en el cliente o la Psicología de los Constructos Personales de Kelly (Bieber, 1980; Bowers & Meichenbaum, 1984; Erdelyi, 1985; Leitner, 1982; Marmor & Woods, 1980; Martin 1972) han pretendido con mayor o menor éxito realizar una **integración asimilativa**.

Este tipo de integración asimilativa está sin embargo, abocada al fracaso. La historia recuerda algunos fracasos estrepitosos como el que se produjo con los intentos de hibridación freudo-marxista. No creemos, tampoco, que el psicoanálisis pueda ser reinterpretado ahora en términos cognitivos sin una cierta deglución de sus presupuestos teóricos. El psicoanálisis ha evolucionado según su propia dinámica, incorporando conceptos nuevos. La lectura lacaniana de Freud, por ejemplo, en términos de lingüística estructural es coherente con el pensamiento psicoanalítico, dadas las estrechas interrelaciones entre ambas disciplinas. No hay que olvidar que para Freud el inconsciente habla, o como diría más tarde Lacan, "está estructurado como un lenguaje". Tanto Freud como Lacan se mueven en el ámbito de la hermenéutica. La psicología cognitiva actual, en cambio, no es para nada una hermenéutica, sino un estudio procesual sin sujeto. Cualquier acercamiento entre psicoanálisis y psicología cognitiva es por tanto hoy por hoy una asimilación destructiva de sus fundamentos del tipo que pretendían Dollard y Miller hace ya casi cuarenta años.

Por esta vía solamente pueden integrarse lenguajes compatibles entre sí, como es el caso del estructuralismo lingüístico y el psicoanálisis, al que nos hemos referido anteriormente, o el del conductismo mediacional y la psicología cognitiva. Ahí sí puede hablarse de integración, aunque tal vez fuera más coherente considerarla una evolución lógica del sistema. Al conductismo mediacional, por ejemplo, le hacía falta desarrollar las variables intervinientes que, por su propia naturaleza, aunque no de forma exclusiva eran o debían ser cognitivas (Beck, 1970; Bergin, 1970b). Eso es lo que han intentado con mayor o menor éxito algunos modelos de terapias autodenominadas "cognitivo-conductuales" (Beck, 1976; Kendall & Hollon, 1979; Meichenbaum, 1974), que al igual que el psicoanálisis de Lacan han experimentado un proceso de **transformación acomodativa**.

2) ALTERNATIVAS AL ECLECTICISMO

El eclecticismo que hemos descrito hasta ahora bien podría denominarse *material*, por cuanto pretende mezclar, unificar o sintetizar diversas teorías y/o técnicas. Una salida posible a esta situación podría plantearse desde una óptica *formal*, a través de diversos procedimientos, tales como la utilización de un **lenguaje común**, que permitiera, entre otras cosas, la unificación

de la investigación; formulación de modelos de intervención, diseñados específicamente para cada caso, conocida como **paradigma matricial**; o la exploración y optimización de los **factores comunes** a todas las terapias, expresadas en la famosa oposición comunalidad vs. especificidad.

La necesidad de un lenguaje común:

Una primera alternativa al eclecticismo material lo constituye la propuesta de un lenguaje común para la psicoterapia, algo que, por ejemplo, se ha conseguido en el campo de la taxonomía psicopatológica, gracias a los modelos clasificados de la OMS o del DSM en sus sucesivas versiones.

La jerga específica de cada modelo terapéutico constituye sin duda una barrera importante tanto conceptual como emocional para la comunicación entre terapeutas y sistemas. La utilidad de un lenguaje común ha sido puesta de manifiesto recientemente en un encuentro de la NIMH (Wolfe & Goldfried, 1988) en base a los siguientes objetivos: 1) para fomentar la comunicación en el seno de cada escuela, 2) para recuperar los hallazgos de la investigación básica, recogidos por la literatura, 3) para posibilitar el diálogo entre colegas de distintas orientaciones 4) para favorecer la investigación comparativa del proceso psicoterapéutico.

Sin embargo, la suposición que conceptos diferentes pueden ser expresados en un lenguaje común ha sido calificada con razón por Messer (1986) de mito. Algunos han propuesto la creación de un metalenguaje neutral (Murgatroyd & Apter, 1986) o un sistema de lenguaje supraordenado que posibilite la comunicación entre clínicos, investigadores y teóricos (Beutler, 1986). Otros propugnan la utilización del lenguaje de la psicología cognitivo-experimental (Goldfried, 1979, 1983; Goldfried & Newman, 1986; Ryle, 1978; Sarason 1979). Este lenguaje, carente de superestructura teórica, facilitaría una especie de acercamiento universal, convirtiéndose en el Esperanto de la psicoterapia (Messer, 1986). Otros, finalmente, propugnan la utilización del lenguaje vulgar para facilitar el intercambio de ideas y unificar criterios de investigación (Goldfried, 1982; Brady et al. 1980). Ahora bien. ¿pueden equipararse los lenguajes del psicoanálisis, la fenomenología, el conductismo, el cognitivismo y la sistémica?.

Se reconozca o no tales lenguajes pertenecen a distintas concepciones del mundo (Messer & Winikour, 1980; Yates, 1983). En psicología tenemos varias comunidades lingüísticas (Lazarus, 1986). Y esta auténtica Babel no responde sólo a diferentes significantes, sino a distintos significados. Si bien las palabras pueden ser traducidas de un idioma a otro, no así los lenguajes. Las distintas terminologías obedecen a otros tantos discursos sobre la realidad.

La búsqueda de un lenguaje común no soluciona pues el problema de la integración terapéutica por superación. Esta sólo sería posible desde una perspectiva matateórica, fruto de la supresión dialéctica de las contradicciones inherentes a la diversidad de modelos actuales.

En efecto, cualquier persona, familia o pareja que tenga actualmente un problema hallará interpretaciones totalmente distintas e intervenciones absolutamente dispares según se dirija a un terapeuta conductista, psicoanalista, sistémico o centrado en la persona. ¿Cómo es posible que una misma situación pueda ser conceptualizada y tratada de formas tan divergentes entre sí? La desorientación de los usuarios de la psicología corre pareja a la de los mismos psicólogos. Tal desorientación nace de las contradicciones internas de la disciplina. Esta situación, evidente hace ya casi tres décadas, llevó a Rogers (1963) a concluir que "la psicoterapia se hallaba en una situación caótica, donde se aplicaban los métodos más variados y se daban las explicaciones más diversas a problemas idénticos".

El paradigma matricial

Una solución posible a semejante confusión sería la que en su día propuso el **paradigma matricial** (Kiesler (1966), el cual se oponía al “mito de la uniformidad”, basado en el supuesto implícito de que todas las terapias, clientes y métodos son intercambiables entre sí. Un año más tarde, negando la equivalencia de terapias, Paul (1967) propuso como alternativa a la postura ecléctica la formulación de la matriz (tratamiento x terapeuta x cliente x problema x situación), que dió origen a la famosa letanía “qué tratamientos, administrados por quién, en qué circunstancias son más beneficiosas para qué clientes y con qué problemas”.

De esta manera pretendían estos y otros autores (Bergin & Sturpp, 1972; Fiske et al. 1970; Goldstein & Stein, 1976; Kiesler 1971a; Maelzoff & Korneich 1970; Singer, 1980,) dar respuesta a la paradoja de la equivalencia terapéutica. De acuerdo con esta postura sería posible continuar manteniendo la diversidad de sistemas terapéuticos, puesto que la pretendida equivalencia terapéutica no sería más que una ilusión, provocada por el reparto proporcional de los resultados de cada terapia con clientes, terapeutas y situaciones homogéneas. La investigación debería orientarse hacia la identificación de las zonas de mayor efectividad específica para cada terapia. Ello permitiría establecer diagnósticos y tratamientos diferenciales para cada problema. Las “recetas” (a tal problema x, y, z tal terapia x, y, z) serían, en consecuencia, individualizadas y los tratamientos no habrían sido en su origen más que desarrollos específicos para problemas concretos: el psicoanálisis para el tratamiento de la histeria y la desensibilización sistemática para el descondicionamiento de las fobias.

La pregunta esencial, sin embargo, sería la siguiente: ¿De dónde se extraen los criterios en virtud de los cuales se especifica para cada caso los tratamientos correctos? ¿Se guía el terapeuta por una teoría en particular, no necesita ninguna en absoluto o debe referirse a un marco metateórico que le sirva de referente? ¿Le servirán indistintamente varios modelos terapéuticos para una situación determinada, deberá utilizar una síntesis de ellos o deberá todavía añadir una terapia más a las cerca de cuatrocientas que ya existen?.

Howard, Nance y Mayers (1987) han intentado responder a esta pregunta desarrollando un modelo, llamado por ellos *adaptativo*, que tomando en cuenta las dimensiones fundamentales de la actividad terapéutica y las características básicas del cliente, se adecúe al máximo a ambas. Las dimensiones básicas de la actividad terapéutica se reducen a la directividad y el apoyo. Cualquier terapia o terapeuta presentan una variación característica a lo largo de esta doble dimensión, que determina su estilo terapéutico. Las actitudes básicas del cliente pueden concretarse, a su vez en estas tres, habilidad, motivación, y confianza. Este modelo pretende casar terapias, estilos del terapeuta y necesidades del cliente, satisfaciendo, al menos, tres de las variables de la letanía de Paul. Así, a un cliente con baja habilidad, escasa motivación y poca confianza le correspondería una terapia y un terapeuta de estilo prescriptivo, al modo de la Terapia Racional Emotiva (RET) de Ellis. La ventaja de este modelo sería que una vez diagnosticado el grado de predisposiciones del cliente, resultaría fácil prescribir el tratamiento más adecuado (Tabla 2).

Ahora bien, ¿soluciona este planteamiento el problema de eclecticismo o más bien obliga a que todos los terapeutas conozcan todas las técnicas para poder tratar a todos los clientes en todos sus problemas y en todas las situaciones con las terapias más adecuadas? La respuesta a tales preguntas nos remite a la cuestión inicial, origen de la tendencia ecléctica, predominante en este momento. El eclecticismo ha nacido de la necesidad de reducir el número casi infinito

MODELO ADAPTATIVO



(Alta)  APOYO  (Baja)	Estilo Terapéutico suportivo Disposición del cliente * alta habilidad * alta motivación * baja confianza Paradigma terapéutico * CENTRADA EN EL CLIENTE (Rogers) Q3	Estilo Terapéutico didáctico Disposición del cliente * baja habilidad * alta motivación * baja confianza Paradigma terapéutico * RECURSOS HUMANOS (Carkhuff) Q2
	Q4 Estilo Terapéutico delegante Disposición del cliente * alta habilidad * alta motivación * alta confianza Paradigma terapéutico * PSICOANALISIS (Freud, Jung)	Q1 Estilo Terapéutico prescriptivo Disposición del cliente * baja habilidad * baja motivación * baja confianza Paradigma terapéutico * RACIONAL-EMOTIVA (Ellis)
(Baja) ← DIRECTIVIDAD → (Alta)		

Tabla 2

de psicoterapias (Goldfried, 1982), dada su práctica equivalencia (Smith, Glass & Miller, 1980), y frenar de esta manera su crecimiento exponencial. El eclecticismo, sin embargo, no soluciona tales problemas, a causa de su incapacidad para establecer criterios de selección universalmente válidos y aceptables. La postura integracionista ha logrado mejores resultados, aunque a costa de mantener la pluralidad de sistemas, con lo que se perpetúa la perplejidad de

clientes y terapeutas. Si diversas terapias son igualmente eficaces (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986), ¿cómo se elige de preferencia una de ellas? hasta ahora la elección venía determinada por el terapeuta, especializado particularmente en una o varias técnicas, pero a espaldas de las necesidades del cliente. Se trataba de una estrategia asimilativa por la que el cliente era reducido a los parámetros teóricos y técnicos del terapeuta.

Comunidad vs. especificidad:

Hasta el presente la atención de los terapeutas, incluso en los intentos eclécticos e integracionistas, ha estado centrada en el dominio de los factores específicos, teorías y técnicas, ninguna de las cuales ha demostrado una superioridad diferencial (Bergin & Lambert, 1978; Frank, 1979; Landaman & Dawes, 1982; Luborsky, Singer, Luborsky, 1975; Metzloff & Kornreich, 1970; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston & Whipple, 1975; Smith, Glass & Miller, 1980). En consecuencia parece que la solución alternativa debería pasar por la exploración de los factores comunes a todas las terapias (Strupp, 1973, 1982).

La identificación de los factores comunes han constituido un campo de investigación muy activo durante la década de los 80 (Bergin, 1982). Se piensa y no sin razón, que una mejor comprensión de la tarea terapéutica depende de una conceptualización más precisa de los procesos presentes en todas las formas de terapia más que de un análisis de las diferencias aparentes. Un análisis transteórico, como el desarrollado por Prochaska (1984) demuestra que la mayoría de los métodos terapéuticos están de acuerdo en la identificación de los procesos productores de cambio, aunque discrepan en cuanto a sus objetivos.

Frank (1973, 1979, 1982) postula que todos los métodos terapéuticos son variaciones de las formas más primitivas de terapia. Los procesos de curación resultarían, según él, movilizados por la relación emocionalmente cargada con un “terapeuta” o “curador” socialmente reconocido, un mito (hipótesis o esquema explicativo) y un ritual de curación. El contenido específico del mito y del ritual sería irrelevante para el caso, mientras aportara una explicación plausible de los síntomas del paciente y prescribiera los procedimientos para superarlos.

De esta forma la psicoterapia puede ser conceptualizada en términos de un patrón universal en el que se utiliza la **influencia social** (persuasión) para curar (Frank, 1973, 1987). A pesar de pertenecer a diversas escuelas, todos los terapeutas a) cuidan del bienestar de los pacientes; b) tienen una cierta ascendencia o poder; y c) median entre la persona y la sociedad. Las diferencias entre terapias son más bien el resultado del énfasis que nuestra sociedad pluralista y competitiva establece entre tendencias y escuelas. La rivalidad sustentada entre las diversas técnicas sería producto, según esta opinión, de intereses económicos y de prestigio social.

Goldfried (1980) por su parte establece la comunalidad en base a las **estrategias** presentes en todas las terapias. Parte de la idea de que las orientaciones teóricas son demasiado divergentes para poder reconciliarlas. Considera igualmente que las coincidencias en el nivel técnico son demasiado superficiales para fundamentar en ellas la comunalidad. Esta debe buscarse en el plano estratégico, donde la heurística clínica guía implícitamente el curso de la terapia. Como ejemplos de tales estrategias cita:

- a) la posibilidad de nuevas experiencias correctivas
- b) la provisión de feedback directo
- c) la inducción de expectativas de curación
- d) la participación en una relación terapéutica

e) la oportunidad de comprobar repetidamente la realidad

La hipótesis de comunalidad de tales estrategias no está, sin embargo, exenta de críticas. Wilson (1982a 1982b) defiende que sólo se puede sostener tal hipótesis a un nivel superficial. Por ejemplo, la posibilidad de enfrentarse a nuevas experiencias correctivas es entendida muy diversamente para conductistas o psicoanalistas. Para los primeros se trata de experiencias diseñadas explícitamente para la sesión o fuera de ella; para los segundos se trata fundamentalmente de la experiencia de la relación terapéutica que tiene lugar únicamente en el contexto de la sesión.

Respecto al significado de tales nuevas experiencias existe todavía mayor desacuerdo (Brady et al. 1980). Para unos "experiencias nuevas" significa "ensayo de nuevos comportamientos", para otros "la reactivación en la relación con el analista de conflictos experimentados en las relaciones parentales", o "una nueva forma de pensar". Lo mismo podría decirse de la concepción diferencial que tienen unos y otros de la relación terapéutica o de lo que significa "comprobar la realidad". Estas y otras perplejidades han llevado varios estudiosos a buscar las bases de la comunalidad o bien en los factores del terapeuta, o bien en los del cliente o todavía en los de la alianza cliente-terapeuta (Hynan, 1981).

Factores del terapeuta como núcleo común:

Al resumir los factores generales del terapeuta los autores (Baer, Dumbar, Hamilton & Bentley, 1980; Frank, 1973; Goldfried & Padawer, 1982; Gomes-Schwartz, 1978; Mintz, Auerbach, Luborsky & Johnson, 1973; Mintz, Luborsky & Auerbach, 1971; Orlinsky & Howard, 1977, 1978) describen dos amplios grupos; a) implicación calurosa con el cliente; b) comunicación de una nueva perspectiva sobre la persona del cliente y su situación.

Quizás el ejemplo más conocido de la implicación calurosa como un factor general del terapeuta lo constituye la tríada de "condiciones necesarias y suficientes", formulada por Rogers (1957): la aceptación incondicional positiva, la empatía y la autenticidad. Las "condiciones" fueron acogidas con entusiasmo por los investigadores de los años 60 (Truax & Mitchell, 1971) y seguidas como un modelo general de tratamiento (Truax & Carkhuff, 1967). No ha sido posible, sin embargo probar su suficiencia (Bergin & Suinn, 1975; Chinsky & Rappaport, 1970; Gormally & Hill, 1974; Lambert, DeJulio & Stein, 1978; Mitchell, Bozarth & Krauft, 1977; Parloff, et al. 1978; Shapiro, 1976; Villegas, 1989). La tesis de la necesidad y suficiencia de los factores del terapeuta no concuerda, tampoco, con la evidencia de que para obtener resultados exitosos en grupos de autoayuda, (Emrick, Lassen & Edwards, 1977; Hurvitz, 1974), con la utilización de biblioterapia o a través de tratamientos autoadministrados (Gartner & Riesman, 1984; Mahoney, 1979; Watson & tharp, 1985) no se requiere la presencia de un terapeuta.

Puede convenirse en general que los terapeutas de diferentes escuelas comparten cualidades tan aparentemente deseables como la cordialidad, la comprensión y la habilidad de guiar a los clientes hacia nuevas perspectivas. Los resultados que han arrojado, sin embargo, los estudios dirigidos a asociar estas dimensiones con los efectos terapéuticos han sido decepcionantes. Las dificultades para especificar y medir atributos globales y cargados de valores como éstos han contribuido probablemente a obtener unos resultados tan pobres.

Factores del cliente como núcleo fundamental

En los diversos estudios de metaanálisis (Shapiro & Shapiro 1982) el peso mayor de la

efectividad terapéutica recae sobre los factores del cliente. Sólo un 10% de la varianza de los resultados terapéuticos se atribuye a la técnica, un 30% al terapeuta y el 60% restante al cliente. El ingrediente activo para la eficacia terapéutica sería, según este punto de vista, el grado de implicación y autoexploración del cliente. Las diversas técnicas de los terapeutas representarían enfoques alternativos para facilitar este proceso central. La varianza mayor en la eficacia terapéutica recae en los factores preexistentes del cliente, principalmente en la motivación para el cambio (Lambert, 1979). El modo de respuesta más común utilizado por los clientes es la automanifestación - emisiones verbales en primera persona que revelan información subjetiva. Los resultados experimentales, sin embargo, relativos a la correlación entre automanifestación y efectividad terapéutica (Genlin, Beebe, Cassens, Klein & Oberlander, 1968; Kiesler, 1971, b; McDaniel et al 1981; Strassberg, Anchor, Gabel, Cohen 1978;) no se muestran concluyentes. Existe un pronóstico mejor, en cambio, utilizando medidas más específicas y diferenciadas como el nivel global de la participación del cliente (Gomes-Schwartz, 1978; O'Malley, Suh & Strupp, 1983) o el número total de emisiones verbales del cliente en la terapia (McDaniel et al., 1981). No obstante el criterio de cuantificación verbal del paciente es sumamente ambiguo, sino se tiene en cuenta qué es lo que dice (Stiles, 1987).

Otra clase de factores generales del cliente son sus **expectativas**, incluidas las iniciales (Goldstein, 1962) y aquellas que se desarrollan durante el tratamiento. Además las expectativas iniciales pueden reforzarse con los primeros resultados: una vez conseguido un primer éxito, los clientes en cualquier terapia pueden ser arrastrados por sus propias expectativas de cambio futuro.

Un argumento similar puede construirse sobre el concepto de autoeficacia percibida de Bandura (1977), la creencia del cliente de que puede ejecutar con éxito un comportamiento específico (acercarse a un objeto fóbico, por ejemplo). Numerosos estudios (Bandura & Adams, 1977; Bandura, Adams & Beyer, 1977; Bandura, Adams, Hardy & Howells, 1980; Williams, Dooseman & Kleifeld, 1984) muestran que los cambios en el comportamiento fóbico se corresponden estrechamente a cambios de la auto-eficacia percibida, asociada con diversos tratamientos. De acuerdo con Bandura (1984) la autoeficiencia no es meramente una estimación cognitiva de la competencia futura sobre la base de un comportamiento pasado. Las autopercepciones de eficacia intensifican la actuación más que pronosticar el grado de éxito. (Bandura & Cervone, 1983). Podría ser, por tanto, que las diversas técnicas de psicoterapia no fueran más que diversos medios para un mismo fin, el de la intensificación de las creencias de auto-eficacia de los clientes. El fundamento conceptual y empírico de la auto-eficacia, sin embargo, ha sido puesto en tela de juicio (Eastman & Marziller, 1984) en la medida en que ha querido ser transferido a tipos de problemas para los que no se ha realizado una comprobación experimental.

La alianza terapéutica como núcleo común

Otra línea actual de trabajo consiste en unificar los factores generales del terapeuta y cliente bajo la categoría de "alianza terapéutica" (Bordin, 1979; Luborsky, 1976; 1984; Marziali, 1984b). La alianza terapéutica se refiere al lazo emocional e implicación mutua entre terapeuta y cliente. Para los defensores de este punto de vista es sobre esta alianza o colaboración, donde recae el peso fundamental de la terapia. Poco relieve tienen en este caso las teorías o técnicas específicas de las diversas terapias, que sirven solamente para vehicular eficazmente la alianza.

El concepto de alianza terapéutica o "alianza de trabajo", derivado de la tradición psicoanalítica (Greenson, 1967; Weiner, 1975; Zetzel, 1958) aparece en los estudios psicoterapéuticos a propósito de la creciente insatisfacción con el concepto de "condiciones terapéuticas" durante los años setenta (Lambert et al. 1978; Parloff et al., 1978). Al aplicar el concepto al estudio de la psicoterapia, Bordin (1979) distinguió tres aspectos en la alianza de trabajo: a) el lazo emocional entre terapeuta y cliente; b) la cualidad de implicación de cliente y terapeuta en las tareas de terapia; c) y el grado de concordancia entre terapeuta y cliente en los objetivos de tratamiento. Se han desarrollado variedad de medidas de la alianza terapéutica que se están aplicando en la investigación (Hartley & Strupp, 1983; Luborsky, 1984; Marziali, Marmor & Krupnick, 1981; Moras & Strupp, 1982). Los resultados de este estudio –como los de las secciones anteriores– sugieren que la contribución del cliente a la alianza terapéutica y la percepción de la misma, más que las del terapeuta, son los mejores predictores de los resultados exitosos (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis & Cohen, 1983; Horowitz et al., 1984; Marziali, 1984a).

3. LA PERSPECTIVA METATEORICA

La superación de este estado de cosas exige, como hemos visto, situarse en una nueva perspectiva. Tal perspectiva, a nuestro juicio, debe basarse en una visión metateórica del proceso terapéutico, que implicará a terapeuta y cliente en una relación acomodativa y no asimilativa como hasta el presente.

Esta metateoría podría intentar, por ejemplo, englobar todas las técnicas terapéuticas exitosas dentro de una estructura teórica común. Se trataría en este caso de un **integracionismo metateórico**. Ryle (1978, 1982, 1984), por ejemplo, sugiere la ubicación de diferentes escuelas de psicoterapia dentro de una teoría cognitiva general, de la que su "modelo secuencial de procedimiento" sería una muestra. De acuerdo con esta visión el comportamiento puede concebirse en términos de una organización jerárquica estructural, de manera que las modificaciones a un nivel inducirían modificaciones en otros niveles. En consecuencia, "cualquier cambio focal inducido por la terapia se integrará en el sistema del paciente, incluso si un terapeuta está actuando de un modo parcial o no integrado" (Ryle 1984). Según esto cada tratamiento específico estaría actuando sobre diferentes subrutinas o a diferentes niveles, pero sus efectos últimos serían similares porque la organización jerárquica interna del cliente automáticamente realizaría los ajustes necesarios en el sistema. Concepción asombrosamente parecida a la que ya hace más de cincuenta años había expuesto Rosenzweig (1936) bajo el nombre de eficacia sinérgica.

Esta visión nos aproxima a un planteamiento distinto. ¿Debe buscarse la unidad y especificidad de tratamientos en las teorías y técnicas terapéuticas o en las características comunes y a la vez singulares del proceso personal de cambio y resolución de problemas? O, dicho de otra manera ¿dónde debe focalizar la atención el terapeuta en el análisis de los sistemas terapéuticos o en el análisis de los mecanismos de cambio psicológico? Si la respuesta correcta fuera la segunda alternativa significaría que los terapeutas defensores de sistemas particulares parten de una comprensión fragmentaria del proceso e imponen restricciones innecesarias a su práctica, mientras que los modelos comunes serían más aptos para explicar cualquier tipo de proceso de cambio.

Urban y Ford (1971), por ejemplo, caracterizaron todas las terapias como formas de solución de problemas, siguiendo cinco etapas: a) identificación del problema; b) análisis del

problema; c) selección de objetivos; d) ejecución resolutive; e) valoración o evaluación subsiguiente. Prochaska y colaboradores (McComangy, Prochaska & Velicer, 1983; Prochaska, 1984; Prochaska & DiClemente, 1982) describieron cinco estadios de cambio: precontemplación, contemplación, toma de decisión, acción y mantenimiento, que interactuarían con mecanismos de cambio básicos, tales como la catarsis y el refuerzo.

Para otros la efectividad diferencial de la técnicas hay que buscarla en contextos específicos dentro de las sesiones de terapia, aunque todas las sesiones de terapia puedan inspirarse en un fondo común de mecanismos de cambio (Elliot, James, Reimschuessel, Cisko & Lack, 1985; Goldfried, 1980). Así, por ejemplo, cuestiones tales como ¿es mejor la terapia Gestalt o la terapia centrada en el cliente? no deben plantearse de forma global o general, sino en función de situaciones específicas; ¿es mejor la técnica gestáltica de las dos sillas que la respuesta refleja rogeriana para enfrentar conflictos de decisión? (Greenberg & Dompierre, 1981).

Este enfoque que se autodenomina "paradigma de acontecimientos" (Elliot, 1983; Horowitz, 1982; Rice & Greenberg, 1984) utiliza el análisis intensivo de acontecimientos significativos para describir el proceso de cambio. Su reformulación de la cuestión de Paul (1967) podría expresarse de la siguiente manera: ¿qué intervenciones específicas del tratamiento, introducidas en qué contextos terapéuticos puntuales, producirán impactos inmediatos, con qué resultados para el cliente?. El paradigma de los acontecimientos centra su atención en: a) contextos definidos por el cliente y que plantean al terapeuta una tarea particular (una toma de decisiones, por ejemplo); b) una técnica aplicable particular (la de las dos sillas, por ejemplo); y c) la respuesta a la técnica por parte del cliente, ambas medidas como cambios inmediatos dentro y fuera de la sesión (Greenberg, & Pinsof 1986).

Sin embargo, el "paradigma de los acontecimientos" olvida un detalle importante de la letanía de Paul, la particularidad del cliente, limitándose a relacionar la bondad de la intervención terapéutica como lo apropiado de una técnica a una tarea determinada. Hablando con propiedad, se trata más bien de un paradigma de "adecuación a la tarea" que no consigue liberarse de la preocupación tecnológica. La cuestión de fondo continua siendo los criterios de elección de la técnica, criterios que se rigen por preferencias teóricas o por supuestas adecuaciones intrínsecas entre técnicas y tareas, imposibles, por otra parte, de demostrar.

La imposibilidad de hallar una solución satisfactoria desde la perspectiva teórica o tecnológica nos pone sobre aviso respecto al camino a seguir. Está claro que los planteamientos específicos (escuelas) no consiguen dar cuenta del fenómeno de la equivalencia de las diversas terapias, ni consiguen frenar el crecimiento indiscriminado de modelos que, en su proliferación, llevan a la fragmentación de la praxis terapéutica. En términos económicos podríamos hablar de un exceso de oferta. La coexistencia de modelos incompatibles entre sí no resistiría ninguna de las leyes de mercado. Cuando este fenómeno se ha producido en el campo de la electrónica (sistemas de video) o de la informática (ordenadores), la unidad y la compatibilidad han terminado por imponerse.

Lo mismo cabe pensar que acabará por suceder en el campo de la psicoterapia. El eclecticismo, en este sentido, es un movimiento espontáneo hacia la compatibilidad y la unificación. Pero no es una solución satisfactoria. Muchas son las reservas que levanta la postura ecléctica. En primer lugar cabe preguntarse si es posible un eclecticismo teórico puro, o sólo puede hablarse con propiedad de convergencia temática. En segundo lugar puede cuestionarse si técnicas de origen conceptual diverso pueden ser racionalizadas por teorías que

no son afines. En tercer lugar es lícito plantearse si los clientes de un eclecticismo técnico se sentiran satisfechos al carecer de una estructura racional creíble para el tratamiento (Kendall 1982, Franks 1984). Probablemente, y por el momento, las posibilidades de integración deban buscarse en una ordenación jerárquica de las técnicas o procedimientos de intervención, adaptados al conjunto (personas/procesos/problema) dentro de un marco metateórico general.

Un marco metateórico de este tipo podría concebirse de dos maneras: como una teoría específica, conceptualmente capaz de englobar el resto de las teorías y técnicas o como un modelo inespecífico o formal. Beutler (1986H) considera candidatos para la primera opción a la *teoría general del aprendizaje*, la *teoría sistémica* y la *teoría cognitiva*.

La primera, la teoría general del aprendizaje, la encuentra suficientemente amplia y flexible, pero tiene en su contra el haberse desarrollado en un ámbito excesivamente limitado y en oposición a los otros modelos terapéuticos, por lo que no constituye un metalenguaje fácil de compartir entre los distintos terapeutas.

La segunda, la Teoría General de Sistemas, se prestaría a servir de paraguas teórico para las terapias de pareja o de familia, pero no se aviene con la terapia individual.

La tercera, la teoría cognitiva, posibilita la trasposición de diversos sistemas teóricos al lenguaje de la teoría de la información, pero se identifica excesivamente con un tipo de terapia, la cognitiva, que ignora los aspectos emocionales, afectivos y relacionales del proceso terapéutico.

Beutler (1986) opta por la teoría general de la *influencia social*. Para él, siguiendo a Frank (1973), el modelo de la influencia social es capaz de englobar los otros modelos. La psicoterapia es, en efecto, una situación de influencia interpersonal y parece probado que una terapia funciona cuando las creencias de terapeuta y cliente coinciden (Beutler, 1981).

Esta solución, sin embargo, ofrece una explicación más mágica que racional. Reduce todo el efecto terapéutico a la sugestión persuasiva. Hemos superado con ella el magnetismo animal (Mesmer) y la hipnosis (Charcot), pero no hemos llegado todavía a la racionalidad de Freud. Aunque Freud desarrolló un modelo asimilativo de Psicoterapia, se acercó, al menos, con un minucioso análisis a los procesos del sujeto (mecanismos de defensa, resistencia, etc.).

Frank (1987) (véase este mismo número) equipara cualquier forma de terapia a la retórica. Esta es concebida como una forma de influencia social, basada en el *ethos* —credibilidad o prestigio del terapeuta—, la estimulación emocional y la capacidad argumentativa.

Las teorías de Beutler y Frank tienen la ventaja de ser generales e inespecíficas. Presentan el proceso terapéutico como un proceso de influencia social, similar al que se produce en las preferencias políticas de los electores o en las compras de los consumidores, los cuales se dejan fácilmente persuadir por la retórica de las campañas publicitarias.

Este fenómeno que a nivel sociológico es cierto, no analiza críticamente el trasfondo del proceso. Se basa, en último término, en leyes de inferencia estadística (el más conocido es el político más votado o el producto más comprado) y no en el análisis de los procesos internos del sujeto. El retórico, sea cual sea su campo de actuación, política o comercial, actúa de forma asimilativa: intenta persuadir para conformar.

Un modelo general de psicoterapia, que pretenda unificar el campo de la actuación terapéutica deberá, fundamentalmente, basarse en los procesos del cliente. Este centramiento en el cliente va más allá del propugnado por Rogers, por cuanto éste lo limitaba al sentimiento. Nuestra propuesta implica un modelo de terapia adaptativa centrada en la persona y el análisis de su mundo: ello requiere empatizar con sus sentimientos (Rogers, 1951), conectar con su

estadio evolutivo actual (Ivey, 1986), conocer la estructura de su mundo (Kelly, 1955; Villegas, 1981), analizar los procesos de resistencia y cambio (Mahoney, 1988a; 1988b), desarrollar las competencias y habilidades necesarias para la resolución de problemas. (Mahoney, 1979).

Una terapia de este género exige una formulación metateórica formal que, a nuestro juicio (Feixas y Villegas *en prensa*) puede ser representada adecuadamente por el constructivismo. La concepción constructivista permite entender tanto el tratamiento como la relación terapéutica en términos de una construcción cognitivo-social (Gergen & Gergen, 1983), basada en el análisis de la demanda (Carli, 1987) y de las necesidades del cliente (Norcross, 1986), antes que en las preferencias del terapeuta.

Ante la evidencia del progresivo acercamiento de distintos modelos terapéuticos en la práctica clínica y la equiparación de sus resultados en los estudios sobre eficacia terapéutica se produce un aceptación creciente por parte de profesionales y teóricos de los puntos de vista eclécticos. Sin embargo, el concepto de eclecticismo no está bien definido y se presta a muchas confusiones. El artículo desarrolla un primer intento de categorización, distinguiendo entre sincretismo, eclecticismo e integracionismo, plantea posibles alternativas y termina proponiendo un modelo integrativo en base a una perspectiva metateórica.

Referencias Bibliográficas:

- APPELBAUM, S. A. (1979). *Out in inner space. A psychoanalyst explores the therapies*. Garden City, N. Y.: Anchor.
- ARKOWITZ H. & MESSER, S. B. (Eds.) (1984). *Psychoanalysis and behavior therapy: Is integration possible?*. New York: Plenum.
- BAER, P. E., DUNBAR, P. W. & HAMILTON, J. E. (1980). Therapist's perceptions of the psychotherapeutic process: Development of psychotherapy process inventory. *Psychological Reports*, 46, 563-570.
- BANDURA, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- BANDURA, A. (1984). Recycling misconceptions of perceived self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 231-255.
- BANDURA, A. & ADAMS, N. E. (1977). Analysis of Self-efficacy Theory of Behavioral Change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-310.
- BANDURA, A., ADAMS, N. E. & BEYER, J. (1977). Cognitive Processes mediating Behavioral Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 125-139.
- BANDURA, A., ADAMS, N. E., HARDY, A. & HOWELLS, G. (1980). Tests of the Generality of Self-efficacy Theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 39-66.
- BANDURA, A. & CERVONE, D. (1983). Self evaluative and self-efficacy mechanism in the motivational effects of goals systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1017-1028.
- BARRON, C. P., SHADISH, W. R. & MONTGOMERY, L. M. (1988). PhDs, PsyDs, and realworld constraints on scholarly activity. *Professional Psychology*, 19, 93-101
- BECK, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International University Press.
- BECK, A. T. (1984). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, pharmacotherapy: the cognitive continuum, in *Psychotherapy Research: Where are we and where should we go?*. Edited by Spitzer R.L. New York, Guilford Press.
- BECK, A. T. & EMERY, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- BEITMAN, B. D., GOLDFREID, M. R. & NORCROSS, J. C. (1989). The movement toward integrating the Psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 146, 138-147.
- BERGIN, A. E. (1970). Cognitive therapy and behavior therapy: Foci for a multidimensional approach to treatment. *Behavior Therapy*, 1, 205-212.
- BERGIN, A. E. (1982). Comment on *Converging themes in psychotherapy*. New York: Springer.
- BERGIN, A. E., & LAMBERT, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. GARFIELD & A. E.

- BERGIN (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.) New York: Wiley.
- BERGIN, A. E. & STRUPP, H. H. (1972). *Changing Frontiers in the Science of Psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- BERGIN, A. E. & SUIN, R. M. (1975). Individual Psychotherapy and Behavior Therapy. *Annual Review of Psychotherapy*, 26, 509-556.
- BEUTLER, L. E. (1981). Convergence in counseling and psychotherapy: A current look. *Clinical Psychology Review*, 1, 79-101.
- BEUTLER, L. E. (1983). *Eclectic Psychotherapy. A Systematic Approach*. New York: Pergamon.
- BEUTLER, L. E. (1986). Systematic Eclectic Psychotherapy. In J. C. NORCROSS (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- BIEBER, I. (1980). *Cognitive Psychoanalysis*. New York: Aronson.
- BORDIN, E. S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 26, 252-260.
- BOWERS, K. J. & MEICHENBAUM, D. (Eds.) (1984). *The Unconscious Reconsidered*. New York: Wiley.
- BRADY, J. P. (1986). Psychotherapy by combined behavioral and dynamic approaches. *Comprehensive Psychiatry*, 9, 536-543.
- BRADY, J. P., DAVISON, G. C., DEWALD, P. A., EGAN, G., FADIMAN, J., FRANK, J. D., GILL, M. M., HOFFMAN, I., KEMPLER, W., LAZARUS, A. A., RAIMY, V., ROTTER, J. B. & STRUPP, H. H. (1980). Some views on effective principles of psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 271-306.
- BRAMMER, L. M. & SHOSTROM, F. L. (1982). *Therapeutic psychology: Fundamentals of counseling and psychotherapy* (4th. ed.), Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- BROWN, B. S. (1983). The impact of political and economic changes upon mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 583-592.
- CARLI, R. (1987). L'analisi della domanda. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 38-53.
- CHINSKY, J. M. & RAPPAPORT, J. (1970). Brief Critique of Meaning and Reliability of "Accurate Empathy" Ratings. *Psychological Bulletin*, 73, 379-382.
- CORSINI, R. J. (ED.) (1981). *Handbook of innovative psychotherapies*. New York: Wiley.
- DOLLARD, J. & MILLER, N. E. (1950). *Personality and Psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
- DRISCOLL, R. (1984). *Pragmatic Psychotherapy*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- EASTMAN, C. & MARZILLER, J. S. (1984). Theoretical and methodological difficulties in Bandura's self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 213-229.
- EDERLYI, M. H. (1985). *Psychoanalysis: Freud's Cognitive Psychology*. New York: Freeman.
- ELLIOT, R. (1983). Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy Research and Practice*, 20, 47-55.
- ELLIOT, R., JAMES, E., REIMSCHUESSEL, C., CISLO, D. & SACK, N. (1985). Significant events and the analysis of immediate psychotherapeutic impact. *Psychotherapy*, 22, 620-630.
- EMRICK, C. D., LASSEN, C. L. & EDWARDS, M. L. (1977). Nonprofessional peers as therapeutic agents. In S. GURMAN & A. M. RAZIN (Ed.). *Effective Psychotherapy: A Research Handbook*. New York: Pergamon.
- EYSENCK, H. J. (1952). The effects of Psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- EYSENCK, H. J. (1980). Condicionamiento pavloviano y extinción como componentes básicos para una teoría de la neurosis y de su terapia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 6, 479-507.
- FEIXAS, G. & VILLEGAS M. (in press). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona: PPU.
- FIEDLER, F. E. (1950b.) Comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, non directive, and Alderian therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 436-445.
- FISKE, D. W., HUGO, H. F., LUBORSKY, L., ORNE, M. T., PARLOFF, M. B., REISER, M. F. & TUMA, A. H. (1970). Planning research on the Effectiveness of Psychotherapy. *Archives of general Psychiatry*, 22, 22-32.
- FRANCES, A., CLARKIN, J. & PERRY, S. (1984). *Differential therapeutics in psychiatry*. New York: Brunner/Mazel.
- FRANK, J. D. (1973). *Persuasion and Healing*, (2nd. Ed.). Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- FRANK, J. D. (1979) The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 47: 310-316.
- FRANK, J. D. (1982) Therapeutic components shared by all psychotherapies. In *Psychotherapy Research and Behavior Change: Master Lecture Series, vol 1*. Edited by Harvey, J. V., Parcks, M. M. Washington. D. C., American Psychological Association.
- FRANK, J. D. (1983). The Placebo is Psychotherapy. *The Behavioral and Brain Sciences*, 6, 291-292.
- FRANK, J. D. (1987). Psychotherapy, Rhetoric, and Hermeneutics implications for practice and Reserch. *Psychotherapy*, 3, 293-302.

- FRANKS, C. M. (1984). On conceptual and technical integrity in psychoanalysis and behavior therapy: Two fundamentally incompatible systems. In H. Arkowitz, S. Messer (Eds.). *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy: Is Integration Possible?*. New York: Plenum.
- GARFIELD, S. L. & KURTZ, R. (1977). A study of eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 78-83.
- GARFIELD, S. L. (1980). *Psychotherapy: An Eclectic Approach*. New York: Wiley.
- GARFIELD, S. L. (Ed.), (1983). Special Section: Meta-analysis and Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 3-75.
- GARFIELD, S. L. & KURTZ, R. (1977). A study of eclectic views. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 78-83.
- GARTNER, A. & RIESSMAN, F. (1984). *The Self-help Revolution*. New York: Human Sciences Press.
- GENDLIN, E. T., BEEBE, J., CASSENS, J., KLEIN, M. & OBERLANDER, M. (1968). Focusing ability in psychotherapy, personality and creativity. In J. M. Shein (Ed.), *Research in Psychotherapy*. Washington: A.P.A.
- GERGEN, K. J. & GERGEN, M. M. (1983). The social construction of helping relationships. In J. D. Fiesher, A. Nadler & B De Paulo (Eds.) *New Directions in Helping* (vol. 1). New York: Academic.
- GILL M.M. (1984). Psychoanalytic, psychodynamic, cognitive behavior, and behavior therapies compared, in *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy: Is Integration Possible?*. Edited by ARKOWITZ, H., MESSER, S. B. New York: Plenum.
- GOLDFRIED, M. R., NEWMAN, C. (1977). Psychotherapy integration: an historical perspective, in *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. Edited by Norcross, J. C. New York: Basic Books.
- GOLDFRIED, M. R. (1979). Anxiety-reduction through cognitive-behavioral intervention, in *Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures*. Edited by KENDALL, P. D., HOLLON, S. D. New York: Academic.
- GOLDFRIED, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- GOLDFRIED, M. R. (1982a). *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in psychodynamic Humanistic, and Behavioral Practice*. New York: Springer.
- GOLDFRIED, M. R. (1982b). Cognition and experience. In M. R. GOLDFRIED (Ed.). *Converging Themes in Psychotherapy*. New York: Springer.
- GOLDFRIED, M. R. (1983). A behavioral therapist looks at rapprochement. *Journal of Humanistic Psychology*, 23, 97-107.
- GOLDFRIED, M. R. (1988). Personal Construct Therapy and other theoretical orientations. *International Journal of Personal Construct Psychology* 13, 317-327.
- GOLDFRIED, M. R., PADAWER, W. (1982). Current status and future directions in psychotherapy, in *Converging Themes in Psychotherapy*. Edited by GOLDFRIED, M. R. New York, Springer.
- GOLDFRIED, M. R. & NEWMAN, C. (1986). Psychotherapy integration: An historical perspective. IN J. C. NORCROSS (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: BRUNNER/MAZEL.
- GOLDSTEIN, A. P. (1962). *Therapists-patient Expectancies in Psychology*. New York: Pergamon Press.
- GOLDSTEIN, A. P. & STEIN (1976). *Perspective Psychotherapies*. New York: Pergamon Press.
- GOMES-SCHWARTZ, B. (1978). Effective ingredient in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1023-1035.
- GORMALY, J. & HILL, C. E. (1974). Guidelines for research on Carkhuff's model. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 539-547.
- GREENBERG, L. S. & DOMPIERRE, L. (1981). The specific effects of Gestalt two-chair dialogue on intrapsychic conflict in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 288-296.
- GREENBERG, L. & PINSOFF, W. (eds.). (1986). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*, New York: Guilford.
- GREENSON, R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York: International University Press.
- HART, J. (1983). *Modern Eclectic Therapy*. New York: Plenum.
- HARTLEY, D. E. & STRUPP, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. MASLING (Ed.). *Empirical Studies of Psychoanalytical Theories*. Hillsdale: Analytical Press.
- HERINK, R. (Ed.) (1980). *The psychotherapy handbook*. New York: Meridian.
- HOROWITZ, M. J. (1982). Strategic dilemmas and the socialization of psychotherapy researches. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 119-127.
- HOROWITZ, M. J., MARMAR, C., WEIS, D. S., DEWITT, K., & ROSENBAUM, R. (1984). Brief psychotherapy

- of beravement reationships of process to outcome. *Archives of General Psychiatry*, 41, 438-448.
- HOWARD, G. S., NANCE, D. W. & MYERS, P. (1987). *Adaptative Counseling and Therapy. A Systematic Approach for Selecting Effective Treatment*. San Franciasco: Jossey Bass.
- HURVITZ, N. (1974). Peer self-help groups: psychotherapy without psychotherapists. In P. M. Roaman & H. M. Trice (Eds.). *The Sociology of Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- HYNAN, M. T. (1981). On the advantages of assuming that the techniques of psychotherapy are ineffective. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18, 11-13'
- INGRAM, R. E. (Ed.). (1986). *Information processing approaches to psychopathology and clinical psychology*. New York: Academic Press.
- IVEY, A. E. (1986). *Developmental therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- KARASU T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifiying therapeutic change agents. *American Journal of thought. Behavioral Therapy*, 13, 559-571.
- KENDALL, P. C. (1982). Integration: Behavior therapy and other schools of thought. *Behavioral Therapy*, 13, 559-571.
- KENDALL, P. C. & HOLLON, S. D. (Eds.) (1979). *Cognitive-behavioral-Interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press.
- KELLY, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- KIESLER, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- KIESLER, D. J. (1971). Experimental designs in psychotherapy researchs. In A. E. BERGIN & S. L. GARFIELD (Eds.) *Handbook oh Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. New York: Wiley.
- LAMBERT, M. J. (1979). *The effects of psychotherapy*. St. Albans, VT: Eden Press.
- LAMBERT, M. J., DEJULIO, S. S. & STEIN, D. M. (1978). Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations, and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, 85, 467-489.
- LANDMAN, J. F. & DAWES, R.M. (1982). Psychotherapy outcome: SMITH, GLASS conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist*, 37, 504-516.
- LAZARUS, A. A. (1976). *Multimodal Behavior Therapy*. New York, Springer.
- LAZARUS, A. A. (1981). *The Practice of Multimodal Therapy*. New York: MCGRAW-HILL.
- LAZARUS, A. A. (1986). From the ashes. *International Journal of Eclectic Psychotherapy*, 5, 241-242.
- LEITNER, L. M. (1982). Literalism, Perspectivism, Chaotic Fragmentalism, and Psychotherapy Techniques. *British Journal of Medical Psychology*, 55, 305-317.
- LONDON, P. (1987). *Metamorphosis in psychotherapy*. Paper presented at the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, May 1-3, 1987.
- LUBORSKY, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J.L. CLAGHORN (Ed.), *Successful Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- LUBORSKY, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books.
- LUBORSKY, L., CRITS-CRISTOPH, P., ALEXANDER, L., MARGOLIS, M. & COHEN, M. (1983). Two helpings alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: Accounting sings vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 171, 480-492.
- LUBORSKY, L. SINGER, B., BUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everybody has won and all must have prizes"?. *Arch. Gen. Psychiatry*, 32, 995-1008.
- MAHONEY, M. J. (1979). *Self-change: Strategies for solving Personal Problems*. New York: Norton.
- MAHONEY, M. J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolutions, in *Psychotherapy Process*. Edited by MAHONEY, M. J. New York, Plenum.
- MAHONEY, M. J. (1988a). Constructive metatheory: I. Basic features and historical fundations. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 1-35.
- MAHONEY, M. J. (1988b). Constructive metatheory: II. Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 4, 299-317.
- MARMOR, J. & WOODS, S. (1980). *The Interface Between the Psychodynamic and Behavioral Therapies*. New York: Plenum.
- MARTIN, C. G. (1972). *Learning-based Client-centered Therapy*. Monterrey: Brooks/Cole.
- MARZIALI, E. A. (1984a). Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretative interventions. *Archives of General Psychiatry*, 41, 301-304.
- MARZIALI, E. A. (1984b). Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 417-423.
- MARZIALI, A. E., MARMOR, C. & KRUPNICK, J. (1981). Therapeutic alliance scales: Development and

- relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry*, 138, 361-364.
- McCONNAUGHY, E. A., PROCHASCKA, J. O. & VELICER, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- McDANIEL, S. H., STILES, W. B. & MCGAUGHEY, K. J. (1981). Correlations of male college students' verbal response mode use in psychotherapy with measures of psychological disturbance and psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 571-582.
- MEINCHENBAUM, D. H. (1974). *Cognitive behavior modifications*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- MEINCHENBAUM, D., GILMORE, J. B. (1984). The nature of unconscious processes: a cognitive behavior, and behavior therapies compared. In *The Unconscious Reconsidered*. Edited by BOWERS, K. S., MEINCHENBAUM, D. New York, Wiley-Interscience.
- MESSER, S. B. (1984). The integration of psychoanalytic therapy and behavior therapy: summing up. In *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy: Is Integration Possible?* Edited by ARKOWITZ H., MESSER, S. B. New York, Plenum.
- MESSER, S. B., WINOKUR, M. (1980). Some limits to the integration of psychoanalytic and behavior therapy. *American Psychologist*, 35, 818-827.
- MELTZOFF, J. & KORNREICH, M. (1970). *Research in Psychotherapy*. New York: Atherton Press.
- MESSER, S. B. (1986). Eclecticism in psychotherapy: Underlying assumptions, problems, and trade-offs. In J. C. NORCROSS (Ed.) *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- MICHELSON, L. (ed.). (1985). Meta-analysis and clinical psychology. (Special issues). *Clinical Psychology Review*, 5 (1).
- MINTZ, J., AUERBACH, A. H., LUBORSKY, L. & JOHNSON, M. (1973). Patient's therapist', and observers views of psychotherapy: A "Rashomon" experience on a reasonable consensus?. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 83-89.
- MINTZ, J., LUBORSKY, L. & AUERBACH, A. H. (1971). Dimensions of psychotherapy: A factor-analytic study of ratings of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 106-120.
- MITCHELL, K. M., BOZARTH, J. D. & KRAUFT, C. C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, nonpossessive warmth, and genuineness. In A. S. GURMAN & a.m. RAZIN (Eds.), *Effective Psychotherapy: A Handbook of Research*. New York: Pergamon Press.
- MORAS, K. & STRUPP, H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39, 405-409.
- MURGATROYD, S. & APTER, M. (1986). A Structural-Phenomenological Approach to Eclectic Psychotherapy. In J. C. NORCROSS (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- NORCROSS, J. C. (1986a). Eclectic psychotherapy: An introduction and overview. In J. C. NORCROSS (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- NORCROSS, J. C. (1986b). *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- NORCROSS, J. C. & PROCHASCKA, J. O. (1982). A National Survey of clinical psychologist: Affiliations and orientations. *The Clinical Psychologist*, 35 (3), 1: 4-6.
- NORCROSS, J. C., PROCHASKA, J. O. & GALLAGHER, K. (1988). *Clinical psychologist in the 1980s*. Manuscript under review.
- NORCROSS, J. C. & PROCHASKA, J. O. (1988). A study of Eclectic (and Integrative) Views Revisited. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 170-174.
- NORCROSS, J. C., & WOGAN, M. (1983). American psychotherapists of diverse persuasion: Characteristics, theories, practices, and clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 529-539.
- O'MALLEY, S. S., SUH, C. S. & STRUPP, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report of the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 581-586.
- ORLINSKY, D. E. & HOWARD, K. I. (1977). The therapist's experience of psychotherapy. In A. S. GURMAN & A. M. RAZIN (Eds.), *Effective Psychotherapy: A Handbook of Research*. New York: Pergamon Press.
- ORLINSKY, D. E. & HOWARD, K. I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S. L. GARFIELD & A. E. BERGIN (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior change: An Empirical Analysis (2nd ed.)*. New York: Wiley.
- ORLINSKY, D. E., & HOWARD, K. J. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6 (1), 6-27.
- PARLOFF, M. B., WASKOW, I. E. & WOLFE, B. E. (1978). Research of therapist variables in relation to process and outcome. In S. L. GARFIELD & A. E. BERGIN (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis (2nd ed.)*. New York: Wiley.
- PATTERSON, C. H. (1974). *Relationship Counseling and Psychotherapy*. New York: HARPER & ROW.

- PATTERSON, C. H. (1985). *The Therapeutic Relationship: Foundations for an Eclectic Psychotherapy*. Monterey: Brooks/Cole.
- PAUL, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- PERLMAN, B. (1985). A national survey of APA-affiliated master-level clinicians: Descriptions and comparison. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 553-564.
- PROCHASKA, J. O. (1984). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*, (2nd. ed). Homewood, III, Dorsey Press.
- PROCHASKA, J. O. & DiCLEMENTE, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- PROCHASKA, J. O. & DiCLEMENTE, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. HOMEWOOD, IL.: Dow Jones-Irvin.
- PROCHASKA, J. O., & NORCROSS, J. C. (1983). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 161-173.
- RHOADS J. M. (1984). Relationships between psychodynamic and behavior therapies. In H. ARKOWITZ & S. B. MESSER (Eds.). *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York: Plenum Press.
- RICE, L. N. & GREENBERG, L. S. (Eds.) (1984). The new research paradigm. In problematic reactions. In L. N. RICE & S. GREENBERG (Eds.), *Patterns of Change*. New York: Guilford.
- ROGERS, C. R. (1951). *Client Centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- ROGERS, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- ROGERS, C. R. (1963). Psychotherapy Today and where do we go from here?. *American Journal of Psychotherapy*, 17, 5-16.
- ROSENZWEIG, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- RYLE, A. (1978). A common language for psychotherapies?. *British Journal of Psychiatry*, 132, 585-594.
- RYLE, A. (1982). *Psychotherapy: A Cognitive Integration of Theory and Practice*. London: Academic Press.
- RYLE, A. (1984). How can we compare different psychotherapies?. In GOLDFRIED, M. R., Ed. *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in Psychodynamic, Humanistic and Behavioral Practice*. New York: Springer.
- RYLE, A. (1987). Cognitive psychology as a common language for psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 168-172.
- SAFRAN, J. (1981). Assessing the cognitive interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 333-347.
- SALZMAN, L. (1984). Psychoanalysis and behavior therapy. In H. ARKOWITZ & S. B. MESSER (Eds.). *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York: Plenum Press.
- SARASON, I. G. (1982). Three lacunae of cognitive therapy. In S. L. GOLDFRIED, (Ed.). *Converging Themes in Psychotherapy: Trends in Psychodynamic, Humanistic and Behavioral Practice*. New York: Wiley.
- SHAPIRO, D. A. (1976). The effects of therapeutic conditions: Positive results revisited. *British Journal of Medical Psychology*, 49, 315-323.
- SHAPIRO, D. A. & SHAPIRO, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcomes studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- SINGER, J. L. (1980). The scientific basis of psychotherapeutic practice: A question of values and ethics. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 372-383.
- SLOANE, R. B., STAPLES, F. R., CRISTOL, A. H., YORKSTON, N. J. & WHIPPLE, K. (1975). *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- SMITH, D. (1982). Trends in Counseling and Psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809.
- SMITH, M. L. & GLASS, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcomes studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- SMITH, M. L., GLASS, G. V., MILLER, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- SPOTNITZ, H. (1985). *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient*. New York: Human Sciences Press.
- STILES, W. B. (1987). "I have to talk to somebody". A fever model of disclosure. In V. DERLEGA & J. BERG (Eds.). *Self-disclosure: Theory, research and Therapy*. New York: Plenum.
- STILES, W. B., SHAPIRO, D. A., ELLIOT, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?". *American Psychologist*, 41, 165-180.
- STRASSBERG, D. S., ANCHOR, K. N., GABEL, H. & COHEN, B. (1978). Self-disclosure in individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 153-157.
- STRONG, S. R. (1987). Interpersonal theory as a common language for Psychotherapy. *Journal of Integrative and*

- Eclectic Psychotherapy*, 6, 173-183.
- STRUPP, H. H. (1973). On the basic ingredient of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 1-8.
- STRUPP, H. H. (1982). The outcome problem in psychotherapy: Contemporary perspectives. In J. H. HARVEY & M. M. PARKS (Eds.), *Master Lecture Series*. Vol. 1. Washington, DC: American Psychological Association.
- STRUPP, H. H. & BINDER, J. L. (1982). *Time-limited Dynamic Psychotherapy: A Treatment Manual*. Nashville: Vanderbilt University.
- THORNE, F. C. (1973). Eclectic psychotherapy. IN R. CORSINI (Ed.), *Current psychotherapies*. Itasca., IL: F. E. PEACOCK.
- TRUAX, C. B. & CARKHUFF, R. (1967). *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- TRUAX, C. B. & MITCHELL, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. IN A. E. BERGIN & S. L. GARFIELD (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. New York: Wiley.
- URBAN, H. B. & FORD, D. H. (1971). Some historical and conceptual perspective on psychotherapy and behavior change. In A. E. BERGIN & S. L. GARFIELD (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis*. New York: Wiley.
- VANDENBOS, G. R. & PINO, C. D. (1980). Research on the outcome of psychotherapy. In G. R. VANDENBOS (Eds.). *Psychotherapy: Practice, Research, Policy*. Beverly Hills, CA: Sage.
- VILLEGAS, M. (1986). La Psicología Humanista: Historia, concepto y método. *Anuario de Psicología*, 34, pág. 7-47.
- VILLEGAS, M. (1989). La empatía, condición necesaria. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 27/28, pág. 65.
- WACHTEL, P. L. (1977). *Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an Integration*. New York, Basic Books.
- WACHTEL, P. L. (Ed.) (1982). *Resistance: Psychodynamic and Behavioral Approaches*. New York, Plenum.
- WACHTEL, P. L. (1983). Integration misunderstood. *British Clinical Psychology*; 22 129-130.
- WACHTEL, P. L. (1987). *Action and Insight*. New York, Guilford Press.
- WALTON, D. E. (1978). An exploration study: Personality factors and theoretical orientations of therapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 390-395.
- WANDERSMAN, A., POPPEN, P. J. & RICKS, D. F. (1976). *Humanism and Behaviorism: Dialogue and Growth*. New York: Pergamon.
- WATKINS, C. E., Jr, LOPEZ, F. G., CAMPBELL, V. L., & HIMELL, C. D. (1986). Contemporary counseling psychology: Results of a national survey. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 301-309.
- WATSON, D. L. & THARP, R. G. (1985). *Self-directed Behavior: Self-modification for Personal Adjustment*. (4th. ed.). Monterrey: Brooks/Cole.
- WEGMAN, C. (1985). *Psychoanalysis and Cognitive Psychology*. Orlando: Academic Press.
- WEINER, I. B. (1975). *Principles of Psychotherapy*. New York: Wiley.
- WEINER, I. B. (1983). Theoretical foundations of clinical psychology. In M. HERSEN, A. E. KAZDIN, & A. S. BELLAK (Eds.), *The Clinical Psychology Handbook*. New York: Pergamon.
- WILLIAMS, S. L., DOOSEMAN, G. & KLEIFIELD, E. (1984). Comparative effectiveness of guided mastery and exposure treatments for intractable phobias. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 505-518.
- WILSON, G. T. (1982a). Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. In C. M. FRANKS, G. T. WILSON, P. C. KENDALL & K. D. BROWNELL (Eds.), *Annual review of behavior therapy: Theory and practice*, 8, 305-345. New York: Guilford Press.
- WILSON, G. T. (1982b). Psychotherapy process and procedure: The behavioral mandate. *Behavior Therapy*, 13, 291-312.
- WOLFE, B. E., GOLFRIED, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration; recomendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
- YATES, A. J. (1983). Reply to J. D. DAVIS: Slaying the psychoanalytic dragon: an integrationist's commentary on Yates. *British Journal Clinical Psychology*, 22, 135-136.
- ZETZEL, E. (1958). The therapeutic alliance in analysis of Hysteria. In E. ZETZEL (Ed.). *The capacity for emotional growth*. London: Hogarth Press.



PSICOTERAPIA, RETORICA Y HERMENEUTICA: IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA Y LA INVESTIGACION

Jerome D. Frank

John Hopkins University School of Medicine.

Traducción: Luis Botella García del Cid.

In that psychotherapists seek to interpret and transform the meanings of patients' communications, psychotherapy resembles rhetoric and hermeneutics. This article identifies some of these resemblances and considers their implications for psychotherapy practice and research.

Toda empresa psicoterapéutica, cualquiera que sea su forma, recae por completo en el área del significado. Toda psicoterapia depende del hecho de que el pensamiento, el sentimiento y la conducta humana se guían fundamentalmente por las presunciones personales acerca de la realidad, es decir, por el sentido que le es atribuido a los hechos y experiencias, más que por sus propiedades objetivas (Cantril, 1950; Kelly, 1955; Frank, 1973; Knobloch & Knobloch, 1979). Las personas acuden a psicoterapia porque el significado que otorgan a la conducta de los demás y a la suya propia les hace sufrir, y los psicoterapeutas de todas las corrientes les ayudan a transformar el significado de sus experiencias para que se sientan mejor y funcionen de forma más efectiva. Los cambios que como consecuencia de ello se producen en la conducta aportan nuevas experiencias al paciente, reforzando significados nuevos y conduciendo así a una mejoría progresiva.

En cualquier sociedad, el significado (establecido culturalmente) de los síntomas de una persona determinada si esa persona debe buscar ayuda, la clase de tal ayuda y el tipo de tratamiento que recibirá. Algunos de los síntomas e incapacidades que en la sociedad Norteamericana contemporánea llevan a las personas a buscar tratamiento médico o psicoterapia (Gross, 1978; Zilberfeld, 1983) se ven en otras sociedades como respuestas naturales ante las tensiones de la vida que deben, simplemente, ser soportadas (1). En otras culturas, el mismo síntoma puede significar que la persona ha pecado o está poseída por espíritus, por lo cual el tratamiento adecuado es un ritual religioso llevado a cabo por un sacerdote o chamán (Kiev, 1964).

Un ejemplo de la importancia del significado de la patología o sus síntomas es la controversia sobre si el alcoholismo debe verse como una enfermedad o como una conducta adquirida que el individuo puede aprender a controlar (Peele, 1984). Etiquetar el alcoholismo

1.- Se ha descubierto que los servicios de salud mental, al interrogar a las personas sobre sus síntomas, incrementan la posibilidad de que se recurra a la psicoterapia al sugerir implícitamente que será una ayuda adecuada para la demanda. Descubrir casos es crear casos (Schofield, 1964).

como enfermedad como hacen, por ejemplo, Alcohólicos Anónimos, tiene la ventaja de liberar al alcohólico de sentimientos paralizantes de culpabilidad e indignidad. Por otro lado, el desresponsabilizar implícitamente al alcohólico de su problema (trampa, por cierto, en la que no cae Alcohólicos Anónimos) le conduce a depender de los demás para su alivio y le excusa de hacer ningún tipo de esfuerzo para cambiar su conducta aparte de seguir las indicaciones del terapeuta.

Una hipótesis plausible que se desarrolla en otro lugar es la de que en todas las culturas los pacientes buscan psicoterapia o su equivalente no solo por sus síntomas, sino también por los significados desmoralizadores de éstos, y que la efectividad de todas las psicoterapias depende en parte de su capacidad para combatir este estado de ánimo (Frank, 1982, 1986).

En todas las psicoterapias la capacidad del terapeuta para ayudar al paciente a transformar los significados de los acontecimientos y experiencias depende de su capacidad para establecer con él una "alianza colaborativa" (Luborsky, 1976), basada en convencerle de que el terapeuta le comprende. El desarrollo de esta alianza colaborativa mediante la comprensión se da por supuesta en las terapias que acentúan los procedimientos conductuales, pero es un objetivo explícito de las terapias tipo entrevista, desde el humanismo existencialista al psicoanálisis. Los terapeutas humanistas trabajan sobre la necesidad de "entrar en el mundo del paciente" (Havens, 1974). Los terapeutas de orientación analítica elicitaban recuentos detallados de la historia pasada del paciente que el terapeuta reinterpreta para aportar "conexiones significativas" (Jaspers, 1963) entre experiencias que el paciente sentía como caóticas. El terapeuta ayuda al paciente a interpretar el pasado de una forma que le haga posible enfrentarse más efectivamente a los hechos presentes y divisar un futuro más esperanzador. La consecuente "realidad narrativa" (Spence, 1982) resulta persuasiva, no tanto por su valor de evidencia como por su atractivo retórico.

El simple hecho de dar sentido a los síntomas del paciente eleva su moral al combatir su sentimiento de confusión. Todas las corrientes psicoterapéuticas, además, ayudan a los pacientes a transformar el significado de sus síntomas y problemas para reemplazar el desespero por esperanza, los sentimientos de incompetencia por los de auto-eficacia (Bandura, 1969), y los de aislamiento social por relaciones personales recompensantes. Para generar tales transformaciones, los psicoterapeutas utilizan las palabras, a veces acompañadas por ejercicios físicos como en la bioenergética (Lowen, 1975) o manipulaciones corporales como en la integración estructural (Schutz & Turner, 1976).

El objetivo de transformar los significados es explícito en las terapias humanístico-existenciales (Frank, 1984; Havens, 1974), cognitivas (Beck, 1976; Ellis, 1962) y en el psicoanálisis. Las terapias que solo buscan cambiar la conducta del paciente, por ejemplo descondicionando fobias, ven la transformación del significado como una consecuencia del cambio de conducta en lugar de a la inversa. La capacidad para enfrentarse a una situación provocadora de fobia o de aproximarse a un objeto fóbico cambia el significado atribuido a esta situación que pasa de temida a inocua. Resumiendo, todas las formas de psicoterapia tienen éxito hasta el punto en que transforman los significados atribuidos por el paciente a ciertos estados subjetivos y hechos externos.

A la luz de esta perspectiva, puede resultar de provecho comparar la práctica e investigación en psicoterapia con otras dos antiguas y respetadas disciplinas que operan en el terreno de los significados, a saber, la retórica (Glaser, 1980) y la hermenéutica (Bauman, 1978; Weinsheimer, 1985). Esta comparación sugiere formas de aumentar la eficacia de la psicote-

rapia, formulando a la vez interrogantes sobre los límites de los actuales métodos de investigación.

PSICOTERAPIA Y RETÓRICA

La retórica ha sido definida como “el uso de las palabras para formar actitudes o inducir a acciones” (Burke, 1969, p. 41). Según Aristóteles, el retórico consigue sus propósitos; 1) evidenciando un carácter o “ethos” personal que ganará la confianza del oyente; 2) comprometiéndolo las emociones del oyente; y 3) presentando una verdad, real o aparente, mediante la argumentación (Cooper, 1932). Los apartados siguientes considerarán la retórica y la psicoterapia respecto a sus destinatarios, metas y fuentes de efectividad.

Destinatarios de la psicoterapia y la retórica.

Tanto los destinatarios de la psicoterapia como los de la retórica son personas susceptibles a la influencia de los demás a causa de estar insatisfechos o en tensión. Como ya se ha indicado, las personas acuden a la psicoterapia a causa de determinados síntomas desmoralizadores con la confianza que ésta los cure. Esta expectativa coloca al terapeuta en una posición de poder incluso antes de su primer encuentro con el paciente.

La insatisfacción y el malestar de los oyentes del retórico abarca un amplio espectro de fuentes de rabia, depresión, resentimiento, etc. Los retóricos son más efectivos durante los períodos históricos en que esas emociones prevalecen, dado que muchos miembros de la sociedad han perdido su fe en las instituciones y valores que aportan un sentido de estabilidad y objetivos comunes, mientras que, simultáneamente, se han ido extendiendo las dificultades sociales y económicas. Como resultado de ello se da un aumento del crimen, abuso de opiáceos, cocaína, alcohol y otras drogas psicoactivas, se relajan las normas de conducta y se dan otras evidencias del debilitamiento de la estructura social. Resumiendo, retóricos y psicoterapeutas abundan en épocas de desmoralización social como la presente.

Históricamente, los destinatarios de la psicoterapia, tanto individual como de grupo, han sido siempre tratados de forma personalizada, mientras que el término “retórico” se suele reservar para el orador que pretende influir a los demás en grupos grandes. La influencia del psicoterapeuta emana de conversaciones privadas; la del retórico lo hace del discurso público. Esta diferencia se ha visto relativizada en cierto sentido, ya que las personas objetivo de los retóricos de la radio y la televisión experimentan el mensaje como dirigido personalmente a ellas. La comunicación electrónica elimina también el contagio grupal, que era una de las formas principales en que el orador de la vieja escuela manejaba a sus oyentes. Sería interesante estudiar la forma en que lo que podríamos denominar pseudo-personalización del mensaje televisado o radiado ha alterado la influencia del retórico sobre su audiencia.

Metas de influencia.

El objetivo de la retórica y la psicoterapia es, claramente, incrementar el bienestar de sus destinatarios. Las metas del psicoterapeuta cubren un amplio espectro, desde el alivio de síntomas específicos hasta cambios en la visión de la vida del paciente, cambios que se suelen resumir en la expresión “crecimiento personal”. En general, se espera que los cambios que el terapeuta pretende sean duraderos y auto-reforzantes.

El retórico intenta inducir en sus oyentes determinadas conductas encaminadas a la consecución de sus objetivos, tales como mayor bienestar, poder o la rectificación de la

injusticia. Aunque tales conductas, como por ejemplo manifestaciones de protesta o revoluciones, sean limitadas en el tiempo, los que participan en ellas son inducidos a pensar que estos actos conducirán a mejorías duraderas en su bienestar. El ejemplo más escandaloso, por supuesto, es la promesa de salvación que hacen los predicadores evangelistas a todos aquellos que se unan a su secta particular.

A veces se equipara a los terapeutas con los vendedores, políticos, ciertos predicadores radiofónicos y otros individuos que pretenden formar actitudes o inducir acciones a través de la palabra con tal de satisfacer sus propios fines. Afortunadamente hay diferencias importantes. Los psicoterapeutas de la mayoría de escuelas, al contrario que estos otros “persuasores”, contemplan al paciente como un colaborador activo en lugar de como un objeto pasivo de manipulación. Sin embargo, la diferencia crucial consiste en la identidad de los psicoterapeutas como miembros de una profesión asistencial. La credibilidad de los psicoterapeutas -su “ethos”- está implícito en su rol profesional. Ello garantiza, idealmente, que el terapeuta es digno de confianza, competente, y que se halla interesado de forma primordial en el bienestar del paciente. El psicoterapeuta, si quiere ajustarse a las normas éticas de la profesión, debe dedicarse sinceramente al servicio de los intereses del paciente.

Los motivos de los otros persuasores, incluidos los retóricos, son más variados. Todos se presentan como movidos únicamente por el deseo de ampliar el interés de su audiencia y, realmente, eso es lo que suelen hacer. Más aún, algunos pueden conseguir convencerse a sí mismos de que sus metas son genuinamente altruistas (Goleman, 1985). Sin embargo, un componente crucial de la mayoría de practicantes de la retórica es el deseo de incrementar su propia riqueza y poder. Los psicoterapeutas, desde luego, no son del todo inmunes a tales motivos, pero para la mayoría de ellos no ocupan un papel tan prominente.

FUENTES DE INFLUENCIA

Las fuentes del “ethos” de psicoterapeutas y retóricos pueden dividirse en personales y contextuales.

Fuentes personales

Las características personales deben explicar las marcadas diferencias entre la efectividad de distintos terapeutas o retóricos individuales con una formación y experiencia relativamente equivalentes. Estas cualidades personales, a las que solemos referirnos con términos como “carisma” o “magnetismo personal”, son fáciles de sentir pero difíciles de definir. Otro atributo personal, la capacidad del retórico para sentir el estado de ánimo de su público, podrá corresponder a la sensibilidad del psicoterapeuta hacia los sentimientos de su paciente individual. La elocuencia del retórico corresponde, a grandes rasgos, a la capacidad del terapeuta para construir con el paciente una narración o historia significativa y convincente que explique las causas de los síntomas o dificultades de éste y sugiera un procedimiento colaborativo para superarlos (McHugh & Slavney, 1983).

La determinación del terapeuta frente a las muestras de emocionalidad del paciente y sus intentos abiertos o implícitos de manipularlas podrán ser análogos a la capacidad del retórico para soportar la hostilidad de sus oyentes.

Fuentes contextuales

Los aspectos contextuales de la situación que contribuyen al “ethos” de retóricos y

psicoterapeutas son bastantes distintos. Para el retórico, tales rasgos contextuales pueden incluir la insignia de la organización que representa, testimonios de otros seguidores, y, en el caso de los predicadores evangelistas, contextos situacionales que sugieran que se trata del mensajero de Dios.

Los principales sancionadores contextuales del psicoterapeuta son los diplomas y certificados que dan testimonio de su pertenencia a una profesión establecida, tal como la psiquiatría, la psicología o la asistencia social. Implícito a la identificación profesional, especialmente en el caso de psiquiatras y psicólogos, está el hecho de que su poder deriva de la Ciencia, entidad que para muchos estadounidenses equivale a Dios. Los terapeutas conductuales afirman que sus métodos derivan de experimentos de laboratorio. Los psicoanalistas mantienen que el psicoanálisis es una ciencia (Freud, 1933), y Janov (1971) aduce datos neurofisiológicos para defender la terapia del grito primal. Aunque muchos psicoterapeutas humanístico-existenciales no se resguardan bajo el manto de la ciencia, la mayoría adquieren su "ethos" mediante la pertenencia a una de las profesiones asistenciales establecidas.

MÉTODOS DE INFLUENCIA

Por lo que respecta a los métodos por medio de los cuales transforman los significados, retóricos y psicoterapeutas se basan en la estimulación de la emocionalidad y en lo que los retóricos llaman "argumentación".

Estimulación emocional

El repertorio de los retóricos consiste en la estimulación de una amplia gama de emociones que van desde el miedo al enemigo a vividas representaciones de las recompensas a obtener por seguirlos a ellos, incluido el éxtasis de la salvación. Tales apelaciones emocionales reforzadas por el contagio grupal pueden provocar conductas extremas tales como masacres e incluso suicidios colectivos como el de Jonestown. La mayor parte de tales cambios en la conducta son temporales (Argyle, 1958), a menos, por supuesto, que sus efectos sean irreversibles, como en el ejemplo antes citado. La duración de tales efectos parece depender del refuerzo repetido por la participación en el grupo que representa los valores alterados, principio empleado por los evangelistas.

Argumentación

El tercer componente de la retórica (además del "ethos" y la estimulación emocional) es la argumentación. Este término incluye mucho más que una apelación lógica a la razón. Según el Webster's 3rd International Dictionary, se refiere a toda "expresión retórica dirigida a convencer o persuadir". En retórica se concede gran importancia a comprender la psicología de la audiencia. "Los oradores deben saber qué provoca rabia, admiración, vergüenza, y cómo se espera que reaccionen diferentes grupos de oyentes... ya que cosas que no se pueden probar con certeza deben parecer evidentes" (Encyclopaedia Britannica, 1972). La argumentación en retórica guardaría una cierta semejanza con ciertos procedimientos terapéuticos.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA PSICOTERAPÉUTICA

Glaser (1980) ha explicitado algunos de los paralelismos entre retórica y psicoterapia. Los psicoterapeutas emplean algunos de los recursos de los retóricos tales como metáforas e imágenes sensoriales para focalizar la atención del paciente sobre ideas centrales al mensaje

terapéutico y hacer sus ideas más creíbles. Los terapeutas hábiles hacen esto de forma intuitiva, pero para la mayoría sería bueno hacer esfuerzos deliberados por mejorar su comunicación con sus pacientes siguiendo estas líneas. En este sentido, la programación neurolingüística por ejemplo, sugiere formas de determinar la modalidad sensorial preferida por el paciente -visual, auditiva, táctil, olfatoria o gustatoria- para que el terapeuta pueda utilizar la misma modalidad en sus comunicaciones (Bandler & Grinder, 1979).

Contemplar la psicoterapia desde la perspectiva de la retórica sugiere que, con algunas excepciones como el Análisis Transaccional, la Terapia Primal y el EST, los terapeutas estadounidenses pueden no estar dando suficiente importancia a la utilización de procedimientos de apelación emocional y grupos de seguimiento. El éxito de cualquier forma de psicoterapia depende de que el paciente experimente un arousal emocional (Hoehn-Saric, 1978). Hace tiempo que se acepta que el puro insight intelectual no suele inducir al cambio y, en realidad, todas las terapias incorporan componentes que producen arousal emocional, sea reviviendo recuerdos de experiencias pasadas o solicitando del paciente que se arriesgue con formas de comportarse nuevas no probadas antes, tales como enfrentarse a situaciones fóbicas. Con algunas excepciones (Janov, 1971; Stampfl & Lewis, 1967; Marks, 1972) los terapeutas estadounidenses evitan tímidamente provocar de forma deliberada las emociones del paciente (Olden, 1977), sea porque las muestras de emocionalidad les incomodan o porque los procedimientos para generarlas parecen incompatibles con un enfoque racional y científico. La efectividad de la retórica sugiere la posibilidad de que un empleo más amplio y deliberado de tales procedimientos pudiera hacer aumentar la efectividad total de la psicoterapia.

De la misma forma, aunque algunas corrientes terapéuticas (p.e., la Terapia Primal, el Análisis Transaccional y el EST), alientan a sus seguidores a que se unan a grupos de seguimiento, la mayoría de ellas no incorpora tales grupos. Un uso más extendido de grupos de seguimiento podría hacer aumentar la efectividad de toda psicoterapia a incrementar el número de pacientes en los que ésta induce cambios de largo alcance.

Por último, los terapeutas que se ven a sí mismos como científicos aplicados podrían estar limitando indebidamente su capacidad de utilizar medios de persuasión no asequibles a los retóricos, es decir la exhibición de símbolos de curación de entre los cuales el más extendido es la falsa medicación o placebo (Fish, 1973). Los placebos se han convertido en sujeto de una vasta y controvertida literatura, en particular en lo tocante a sus implicaciones éticas (Bok, 1974), pero su poder es innegable (White, et al., 1985).

PSICOTERAPIA Y HERMENÉUTICA: EL PACIENTE COMO TEXTO

Ultimamente asistimos a la emergencia de una conceptualización del diagnóstico y el tratamiento médico que incluye el significado que médico y paciente otorgan a los síntomas de éste último.

En la medida en que los psicoterapeutas intentan entender e interpretar el significado de la comunicación del paciente, la psicoterapia guarda interesantes semejanzas con la hermenéutica o exégesis, disciplinas referidas a la interpretación de textos religiosos para descubrir su significado (McHugh & Slavney, 1986). Igual que los relatos de los pacientes, los textos religiosos carecen de criterios objetivos frente a los que el exégeta pueda verificar la validez de sus interpretaciones. Como resultado de ello, "un texto dado puede tener un número de interpretaciones muy diferentes según las presuposiciones y técnicas exegéticas que se le apliquen" (*Encyclopaedia Britannica*, 1986).

Una autoridad en el tema de la hermenéutica escribe: "Si entender significa siempre llegar a un acuerdo (a un "entendimiento"), entonces implica siempre a dos participantes diferentes... El criterio de la comprensión textual no es recuperar el significado del autor, sino descubrir un significado común compartido por el intérprete. Tal significado no depende nunca exclusivamente del autor en mayor medida que del intérprete" (Weinsheimer, 1985, p.178).

Siguiendo estas líneas, el diagnóstico y el tratamiento han sido descritos como un proceso de negociación entre paciente y médico para llegar a un acuerdo sobre cómo pautar cognitivamente su trastorno mediante etiquetado, clasificación y explicación (Kleinman, 1974-75); o como el proceso de comprensión de las presuposiciones o principios mediante los cuales el paciente crea la realidad en la que vive (Budd & Zimmerman, 1986); o como el proceso de identificación de la estructura conceptual que sostiene la percepción del paciente de sus problemas (Evans et al., 1986).

Goffman (1959) habla de la historia pasada del paciente como una apología construida por la memoria selectiva para crear "la imagen de un curso vital... que selecciona, abstrae y distorsiona de forma que le provea de una visión de sí mismo que pueda ostentar en la situación presente" (p. 133). A diferencia de un texto escrito, el paciente modifica continuamente su apología en respuesta al carácter de exigencia de la situación terapéutica (Orne, 1962). En la terapia, paciente y terapeuta colaboran en la recreación y reordenación de las experiencias pasadas del paciente de cara a crear una apología que sostenga una auto-imagen más positiva y un futuro más esperanzador.

Los terapeutas que se ven a sí mismos como científicos conductuales aplicados asumen que la eficacia terapéutica de una interpretación depende de cuánto se aproxime a la realidad objetiva. La comparación de la psicoterapia con la hermenéutica sugiere, por el contrario, que el criterio de verdad de una interpretación psicoterapéutica, igual que el de un texto religioso, es su plausibilidad -es decir, la interpretación "más verdadera" sería aquella más satisfactoria o con más sentido para las personas cuyo juicio aceptamos. En psicoterapia, el juez último de la verdad de una interpretación es el paciente. El poder de una interpretación para convencer al paciente depende, entre otros factores, de su capacidad para dar sentido al material que el paciente ofrece, de los términos en que la interpretación es expresada, de la confianza del paciente en el terapeuta, y, quizá lo más importante, de su utilidad -las consecuencias benéficas de tal interpretación para la capacidad del paciente de funcionar y sentirse bien.

Los ejemplos del poder terapéutico de reinterpretar el "texto" del paciente son abundantes. Una forma muy efectiva de aumentar la autoconfianza del paciente es convenciéndole de que sus síntomas no son tan siniestros como él teme. Un buen ejemplo de esto es una forma de psicoterapia de los estados de pánico basada en el reconocimiento de que no es el pánico en sí sino el miedo anticipado a él (es decir, su significado para el paciente) lo que crea la mayor parte del sufrimiento y la restricción de la actividad. Si el psicoterapeuta logra convencer al paciente de que el pánico, aunque desagradable, no pone en peligro su vida sino que es algo transitorio e inocuo, éste se sentirá mucho menos alterado y será capaz de reemprender sus actividades habituales (Weeks, 1976). En este sentido el malestar producido por los síntomas se reduce de forma importante si el paciente descubre que posee alguna forma de controlar su severidad. Por ejemplo, una técnica útil para reducir los ataques de pánico es enseñar al paciente a producirlos deliberadamente hiperventilándose (Clark et al., 1985).

De forma similar, los síntomas psicóticos pueden mejorarse indirectamente mediante comunicaciones que reduzcan la tensión emocional dándole al paciente un sentimiento de

control. Un ejemplo de ello es el de una paciente esquizofrénica de ambulatorio que me telefoneó durante una visita a Baltimore porque estaba empezando a padecer alucinaciones y temía que se tratara de una recaída. Le reafirmé telefónicamente que su medicación estaba correctamente administrada y que probablemente se sentiría mejor al volver a casa. Semanas más tarde me escribió: "Tras saber su opinión volví a funcionar correctamente. Que un psiquiatra competente me asegure que yo y la Estelazina controlamos la situación es para mí la mejor de las terapias".

PSICOTERAPIA Y SIGNIFICADOS: IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

Uno vuelve de esta travesía por otras disciplinas relacionadas con el significado con una mayor seguridad en el poder de la psicoterapia como práctica clínica. Las implicaciones para la investigación son harina de otro costal.

Pocos discutirán que el reconocimiento de la psicoterapia que se obtiene de los métodos convencionales de investigación científica es desproporcionadamente pequeño respecto a la cantidad de esfuerzo que muchos investigadores competentes han invertido en ello. Esta situación decepcionante se explica tradicionalmente por los muchos handicaps metodológicos de la mayoría de estudios sobre psicoterapia (Parloff, 1984). Como pone en evidencia el Programa de Colaboración para la Investigación del Tratamiento de la Depresión financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental (Elkin et al., 1985), se ha avanzado considerablemente en solventar varios de estos handicaps. A pesar de la considerable mejora en la especificación y estandarización de variables terapéuticas (incluyendo manuales detallados de las terapias, entrenamiento de evaluadores o terapeutas y supervisión de los programas terapéuticos), los informes de datos preliminares no aportan por el momento grandes avances en la comprensión de los procesos y efectos de la psicoterapia. Sólo se han comprobado unas pocas correlaciones positivas entre las variables, y la conclusión principal -que los resultados de dos procedimientos psicoterapéuticos diferentes no difieren significativamente entre sí- confirma la conclusión de otros estudios menos precisos y controlados (Smith et al., 1980; Strupp & Hadley, 1979; Sloan et al., 1975). Esto demuestra que las conclusiones, en general poco determinantes, de las investigaciones sobre psicoterapia no puede atribuirse sólo a sus deficiencias metodológicas.

El problema fundamental podría ser que los métodos científicos tradicionales hubieran sido diseñados para descubrir relaciones entre hechos, es decir, fenómenos objetivamente definibles, medibles y repetibles (2). Los hechos pueden confirmarse o desconfirmarse por los criterios objetivos del método científico: los significados no (3). Los métodos tradicionales de las ciencias exactas no funcionan cuando se aplican a los significados y valores que constituyen la verdadera esencia de la psicoterapia (Bergin, 1985; Koch, 1981; London, 1986).

2.- Vale la pena repetir la divertida cita de A. S. Eddington (1928) al respecto: "Si analizamos los enunciados de los exámenes de física encontraremos que suelen empezar así: 'Un elefante se desliza por la ladera de una colina...' El estudiante con experiencia sabe que no debe prestarle atención a esto; sólo está ahí para dar una impresión de realismo. Sigue leyendo: 'La masa del elefante es de dos toneladas.' Ya estamos llegando a algo. El elefante se esfuma del problema y en su lugar aparece una masa de dos toneladas... Dos toneladas es lo que indica la aguja de una báscula si ponemos al elefante encima. Sigamos. 'La pendiente de la ladera es de 60°'. Ahora desaparece la ladera y aparece un ángulo de 60°... Lo mismo pasará con todos los datos del problema. El verde césped sobre el que se desliza el elefante es sustituido por un coeficiente de rozamiento... Y así vemos como la poesía desaparece del problema, y cuando empieza a aplicarse la seriedad de la ciencia exacta sólo nos queda lo que indican las agujas" (p.251).

3.- Kurt Lewin (1936, 1938) hizo esfuerzos heroicos para diseñar un procedimiento matemático no cuantitativo apropiado para el estudio de los fenómenos psicológicos, pero desgraciadamente no lo consiguió.

Los significados son subjetivos y la validez de uno de ellos para una persona es independiente de hasta que punto se comparte o es replicable. O se vivencian o no (Jaspers, 1963).

Un hecho objetivo dado, además, puede evocar una amplia variedad de significados en personas diferentes o en la misma persona en momentos diferentes. Un ascenso, por ejemplo, puede significar un reconocimiento largo tiempo merecido y una oportunidad única para detentar mayor poder, o bien una perspectiva temida y deprimente, según las características de la persona en particular, la naturaleza del ascenso en sí y los aspectos de la organización en la que éste se da, incluyendo las relaciones de la persona con sus compañeros de trabajo, las actitudes de la familia, etc.

La investigación científica convencional en psicoterapia sólo es posible hasta el punto en que los hechos objetivos determinen el significado, por lo que la falta de correspondencia entre hechos y significados crea una fuente de variancia que no se puede eliminar nunca del todo. En el estudio sobre depresión antes citado se encontró que los esfuerzos por estandarizar las condiciones en los tres locales diferentes en los que se llevaba a cabo la terapia no tuvieron éxito a la hora de prevenir algunas diferencias significativas entre sus resultados (Elkin et al., 1986). Es decir, a pesar de la correspondencia en todos los aspectos de los locales descritos objetivamente, algunos pacientes, terapeutas, evaluadores, o cualquier combinación de ellos debían haberles atribuido diferente significado a cada uno.

Dado que las condiciones del experimento o del método terapéutico definidas objetivamente pueden conducir al sujeto o paciente a significados muy diferentes de los que el terapeuta o experimentador pretendía (Orne, 1962), ciertos datos no son interpretables sin saber qué significaba esa situación particular para el paciente. Poniendo un ejemplo del Estudio de Colaboración (Watkins et al., 1986), según el diseño experimental todos los pacientes recibían una de estas cuatro formas de terapia: psicoterapia interpersonal, terapia cognitiva, administración de fármacos, y terapia de apoyo tipo placebo durante 16 semanas, momento en el cual todas terminaban. Una de las conclusiones objetivas fue que los pacientes de los tres grupos que recibían terapia activa mejoraron hasta casi el mismo nivel en las 16 semanas, hecho que confirma otros anteriores ya mencionados antes. Una conclusión potencialmente más interesante fue que los pacientes que recibían ambos tipos de psicoterapia dejaron de reportar cambio entre la octava y duodécima semana, pero luego se recuperaron de forma que a las 16 semanas su mejoría era equiparable a la de los que recibían farmacoterapia. Sin saber cómo interpretaban los pacientes la terminación del programa, uno sólo puede especular sobre los significados de estos prometedores resultados.

Vienen a la mente, como mínimo, tres posibilidades que no se excluyen mutuamente. Una es la de que algunos pacientes reportaran más cambio del que sentían para reducir su disonancia cognitiva (Festinger, 1957) -es decir, para justificar el esfuerzo que hicieron para terminar el tratamiento completo. Otra posibilidad es que algunos pacientes no quisieran decepcionar al terapeuta declarando que habían fracasado. Otra posibilidad más es la de que los pacientes encontraron necesario decirse a sí mismos que habían mejorado para fortalecerse a sí mismos ante la terminación de la terapia.

La validez relativa de estas y otras posibles interpretaciones podría quizá haberse comprobado elicitando auto-informes de los pacientes mediante entrevistas estructuradas y tests de varios tipos, pero ello tiene también sus limitaciones. Las categorías de medidas estructuradas se derivan de la perspectiva externa del investigador o terapeuta más que del

sujeto, que puede estar pensando o sintiendo algo diferente a lo que la escala pretende medir. Los tests proyectivos o medidas subjetivas como el Rorschach o el TAT evitan esta dificultad sólo para desplazarla a las categorías mediante las que se analizan los resultados. La técnica Q (McKeown, 1984), que puede evitar este problema, se utiliza poco en investigación psicoterapéutica por razones ajenas a este artículo. En cualquier caso, ninguno de estos métodos le confiere a la investigación una correspondencia completa entre la información que aporta, es decir, la que pone al alcance de otras personas, y la experiencia subjetiva del informante.

A menos que el paciente sea un psicótico, sus informes se ven constreñidos de alguna forma por la realidad; en términos de Spence (1982), la realidad narrativa no es totalmente independiente de la realidad histórica. Sin embargo, todos los auto-informes contienen márgenes irreversibles de incertidumbre creados por, al menos, tres fuentes. La primera es que los recuerdos del paciente pueden estar muy influidos por su estado de ánimo en el momento de elicitarlos (Lewinsohn y Rosenbaum, 1987), lo que llevó a estos investigadores a afirmar que “probablemente la memoria retrospectiva nunca representa lo que realmente ocurrió” (p. 618).

La forma como se representa a sí mismo el paciente mediante auto-informes puede también verse distorsionada por los significados de la situación en la que se obtienen tales informes, incluyendo las circunstancias que le llevaron a solicitar terapia. Por ejemplo, una esposa que acude en principio para convencer al terapeuta de que su marido tiene la culpa de sus problemas puede representar una historia muy diferente de otra que se culpa a sí misma, y un hombre que solicita terapia con la esperanza de evitar las consecuencias de un acto criminal dará una historia diferente de la de otro que busca el alivio de un síntoma molesto.

Para acabar, los informes de los pacientes pueden verse distorsionados por su percepción de qué es lo que el terapeuta espera de ellos. A este respecto, se inclinan a presentar la información sobre ellos mismos en formas consistentes con las conceptualizaciones del terapeuta (Wolff, 1954).

A la vista de la débil relación entre hechos objetivos y significados por un lado, y las fuentes potenciales de error en los informes subjetivos por otro, uno podría preguntarse cómo alguna investigación psicoterapéutica ha podido alguna vez revelar una relación significativa. La respuesta obvia es que, para satisfacer mis propios fines, he sobreestimado los argumentos en contra del método científico. Dos rasgos compartidos por todos los seres humanos, uno obvio y el otro más especulativo, muestran suficientes regularidades en su atribución de significado a los hechos como para hacer posible la investigación objetiva. La fuente más especulativa de atribución común de significado se apoya en las propiedades del sistema nervioso central. Ciertos significados, especialmente aquellos que inspiran miedo, parecen innatamente determinados, es decir, no dependen de la experiencia pasada. Los chimpancés muestran temor a un congénere muerto tan pronto como son lo bastante maduros como para distinguir a los individuos entre sí, y parece muy probable que todos los seres humanos tengan un miedo innato a la oscuridad total (Hebb, 1955). Hebb ofrece la prometedora especulación de que una función importante de la civilización es la de actuar como un “caparazón” que protege a sus miembros de experiencias ansiógenas tales como la oscuridad total o los cadáveres a la intemperie. Más aún, Jung (1968) podría tener razón al afirmar que todos los sistemas nerviosos humanos contienen ciertos “arquetipos” genéticamente determinados que nos llevan a atribuir el mismo significado a ciertos símbolos visuales.

Una fuente más obvia de regularidades en la atribución de significado a los acontecien-

tos es que la “comunidad de interpretación” (Fish, 1980) a la que la persona pertenece determina ampliamente los significados que atribuirá a los hechos. En la medida en que las sociedades o subgrupos forman comunidades de interpretación, tienden a atribuir significados similares a hechos similares. Un americano típico, por ejemplo, puede atribuirle un valor diferente a un ascenso que un japonés.

CONCLUSIÓN

Tanto el debate sobre el status científico de la psicoterapia como la dirección de la investigación actual al respecto se basan en la presunción implícita de que la efectividad de cualquier forma de psicoterapia depende de su validez científica (Grunbaum, 1984). Las consideraciones expuestas en este artículo sugieren más bien que la potencia terapéutica de cualquier forma de psicoterapia depende sobre todo de su capacidad de persuasión. En este aspecto, un método psicoterapéutico se parece más a una producción literaria que a la ciencia aplicada. Las obras literarias influyen en los individuos mucho más que las científicas. Seguro que la tecnología basada en la ciencia ha afectado enormemente a la conducta, actitudes y valores de todos, pero este efecto ha venido dado indirectamente por los cambios en las condiciones de vida que han traído consigo los productos de tal tecnología tales como reactores, antibióticos y ordenadores, y no por los documentos científicos. El impacto de la literatura, por otro lado es directo. Compárese el impacto sobre el lector de, por ejemplo “La cabaña del tío Tom” o “Hamlet” con la de las leyes de la dinámica de Newton o la segunda ley de la termodinámica.

La inaplicabilidad de los métodos científicos tradicionales dependientes de datos objetivos y cuantificables a los significados subjetivos impone límites a lo que se puede aprender acerca de la psicoterapia mediante los métodos de investigación. El fracaso de esa clase de investigación para influir en la práctica de la psicoterapia podría reflejar la irrelevancia de este tipo de ciencia en este área. Los avances significativos en investigación podrían tener que esperar a una revolución tan profunda en los conceptos y métodos de investigación como la que sacudió a la física de Newton tras las formulaciones de Einstein o Planck.

La pretensión de validez científica de ciertas terapias, sin embargo, contribuye a su eficacia incrementando su poder de persuasión gracias al alto prestigio de la ciencia y la tecnología en la América contemporánea. Mientras tanto, puede quedar aún mucho que aprender acerca de la psicoterapia incrementando el refinamiento y la estandarización de los métodos actuales de investigación psicoterapéutica.

En la medida en que el psicoterapeuta trata de interpretar y transformar los significados de la comunicación de los pacientes, la psicoterapia se parece a la retórica y la hermenéutica. Este artículo señala algunas de estas semejanzas y considera las implicaciones que se derivan de ello para la práctica psicoterapéutica y la investigación.

Referencias Bibliográficas:

- ARGYLE, M. (1958). *Religious Behaviour*. London: Routledge & Kegan Paul.
BANDLER, R. & GRINDER, P. (1979). *Frogs into Princes. Neurolinguistic Programming* (Steve Andreas, Ed.).

- Moab, Utah: Real People Press.
- BANDURA, a. (1977). Self-efficiency: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, **84**, 195-215.
- BAUMAN, Z. (1978). *Hermeneutics and Social Science*. New York: Columbia University Press.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Associates Press.
- BERGIN, A. E. (1985). Proposed values for guiding and evaluating counseling and psychotherapy. *Counseling and Values*, **29**, 99-115.
- BOK, S. (1974). The ethics of giving placebos. *Scientific American*, **231**(5), 17-23.
- BUDD, M. A. & ZIMMERMAN, M.E. (1986). The potentiating clinician: Combining scientific and linguistic competence. *Advances*, **3**, 40-55.
- BURKE, K. (1969). *A Rhetoric of Motives*. Berkeley: University of California Press.
- CANTRIL, H. (1950). *The "Why" of Man's Experience*. New York: MacMillan.
- CLARK, D. M., SALKOVSKIS, P. M. & CHALKLEY, A. J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, **16**, 23-30.
- COOPER, L. (Ed.) (1932). *The Rhetoric of Aristotle*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- EDDINGTON, A. S. (1928). *The Nature of the Physical World*. New York: MacMillan.
- ELKIN, I., PARLOFF, M. B., HADLEY, S. W. & AUTRY, J. H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and research program. *Archives of General Psychiatry*, **42**, 305-316.
- ELKIN, I., SHEA, T., WATKINS, J. & COLLINS, J. (1986). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Major outcome findings. Paper presented at the 139th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Lyle Stuart. Encyclopaedia Britannica (1972). Chicago: Encyclopedia Britannica, vol. 19, p. 258.
- EVANS, D. A., BLOCK, M. R., STEINBERG, E. R. & PENROSE, A. M. (1986). Frames and heuristics in doctor-patient discourse. *Social Science and Medicine*, **22**, 1027-1034.
- FESTINGER, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Evanston, Ill.: Row Peterson.
- FISH, J. M. (1973). *Placebo Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- FISH, S. (1980). *Is There a Text in This Class?* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- FRANK, J. D. (1963). Psychotherapy and the assumptive world. In *Recent Advances in the Study of Behaviour Change. Proceedings of the Academic Assembly on Clinical Psychology* (pp. 50-75). Montreal: McGill University Press.
- FRANK, J. D. (1973). *Persuasion and Healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- FRANK, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey and M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy Research and Behaviour Change* (pp. 5-38). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- FRANK, J. D. (1986). Psychotherapy, the transformation of meanings. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 341-346.
- FRANKL, V. E. (1984). *Man's Search for Meaning. An Introduction to Logotherapy*. New York: Pocket Books.
- FREUD, S. (1933). *New Introductory Lectures on Psychoanalysis*. (W. J. H. Sprott, Trans.). London: Hogarth.
- GLASER, S. (1980). Rhetoric and psychotherapy. In M. J. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy Process. Current Issues and Future Directions* (pp. 313-334). New York: Plenum.
- GOFFMAN, E. (1959). The moral career of the mental patient. *Psychiatry*, **22**, 123-142.
- GOLEMAN, D. (1985). *Vital Lies, Simple Truths. The Psychology of Self-Deception*. New York: Simon & Schuster.
- GROSS, M. L. (1978). *The Psychological Society*. New York: Schocken.
- GRUNBAUM, A. (1984). *The Foundations of Psychoanalysis. A Philosophical Critique*. Berkeley: University of California Press.
- HAVENS, L. L. (1974). The existential use of the self. *American Journal of Psychiatry*, **131**, 1-10.
- HEBB, D. O. (1955). The mammal and his environment. *American Journal of Psychiatry*, **111**, 826-831.
- HOEHN-SARIC, R. (1978). Emotional arousal, attitude change and psychotherapy. In J.D. Frank, R. Hoehn-Saric, S. D. Imber and A. R. Stone (Eds.), *Effective Ingredients of Successful Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- JANOV, A. (1971). *The Anatomy of Mental Illness. The Scientific Basis of Primal Therapy*. New York: G. P. Putnam & Sons.
- JASPERS, K. (1963). *General Psychopathology* (J. Hoenig and M. W. Hamilton, Trans.). Chicago: University of Chicago Press.
- JUNG, C. G. (1968). *Archetypes of the Collective Unconscious*. Princeton, N. J.: Princeton University Press.

- KELLY, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*, vols. 1 & 2. New York: W. W. Norton.
- KIEV, A. (1964). *Magic, Faith and Healing*. Glencoe, Ill.: Free Press.
- KLEINMAN, A. M. (1974-75). Cognitive structures of traditional medical systems: Producing, explaining, and interpreting the human experience of illness. *Ethnomedizin*, **111**(1/2), 27-45.
- KOCH, S. (1981). The nature and limits of psychological Knowledge. *American Psychologist*, **36**, 257-269.
- KNOBLOCH, F. & KNOBLOCH, J. (1979). *Integrated Psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- LEWIN, K. (1936). *Principles of Topological Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- LEWIN, K. (1938). The conceptual representation and measurement of psychological forces. *Duke University Contributions to Psychological Theory*, **1**(4), 247.
- LEWINSOHN, P. M. & ROSENBAUM, M. (1987). Recall of parental behavior by acute depressives, remitted depressives and nondepressives. *Journal of Personality and Social Psychology*, **52**, 611-619.
- LONDON, P. (1986). *The Modes and Morals of Psychotherapy* (2nd ed.). New York: Hemisphere Publishing.
- LOWEN, A. (1975). *Bioenergetics*. New York: McCann & Geoghegan.
- LUBORSKY, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Calghorn (Ed.). *Successful Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- MARKS, I. M. (1972). Flooding (implosion) and related treatments. In W. S. Agras (Ed.), *Behavior Modification: Principles and Clinical Application* (Chap. 6). Boston: Little, Brown.
- McHUGH, P. R. & SLAVNEY, P. R. (1983). *The Perspectives of Psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- McKEOWN, B. F. (1984). Q methodology in political psychology. Theory and technique in psychoanalytic applications. *Political Psychology*, **5**, 415-436.
- OLDEN, J. (1977). Four taboos that may limit the success of psychotherapy. *Psychiatry*, **40**, 197-204.
- ORNE, M.T. (1962). On the social psychology of the psychological experiment: With particular reference to demand characteristics and their implications. *American Psychologists*, **17**, 776-83.
- PEELE, S. (1984). The cultural context of psychological approaches to alcoholism. Can we control the effects of alcohol? *American Psychologist*, **39**, 1337-1351.
- PARLOFF, M. B. (1984). Psychotherapy research and its incredible credibility crisis. *Clinical Psychology Review*, **4**, 95-109.
- SCHOFIELD, W. (1964). *Psychotherapy: The Purchase of Friendship*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- SCHUTZ, W. & TURNER, E. (1976). *Evy, An Odyssey into Bodymind*. New York: Harper & Row.
- SLOAN, R. B., STAPLES, F. R., CRISTOL, A. H., YORKSTON, N. J. & WHIPPLE, K. (1975). *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- SMITH, M. L., GLASS, G. V. & MILLER, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- SPENCE, D. P. (1982). *Narrative Truth and Historical Truth: Meaning and Interpretation in Psychoanalysis*. New York: W. W. Norton.
- STAMPFL, T. G. & LEWIS, D. J. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning theory based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, **72**, 496-503.
- STRUPP, H. H. & HADLEY, S. W. (1979). Specific vs. non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, **36**, 1125-1136.
- WATKINS, J. T., IMBER, S. D. & COLLINS, J. (1986). Temporal course of symptomatic change. Paper presented at the 139th Annual Meeting of the American Psychiatric Association.
- WEEKS, C. (1976). *Simple, Effective Treatment of Agoraphobia*. New York: Hawthorn Books.
- WEINSHEIMER, J. C. (1985). *Gedamer's Hermeneutics: A Reading of "Truth and Method."* New Haven, Conn.: Yale University Press.
- WHITE, L., TURSKY, B. & SCHWARTZ, G. E. (1985). *Placebo, Theory, Research and Practice*. New York: Guilford Press.
- WOLFF, W. (1954). Fact and value in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, **8**, 466-86.
- ZILBERFELD, B. (1983). *The Shrinking of America*. Boston: Little, Brown.



¿QUE ES TERAPEUTICO EN LA PSICOTERAPIA? APROXIMACION SISTEMATICA A LA INVESTIGACION DEL PROCESO PSICOTERAPEUTICO

Reiner Bastine, Peter Fiedler y Detlev Kommer
Instituto de Psicología de la Universidad de Heidelberg

An overview of the historical development of process research in psychotherapy leads to the distinction of two prototypical research programs: In type A-studies, therapeutic processes are considered as a fixed succession of treatment conditions. Under the causal perspective of a transactional model, type-B-approaches conceive psychotherapy as arrangements of segments, periods of phases. Moreover, contextual influences are considered as necessary components of the psychotherapy process. Conceptual and methodological implications of both approaches are discussed.

Investigación de proceso: una perspectiva histórica

Desde principios de los años 80 la investigación del proceso psicoterapéutico vuelve a constituir un centro de interés, de forma que podríamos hablar de una “nueva perspectiva del proceso” en psicoterapia (Greenberg & Pinsof, 1986a, b). Basándose en esta orientación se han producido nuevas conceptualizaciones de la psicoterapia (Bastine, 1988; Baumann, 1984; Beutler, 1983; Goldfried, 1982; Greenberg & Safran, 1987; Mahoney, 1980; Mahrer, 1985; Orlinsky & Howard, 1986; Prochaska, 1984), se han discutido con mayor amplitud cuestiones referentes al diagnóstico (p.e. Bommert & Hockel, 1981; Greenberg & Pinshof, 1986b; Zielke, 1982), y los trabajos sobre métodos de investigación se han ocupado con mayor detalle de los temas referidos al proceso (p.e. Kendall & Butcher, 1982; Rice & Greenberg, 1984; Williams & Spitzer, 1984). En los congresos (Barlow & Wolfe, 1981) y publicaciones recientes sobre investigación en psicoterapia los estudios sobre el proceso terapéutico vuelven a adquirir gran relevancia (p.e. Hadley, 1984; Kazdin, 1986; VandenBos, 1986).

De esta forma se cierra un círculo histórico que conecta con los inicios de la investigación en psicoterapia. A principios de los años 50 aún prevalecía en ella un interés teórico-conceptual por el curso del proceso terapéutico, a semejanza de lo que sucedía en la casuística clínica de orientación psicoanalítica pero con exigencias metodológicas diferentes. Los estudios sobre la eficacia, tales como las investigaciones pioneras del Instituto Psicoanalítico de Berlín sobre el éxito de los tratamientos psicoanalíticos (v. Fenichel, 1930), eran relativamente escasos y poco elaborados metodológicamente.

La crítica de Eysenck (1952) a los estudios de resultados llevados a cabo hasta entonces produjo una necesidad urgente de legitimación de la psicoterapia, así como renovados esfuerzos

para comprobar los resultados de los tratamientos psicoterapéuticos. Las investigaciones procedentes de la terapia centrada en el cliente, en las que se analizaban aspectos del proceso terapéutico considerados estrechamente relacionados con su resultado, representaban una excepción a esta tendencia general (v. p.e. Rogers & Dymond, 1954; Tausch, 1974).

Esta fase, en la que las investigaciones se interesaban primordialmente por la comprobación global de la eficacia de la terapia, puede considerarse superada gracias a una acumulación suficiente de evidencias del éxito de la misma (v. p.e. Bergin & Lambert, 1978; Grawe, 1987; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Smith, Glass & Miller, 1980; Wittman & Matt, 1986). Queda por aclarar la cuestión de la eficacia diferencial de las distintas orientaciones psicoterapéuticas, cuestión surgida ante la concurrencia de diferentes escuelas y denominada "investigación psicoterapéutica diferencial" (p.e. Bastine, 1982; Grawe, 1982b).

La investigación psicoterapéutica comparada, que trataba de contrastar las diferencias en cuanto a eficacia entre diferentes teorías y métodos de tratamiento, ha tenido de momento una sorprendente falta de éxito: los procedimientos de tratamiento no se diferencian entre sí en cuanto a resultados tanto como se creía (p.e. Grawe, 1987; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass & Miller, 1980; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986). La falta de éxito de tales investigaciones contribuye también a que se vuelva a prestar atención al proceso psicoterapéutico.

De nuevo la vieja cuestión del proceso

La pregunta "¿Qué es lo auténticamente terapéutico de la psicoterapia?" (Orlinsky & Howard, 1986, p.311) se puede descomponer en dos cuestiones parciales de diferente trascendencia científica. Una descriptiva: "¿Qué cambios tienen lugar en la terapia?"; otra que apunta a la clarificación y justificación de tales cambios: "¿Cómo se producen estos cambios?", o bien "¿Cuál es el origen de los mismos?" (p.e. Burton, 1976; Wallerstein, 1986).

Sólo mediante una respuesta a esta segunda pregunta será posible deducir la relación entre el proceso terapéutico y los cambios que los clientes experimentan y, en consecuencia, lograr una planificación y un pronóstico terapéuticos con la suficiente base científica. Kiesler (1985) equipara lo anterior al "missing link" (eslabón perdido) decisivo para la investigación en psicoterapia. El resurgimiento de estas viejas cuestiones puede atribuirse a una mayor preparación para "centrarse en una investigación teóricamente relevante y clínicamente significativa que se ocupe directamente del proceso del cambio en la psicoterapia" (Vanden-Bos, 1986, p.111). Esta situación de madurez se ha conseguido gracias a nuevos puntos de vista, nuevos métodos y nuevos medios de investigación. Las características de dicha situación son:

- Una mayor dependencia mutua entre la investigación de proceso y la de resultados al objeto de conseguir una visión contextualizada del cambio terapéutico y comprenderlo desde dicho contexto;
- Una conceptualización del proceso terapéutico como subdividido y no necesariamente homogéneo en sí mismo, permitiendo incluso que tenga sentido la investigación de fragmentos aislados o episodios de terapia (Greenberg & Pincus, 1986a: "Smaller is better" ["Mejor cuanto más pequeño"]);
- Nuevos procedimientos de psicodiagnóstico que permiten la consideración diferencial de factores verbales, paraverbales, vocales, mímicos, etc.;
- El perfeccionamiento de los recursos técnicos (audio y video) para el registro de las sesiones de terapia así como para la evaluación de la misma mediante el procesamiento

electrónico de los datos.

No debe olvidarse, sin embargo, que la praxis terapéutica (auténtica destinataria de la investigación) inspira constantemente cambios en los objetivos de tal investigación. Así, Grawe (1982b, p.330) hace notar que “la mayor parte de las investigaciones resultan de una notable irrelevancia para la práctica clínica y, por consiguiente, apenas repercuten en ella”. Este descontento, bastante difundido, hacia la falta de utilidad práctica de la investigación convencional en psicoterapia ha sido confirmado tanto por encuestas de amplio alcance (Morrow-Bradley & Elliot, 1986) como a través de entrevistas en profundidad (Cohen, Sargent & Sechrest, 1986).

No faltan, ciertamente, propuestas para mejorar tanto la relevancia práctica de la investigación como la supervisión científica de la praxis (Elliot, 1983a; Howe, 1982).

Aproximación a una definición del proceso psicoterapéutico

El concepto de “proceso” implica una evolución o desarrollo que se extiende en el tiempo y que se supone tiene lugar en una dirección determinada o conduce a una situación deseada.

En relación al proceso psicoterapéutico se postulan definiciones amplias y restringidas, justificadas en ambos casos. Las definiciones restringidas se refieren, por ejemplo, al cambio producido en el cliente, en el terapeuta, o en la díada que ambos componen en la situación terapéutica (Kiesler, 1973; Orlinsky & Howard, 1986). Las definiciones más amplias incluyen, sobre todo, las características del contexto vital del cliente y, en parte, las condiciones básicas en que tienen lugar las diferentes formas de terapia (Bastine, 1987; Baumann, 1984; Greenberg & Pinsof, 1986a).

A pesar de que la definición restringida del proceso psicoterapéutico es más operativa y aporta mayor visión de conjunto de las condiciones a investigar, la segunda perspectiva, defendida aquí, ofrece posibilidades más amplias. Dado que la finalidad de toda psicoterapia radica en el proceso de cambio de los clientes en su vida cotidiana, hay que incorporar también este contexto al análisis. De esta manera el proceso psicoterapéutico se puede relacionar más fácilmente con los resultados del tratamiento como, por ejemplo, en la investigación del proceso de cambio en la relación terapéutica. Además, de esta forma resultan más comprensibles las condiciones básicas específicas de determinados contextos terapéuticos como, por ejemplo, los tratamientos en ambulatorios hospitalarios. Una contextualización más diferenciada del proceso terapéutico da más relevancia a los datos de la práctica clínica que la que se les daría desde una definición restrictiva de tal proceso, haciendo posible una mayor relevancia práctica de la investigación; hecho cuya exigencia viene justificada por la actualidad de la investigación de proceso.

En referencia a una definición del proceso, actualmente no se puede dar mucho más que una descripción temática que esboce su ámbito de acción:

(a) El proceso de cambio del cliente en el contexto de sus condiciones generales de vida y de su historia vital ha de ser el punto de partida de una definición psicoterapéutica de tal proceso (“Psicología clínica del ciclo vital [Lifespan]”, Bastine, 1984). El concepto de “proceso” de cambio comprende la experiencia y la conducta del cliente en relación con sus condiciones ecopsicológicas (sobre todo interpersonales y sociales) y biopsicológicas.

(b) Un segundo ámbito de acción de los fenómenos se refiere al fomento y estabilización de este proceso evolutivo mediante el tratamiento terapéutico; o sea, a las condiciones personales y metodológicas de la acción terapéutica.

(c) Como tercer elemento de la definición de proceso hay que tener en cuenta la organización institucional y formal de la terapia. Entre otras condiciones básicas se incluyen las legales, éticas, científicas, administrativas, y sociales.

Estos tres ámbitos interaccionan en la práctica terapéutica; por ello hay que concebir la "relación terapéutica" como algo muy complejo y determinado simultáneamente desde los tres.

Prototipos de la investigación de proceso

Existen dos modalidades de investigación del proceso terapéutico (Bastine, 1987, 1988).

En la primera perspectiva metodológica ("investigación tipo A") la acción terapéutica se considera una unidad en sí misma, caracterizada por indicios válidos como indicadores representativos y duraderos del proceso de tratamiento. Las investigaciones sobre factores que permanecen invariables o relativamente constantes durante el tratamiento (edad, sexo, características de personalidad de los sujetos, etc.) son ejemplos de ello. Por otra parte, también lo son las investigaciones sobre variables que durante la terapia se pueden considerar cualitativamente constantes y que sólo cambian en cuanto a sus rasgos cuantitativos (por ejemplo, la empatía del terapeuta y la experiencia personal del cliente; la realidad de la relación terapéutica y sus técnicas como, por ejemplo, los métodos estandarizados de la terapia conductual).

Se pueden considerar especialmente estables aquellos factores que definen de forma prescriptiva las reglas de la actuación terapéutica, a los que se puede denominar "normas terapéuticas" (por ejemplo, la regla psicoanalítica de la no-intervención, o la actitud fundamental de la terapia centrada en el cliente) (Bastine, 1987). Dentro de la investigación de proceso tipo A, las condiciones que determinan unidireccionalmente la acción terapéutica, por sí solas o en interacción con otras condiciones antecedentes, se conciben como variables independientes. El análisis de la conexión entre los rasgos psicoterapéuticos característicos del proceso y los resultados del tratamiento, discutido por Orlinsky & Howard (1986) y fundamentado en más de 1.100 resultados independientes, se basa en esta comprensión causal de las investigaciones tipo A (para una crítica, véase Shapiro, 1987).

La segunda perspectiva metodológica (investigación de proceso "tipo B") ha sido desarrollada en los últimos años. En esta forma de investigación, la evolución del tratamiento no se concibe como un curso unitario en sí mismo, sino secuencial. Está basada en una comprensión causal transaccional (Lazarus & Launier, 1981): los cambios terapéuticos tienen lugar influidos por condiciones que correlacionan entre sí; una fase determinada, alcanzada en un momento dado, proporciona nuevas hipótesis para las siguientes fases del cambio. En este nuevo contexto las secuencias del proceso terapéutico adquieren otro significado.

Las secciones que siguen se ocuparán con más detalle de ejemplos de investigaciones de proceso tipo A y tipo B, exponiendo su utilidad y discutiendo algunos problemas conceptuales y metodológicos que están aún por resolver, empezando por la investigación diferencial en psicoterapia como ejemplo clásico de investigación tipo A.

Psicoterapia diferencial e investigación sobre la indicación de tratamientos

En lo tocante a la posible indicación de un tipo de tratamiento determinado, nos encontramos con la psicoterapia diferencial como forma de intentar dar respuesta a la pregunta formulada por Kiesler (1966) y Paul (1967): "¿Qué tratamiento, independientemente del terapeuta que lo lleve a la práctica, es el más efectivo para esta persona con este problema específico y bajo qué condiciones básicas?" (Paul, 1967, p.111). Es evidente que lo que se

pretende es valorar a varios niveles los distintos tratamientos psicoterapéuticos. Por eso la investigación diferencial en psicoterapia implica siempre una investigación de proceso. El interés de la investigación no se centra en un caso particular sino en el tipo medio de tratamiento, controlando experimentalmente de la forma más amplia posible las condiciones iniciales de los pacientes/clientes, terapeutas y formas de tratamiento puestas en práctica. Por lo tanto, la lógica de la investigación diferencial en psicoterapia exige investigar una matriz multidimensional en la cual los factores tratamiento, terapeuta, cliente, demanda, y marco terapéutico se combinan unos con otros (Bastine, 1970; Kirchner, Kissel, Petermann & Böttger, 1977; Köhnken, Seidenstücker & Baumann, 1979; Stiles, Shapiro & Elliot, 1986).

La aplicación práctica del programa de investigación diferencial en psicoterapia se ha limitado hasta ahora, en gran parte, a comparaciones globales entre las formas de proceder de diferentes orientaciones psicoterapéuticas, sin aportar ninguna posible solución al problema de la indicación de tratamientos. No se han obtenido conclusiones claras en las que apoyar la práctica clínica ni a partir de estudios comparativos de terapia bien controlados ni sobre la base del metaanálisis (v. entre otros, Grawe, 1987; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Parloff, 1984; Shapiro, 1985; Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass & Miller, 1980). Esta incapacidad para diferenciar los resultados de la terapia es tanto más insatisfactoria cuanto que los análisis del comportamiento real de terapeutas de distintas orientaciones coinciden en confirmar que sus formas de proceder difieren significativamente (v. p.e. Luborsky, Woody, McClellan & O'Brien, 1982; Elliot, Hill, Stiles, Friedlander, Mahrer & Margison, 1987; Kopta, Newman, McGovern & Sandrock, 1986).

La causa de este estancamiento en la investigación de proceso es, ante todo, la existencia de problemas conceptuales sin resolver y, además, de exigencias difíciles de solventar en la práctica. Entre estas hay que citar aquí, ante todo, la asignación del cliente a condiciones iniciales terapéuticamente relevantes, así como la comprobación teórico-metodológica de los métodos terapéuticos.

Para componer una muestra homogénea de clientes se recurre, en general, a diagnósticos psiquiátricos además de a rasgos demográficos característicos. Psicoterapeutas con orientaciones diferentes están de acuerdo en que el DSM-III, a pesar del avance que representa para la taxonomía psiquiátrica, es de poco valor informativo en lo que atañe a la indicación y el pronóstico de la terapia (v. p.e. Nelson, 1987; Schulte & Wittchen, 1988; Rudolf, Grande & Porsch, 1988). Hasta el momento no existen taxonomías alternativas con mayor relevancia terapéutica y evidencia empírica.

Con objeto de tener en cuenta las exigencias experimentales de control, los tratamientos sujetos a investigación diferencial se llevan a la práctica de forma estandarizada, estando los terapeutas obligados a no desviarse de los manuales del tratamiento en cuestión (v. p.e. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Strupp & Binder, 1984). Posiblemente, dado el estado actual de los conocimientos sobre la eficacia de la psicoterapia, este tipo de normalización impide su progreso en lugar de fomentarlo. Sería deseable, por tanto, que antes de elaborar un manual para la aplicación de un programa terapéutico se especificaran teóricamente y se comprobaran empíricamente sus componentes operativos. Sólo entonces sería posible pormenorizar de forma más concreta las condiciones suficientes y necesarias para la eficacia del programa, requisito necesario para poder comparar de forma teóricamente fructífera los principios básicos de diferentes tratamientos alternativos (v. Hollon, DeRubeis & Evans, 1987).

Otro inconveniente de la estandarización de los procedimientos terapéuticos es que se

obvia el hecho del inevitable encuadre de las técnicas terapéuticas en un contexto interactivo a pesar de que la experiencia clínica demuestra que el aspecto interpersonal de la interacción entre terapeuta y cliente mediatiza la puesta en práctica de una técnica y, viceversa, que la singularidad de la técnica en cuestión limita el margen de acción interactivo. Por consiguiente, el valor informativo de estos estudios para una práctica clínica realizada en su mayor parte de forma no estandarizada, es limitado. De esta manera, cuestiones relevantes para la práctica, como la necesidad de una evaluación previa al tratamiento indicativa de éste desaparecen por completo (esta necesidad ha sido planteada sobre todo por autores alemanes como, p.e. Bastine, 1981; Grawe, 1982a). Sin embargo, es posible llevar a cabo estudios del curso evolutivo de la terapia, que no se vean afectados por el método experimental como en las investigaciones del tipo B.

La investigación del proceso terapéutico de cambio

Si se parte de la idea de que la terapia no consiste en un proceso de cambio continuo, es natural que se investiguen los cambios postulados en el cliente, así como las condiciones y factores en el curso de la terapia que se relacionan con ellos. Esto es precisamente lo que se propone la investigación de episodios terapéuticos; determinar de la forma más exacta posible los instantes o segmentos relevantes desde el punto de vista de los cambios.

Las bases conceptuales y metodológicas esenciales para este tipo de investigación son, ante todo, la justificación e identificación de unidades de observación adecuadas en las que se supongan y se puedan observar procesos de cambio ("problema de la representatividad"). La elección de estas unidades constituye un posible criterio para una sistematización provisional pionera de la investigación del proceso del cambio.

Situaciones significativas de cambio terapéutico

Dentro del curso total de una psicoterapia se han venido investigando sesiones aisladas, dado su carácter de unidades de observación cuasi-naturales. Resultan especialmente interesantes aquellas sesiones calificables respecto a la meta terapéutica como "importantes", "útiles" o "afortunadas" en oposición a las "poco importantes", "inútiles" o "desafortunadas". Esta categorización la llevan a cabo, a posteriori, los terapeutas o pacientes implicados mediante escalas sencillas de valoración (p.e. la valoración "Sesión buena" vs. "Sesión mala" de 890 sesiones llevada a cabo por 60 pacientes y la de 470 sesiones por parte de 17 terapeutas del Therapy Session Project de Orinsky y Howard, 1975). También pueden ser evaluadas por ayudantes entrenados o terapeutas con experiencia (Hoyt, 1980). En muchos proyectos se complementan y afinan estos juicios globales mediante la introducción de más escalas.

La cuestión de la calidad de la relación terapéutica en las sesiones "buenas" vs. "malas" ocupa un lugar destacado en estos estudios. En general, los resultados coinciden en algunos puntos: en las sesiones "buenas", los terapeutas presentan en la mayoría de los casos un grado elevado de empatía con sus clientes que, a su vez, tienden de forma acentuada a la automanifestación. En las sesiones "malas", típicamente, se observa una ausencia de intervención o un exceso de directividad por parte de los terapeutas y, en correspondencia, una actitud de indefensión o de rechazo por parte de los clientes. (v. p.e. Auerbach & Luborsky, 1968; Bechtinger-Czogalik, 1988; Hoyt, 1980; Neirinck, Lietaer & Romabauts, 1981; Strupp, Chassan & Ewing, 1966).

La mayoría de estudios de este tipo presenta defectos conceptuales o metodológicos. En

general, carecen de criterios unívocos para la división global de la terapia en sesiones “buenas” y “malas”. La cuestión más importante (la verdadera génesis del éxito/fracaso de las sesiones aisladas) queda sin respuesta. La utilización de estos resultados para hacer resaltar indicios supuestamente constitutivos de una relación terapéutica eficaz produce, en último término, un “mito de la uniformidad” (Kiesler, 1966) que no resiste una crítica detallada. Así pues, tanto en lo que respecta a diferentes formas de tratamiento como a diferentes grupos de pacientes, quedan aún por establecer distinciones más precisas (v. Fiedler, Rogge & Mangold, 1988).

Episodios de cambio significativos

La crítica a una estrategia de investigación “homogeneizadora” se justifica también en referencia al carácter secuencial, dependiente del contexto, del proceso del cambio terapéutico (v. Fiedler, 1987).

Forgas (1979) y, más tarde, Greenberg (1986) propusieron, remitiéndose a precursores psicosociales, la utilización de conceptos episódicos para la investigación de microprocesos de cambio terapéutico. Greenberg plantea en primer lugar la investigación de los efectos de las técnicas terapéuticas. Sin embargo, los trabajos presentados hasta la fecha en el ámbito de la investigación de episodios sugieren perspectivas de investigación más amplias (v. Fiedler & Rogge, 1989). El proceso de cambio del paciente, que se evidencia en el curso de la terapia, es el objeto de la investigación episódica; el investigador se interesa en especial por el instante, lapso de tiempo, segmento o secuencia exacta dentro de una o más sesiones de terapia en la o las cuales son de esperar cambios significativos, con objeto de someter a un análisis profundo el proceso del cambio así como sus efectos.

Greenberg (1984) propone la investigación episódica del efecto de los cambios de sucesiones interlocutivas “completas” por medio de los llamados “análisis de tarea” (task-analysis). En esta forma de análisis se acepta un episodio como completo cuando contiene: (a) un motivo de intervención definido (el llamado “indicador de problema” [problem marker]), (b) la intervención terapéutica (technique) a investigar, (c) un comportamiento resolutivo observable por parte del cliente (performance), y finalmente (d) un resultado o final claro cuyos efectos sean susceptibles de estimación (in-session-outcome). Elliot (1983a, b; 1984) se muestra contrario, sin embargo, a esta opinión.

En los estudios episódicos de estos autores entran en juego, principalmente, aspectos procesuales o adaptativos así como el desarrollo, la comprobación y la optimización de los modelos teóricos de los efectos de los cambios. Un problema esencial de esta forma de investigación reside en que no todos los procesos de cambio relevantes son susceptibles de análisis mediante clasificaciones episódicas de tres o cuatro tipos. Por lo que respecta a la eficacia total de la terapia, las secuencias largas de interacciones son más significativas que las muy cortas. Unir, a modo de ensamblaje, varios episodios o iniciativas de cambio del paciente podría resultar especialmente efectivo.

Por esa razón, Fiedler y Rodge (1989) proponen analizar las condiciones contextuales, secuencias o combinaciones de episodios en su calidad de indicadores o predictores de procesos terapéuticos de corta o larga duración. Esto implica comparaciones sistemáticas entre episodios relevantes de cambio y fases terapéuticas no significativas para la formación de criterios.

Kommer, Fritz y Wischmann (1987) proporcionan un ejemplo de investigación comparativa entre episodios “favorables” y “desfavorables” dentro de una sesión de terapia. A través de la comparación, durante toda la duración de un tratamiento, entre episodios relevantes de

cambio y fases no significativas, Fiedler, Rogge y Manglod (1988) pudieron demostrar que los marcos de referencia se diferencian antes y después del episodio de cambio significativo, variando en el curso de una terapia cognitiva. El terapeuta, si bien durante toda la terapia se muestra directivo, desarrolla una sensibilidad en aumento hacia los cambios relevantes en el cliente. Durante el curso de un episodio de cambio relevante su conducta directiva cede paso a una actuación más empática.

Otras perspectivas de la investigación de episodios hacen referencia a la representación cognitiva (sobre todo la retención, elaboración y reconstrucción de informaciones episódicas por parte de terapeutas y pacientes) y a su relevancia para el desarrollo terapéutico (v. también Kommer, 1986).

Fases de la psicoterapia

Las descripciones de procesos terapéuticos largos suelen señalar que los cambios terapéuticos obedecen a una dinámica que trasciende a los acontecimientos y episodios aislados y que puede extenderse más allá de varias sesiones. Estas fases de desarrollo se formulan unas veces en función de los cambios terapéuticos del cliente y otras en función de una metodología terapéutica específica. Un ejemplo típico de fases relacionadas con el cambio es el concepto de "crisis terapéutica", según el cual durante las crisis, consideradas necesarias, el cliente debe reactivar y vivir experiencias dolorosas (v. Nichols & Sax, 1977); como por ejemplo en la "neurosis de transferencia" de la terapia psicoanalítica, considerada significativa por ésta (v. Thomä & Kächele, 1986).

En la metodología terapéutica las fases normativas se definen a menudo de una manera formal. Por un lado se señala la significación y peculiaridad de una "fase inicial" en la cual, además del diagnóstico y planificación de la terapia hay que crear los requisitos de una colaboración terapeuta/cliente apropiada. Por otro, las "fases de tratamiento" específicas de distintos trastornos difieren significativamente (p.e. la terapia expositiva para una fobia o la terapia cognitiva de la depresión). La fase de tratamiento puede constar de unidades temáticas extendidas durante varias sesiones (p.e. en los enfoques psicoeducativos para el tratamiento de los trastornos del sueño, la obesidad, la adicción al tabaco, etc.). Muchas de estas terapias-programadas incluso planifican el transcurso de cada una de las sesiones según una didáctica estructurada (v. Fiedler, 1986). Normalmente este tipo de tratamiento concluye con una "fase de generalización" para asegurar y transferir el contenido de los cambios inducidos durante su transcurso (v. p.e. Kanfer & Schefft, 1987; Zimmer, 1983).

Los procesos de cambio a largo plazo estructurados en fases son difíciles de controlar experimentalmente y de analizar mediante diseños factoriales (Taylor & Fiske, 1981). La investigación episódica más detallada, a la cual nos hemos referido antes, ofrece posibilidades metodológicas alternativas para contrastar el contenido empírico de las concepciones fásicas, cosa que hasta la fecha no se ha llevado a cabo.

Si se pusiera en práctica esta posibilidad también podrían evidenciarse cursos fásicos no normativos; por ejemplo en estudios a posteriori mediante encuestas o sobre la base de indicadores de cambio reformulados continuamente.

Resultados de los procesos e indicadores del cambio: el proceso terapéutico como sucesión temporal

Las cuestiones referentes a la descripción y comprensión sistemática de los indicadores

procesuales son las más antiguas en la historia de la investigación de procesos. Lasswell (1937), uno de los pioneros de la investigación empírica de procesos, creó medidas verbales y fisiológicas que indicaban cambios en las emociones conscientes e inconscientes en el curso de sesiones de psicoanálisis. A diferencia de la investigación de episodios, el interés se dirige aquí a la observación del curso total en el sentido de una sucesión temporal de cambios supuestamente indicadores del efecto de los procesos terapéuticos. La aparición de tales cambios se concibe por tanto como el resultado (provisional) del proceso, cuyo análisis de condiciones se deja para una etapa posterior de la investigación en favor de una descripción inventarial de los indicadores del cambio.

A causa de la multiplicidad de conceptos de cambio terapéutico, no es sorprendente que hasta el momento no se haya conseguido un consenso satisfactorio acerca de qué hay que considerar como indicio relevante del cambio en el proceso. A lo sumo, existe acuerdo en cuanto a clasificar como un ámbito de indicadores de cambio relevantes los motivos de demanda terapéutica (síntomas o problemas) que han conducido a un tratamiento. La investigación de caso único en la terapia de conducta se ha ocupado de definir indicios relevantes para el proceso a través de la operacionalización de los llamados "target symptoms" (síntomas-objetivo) que permiten un control de la evolución de la eficacia de las intervenciones terapéuticas (v. Hersen & Barlow, 1976). Actualmente la conceptualización pluridimensional y, en la medida de lo posible, multidimensional de las variables-objetivo de la terapia recibe mayor atención (v. Barlow, Hayes & Nelson, 1984). De esta forma, determinadas operacionalizaciones que fueron criticadas anterioremente como demasiado orientadas a los síntomas, resultan de interés para otras perspectivas terapéuticas. Los análisis síntoma-contexto efectuados por Luborsky y cols. (1984) demuestran que el establecimiento de indicadores de cambio orientados a los síntomas puede incluso hacerse fructífero en el terreno del psicoanálisis; debido a la consideración de la relación interactiva que precede a los cambios en la sintomatología, éste se asemeja a la investigación de episodios (v. Fiedler & Rogge, 1989).

Fuera del ámbito de las variables de problemas y síntomas, en la actualidad no se aprecian iniciativas satisfactorias, ni se definen indicadores de cambio relevantes para el proceso consensuados a gran escala. Se dan intentos de definir estos indicadores al margen de la escuela a la que se pertenezca (Beutler, 1983; Mahrer, 1985; Prochaska, 1984) pero, a causa de su carácter ecléctico, se producen inconsistencias teóricas y vaguedades.

También en la interpretación de la configuración del desarrollo de las variables referidas a los síntomas se originan grandes problemas, ya que se formulan en general sobre la base de un muestreo periódico cuya representatividad está por demostrar. Así, algunas curvas de desarrollo construídas como funciones temporales y en las que aparecen cambios de nivel o dirección abruptos y discontinuos, darían más bien la imagen de cambios regulares si se hubiera efectuado un registro continuo en el tiempo (v. Möbus & Nagel, 1983). La preferencia por el muestreo periódico (comprensible desde el punto de vista de la economía de la investigación) conlleva el peligro de que pueda reproducirse, sobre la base de las observaciones del desarrollo, el mito psicoterapéutico de la homogeneidad, a no ser que se lleven a cabo estudios comparativos sobre la base de comprobaciones continuas en el tiempo (Rice & Greenberg, 1984; Suen, 1987).

En la verificación estadística de la significación de los indicadores del cambio se dan aún más problemas. En las comprobaciones repetidas de indicios se da a menudo una dependencia entre las características de índices de diferente ocurrencia temporal. Esta autocorrelación entre

datos cronológicamente sucesivos conduce a problemas de interpretación cuando el modelo evolutivo que siguen coincide con las expectativas terapéuticas del proceso. Se plantea entonces, desde una perspectiva causal-analítica, la pregunta de si el modelo evolutivo de los datos indica la eficacia de los procesos terapéuticos o si los responsables de éste son fenómenos independientes del tratamiento. Los sistemas estadísticos convencionales de contraste sólo permiten aclarar si el modelo de datos se basa en fluctuaciones aleatorias. La literatura considera significativas, al menos, otras tres hipótesis alternativas sobre la aparición de autocorrelaciones independientes del tratamiento (v. Suen, 1987).

De este modo una correlación podría atribuirse a la existencia de una tendencia natural en el sentido de un aumento o disminución, lineal y en función del tiempo, de la significación de los indicios. En caso de que aumenten y disminuyan sistemáticamente, es decir, en función del tiempo, un ciclo natural podría ser el responsable de la dependencia cronológica de la sucesión de datos. Podría presentarse también un desplazamiento en función del tiempo de la sucesión de datos en el cual las tendencias ascendentes bidireccionales son reemplazadas sistemáticamente por tendencias descendentes.

Los análisis estadísticos de series temporales permiten pues la verificación directa de la presencia de estas causas de autocorrelación independientes del tratamiento. Desde finales de los años 70, esto ha conducido cada vez más a considerarlos como un procedimiento de comprobación especialmente adecuado para la investigación psicoterapéutica (v. p.e. Glass, Willson & Gottman, 1975; Revenstorf, 1979). Como demostraremos en virtud de las implicaciones metateóricas de los análisis estadísticos de series temporales para el modelado del proceso terapéutico, esta evaluación hace necesaria la correlación.

El objetivo epistemológico de los análisis de series temporales es la determinación estadística de la eficacia de un tratamiento. Los análisis estadísticos de series temporales buscan en primer lugar la identificación de los procesos dependientes del tiempo y la clarificación de sus efectos sobre el modelo evolutivo. La revisión de las hipótesis alternativas nombradas antes tiene lugar de forma rutinaria; es decir, con independencia de si la suposición de tal proceso en un caso concreto es teóricamente significativa o no. Sobre la base de una serie de datos "depurada" de esta manera, se comprueban entonces estadísticamente unos posibles efectos de interacción. La filtración rutinaria de procesos dependientes del tiempo y su abandono a continuación a favor de efectos de intervención contiene un modelo causal metateóricamente reduccionista del proceso de tratamiento, tal como ya hemos puesto de relieve en la forma de proceder característica de la investigación de proceso tipo A. Como único agente causal final queda sólo la intervención terapéutica, a la que se atribuye a priori un efecto unidireccional sobre el comportamiento del cliente. En los análisis de series temporales de este tipo, esta comprensión causal no es falsable, dado que el efecto recíproco entre la manera de obrar y la manera de vivir las experiencias de cliente y terapeuta no se tienen lo bastante en cuenta metodológicamente. Finalmente, sigue sin utilizarse la comprobación de procesos no dependientes de la intervención, tal como la autocorrección de series de datos (v. Guidano, 1987). Estos procesos resultan de interés para un modelado teórico de cursos de tratamiento, dado que en el contexto de tales análisis de series temporales sólo pueden tener lugar inductivamente en lugar de guiados por la teoría.

Los cálculos analíticos de series temporales basados en la teoría matemática de sistemas (v. Möbus & Nagel, 1983) son prometedores en cuanto a la posibilidad de ulteriores avances. La autocorrección de series temporales ya no se considera una variable perturbadora de la

comprobación de la eficacia de los tratamientos sino un indicador importante de la estructura dinámica de un sistema cuyas peculiaridades pueden tanto tener influencia en el tratamiento como, por el contrario, actuar modificando el sistema. Molenaar (1987) ha demostrado de forma convincente en un estudio de caso único que la consideración explícita de efectos mutuos entre la manera de obrar y la manera de vivir las experiencias del cliente o del terapeuta puede conseguir una optimización de los análisis de los procesos terapéuticos, utilizable como ayuda en las decisiones de la práctica terapéutica. Si esto pudiese ser confirmado por futuras investigaciones se daría un paso importante hacia la utilización práctica y la riqueza teórica de los análisis de series temporales.

Indicación adaptativa y estrategias psicoterapéuticas

Hemos destacado repetidamente que consideramos inadecuado localizar sólo al principio del tratamiento las decisiones terapéuticas. En lugar de esto, defendemos que en diferentes instantes de la evolución de un tratamiento se corrigen o reformulan las decisiones terapéuticas, cambiando así su curso. Tales decisiones se conciben como la unión de tres partes definitorias (v. Bastine, 1981): (1) el enunciado del problema origen del proceso (la demanda), (2) los objetivos procesuales (intermediarios) del tratamiento y (3) los medios de cambio adecuados. A estos modelos de tratamiento planificados, dirigidos al objetivo y adaptados al curso evolutivo, que sirven para solucionar determinadas constelaciones de problemas, los llamamos "estrategias psicoterapéuticas" (v. Bastine, 1978, 1980; Kämmerer, 1983; Kämmerer & Bastine, 1985).

En oposición a la psicoterapia diferencial y la investigación de episodios, situamos la indicación adaptativa y el concepto estratégico en un nivel "medio", dado que no abarcan todo el curso de la terapia ni tampoco sucesos de corta duración durante su evolución. Esto proporciona una mejor aproximación a concepciones fásicas que, desde un punto de vista estratégico-teórico, pueden resultar fructíferas mediante la acentuación de los motivos que guían las decisiones terapéuticas.

De ello deriva la tarea de la investigación del proceso; es decir, reconstruir los motivos y consecuencias de las decisiones adaptativas en la práctica clínica y poner de relieve las estrategias terapéuticas sobre las que descansan. Los datos necesarios podrían conseguirse del comentario posterior de los cursos terapéuticos, de manuales de terapia y de supervisiones. Estas "estrategias terapéuticas" reconstruidas se podrían comparar con proyectos estratégicos tal como aparecen formulados en la literatura (por ejemplo en los manuales de tratamiento), los cuales, por su parte se podrían someter a una comprobación empírica en el marco de la investigación de procesos.

Las estrategias psicoterapéuticas se han formulado hasta ahora en la literatura bajo las perspectivas comunicacional y sociocognitivista:

Los conceptos estratégicos de la teoría de la comunicación se ocupan principalmente de la forma de tratar los problemas psíquicos de individuos, parejas, familias o grupos, cuyo problema se confunde con el procedimiento terapéutico. Este es el caso en los desajustes interpersonales, que se reproducen en la situación terapéutica y conducen por ello a malentendidos. Ejemplo de esto son los problemas en cuya solución la persona o el sistema social afectado asume una posición de dependencia o resistencia/reactancia (v. Beire & Young, 1984; Erickson & Rossi, 1981; Haley, 1977, 1978; Watzlawick, Beavin & Jackson, 1969; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

En contraste con los numerosos relatos e informes de casos, la investigación empírica sistémica de esta manera de proceder se encuentra en un estado embrionario, aunque siempre con la esperanza de un mayor desarrollo. Los pocos estudios controlados se efectúan principalmente con grupos no-clínicos de personas, contrastando únicamente técnicas aisladas y renunciando en gran parte a las comparaciones con las alternativas establecidas de tratamiento (v. Ascher, Bowers & Schotte, 1985; Brehm & Smith, 1986; Seltzer, 1986; Strong, 1984). Hasta el momento, algunos fundamentos conceptuales de la "intervención sistémica" continúan sin explicación (v. Dell, 1981, 1986).

Los conceptos sociocognitivos de las estrategias psicoterapéuticas son muy diferentes. Los artículos referidos a ellos provienen, entre otras áreas, de la psicología cognitiva (Kämmerer, 1983, 1987; Safran Wallis, Segal & Shaw, 1986), de la perspectiva centrada en el cliente (Tscheulin, 1983), de indicios de la interacción social (Strong & Claiborn, 1982), de la terapia conductual (Kanfer, 1979; Kanfer & Schefft, 1987), de posiciones orientadas a la teoría de la actuación y la demanda (Könog, 1979; Schmidtchen, 1978; Stewart, Winborn, Johnson, Burks & Engelkes, 1978) y también, sobre todo, de la preocupación por una perspectiva que abarque diferentes escuelas (Bastine, 1976, 1978, 1980; Beutler, 1979, 1983; Prochaska & DiClemente, 1984).

Los datos actuales, según la teoría de las estrategias, representan los primeros esbozos heurísticos, necesitados de una comprobación empírica sistemática y un mayor fundamento teórico. En relación con una reconstrucción empírica de las "estrategias terapéuticas", se podría ver en esto una tarea de la futura investigación de procesos, de la cual se podrían obtener importantes estímulos para allanar la orientación terapéutica según escuelas.

Perspectiva

Dada la multiplicidad de perspectivas que se dan en el seno de la investigación psicoterapéutica de procesos y que hemos mostrado, recordamos una observación de Kiesler con la cual ya en 1973 trató de amortiguar el optimismo excesivo en relación a la investigación de procesos. Consideró como un obstáculo la excesiva cantidad de constructos y unidades que hay que tener en cuenta dentro de ella. Estos, por su parte, requieren operaciones de medida diferentes. La multiplicidad de a priori y perspectivas se puede considerar también hoy como un barómetro, signo de que la investigación psicoterapéutica de procesos se encuentra todavía al comienzo de su desarrollo. En la mayoría de los trabajos citados y reunidos aquí, destaca en primer plano la búsqueda de indicios de investigación adecuados y de la primera comprobación de los mismos; lo cual se corresponde en todo al estado actual del desarrollo de conceptos y de métodos. Todavía no existen teorías empíricas de procesos con un contenido capaz de trascender el caso particular.

El camino abierto parece volver a conducir "a la investigación psicoterapéutica del caso particular", tal como Grawe (1988) ha expresado hace poco. Si el objeto de la investigación de procesos es una comprensión mejor de lo que sucede en la psicoterapia, parece conveniente empezar por ocuparse a fondo de una o unas pocas terapias. El hecho de que los esfuerzos de la investigación se dirijan hoy preferentemente a la mejora de la exactitud y la adecuación de la metodología y de que hasta el momento exista poca evidencia sustancial de sus resultados, señala una diferencia cualitativa con la casuística tradicional en psicoterapia en la cual, a pesar de fundamentos metodológicos sin aclarar, se formulan muy a menudo generalizaciones precipitadas.

En relación con esto, merece señalarse que la disposición a la reorientación en la investigación psicoterapéutica sobrepasa las fronteras de las diferentes tendencias terapéuticas. Si, tal como se ha observado en todas partes durante los últimos 10 años, psicoanalistas, terapeutas comportamentales e interaccionales organizan en común congresos científicos y jornadas técnicas; si empiezan a hacerse las mismas preguntas y emplean unas estrategias de investigación parecidas para contestarlas; si publican en común sus trabajos de investigación en libros y revistas, existen motivos fundados para esperar que con la orientación procesual en la investigación psicoterapéutica se haya abierto una puerta hacia una integración de las tendencias psicoterapéuticas.

Una revisión del desarrollo histórico de la investigación del proceso psicoterapéutico lleva a la distinción de dos programas de investigación prototípicos: en los estudios tipo A, el proceso terapéutico se considera como una sucesión fija de condiciones de tratamiento. Los enfoques tipo B, bajo la perspectiva causal de un modelo transaccional, conciben la psicoterapia como secuencias de segmentos, períodos o fases. Es más, las influencias contextuales se consideran componentes necesarios del proceso psicoterapéutico. En este artículo se discuten las implicaciones conceptuales y metodológicas de ambos enfoques.

Referencias Bibliográficas

- Ascher, L. M., Bowers, M. R. & Schotte, D. E. (1985). A review of data from controlled case studies and experiments evaluating the clinical efficacy of paradoxical intention. In G. R. Weeks (Ed.), *Promoting change through paradoxical therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Auerbach, A. H. & Luborsky, L. (1968). Accuracy of judgements of psychotherapy and the nature of the "good hour". In J. M. Shlien et al. (Eds.), *Research in psychotherapy (Vol. 3)* (pp. 155—168). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Barlow, D. H. & Wolfe, D. (1981). Behavioral approaches to anxiety disorders. A report on the NIMH-SUNY Albany Research Conference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 448—454.
- Barlow, D. H., Hayes, S. C. & Nelson, R. O. (1984). *The scientist-practitioner. Research and accountability in clinical and educational settings*. New York: Pergamon Press.
- Bastine, R. (1970/1975). Forschungsmethoden in der Klinischen Psychologie. In W. J. Schraml (Hrsg.), *Klinische Psychologie* (Wiederabdruck in W. J. Schraml & U. Baumann (Hrsg.) (1975). *Klinische Psychologie I* (S. 664—701)). Bern: Huber.
- Bastine, R. (1976). Ansätze zur Formulierung von Interventionsstrategien in der Psychotherapie. In P. Jankowski, D. Tscheulin, H.-J. Fietkau & F. Mann (Hrsg.), *Klientenzentrierte Psychotherapie heute* (S. 193—207). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Bastine, R. (1978). Strategien psychotherapeutischen Handelns. In F. Reimer (Hrsg.) (1978), *Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus* (S. 59—66). Stuttgart: Thieme.
- Bastine, R. (1980). Ausbildung in psychotherapeutischen Methoden und Strategien. In V. Birtsch & D. Tscheulin (Hrsg.), *Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie* (S. 71—85). Weinheim: Beltz.
- Bastine, R. (1981). Adaptive Indikationen in der zielorientierten Psychotherapie. In U. Baumann (Hrsg.), *Indikation zur Psychotherapie: Perspektiven für Forschung und Praxis*. (S. 158—168). München: Urban & Schwarzenberg.
- Bastine, R. (1982). Psychotherapie-Effekte. In R. Bastine et al. (1982), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (S. 318—322). Weinheim: edition psychologie.
- Bastine, R. (1984). *Klinische Psychologie. Band 1*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Bastine, R. (1987). *Psychotherapeutische Prozeßanalyse*. Heidelberg: Bericht a. d. Psych. Institut Nr. 57.
- Bastine, R. (1988). *Psychotherapeutische Prozesse: Von der Verlegenheit, psychotherapeutische Veränderungen zu erklären*. Vortrag auf dem Kongreß für Klinische Psychologie, Berlin.
- Baumann, U. (Hrsg.) (1984). *Psychotherapie: Makro-/ Mikroperspektive*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Bechtinger-Czogalik, S. (1988). *Die gute und schlechte Stunde im Urteil von Therapeut und Patient: Mehrebenenanalytische Betrachtungen*. Vortrag, Fachkonferenz „Wirkfaktoren und Krankheitsmodell in der Psychotherapie“, März 1988. Psychotherapeutische Forschungsstelle der Universität, Stuttgart.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression: A treatment manual*. New York: Guilford.
- Beier, E. G. & Young, D. M. (1984). *The silent language of psychotherapy*. New York: Aldine.
- Bergin, A. E. & Lambert, M. J. (1978) The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 139—190). New York: Wiley.
- Beutler, L. E. (1979). Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 882—897.
- Beutler, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- Bommert, H. & Hockel, M. (Hrsg.) (1981). *Therapieorientierte Diagnostik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brehm, S. S. & Smith, T. W. (1986). Social psychological approaches to psychotherapy and behavior change. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 69—115). New York: Wiley.
- Burton, A. (Ed.) (1976). *What makes behavior change possible*. New York: Brunner/Mazel.
- Cohen, L. H., Sargent, M. M. & Sechrest, L. B. (1986). Use of psychotherapy research by professional psychologists. *American Psychologist*, 41, 198—206.
- Dell, P. F. (1981). Some irrelevant thoughts on paradox (including comments and rejoinder). *Family Process*, 20, 37—51.
- Dell, P. F. (1986). *Klinische Erkenntnis. Zu den Grundlagen systemischer Therapie*. Dortmund: Verlag modernes Lernen.
- Elliott, R. (1983a) Fitting process research to the practicing psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 47—55.
- Elliott, R. (1983b). "That in your hands": A comprehensive process analysis of significant events in psychotherapy. *Psychiatry*, 46, 113—129.
- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. In L. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249—286). New York: Guilford.
- Elliott, R., Hill, C. E., Stiles, W. B., Friedlander, M. L., Mahrer, A. R. & Marginson, F. R. (1987). Primary therapist response modes: Comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 218—223.
- Erickson, M. H. & Rossi, E. L. (1981). *Hypnotherapie: Aufbau — Beispiele — Forschungen*. (Orig. 1979). München: Pfeiffer.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319—324.
- Fenichel, O. (1930). Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920—1930. In S. Radó, O. Fenichel & C. Müller-Braunschweig (Hrsg.), *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut*. Wien: Internationaler Psychoanalyse Verlag.
- Fiedler, P. (1986). Verhaltenstherapie in Gruppen: Überblick und Perspektiven. *Gruppendynamik*, 17, 341—360.
- Fiedler, P. (1987). Paradigmawechsel in der Psychotherapieforschung. *Universitas. Zeitschrift für Wissenschaft, Kunst und Literatur*, 42, 1055—1064.
- Fiedler, P., Rogge, K. E. & Mangold, A. (1988). *Veränderung durch Beziehung? Studien über Empathie und Lenkung in der Kognitiven Psychotherapie*. Vortrag, Fachkonferenz „Wirkfaktoren und Krankheitsmodelle in der Psychotherapie“, März 1988. Psychotherapeutische Forschungsstelle der Universität, Stuttgart.

- Forgas, J. P. (1979). *Social episodes. The study of interaction routines*. New York: Academic Press.
- Glass, G. V., Willson, V. L. & Gottman, J. M. (1975). *Design and analysis of time-series experiments*. Boulder, CO: Associated University Press.
- Goldfried, M. R. (1982). *Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice*. New York: Springer.
- Grawe, K. (1982a). Indikation in der Psychotherapie. In R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie*. (S. 171—178).
- Grawe, K. (1982b). Psychotherapieforschung. In R. Bastine, P. A. Fiedler, K. Grawe, S. Schmidtchen & G. Sommer (Hrsg.), *Grundbegriffe der Psychotherapie* (S. 323—331). Weinheim: edition psychologie.
- Grawe, K. (1987). Die Effekte der Psychotherapie. In M. Amelang (Hrsg.), *Bericht über den 35. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Heidelberg, 1986. Band 2*. (S. 515—534). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Grawe, K. (1988). Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 1—7.
- Greenberg, L. S. (1984). Task analysis: The general approach. In L. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 124—148). New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4—9.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986a). Process research: Current trends and future perspectives. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 3—20). New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (Eds.) (1986b). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. & Safran, J. B. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guilford.
- Guidano, V. L. (1987). *The complexity of the self*. New York: Guilford.
- Hadley, S. W. (1984). Preface: Progress and prospects in psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 4, 1—3.
- Haley, J. (1977). *Direktive Familientherapie*. München: Pfeiffer.
- Haley, J. (1978). *Gemeinsamer Nenner Interaktion. Strategien der Psychotherapie*. München: Pfeiffer. (Orig. 1963).
- Hersen, M. & Barlow, D. H. (1976). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. Oxford: Pergamon Press.
- Hollon, S., DeRubeis, R. & Evans, M. (1987). Causal mediation of change in treatment for depression: Discriminating between nonspecificity and noncausality. *Psychological Bulletin*, 102, 139—149.
- Howe, J. (1982). Wissenschaft für die Praxis — Einführung in das Schwerpunktthema. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4, 255—260.
- Hoyt, M. F. (1980). Therapist and patient actions in "good" psychotherapy sessions. *Archives of General Psychiatry*, 37, 159—161.
- Kanfer, F. H. (1979). Self-Management: Strategies and tactics. In A. P. Goldstein & F. H. Kanfer (Eds.), *Helping people change*. 1st ed. (pp. 185—224). New York: Pergamon.
- Kanfer, F. H. & Scheff, B. K. (1987). *Guiding the process of therapeutic change*. Champaign, Ill.: Research Press.
- Kazdin, A. E. (1986). Editor's introduction to the special issue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 3.
- Kämmerer, A. (1983). *Die therapeutische Strategie „Problemlösen“*. Münster: Aschendorff.
- Kämmerer, A. (1987). Die therapeutische Strategie „Problemlösen“ in der therapeutischen Beratung. In H. Neber (Hrsg.), *Angewandte Problemlösepsychologie*. (S. 287—318). Münster: Aschendorff.
- Kämmerer, A. & Bastine, R. (1985). Psychotherapie als Strategie? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 17, 521—542.
- Kendall, P. C. & Butcher, J. N. (Eds.) (1982). *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: Wiley.

- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110—136.
- Kiesler, D. J. (1973). *The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis*. Chicago: Aldine.
- Kiesler, D. J. (1985). The missing link in psychotherapy research (Review of Rice & Greenberg (Eds.) (1984) *Patterns of change*). *Contemporary Psychology*, 30, 527—529.
- Kirchner, F. T., Kissel, E., Petermann, F. & Böttger, P. (1977). Interne und externe Validität empirischer Untersuchungen in der Psychotherapieforschung. In F. Petermann (Hrsg.), *Psychotherapieforschung* (S. 51—102). Weinheim: Beltz.
- Kommer, D. (1986). *Veränderungsrelevante Episoden aus der Sicht von erfahrenen und unerfahrenen Therapeuten*. Vortrag, Internationale Fachkonferenz „Psychotherapeutische Prozeßforschung“, September 1986. Psychologisches Institut der Universität, Heidelberg.
- Kommer, D., Fritz, J. & Wischmann, T. (1987). Perceived empathy and body movements: A process analysis of "good" vs. "bad" episodes in a therapy session. In W. Huber (Hrsg.), *Progress in Psychotherapy Research* (pp. 621—639). Lovain-La-Neuve: Presses Universitaires de Louvain.
- Kopta, S. M., Newman, F. L., McGovern, M. P. & Sandrock, D. (1986). Psychotherapeutic orientations: A comparison of conceptualizations, interventions, and treatment plan costs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 369—374.
- Köhnken, G., Seidenstücker, G. & Baumann, U. (1979). Zur Systematisierung von Methodenkriterien für Psychotherapiestudien. In U. Baumann, H. Berbak & G. Seidenstücker (Hrsg.), *Klinische Psychologie: Trends in Forschung und Praxis. Band 2* (S. 72—128). Bern: Huber.
- König, F. (1979). Problemlösen und kognitive Therapie. In N. Hoffmann (Hrsg.), *Grundlagen kognitiver Therapien* (S. 155—176). Bern: Huber.
- Lasswell, H. D. (1937). Veränderungen an einer Versuchsperson während einer kurzen Folge von psychoanalytischen Interviews. *Imago*, 23, 375—380.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nisch (Hrsg.), *Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213—259). Bern: Huber.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everybody has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, 32, 995—1008.
- Luborsky, L., Singer, B., Hartke, J., Crits-Christoph, P. & Cohen, M. (1984). Shifts in depressive state during psychotherapy: Which concepts of depression fit the context of Mr. Q's shifts? In L. Rice & L. Greenberg (Eds.) *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 157—193). New York: Guilford Press.
- Luborsky, L., Woody, G. E., McLellan, A. T. & O'Brien, C. P. (1982). Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided rherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 49—62.
- Mahoney, M. J. (Ed.) (1980). *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum.
- Mahrer, A. R. (1985). *Psychotherapeutic change: An alternative approach to meaning and measurement*. New York: Guilford.
- Möbus, C. & Nagel, W. (1983). Messung, Analyse und Prognose von Veränderungen. In J. Bredenkamp & H. Feger (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Forschungsmethoden der Psychologie, Bd. 5: Hypothesenprüfung* (S. 239—470). Göttingen: Hogrefe.
- Molenaar, P. C. M. (1987). Dynamic assessment and adaptive optimization of the psychotherapeutic process. *Behavioral Assessment*, 9, 389—416.
- Morrow-Bradley, C. & Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychologists. *American Psychologist*, 41, 188—197.
- Neirincq, M., Lietaer, G. & Rombauts, J. (1981). Empirisch onderzoek over goede en slechte therapeutische sessies. *Gedrach*, 9, 280—306.
- Nelson, R. O. (1987). DSM-III and behavioral assessment. In C. G. Last & M. Hersen (Eds.), *Issues in diagnostic research* (pp. 303—327). New York: Plenum.
- Nichols, M. & Sax, M. (1977). *Catharsis in psychotherapy*. New York: Gardner.

- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 311—381). New York: Wiley.
- Parloff, M. P. (1984). Psychotherapy research and its incredible credibility crisis. *Clinical Psychology Review*, 4, 95—109.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109—118.
- Prochaska, J. O. (1984). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical view*. Homewood, Ill.: Dorsey.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin.
- Revenstorf, D. (1979). *Zeitreihenanalyse für klinische Daven*. Weinheim: Beltz.
- Rice, L. N. & Greenberg, L. S. (1984). The new research paradigm. In L. N. Rice & L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change* (pp. 7—25). New York: Guilford Press.
- Rogers, C. R. & Dymond, R. S. (Eds.) (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rudolf, G., Grande, T. & Porsch, U. (1988). Berliner Psychotherapiestudie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 34, 32—49.
- Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V. & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 509—526.
- Schmidtchen, S. (1978). *Handeln in der Kinderpsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schulte, D. & Wittchen, H.-U. (1988). Wert und Nutzen klassifikatorischer Diagnostik für die Psychotherapie. *Diagnostica*, 34, 85—98.
- Seltzer, L. F. (1986). *Paradoxical strategies in psychotherapy*. New York: Wiley.
- Shapiro, D. A. (1985). Recent applications of meta-analysis in clinical research. *Clinical Psychology Review*, 5, 13—34.
- Shapiro, D. A. (1987). The high water mark of the drug metaphor? In H. Kächele (Ed.), *Society for Psychotherapy Research: Abstracts of the 18th Annual Meeting, Ulm 1987* (pp. 136—137). Ulm: PSZ-Verlag.
- Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581—604.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Stewart, N. R., Winborn, B. B., Johnson, R. G., Burks, H. M., Jr. & Engelkes, J. R. (1978). *Systematic Counseling*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A. & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165—180.
- Strong, S. R. (1984). Experimental studies in explicitly paradoxical interventions: Results and implications. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 189—194.
- Strong, S. R. & Claiborn, C. D. (1982). *Change through interaction. Social psychological processes of counseling and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Strupp, H. H. & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Strupp, H. H., Chassan, J. B. & Ewing, J. A. (1966). Toward the longitudinal study of the therapeutic process. In L. A. Gottschalk & A. H. Auerbach (Eds.), *Methods of research in psychotherapy* (pp. 361—400). New York: Appleton-Century Crofts.
- Suen, H. K. (1987). On the epistemology of autocorrelation in applied behavior analysis. *Behavioral Assessment*, 9, 113—130.
- Tausch, R. (1974). *Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Taylor, S. E. & Fiske, S. T. (1981). Getting inside the head: Methodologies for process analysis in attribution and social cognition. In J. H. Harvey, W. Ickes & R. F. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research. Vol. 3* (pp. 459—524) Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1986). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Berlin: Springer.
- Tscheulin, D. (Hrsg.) (1983). *Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie*. Weinheim: Beltz.

- VandenBos, G. R. (1986). Psychotherapy research: A special issue. *American Psychologist*, 41, 111—112.
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. The report of the Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation, 1954—82*. New York: Guilford.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1969). *Menschliche Kommunikation — Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1974). *Lösungen: Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. Bern: Huber.
- Williams, J. B. W. & Spitzer, R. L. (Eds.) (1984). *Psychotherapy research: Where are we, and where should we go?* New York: Guilford.
- Wittmann, W. W. & Matt, G. E. (1986). Meta-Analyse als Integration von Forschungsergebnissen am Beispiel deutschsprachiger Arbeiten zur Effektivität von Psychotherapie. *Psychologische Rundschau*, 37, 20—40.
- Zielke, M. (1982). Diagnostik in der klientenzentrierten Psychotherapie (Einzeltherapie). In M. Zielke (Hrsg.) (1982a), *Diagnostik in der Psychotherapie* (S. 106—127). Stuttgart: Kohlhammer.
- Zimmer, D. (Hrsg.) (1983). *Die therapeutische Beziehung*. Weinheim: edition psychologie.



LA PSICOTERAPIA COMO PROCESO RECONSTRUCTIVO: IMPLICACIONES DE LAS TEORIAS INTEGRATIVAS PARA LA INVESTIGACION DE RESULTADOS

Stephanie Harter

Department of Psychology, Memphis State University

Traducción: Luis Botella García del Cid.

Psychotherapy outcome research has failed to find consistent differences in effectiveness between differing approaches to therapy. This paper discusses the application of constructivist metatheory to psychotherapy research as a potential solution to this impasse. The lack of a coherent theoretical framework has limited previous research, resulting in poorly defined and conceptually indistinct comparison groups. Although Frank's (1982) common factors hypothesis provides a potential explanation for the effectiveness of divergent treatment approaches, it does not provide the comprehensive description of human change processes necessary to predict factors that may increase therapeutic effectiveness. Personal construct (Kelly, 1955) and compatible constructivist theories provide a more comprehensive heuristic framework that not only accounts for the effectiveness of divergent approaches but also suggests potential strategies for maximizing their effectiveness.

Las revisiones recientes de la literatura sobre los resultados de la psicoterapia concuerdan en general en señalar su efectividad, pero no llegan a conclusiones respecto a la eficacia comparativa de las diferentes modalidades terapéuticas (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Smith, Glass & Miller, 1980). Además, dichas revisiones no son capaces de señalar diferencias significativas entre terapeutas profesionales y paraprofesionales, o entre terapeutas con diferentes niveles de experiencia (Berman & Norton, 1985; Beutler, Crago & Arizmendi, 1986; Smith et al., 1980; Stein & Lambert, 1984). La psicoterapia afectiva no parece estar limitada a una forma concreta o a un grupo profesional. La efectividad de gran variedad de enfoques, derivados de teorías aparentemente contradictorias, hace difícil extraer conclusiones sobre las características o conductas específicas que pueden manipularse con tal de mejorar el resultado del tratamiento.

Estos autores reconocen abiertamente las limitaciones metodológicas de la literatura sobre resultados psicoterapéuticos en la que basan sus conclusiones, necesariamente tentativas (Lambert et al., 1986; Smith et al., 1980). Las limitaciones conceptuales también parecen contribuir a la dificultad que encuentran en identificar las características de la terapia eficaz.

Buscando predictores potenciales de los resultados psicoterapéuticos, los investigadores se han centrado en la comparación de variables que distinguen amplias clasificaciones tradicionales de tratamiento tales como psicoanalítico, conductual y humanista, o factores que distinguen entre niveles de experiencia terapéutica. La efectividad esencialmente equivalente de los terapeutas a través de tales categorías sugiere que los esquemas tradicionales de clasificación de tratamientos y terapeutas carecen de validez predictiva.

Los teóricos reconocen cada vez más la necesidad de modelos psicoterapéuticos lo bastante amplios como para explicar la eficacia de técnicas aparentemente divergentes dentro de un mismo marco coherente (e.g., Beck, 1984; Frank, 1973, 1982; Prochaska, 1984; Ryle, 1984). Los modelos integrativos viables deberían permitir una predicción de los ingredientes terapéuticos efectivos, sugiriendo los factores que varían entre terapeutas con diferentes niveles de instrucción y experiencia, más que factores que distinguen primordialmente entre categorías tradicionales.

PROCESOS CONSTRUCTIVOS Y RECONSTRUCTIVOS

La efectividad de sistemas terapéuticos divergentes ha fomentado especulaciones sobre que la base teórica de las distintas escuelas era totalmente ilusoria o, como mínimo, una mera descripción metafórica de los procesos reales de cambio. Frank (1982) ha defendido la hipótesis de que los factores comunes dan cuenta de la eficacia de las diferentes psicoterapias, así como de los rituales de curación más primitivos. Sugiere que los procesos de curación espontánea resultan movilizados por una relación cargada emocionalmente con un "curador" socialmente reconocido, un mito o explicación terapéutica y un ritual de curación. El contenido específico del mito y del ritual es irrelevante mientras aporte una explicación plausible de los síntomas del paciente y prescriba un procedimiento para superarlos.

Si bien Frank aporta una explicación potencial de la efectividad de un amplio rango de enfoques terapéuticos mediante el fomento de la curación espontánea, da una descripción mínima de la naturaleza de tal proceso. Esto limita la utilidad de la teoría para generar predicciones respecto a factores que puedan potenciar el cambio. El examen de las teorías que describen la psicoterapia dentro de un marco más amplio revela una serie de temas comunes que son ampliamente compatibles con la hipótesis antedicha. La integración de estos temas podría aportar una explicación más global y potencialmente más heurística del proceso terapéutico.

Construcción personal de la realidad

La construcción individual de la realidad es una presuposición común a varias teorías contemporáneas. Numerosas teorías de la personalidad, del cambio personal y de la psicoterapia, así como de sistemas y de terapia familiar, han postulado que los individuos responden a su interpretación de los hechos más que a los hechos en sí. Si bien esta idea parece fundamental para cualquier sistema de terapia que no dependa sólo de la manipulación ambiental, las teorías constructivistas incorporan explícitamente los procesos epistemológicos a su descripción del proceso terapéutico. La teoría de constructos personales aporta un ejemplo representativo de sistema constructivista con suficiente amplitud como para dar cuenta de la eficacia de diversas experiencias terapéuticas, así como del cambio humano en general (Kelly, 1955).

Kelly propuso que cada persona desarrolla un sistema de explicación mediante el cual anticipa, entiende y participa de las experiencias vitales. Aunque se resistió a que se asociara su teoría con la psicología cognitiva, su descripción de este sistema de constructos personales

y del proceso de construcción es muy similar a los modelos que proponen hoy en día los constructivistas cognitivos. Estos teóricos también enfatizan el papel activo del individuo en la construcción de modelos del mundo, que permiten y a la vez limitan su percepción de los hechos y su participación en ellos. Los individuos no sólo construyen modelos personales de la realidad, sino que al actuar sobre su base crean activamente tal realidad (Arnkoff, 1980; Hayek, 1982; Mahoney, 1982, 1987; Turvey, 1974; Weimer, 1977).

Kelly (1955) describió las unidades de construcción que componen el mapa individual de la realidad como contrastes dicotómicos que definen diferencias y similitudes entre acontecimientos. Estos contrastes constituyen ejes de referencia que dotan al individuo de alternativas conductuales y a la vez limitan el número potencial de ellas. Los constructos personales están organizados jerárquicamente en un sistema interdependiente que evoluciona continuamente a medida que el individuo anticipa y se implica y encuentra con los acontecimientos. Los constructos personales no son necesariamente verbales o intelectuales sino que pueden ser emocionales, conductuales o incluso fisiológicos. Aunque la terminología difiere, la descripción de los procesos de construcción propuesta por los constructivistas cognitivos es bastante similar. Al igual que Kelly, restan importancia a los procesos explícitos o racionales, y postulan que la mayoría de las actividades cognitivas o constructivas de la persona consisten en procesos tácitos o no-verbales (Polanyi, 1966; Hayek, 1982; Weimer, 1977).

Desde la perspectiva de la teoría de constructos personales y del constructivismo cognitivo, las distinciones tradicionales entre percepción, sentimiento y acción aparecen como algo bastante arbitrario. Quizá debido a que Kelly aportó un modelo de personalidad más sistémico que el ofrecido por la mayoría de modalidades de psicoterapia, su teoría se ha utilizado como marco superordenado para aplicar técnicas derivadas de perspectivas en apariencia divergentes, incluyendo la cognitivo-conductual (R.A. Neimeyer, 1986), psicoanalítica (Soldz, 1987; Winter, 1985), procesos grupales (P.C. Alexander & Follette, 1987), sistémico-familiar (P.C. Alexander, 1988; Kenny, 1987; Procter, 1985) y matrimonial (G.J. Neimeyer, 1985).

Contexto social del proceso de construcción

Los intentos recientes de elaborar las implicaciones de la teoría de constructos personales para familias y otros sistemas sociales (P.C. Alexander, 1988; Leitner, 1985; G.J. Neimeyer & Hudson, 1985; G.J. Neimeyer & R.A. Neimeyer, 1985; R.A. Neimeyer & G.J. Neimeyer 1985; Procter, 1985) tienen su equivalente en trabajos independientes sobre la familia y la teoría de sistemas (Bateson, 1972, 1979; Maturana & Varela, 1980). Los teóricos de constructos personales reconocen cada vez más la importancia de las interacciones sociales para el desarrollo y validación de las construcciones sociales de la realidad (e.g., Guidano & Liotti, 1983; Harter, Alexander & Neimeyer, 1988; G.J. Neimeyer & R.A. Neimeyer, 1985; R.A. Neimeyer & G.J. Neimeyer, 1985; Procter, 1985). A su vez, los teóricos familiares están cada vez más interesados por la relación entre los procesos epistemológicos individuales y las construcciones compartidas de la realidad que definen y mantienen el sistema familiar (P.C. Alexander, 1988; Bogdan, 1984; Cronen, Johnson & Lannamann, 1982; Dell, 1982; Reiss, 1981; Rosenbaum, 1982; Sluzki, 1983).

Los teóricos de sistemas familiares describen la familia sana como un sistema abierto y en evolución caracterizado por procesos neguentrópicos (como opuesto a "homeostáticos") (Dell, 1982; Speer, 1970). La neguentropía se refiere a la tendencia de los sistemas abiertos a

incrementar su organización y complejidad a medida que se acomodan a la información o cambio en su entorno (Prigogine, 1980; Prigogine & Stengers, 1984). Aunque el sistema de constructos personales de Kelly es intra, más que interpersonal, también puede ser descrito como un sistema abierto con características de autoorganización. Las implicaciones convergentes de estos dos grupos de teóricos sugieren que los sistemas familiares han de considerarse como un contexto ecológico en el cual los sistemas de constructos de cada miembro están interrelacionados como subsistemas.

Tanto los sistemas de constructos como los sistemas familiares se conciben como interdependientes y en constante evolución, más que como estructuras estáticas. Un sistema saludable deviene cada vez más complejo y flexible a medida que la persona o familia se acomoda a información y experiencias nuevas mediante la elaboración, contraste y revisión de nuevos constructos o alternativas conductuales. Por contra, el individuo o familia sintomática se adhiere rígidamente a conceptos conocidos, repite formas de conducta ya superadas y distorsiona o no considera el feedback de su entorno que invalida tales construcciones. Esta tendencia a perpetuar estructuras explicatorias obsoletas puede construirse como una forma de dogmatismo.

Procesos reconstructivos en la terapia

Desde la perspectiva de las teorías constructivistas, la efectividad del "mito" terapéutico (1982) recae en su capacidad para aportar al cliente una estructura de explicación alternativa que organice de forma significativa su experiencia sin recurrir a la conducta sintomática. Todas las modalidades de terapia efectiva aportan nuevos constructos o perspectivas que estimulan la evolución productiva de los sistemas explicativos de los clientes o familias hacia una complejidad y flexibilidad cada vez mayor. La viabilidad de tales sistemas viene determinada por su capacidad para generar más evolución y aportar alternativas creativas para la participación en relaciones y entornos cambiantes, más que por su contenido específico o su correspondencia con criterios externos (cf. R.A. Neimeyer & Harter, 1988).

Aunque los tratamientos pueden diferir en cuanto a su foco sobre los aspectos conductuales, cognitivos, emocionales o interaccionales del proceso de construcción, cada uno resulta efectivo hasta el punto en que aporta información o experiencias divergentes que requieren que el cliente reorganice su sistema personal. Sin embargo, la organización de los sistemas de constructos de los clientes limita el rango de experiencias nuevas que podrán construir de forma útil. Por ejemplo, las experiencias que ataquen la integridad del sistema en sí mismo debido a que son tan extrañas como para resultar inescrutables, o que choquen con las presuposiciones básicas (los constructos nucleares) mediante las cuales el cliente ordena su experiencia, pueden impedir realmente la elaboración de nuevos constructos. La amenaza y la ansiedad producidas por exigencias de reconstrucción masiva del sistema de explicación en ausencia de estructuras alternativas adecuadas pueden producir maniobras de protección, tales como la constricción o la distorsión del campo perceptivo, para prevenir la desconfirmación del sistema. Por ello, las teorías constructivistas predicen que las intervenciones que fomenten la creación de estructuras alternativas consistentes con (o al menos ortogonales a) las estructuras nucleares del sistema del cliente serán más efectivas para facilitar la reconstrucción que aquellas que enfatizan un reto o refutación directa de las estructuras actuales (Mahoney, 1980; R.A. Neimeyer, 1986; R.A. Neimeyer & Harter, 1988). Esto es análogo a la idea de Kuhn (1970) según la cual la evidencia invalidante no empuja a los científicos a abandonar su paradigma a menos que tengan una

alternativa más prometedora.

EPISTEMOLOGIA Y PSICOTERAPIA

Un análisis exhaustivo de la psicoterapia debe describir cómo se cambian las construcciones personales de la forma más efectiva. Aunque ciertos factores comunes podrían describir la efectividad de distintos tratamientos, las descripciones de los sistemas patológicos y de las intervenciones efectivas que tales enfoques proponen, se distinguen, al menos conceptualmente, en base a las presuposiciones epistemológicas que les subyacen.

Realismo y constructivismo en la terapia cognitiva

En una revisión teórica de la terapia cognitiva, Mahoney (1987; Mahoney & Gabriel, 1987) describe las diferencias entre sistemas de terapia cognitiva según sus asunciones respecto a la naturaleza de los procesos epistemológicos y la conducta sintomática resultante. Los realistas asumen que es posible obtener un conocimiento objetivo de la realidad y que existe un criterio externo contra el cual se puede evaluar la exactitud de cualquier construcción. Los terapeutas de esta tradición suelen creer que ellos poseen una idea de la realidad más exacta o verdadera que la del cliente. Asumen que la conducta sintomática de éste es un resultado de sus construcciones inexactas que deben corregirse para que reflejen de forma más adecuada la realidad. Por otro lado, los constructivistas asumen que cualquier construcción representa sólo una de una serie de teorías potencialmente heurísticas sobre la realidad, ninguna de las cuales puede validarse objetivamente. Esto implica que la percepción de los hechos del terapeuta no posee necesariamente más valor de "verdad" que la del cliente. Más que acentuar la exactitud o inexactitud de las construcciones del cliente, los terapeutas de esta tradición acentúan la flexibilidad y utilidad de las construcciones como guía para la anticipación y participación en situaciones nuevas. Entre los polos extremos del realismo y el constructivismo, ciertos terapeutas niegan que los sistemas explicativos puedan o deban representar la realidad de forma exacta, proponiendo otros criterios de evaluación tales como factores culturales, valores religiosos o "patrones funcionales". Por ejemplo, Kruglanski (en prensa) sugiere que el malestar psicológico resulta de la creencia del individuo de que es incapaz de alcanzar determinada meta importante. Describe las "creencias irracionales" de Ellis y los "errores lógicos" de Beck como listas de frustraciones culturales frecuentes derivadas empíricamente, más que como constructos inadecuados.

Las diferencias epistemológicas corresponden a diferentes conceptualizaciones del proceso terapéutico a múltiples niveles. Los realistas describen la conducta sintomática como resultante de errores cognitivos, tales como las creencias irracionales, pensamientos automáticos, actitudes disfuncionales o sesgos negativos que el terapeuta eficaz debe enfrentar y combatir directamente (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Ellis, 1973, 1980; Walen, DiGiuseppe & Wessler, 1980). Ellis expresa la suposición realista de que las viejas estructuras deben refutarse antes de construir las nuevas: "a menos que se ataque vigorosa y persistentemente a esos residuos de su anterior pensamiento equivocado, hay pocas posibilidades de modificarlo significativamente" (1973, p.299). Aunque el enfoque de Beck (Beck et al., 1979) pone más énfasis en un contraste de hipótesis colaborativo, también describe el rol del terapeuta como el de aportar experiencias concretas de aprendizaje al cliente para corregir sus errores cognitivos. El examen verbal racional de sus distorsiones cognitivas se complementa con ejercicios conductuales diseñados para desconfirmar sus creencias inexactas y aportar oportunidades para

que observe y ensaye una conducta adecuada.

Por otro lado, los constructivistas tratan de fomentar la evolución creativa del sistema de constructos como totalidad, más que discutir o animar determinadas formas de conducta. Por ejemplo, Kelly (1970) hipotetizó que es más productivo experimentar con alternativas nuevas que tomarse la molestia de desconfirmar las antiguas. Las intervenciones incluyen explorar las implicaciones de las alternativas de los constructos actuales del cliente y la relación entre constructos en varios niveles de superordenación y generar hipotéticamente constructos alternativos, así como explorar sus implicaciones. Las dramatizaciones conductuales se utilizan como oportunidad para experimentar con una variedad de conductas y perspectivas nuevas, más que como una oportunidad de poner en práctica una conducta "apropiada" tal como la define el terapeuta (Guidano & Liotti, 1983; Kelly, 1955; R.A. Neimeyer, 1986, 1987; R.A. Neimeyer & Harter, 1988).

Diferencias epistemológicas en la Terapia Familiar

Se pueden aplicar contrastes parecidos a enfoques que difieren en sus suposiciones epistemológicas en el área de la terapia familiar. Los teóricos influidos por presupuestos realistas presentan la patología familiar como relacionada con delusiones compartidas, tales como los mitos familiares (Ferreira, 1963; Stierlin, 1973) o la *folie a famille* (Wikler, 1980), en las que los miembros de la familia desarrollan conjuntamente creencias distorsionadas sobre ésta y su contexto. Por contra, los teóricos de constructos proponen que todas las familias negocian una construcción compartida y necesariamente sesgada de la realidad. Los constructos devienen disfuncionales cuando se hacen demasiado rígidos y se muestran incapaces de evolucionar en respuesta a un medio ambiente variable, no cuando se apartan de un estándar objetivo (Bogdan, 1984; Reiss, 1981; Sluzki, 1983).

Entre los teóricos familiares constructivistas existe una cierta variabilidad en cuanto a la relación entre presupuestos epistemológicos e intervenciones. Muchos teóricos siguen asumiendo tácitamente que el terapeuta posee una capacidad autorizada para reestructurar a la familia de forma más funcional (e.g., Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Pratta, 1980; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974). Se reta directamente a los significados de las interacciones familiares mediante la prescripción de redefiniciones, rituales e intervenciones paradójicas. Otros teóricos cuestionan esta presunción de poder por parte del terapeuta, y acentúan su rol como participante en el sistema familia-terapeuta (Bateson, 1974; Dell, 1982; Keeney, 1979; Rosenbaum, 1982). Parece haber un movimiento emergente que se aparta de la prescripción de técnicas hacia un énfasis en la propia reconceptualización que la familia hace de sus relaciones. La discusión teórica ha precedido a la explicación de técnicas de tratamiento, que empiezan a ver la luz. Por ejemplo, Selvini-Palazzoli y sus asociados (Selvini-Palazzoli et al., 1978) insistieron inicialmente en los aspectos de autoridad del tratamiento mediante el empleo de observadores ocultos y la entrega formal de una prescripción al final de cada sesión. Más recientemente, discutiendo sus estrategias para explorar las relaciones con la familia, han sugerido que éstas pueden tener éxito sin necesidad de incluir prescripciones autoritarias (Selvini-Palazzoli et al., 1980). La técnica específica utilizada puede tener menos importancia que el estilo con el que se ejecuta. Por ejemplo, Rosenbaum (1982) proponía que la paradoja es un aspecto de la relación terapéutica más que una técnica aplicada al cliente. Siendo paradójico, el terapeuta le demuestra que es posible interpretar la experiencia de varias formas alternativas simultáneamente.

La epistemología del terapeuta como mediador potencial de la estrategia y efectividad del tratamiento

Tanto en la terapia familiar como individual los enfoques realistas y constructivistas suelen emplear técnicas aparentemente similares, como por ejemplo los experimentos conductuales. Sin embargo, las diferencias en su conceptualización del proceso terapéutico dan lugar a estilos de intervención muy diferentes, dado que se orientan a metas distintas. Los estilos de intervención difieren en su énfasis sobre metas de tratamiento correctivas o creativas. Los enfoques correctivos intentan reemplazar directamente las construcciones inadaptadas de forma que encajen más con un criterio generado externamente. Por contra, los creativos influyen de forma oblicua sobre las construcciones problemáticas mediante el fomento de la creación y exploración de perspectivas alternativas que estimulen el crecimiento del sistema del cliente o la familia.

Entre distintos grupos de psicoterapias, como los que se emplean en los estudios meta-analíticos, se dan amplias variaciones en los presupuestos epistemológicos básicos y sus implicaciones para la práctica psicoterapéutica. Por ejemplo, además de las tradiciones cognitiva y familiar antes expuestas, se pueden hacer distinciones similares entre las escuelas de terapia existencial. Yalom (1980) critica la posición autoritaria de Glasser (1984) y Frankl (1966), quienes dirigen específicamente al cliente hacia un sistema de valores determinado, en contra de los presupuestos de la filosofía existencial. La variabilidad individual en las estrategias de intervención, correspondientes a los presupuestos sobre el acceso del terapeuta a un criterio externo de evaluación de los constructos del cliente, puede explicar la incapacidad de los investigadores de resultados para identificar diferencias fiables en eficacia entre diferentes modalidades tradicionales de tratamiento.

LITERATURA SOBRE PROCESO Y RESULTADOS

Las distinciones entre estilos de intervención, correctivos (realistas) y creativos (constructivistas), sugiere una dimensión de medida basada en teorías generales de los procesos de cambio humano que puede variar dentro de escuelas de tratamiento tal como se definen tradicionalmente. Las clasificaciones previas han ignorado estas diferencias internas, así como las similitudes básicas entre ellas. Por ejemplo, los investigadores meta-analíticos suelen comparar la terapia cognitiva con otras clasificaciones tradicionales tales como terapia de conducta o psicodinámica, que no difieren necesariamente en sus presupuestos epistemológicos o en las estrategias de intervención resultantes. Muy raramente comparan sectores de la misma escuela aunque difieran en sus presupuestos. La mezcla de filosofías de la terapia muy distintas puede en parte explicar la dificultad que los investigadores meta-analíticos han experimentado al intentar demostrar diferencias significativas entre tratamientos (e.g., Miller & Berman, 1983; Smith et al., 1980).

Presupuestos de terapeuta

La relación entre los presupuestos epistemológicos del terapeuta y el resultado del tratamiento no ha sido investigada experimentalmente. Sin embargo los estudios sobre actitudes autoritarias aportan información al respecto. Dado que los constructivistas asumen que cada individuo construye una interpretación personal de la realidad desde un número de alternativas potencialmente útiles, deberían estar menos deseosos de persuadir a sus clientes de que aceptaran su propio punto de vista que los realistas. Lerner (1973) contrastó la efectividad

de la disposición del terapeuta a emplear métodos coercitivos para obtener metas terapéuticas y sociales beneficiosas. En muestras de clientes de clase baja, encontró que los terapeutas autoritarios eran significativamente menos eficaces que los que asumían valores democráticos. Por desgracia no se han llevado a cabo estudios similares entre otras poblaciones.

Estrategias de intervención

La relación entre los enfoques creativo y correctivo y el resultado del tratamiento no se ha investigado de momento, aunque hay varias áreas de investigación relacionadas con ello. Karst y Trexler (1970) encontraron que la terapia de rol fijo (Kelly, 1955) era más efectiva que la terapia racional-emotiva (Ellis, 1973) en el tratamiento del miedo a hablar en público. La primera, en la que los clientes experimentan hipotéticamente la perspectiva alternativa ofrecida por la encarnación de un rol imaginario, es típica del enfoque constructivista. Por otra lado, la segunda, en la que el terapeuta le demuestra al cliente que sus creencias son irracionales y las discute con él intentando persuadirle para que adopte un modo de pensar más racional, es típica de un enfoque realista. Aunque apoye a una forma de tratamiento compatible con los presupuestos constructivistas, este estudio no puede considerarse una comparación definitiva entre estrategias de intervención constructivistas y realistas, dado que la terapia de rol fijo y la racional-emotiva también difieren en otras dimensiones, como la inclusión de un componente conductual por parte de la primera.

Otro grupo de estudios referentes al enfoque que posee el terapeuta del sistema explicativo de su cliente compara las intervenciones según su congruencia con las creencias o conductas de éste. Existe evidencia de que las intervenciones cognitivas congruentes con las creencias religiosas del cliente resultan más efectivas que las estándar, tanto si el terapeuta es una persona religiosa como si no lo es (Propst, 1980; Propst, Ostrom & Watkins, 1984). En un estudio análogo, J. T. Beck y Strong (1982) encontraron que los estudiantes a los que se les explicaba sus síntomas depresivos como connotaciones positivas de características de personalidad deseables tenían menos recaídas tras el tratamiento que los que recibían interpretaciones de sus síntomas con connotaciones negativas e indeseables. En otro estudio análogo, Caiborn, Ward y Strong (1981) encontraron que los estudiantes que recibían interpretaciones congruentes con sus creencias anteriores sobre su demora mejoraban más que los que recibían interpretaciones discrepantes. Estos hallazgos aportan evidencia a la hipótesis de Kelly (1955) de que la capacidad del terapeuta para aceptar y trabajar desde dentro de la perspectiva del cliente deja a éste libre para experimentar con perspectivas alternativas.

Estilo de intervención

Los estudios sobre estilos de intervención autoritaria y directiva resultan también relevantes para el contraste entre intervenciones correctivas y creativas. Se podría hipotetizar que, aceptando que las construcciones del terapeuta no tienen mayor valor de "verdad" que las del cliente, los terapeutas constructivistas serán más sugerentes y colaborativos, que directivos y autoritarios. Sin embargo, esta relación no se ha investigado empíricamente. Más aun, el cuerpo de conocimientos sobre estilos terapéuticos no ha conseguido revelar una relación consistente entre directividad y resultado (cf. Beutler et al., 1986; Orlinsky & Howard, 1986).

Además de a las limitaciones generales en el diseño de las investigaciones realizadas hasta el momento, esta falta de resultados consistentes puede deberse a una conceptualización de la directividad inconsistente y ambigua, así como a las limitaciones metodológicas antedichas.

Aunque la directividad no suele definirse de forma clara, las comparaciones parecen haberse centrado en el control del terapeuta sobre el contenido y la estructura de la terapia (Alexander, Barton, Schiavo & Parsons, 1976; Baer, Dunbar, Hamilton & Beutler, 1980; Beutler, Dunbar & Bare, 1980; Morrison, Libow, Smith & Becker, 1987), en su actividad (Grigg & Goodstein, 1977), proporción de información nueva o interpretaciones como opuesto a reflexión (Ashby, Ford, Guerney & Guerney, 1957; Baker, 1960), y el uso de consejos y persuasión directa en lugar de fomentar la autonomía del cliente (Cooley & LaJoy, 1980; Lorr, 1965; Martin & Sterne, 1971; Mintz, Luborsky & Auerbach, 1971; Rudy, 1981). Estas definiciones de la directividad pueden representar diferentes dimensiones conceptuales, pero no suelen estar diferenciadas en las investigaciones. Además, las medidas de la directividad del terapeuta parecen confundirse con su competencia o su confianza para llevar a término la terapia (e.g., Alexander et al., 1976; Grigg & Goodstein, 1957). Focalizar sobre las metas de tratamiento "correctivas vs. creativas" aportaría una dimensión más unitaria en la medida del estilo de intervención del terapeuta. Aunque difieran en su estrategia para aproximarse al sistema de constructos del cliente, tanto los terapeutas constructivistas como los realistas pueden tener una concepción coherente de los síntomas y procesos de cambio terapéutico, introducir contenidos y perspectivas nuevas y jugar un rol activo en la terapia.

RESUMEN E IMPLICACIONES PARA INVESTIGACION POSTERIOR

Como postula Frank (1973, 1982), la exactitud del fundamento terapéutico de un tipo de tratamiento puede ser irrelevante para su eficacia. Una terapia puede ser eficaz por muchas razones diferentes a las propuestas por sus defensores. Sin embargo, para los fines terapéuticos, el contraste más relevante de una teoría es su capacidad para generar estrategias eficaces de tratamiento, más que su capacidad para describir pormenorizadamente los procesos de cambio (cf. Kuhn, 1970, 1977).

Aunque la investigación sobre el resultado se diseña para comparar la eficacia de diferentes enfoques de tratamiento, hasta el momento ha aportado pocos datos concluyentes. Hemos señalado en este artículo varias limitaciones conceptuales en la literatura sobre el tema que pueden contribuir a dificultar a los investigadores la detección de diferencias significativas entre tratamientos. Por ejemplo, algunos estudios piloto y revisiones meta-analíticas han sido perjudicadas conceptualmente por una atención inadecuada al potencial heurístico de las teorías integrativas del proceso terapéutico. Los enfoques atóricos han derivado en una confianza implícita en las clasificaciones de tratamiento tradicionales que parecen arbitrarias y no relacionadas con su resultado.

La aplicación a la investigación de resultados de teorías más completas sobre el proceso psicoterapéutico sugiere una categorización de los terapeutas más heurística que la ofrecida por las comparaciones tradicionales entre modalidades de tratamiento. Las comparaciones tradicionales han aportado resultados insignificantes, en parte debido a que hay tanta variación intra como inter-modalidades respecto a la efectividad de los terapeutas. Los metodólogos han sugerido estrategias alternativas como comparar la eficacia diferencial de las modalidades de tratamiento con determinados grupos de pacientes (Goldstein & Stein, 1976). Sin embargo, hay poca evidencia de que las clasificaciones masivas de tratamientos detecten una eficacia diferencial para los pacientes según su categoría diagnóstica (Smith et al., 1980; Shapiro & Shapiro, 1982). Si, por el contrario, se emplean formas de agrupamiento menos generales, el análisis de la eficacia de cada modelo de tratamiento con cada grupo de pacientes parece una

tarea inabarcable, dado que, hoy en día, se practican entre 250 y 400 variedades de psicoterapia (Kazdin, 1986). El desarrollo de teorías integradoras que puedan utilizarse entre modalidades de tratamiento para la predicción de los componentes terapéuticos más eficaces parece esencial en el progreso de la investigación sobre el tema.

Las comparaciones teóricamente relevantes de técnicas específicas arrojarían una información mucho más precisa que la comparación entre “paquetes” de tratamiento, que pueden diferir a lo largo de una serie de dimensiones teóricas. Sin embargo, no se puede asumir que todos los terapeutas apliquen mecánicamente la misma técnica de la misma forma, o que las técnicas tengan el mismo impacto en diferentes clientes (Kiesler, 1966). Así como los sistemas explicativos de los clientes determinan su respuesta a las intervenciones terapéuticas, el sistema del terapeuta aporta el contexto en el que las técnicas pueden adquirir diferentes significados, propósitos y formas de aplicación. Más que limitar las comparaciones a técnicas concretas, sería más productivo examinar los presupuestos básicos y las estrategias de intervención a las que éstas responden.

Como se ha postulado en este artículo, las teorías constructivas aportan un marco de referencia potencial para la explicación de la eficacia de los terapeutas de diferentes escuelas terapéuticas. Las teorías constructivistas contrastan con los enfoques realistas, que emplean una aproximación fundamentalmente distinta de los sistemas explicativos personales de los clientes. Distinguir a los terapeutas según los estilos de intervención “correctivo vs. creativo”, características de estos paradigmas, aporta una categorización menos confusa de sus estilos que otras, como la establecida entre terapeutas directivos y no-directivos.

En concreto, la visión de la psicoterapia como proceso reconstructivo sugiere ciertas directrices para la investigación futura. La distinción actual entre terapias constructivistas y realistas debería completarse con demostraciones experimentales de que se puede distinguir claramente a los terapeutas según tal dimensión epistemológica. Además, la relación entre los presupuestos epistemológicos y el estilo de intervención debería establecerse empíricamente. Esto requiere el desarrollo de instrumentos que midan diferencias relevantes en los presupuestos del terapeuta y las respectivas estrategias de intervención. En consecuencia, los estudios comparativos deberían contrastar la eficacia de terapeutas que difieran en sus presupuestos epistemológicos, así como la eficacia de los estilos de intervención propios de tal paradigma.

Si el estilo del terapeuta corresponde espontáneamente a sus presupuestos, y si tales presupuestos predicen el resultado del tratamiento, sería más productivo para la formación y supervisión de futuros terapeutas enfatizar el desarrollo de presupuestos terapéuticos en lugar de intervenciones específicas. Los estudios sobre la supervisión de los tratamientos deberían considerar los efectos de la eficacia del terapeuta cuando se le exige aplicar estrategias incompatibles con sus presupuestos básicos. A no ser que se resuelva la incongruencia, modificando las estrategias o adoptando presupuestos alternativos, el empleo de estrategias discrepantes puede frenar la eficacia de la terapia al no presentar un marco coherente en el que el cliente pueda reconstruir sus experiencias problemáticas.

ESPECULACIONES A MODO DE CONCLUSION

Según la teoría constructivista la psicopatología puede describirse como el resultado del dogmatismo personal. Los síntomas tienen lugar cuando los clientes confunden sus teorías personales con reflejos concluyentes de la realidad. Esta reificación del sistema que el cliente ha construido para organizar sus experiencias emocionales, cognitivas, conductuales e interac-

cionales impide la experimentación con perspectivas alternativas que podría estimular la evolución continúa del sistema.

Las terapias realistas pueden reducir la sintomatología psicológica si son capaces de persuadir al cliente de que acepte una forma más eficaz de construir sus experiencias problemáticas. Sin embargo no se dirigen a la esfera epistemológica, que los constructivistas consideran básica en la psicología. De hecho, Kelly (1969) se refirió al realismo como una forma de dogmatismo, pues presupone un estándar externo no verificable que anquilosa cualquier forma de investigación creativa. De forma parecida, Watzlawick (1976) ha postulado que la delusión más peligrosa es la de que sólo hay una realidad. Dado que los realistas asumen que pueden aportar a sus clientes un sistema más preciso para construir sus experiencias, pueden llegar a sustituir un dogmatismo por otro, perpetuando así la rigidez del sistema de constructos de su cliente. Aunque la nueva perspectiva que aportan puede capacitar al cliente para construir sus experiencias de forma más útil, los síntomas pueden reaparecer cuando éste sea incapaz de revisar sus teorías personales a la luz de experiencias futuras. En oposición a los enfoques realistas, el enfoque constructivista ofrece al cliente una oportunidad hipotética de entenderse a sí mismo y a los demás que le puede permitir participar de forma más flexible y creativa en sus experiencias presentes y futuras.

La investigación de resultados en psicoterapia no ha conseguido encontrar diferencias consistentes entre la efectividad de diferentes enfoques terapéuticos. En este artículo se propone la aplicación de la metateoría constructivista a la investigación psicoterapéutica como posible salida ante este impasse. La falta de un marco teórico de referencia coherente ha limitado la investigación, dando lugar a grupos de comparación mal definidos y conceptualmente indistinguibles. A pesar de que la hipótesis de los factores comunes de Frank (1982) aporta una explicación potencial a la efectividad de enfoques de tratamiento divergentes, no facilita la descripción comprehensiva de los procesos de cambio humano necesaria para predecir los factores que pudieran incrementar la efectividad terapéutica. La teoría de constructos personales (Kelly, 1955) y otros enfoques constructivistas compatibles con ella, aportan un marco de referencia heurístico más comprehensivo que no sólo da cuenta de la efectividad de diferentes enfoques, sino que también sugiere estrategias potenciales para maximizar tal efectividad.

Referencias Bibliográficas:

- ALEXANDER, J. F., BARTON, C., SCHIAVO, R. S., & PARSON, B. V. (1976). Systems-behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristic, family behavior, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 656-664.
- ALEXANDER, P. C. (1988). The therapeutic implications of family cognitions and constructs. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2, 219-236.
- ALEXANDER, P. C., & FOLLETE, V. (1987). Personal construct theory in the group treatment of incest. In R. A. NEIMEYER & G. J. NEIMEYER (Eds.), *A personal construct therapy casebook*. New York: Springer.
- ARNKOFF, D. B. (1980). Psychotherapy from the perspective of cognitive theory. In M. J. MAHONEY (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum Press.
- ASHBY, J. D., FORD, D. H., GUERNEY, B. G., & GUERNEY, L. F. (1957). Effects on clients of a reflective and a leading type of psychotherapy. *Psychological Monographs*, 71, no. 24.
- BAER, P. E., DUNBAR, P. W., HAMILTON, J. E., & BEUTLER, L. E., (1980). Therapist' perceptions of the psychot-

- herapeutic process: Development of a psychotherapy process inventori. *Psychological Reports*, 46, 563-570.
- BAKER, E. (1960). The differential effects of two psychotherapeutic approaches on client perceptions, *Journal of Counseling Psychology*, 7, 46-50.
- BATESON, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Chandler.
- BATESON, G. (1974). Draft: Scattered thoughts for a conference on "Broken Power." *Coevolution Quarterly*, 4, 26-27.
- BATESON, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. New York: Dutton.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BECK, A. T. (1984). Cognitive therapy, behavior therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: The cognitive continuum. In J. B. W. WILLIAMS & R. L. SPITZER (Eds.), *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* (pp. 114-135). New York: Guilford.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., & EMERY, G. (1979). *Cognitive Therapy of depression*. New York: Guilford.
- BECK, J. T., & STRONG, S. R. (1982). Stimulating therapeutic change with interpretations: A comparison of positive and negative connotation. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 551-559.
- BERMAN, J. S., & NORTON, N. C. (1985). Does professional training make a therapist more affective? *Psychological Bulletin*, 98, 401-406.
- BEUTLER, L. E., CRAGO, M., & ARIZMENDI, T. G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S. L. GARFIELD and A. E. BERGIN (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 257-310). New York: Norton.
- BEUTLER, L. E., DUNBAR, P. W., & BAER, P. E. (1980). Individual variation among therapists' perceptions of patients, therapy process and outcome. *Psychiatry*, 43, 205-210.
- BOGDAN, J. L. (1984). Family organization as an ecology of ideas: An alternative to a reification of family systems. *Family Process*, 23, 375-388.
- CLAIBORN, C. D., WARD, S. R., & STRONG, S. R. (1981). Effects of congruence between counselor interpretations and client beliefs. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 101-109.
- COOLEY, E. J., & LAJOY, R. (1980). Therapeutic relationship and improvement as perceived by clients and therapists. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 562-570.
- CRONEN, V. E., JOHNSON, K. M., & LANNAMANN, J. W. (1982). Paradoxes, double binds, and reflexive loops: An alternative theoretical perspective. *Family Process*, 20, 90-112.
- DELL, P. F. (1982). Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process*, 21, 21-41.
- ELLIS, A. (1973). Rational - emotive therapy. In R. Jurjevich (Ed.), *Direct psychotherapy: 28 American originals*. Coral Gables, FL: University of Miami Press.
- ELLIS, A. (1980). Rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 325-340.
- FERREIRA, A. (1963). Family myths and homeostasis. *Archives of General Psychiatry*, 9, 457-463.
- FRANK, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (rev. ed.). Baltimore: JOHNS HOPKINS University Press.
- FRANK, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. HARVEY & M. M. PARKS (eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (pp. 9-37). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- FRANKL, V. (1966). *The doctor and the soul*. New York: Knopf.
- GLASSER, W. (1984). Reality therapy. In R. J. CORSINI (Ed.), *Current psychotherapies*, 3rd ed. (pp. 320-353). Itasca, IL: PEAcock.
- GOLDSTEIN, A. P., & STEIN, N. (1976). *Prescriptive psychotherapies*. New York: Pergamon Press.
- GRIGG, A. E., & GOODSTEIN, L. D. (1957). The use of clients as judges of the counselor's performance. *Journal of Counseling Psychology*, 4, 31-36.
- GUIDANO, V. F., & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive processes emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- HARTER, S., ALEXANDER, P. C., & NEIMEYER, R. A. (1988). Long term effects of incestuous child abuse in college women: Family characteristics, social cognition and social adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 5-8.
- HAYEK, F. A. (1982). The sensory order after 25 years. In W. B. WEIMER & D. S. PALERMO (Eds.), *Cognition and the symbolic processes*, Vol. 2 (pp. 287-293). HILLSDALE, NJ: ERLBAUM.
- KARST, T. O., & TREXLER, L. D. (1970). Initial study using fixed-role and rational-emotive therapy in treating public-speaking anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 360-366.
- KAZDIN, A. E. (1986). The evaluation of psychotherapy: Research design and methodology. In S. L. GARFIELD and A. E. BERGIN (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 23-68). New York: Wiley.

- KEENEY, B. P. (1979). Ecosystemic epistemology: An alternative paradigm for diagnosis. *Family Process*, 18, 117-129.
- KELLY, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- KELLY, G. A. (1969). Personal construct theory and the psychotherapeutic interview. In B. MAHER (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of Georges Kelly* (pp. 224-264). New York: Wiley.
- KELLY, G. A. (1970). A brief introduction to personal construct theory. In D. BANNISTER (Ed.), *Perspectives in personal construct theory*. New York: Academic Press.
- KENNY, V. (1987). Family somatics: A personal construct approach to cancer. In R. A. NEIMEYER & G. J. NEIMEYER (Eds.), *A personal construct therapy casebook*. New York: Springer.
- KIESLER, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- KRUGLANSKI, A. W. (in press). Curing by knowing: The epistemic approach to cognitive therapy. In L. Y. ABRAMSON (Ed.), *An attributional perspective in clinical psychology*. New York: Guilford Press.
- KUHN, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- KUHN, T. S. (1977). *The essential tension: Selected studies in scientific tradition and change*. Chicago: University of Chicago Press.
- LAMBERT, M. J., SHAPIRO, D. A., & BERGIN, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. GARFIELD and A. E. BERGIN (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 157-211). New York: Wiley.
- LEITNER, L. (1985). The terrors of cognition: On the experiential validity of personal construct theory. In D. BANNISTER (Ed.), *New perspectives in personal construct theory*. London: Academic.
- LERNER, B. (1973). Democratic values and therapeutic efficacy: A construct validity study. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 491-498.
- LORR, M. (1965). Client perceptions of therapist: A study of the therapeutic relation. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 146-149.
- LUBORSKY, L., SINGER, B., & LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- MAHONEY, M. J. (1980). Psychotherapy and the structure of personal revolutions. In M. J. MAHONEY (Ed.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. New York: Plenum.
- MAHONEY, M. J. (1982). Psychotherapy and human change processes. In J. H. HARVEY & M. M. PARKS (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (pp. 77-122). Washington, DC: American Psychological Association.
- MAHONEY, M. J. (1987). The cognitive sciences and psychotherapy: Patterns in a developing relationship. In K. S. DOBSON (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 357-386). New York: Guilford Press.
- MAHONEY, J. J., & GABRIEL, T. J. (1987). Psychotherapy and the cognitive sciences: An evolving alliance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 39-59.
- MATURANA, H. R., & VARELA, F. G. (1980). *Autopoiesis and cognitions: The realization of the living*. Boston: Reidel.
- MARTIN, P. J., & STERNE, A. L. (1976). Post-hospital adjustment as related to therapists' in-therapy behavior. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, 267-273.
- MILLER, R. C., & BERMAN, J. S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 94, 39-53.
- MINTZ, J., LUBORSKY, L., & AUERBACH, A. H. (1971). Dimensions of psychotherapy: A factor-analytic study of ratings of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 106-120.
- MORRISON, J. K., LIBOW, J. A., SMITH, F. J., & BECKER, R. R. (1978). Comparative effectiveness vs. nondirective group therapist style on client problem resolution. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 186-187.
- NEIMEYER, G. J. (1985). Personal constructs in the counseling of couples. In F. EPTING & A. W. LANDFIELD (Eds.), *Anticipating personal constructs psychology* (pp. 201-215). Lincoln: University of Nebraska Press.
- NEIMEYER, G. J., & HUDSON, J. E. (1985). Couple's constructs: Personal systems in marital satisfaction. In D. BANNISTER (ed.), *Issues and approaches in personal construct theory* (pp. 127-141). London: Academic Press.
- NEIMEYER, G. J. & NEIMEYER, R. A. (1985). Relational trajectories. A personal construct contribution. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2, 325-348.
- NEIMEYER, R. A. (1986). Personal construct therapy. In W. Dryden and W. L. GOLDEN (Eds.), *Cognitive behavioral approaches to psychotherapy* (pp. 224-260). London: HARPER & ROW.
- NEIMEYER, R. A. (1987). An orientation to personal construct therapy. In R. A. NEIMEYER & G. J. NEIMEYER (Eds.), *A personal construct therapy casebook* (pp. 82-102). New York: Springer.

- NEIMEYER, R. A., & HARTER, S. (1988). Facilitating individual change in personal construct therapy. In G. DUNNETT (Ed.), *Personal construct psychology in clinical setting*. London: Routledge & Kegan Paul, Ltd.
- NEIMEYER, R. A. & NEIMEYER, G. J. (1985). Disturbed relationships: A personal construct view. In E. BUTTON (Ed.), *Personal construct theory and mental health* (pp. 195-223). Cambridge, MA: Brookline Books.
- ORLINSKY, D. E., & HOWARD, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. GARFIELD and A. E. BERGIN (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 311-381). New York: Norton.
- POLANYI, M. (1966). *The tacit dimension*. New York: Doubleday.
- PRIGOGINE, I. (1980). *From being to becoming: Time and complexity in the physical sciences*. San Francisco: W. H. FREEMAN.
- PRIGOGINE, I., & STENGERS, I. (1984). *Order out of chaos: Man's new dialogue with nature*. New York: Bantam.
- PROCHASKA, J. O. (1984). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical view* (2nd ed.). Homewood, IL: Dorsey.
- PROCTER, H. G. (1985). A constructs approach to family therapy and systems intervention. In E. BUTTON (Ed.), *Personal construct theory & mental health* (pp. 327-350). Cambridge, MA: Brookline.
- PROPST, L. R. (1980). The comparative efficacy of religious and nonreligious imagery for the treatment of mild depression in religious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 167-178.
- PROPST, L. R., OSTROM, R., & WATKINS, P. (1984). *The efficacy of religious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals*. Paper presented at the Society of Psychotherapy Research, Lake Louise, Ontario, Canada, June.
- REISS, D. (1981). *The family's constructions of reality*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- ROSENBAUM, R. L. (1982). paradox as epistemological jump. *Family Process*, 21, 85-90.
- RUDY, J. P. (1981). *Predicting therapy outcome using Benjamin's Structural Analysis of Social Behavior*. Unpublished dissertation, Fuller Theological Seminary, Scholl of Psychology.
- RYLE, A. (1984). How can we compare different psychotherapies? Why are they all effective? *British Journal of Medical Psychology*, 57, 261-264.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., & PRATA, G. (1978). *Paradox and counterparadox*. New York: Aronson.
- SELVINI-PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CECCHIN, G., & PRATA, G. (1980). Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- SHAPIRO, D. A., & SHAPIRO, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- SLUZKI, D. E. (1983). Process, structure and world views: Toward an integrated view of systemic models in family therapy. *Family Process*, 22, 469-476.
- SMITH, M. L., GLASS, G. V., & MILLER, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- SOLDZ, S. (1987). The flight from relationship: Personal construct reflections on a psychoanalytic therapy. In R. A. NEIMEYER & G. J. MEYMEYER (Eds.), *A personal construct therapy casebook*. New York: Springer.
- SPEER, D. C. (1970). Family systems: Morphostasis and morphogenesis, or "Is homeostasis enough?" *Family Process*, 9, 259-278.
- STEIN, D. M., & LAMBERT, M. J. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, 4, 127-142.
- STIERLIN, H. (1973). Group fantasies and family myths. Some theoretical and practical aspects. *Family Process*, 12, 111-125.
- TURVEY, M. T. (1974). Constructive theory, perceptual systems, and tacit knowledge. In W. B. WEIMER & D. S. PALERMO (Eds.), *Cognition and the symbolic processes*, Vol. 1 (pp. 165-180). Hillsdale, NJ: LAWRENCE ERLBAUM.
- WALEN, S. R., DiGIUSEPPE, R., & WESSLER, R. L. (1980). *A Practitioner's Guide to Rational-emotive therapy*. New York: Oxford University Press.
- WATZL
- AWICK, P. (1976). *How real is real?* New York: Random House.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., & FISCH, R. (1974). *Change*. New York: Norton.
- WEIMER, W. B. (1977). A conceptual framework for cognitive psychology: Motor theories of the mind. In R. SHAW & J. BRANSFORD (Eds.), *Perceiving, acting, and knowing: Toward an ecological psychology*. Hillsdale, NJ: LAWRENCE ERLBAUM.
- WIKLER, L. (1980). Folie à famille therapist's perspective. *Family Process*, 19, 257-268.
- WINTER, D. A. (1985). Group therapy with depressives: A personal construct theory perspective. *International Journal of Mental Health*, 13, 67-85.
- YALOM, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

EL ANALISIS DE LA DEMANDA

Renzo Carli

Departamento de Psicología, Universidad de Roma "La Sapienza"

Traducción: M^a. José Pubill, Universitat de Barcelona

The notion of "request" contains, at the same time, motivations bringing an individual to the clinical psychologist and the effective symbolizations by which this relationship achieves mental representation.

This contribution is intended to analyse the psycho-dynamic features of that relationship. Such an analysis of the request is considered to be a basic stage in the assessment process on which the clinical psychological intervention is founded.

1. INTRODUCCION

¿Por qué una persona se dirige al psicólogo clínico? ¿Cuáles son las expectativas respecto a esta figura profesional, cuál es el "proyecto" elaborado con el fin de utilizar su competencia? La respuesta a estas preguntas puede parecer obvia, en el caso de muchas profesiones, donde se da una relación directa entre necesidades de los usuarios y competencia profesional, y en las que, además, una vez establecida esta "relación", se estructura una modalidad de rapport y de transacción que está de algún modo fijada por la costumbre, y que no pide ningún tipo de análisis ni de regulación.

Se puede también establecer que el prestigio profesional, y por tanto el poder del profesional, son directamente proporcionales a la "necesidad" que están en grado de satisfacer con respecto al usuario y a la relevancia de tal necesidad presente para el usuario mismo.

Ello significa que el aumento de una necesidad específica comporta un incremento del prestigio del que se halla revestido el profesional. Esto puede ser un motivo de rapport unívoco y "que se da por supuesto" en el que se ponen en relación necesidades y competencias profesionales. Es con respecto a esta relación que se da por supuesta que se pone de manifiesto la crítica, por ejemplo, de Illich (1970, 1976), dirigida a subrayar y a desvelar los efectos paradójicos que la profesionalidad, sobre todo la del enseñante y la del médico, puede evocar con respecto a específicas expectativas de aprendizaje y de curación.

Recordamos estos problemas porque pueden ayudarnos a no dar por supuesta la relación que se instaura entre el usuario y el profesional, en los diferentes campos de intervención. En particular, si se analiza el rapport entre el médico y el paciente dentro de una perspectiva histórico-crítica, se puede observar una compleja y problemática serie de vicisitudes que han acompañado el progresivo instituirse de la praxis médica cuya área profesional contiene el poder, científico y corporativo al mismo tiempo, de "curar" la enfermedad y de promover la salud.

El objetivo de estas páginas no es, por otro lado, el de sintetizar y de profundizar esta

compleja e interesante temática, que ha sido afrontada desde múltiples puntos de vista y que podría contribuir en modo determinante a la delimitación de un área profesional en evolución y también en crisis de crecimiento. Es mi intención, por el contrario, subrayar un aspecto importante de la profesionalidad médica, que puede sintetizarse de este modo: “¿por qué una persona se dirige al médico?”. A esta pregunta pueden darse dos tipos de respuesta, que querríamos someter a la reflexión del lector, y que pueden resumirse de la siguiente manera:

A) por que está enferma

B) por que existe el médico.

Si vale el primer tipo de respuesta A), entonces la relación entre necesidad y competencia profesional se da por supuesta y se fundamenta sobre una adhesión ideológica a la profesionalidad; del mismo modo se puede responder a la pregunta: “¿Por qué una persona va a Lourdes?” o “¿Por qué una persona se dirige a un brujo?”. Con esto se quiere subrayar que el recurso a una determinada fuente de curación depende de una relación culturalmente establecida entre el estado de necesidad (estar “enfermo”) y la capacidad “profesional” atribuida a la instancia a la que se dirige. Una vez establecida la congruencia de esta relación, la fuente de curación se vuelve el objeto supuesto y automatizado de la propia demanda. En este contexto, *el análisis de la demanda coincide con el diagnóstico* de la enfermedad; en otros términos a la demanda, que se da por supuesta y necesaria (fundada sobre la obligación social de quien está enfermo debe preocuparse de su propia curación), se responde con la iniciativa diagnóstica, pronóstica y terapéutica, que pone en marcha la intervención profesional. De este modo parece que la pregunta: “¿Por qué una persona se dirige al médico?” carezca de sentido, al no influir para nada en la actuación profesional; el hecho de que la persona “esté enferma” o “se sienta mal” es ya una razón suficiente y necesaria para justificar el recurso al médico, y este último *no tiene ninguna necesidad de analizar una demanda que se justifica por sí misma*.

Muy diferente es la situación, en cambio, si prevalece el segundo tipo de respuesta B); aquí la demanda no se define por el “estado de salud” del individuo, sino por el conocimiento que la persona tiene de la profesión médica, y el sistema de expectativas que estructura con respecto a ella. Tal sistema de expectativas puede ser diferente en cada caso, y puede motivar demandas de tipo diverso, que puede ser interesante considerar más profundamente. Una persona puede dirigirse al médico por que “se siente mal”, pero también porque quiere prevenir un posible estado de enfermedad con un control preventivo, o bien desea reasegurarse sobre el propio estado de salud, o porque “se imagina” estar enfermo en cuanto que esto le consiente una *rapport* con un profesional que “se hace cargo” de él, o porque desea “hacer alguna cosa por sí mismo” y no encuentra otras soluciones a tal necesidad que recurrir a un médico y así lo hace.

En estos últimos casos, el médico podrá llevar a cabo mecánicamente el propio rol con una cuidadosa indagación diagnóstica, para después concluir con la típica respuesta: “¡Usted no tiene nada!”, evadiendo en tal modo la demanda que le ha sido dirigida. En algunos casos el médico podrá, por el contrario, profundizar las razones “psicológicas” que le ha llevado el paciente, pero con la sensación de salirse de su ámbito estrictamente profesional, asumiendo un rol de consejero, o de persona de confianza; pero aún en tales casos, al aceptar una expectativa no estrictamente profesional a él dirigida, no prestará atención a los motivos por los cuales tal expectativa se ha orientado precisamente hacia su figura profesional; sino que asumirá más bien una función vicaria de otras personas que de forma más correcta y eficaz podrían responder a la atención y a los problemas *indirectamente expresados* que se le han dirigido.

El médico podrá también formular algunas hipótesis acerca del estado mental de quien lo

interpela sin una "real" demanda terapéutica: por ejemplo, puede suponer una excesiva preocupación del paciente por la propia salud (hipocondría), o una situación mental de desconfianza y de ansia que orientará hacia una hipótesis de depresión; y en tales casos podrá aconsejar al paciente dirigirse a un colega especialista en psiquiatría, o... al psicólogo clínico. Merecerían consideración aparte las manifestaciones psicósomáticas, pero dejamos para otro momento la profundización de esta importante temática (Matte Blanco, 1984)

Vamos ahora a considerar la "demanda" que una persona puede dirigir al psicólogo clínico. Pienso que está claro el motivo por el que queremos tratar esta demanda en relación a la dirigida al médico y no en relación a otras figuras profesionales.

En teoría, cuanto se expresa en la demanda dirigida al psicólogo clínico podría relacionarse con la demanda dirigida a otros profesionales, como el arquitecto por ejemplo, el enseñante, o el restaurador... Pero el contexto cultural en el que se hace la demanda al psicólogo clínico es el de "la salud", en base a la supuesta equiparación que el sufrimiento físico y el psíquico pueden evocar, en cuanto las dos están relacionadas con un hipotético estado de "enfermedad". Se subraya, por otro lado, que no es siempre relevante un estado de "sufrimiento" en la persona que se dirige al psicólogo clínico; esto es importante si se tiene en cuenta que dentro del término ambiguo y problemático de "sufrimiento", de hecho se reagrupan dos tipos de manifestaciones, las somáticas o corpóreas por un lado, y las psíquicas por otro.

Con Matte Blanco (1984) podemos definir las manifestaciones psíquicas como:

- A) la sensación-sentimiento
- B) las manifestaciones que establecen o descubren una o más relaciones entre las cosas
- C) cualquier manifestación que contenga al mismo tiempo A) y B)

La emoción, en particular, es una manifestación de tipo C), pero al mismo tiempo implica también una serie de manifestaciones corporales, por las que se puede definir como una manifestación psicósomática compleja.

En líneas generales, se puede afirmar que el "sufrimiento psíquico", motivo a menudo aducido para justificar la demanda dirigida al psicólogo clínico, está de hecho constituido por una vivencia emocional; de modo tal que se puede retener que la génesis y el proceso fenoménico del "sufrimiento psíquico" sean notablemente distintos de los evocados y determinados por el "sufrimiento físico".

Al poner de relieve esto último, se quiere subrayar el hecho de que no es posible conducir a través del mismo proceso la demanda dirigida al médico y la dirigida al psicólogo clínico. En el primer caso, de hecho, se puede establecer una relación causal directa entre sufrimiento y enfermedad, y esta última fenomenología encuentra en la medicina su sistematización nosográfica, fundada sobre hipótesis precisas diagnósticas y, si es posible, terapéuticas. Es este motivo el que justifica, desde una perspectiva pragmática, la homologación sustancial de las dos expresiones: "Estoy mal" y "Estoy enfermo".

En el caso del "sufrimiento psíquico", al contrario, no es posible establecer una relación causal directa entre sufrimiento y enfermedad, y ello se debe a que la psicopatología no tiene la misma "estructura lógica" que la patología general o que la patología especial médica, quirúrgica, etc.

En particular se puede notar que el rapport entre paciente y psicólogo clínico representa el lugar dentro del cual se despliega la problemática que motiva el encuentro y en cuyo interior se reproducen, con específicas características las dinámicas que marcan y dan sustancia a la vida

mental del paciente, a sus simbolizaciones cognitivas y afectivas, a su realidad emocional, etc. En tal caso, el análisis de la demanda y la pregunta sobre “porqué” alguien acude al psicólogo clínico representan un momento cognoscitivo inicial, sobre el cual se puede y se debe fundar la prestación profesional.

2. LA COMPLEJIDAD MOTIVACIONAL

Una psicóloga licenciada recientemente, pide iniciar una terapia psicoanalítica. Motiva su demanda por el deseo de afrontar una situación definida por ella como de fuerte inestabilidad emocional, que le ha dificultado hasta aquel momento establecer relaciones afectivas satisfactorias; está preocupada por ello y piensa que un conocimiento más profundo de sí misma la podría ayudar en esta importante área de su existencia. Al mismo tiempo dice que, para hacer frente al gasto que la terapia comporta, ha pensado justificar al padre, un empresario químico, la iniciativa como un complemento de su formación profesional; supone que con tal excusa podrá fácilmente convencerlo para llevar a cabo la cura. Se trata, dice, de una pequeña mentira con una buena finalidad. Aquí la demanda parece clara, y el problema da la impresión de encontrarse sólo en la relación entre la persona y el padre, restringido a los motivos aducidos para obtener una ayuda económica, por otro lado necesaria, dado que ella no está en buenas condiciones profesionales y no puede por lo tanto disponer de recursos económicos autónomos.

Una profundización de la “demanda” permite revelar una situación un poco compleja y problemática: en su aspecto más relevante, puede resumirse en el intento de utilizar la terapia como pretexto para dar al padre una imagen de sí, al mismo tiempo dependiente (con la demanda de financiamiento) y seductoramente prestigiosa (completar su formación profesional), tranquilizándolo sobre el hecho de que su crecimiento se plantea sólo en el ámbito de su profesión, aún no iniciada por otra parte, y aplazada también gracias a la experiencia analítica; con esto ella conseguía el propósito de permanecer anclada en una relación dentro de la cual la “colusión” (acuerdo entre dos personas o instancias, en detrimento de un tercero) entre padre e hija predecía una fijación de roles y de imágenes, que entre los dos controlaban rigurosamente para que no hubiese ningún cambio.

Un profesor de media edad pide por teléfono una visita para una terapia, se entretiene hablando sobre las expectativas que la terapia podrá satisfacer, sobre lo bien que le han hablado del terapeuta, así como sobre la gravedad y la urgencia de su caso; después pregunta cuanto le va a costar la visita. Se presenta a la cita, hablando no tanto de sus problemas, cuanto del modo cómo ha intentado resolverlos, confiándose a una larga serie de profesionales, médicos, psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, sin haber encontrado todavía la persona adecuada a su caso. Después inicia una serie de consideraciones fuertemente críticas sobre las diversas escuelas y teorías psicoterapéuticas, buscando suscitar acuerdo y colusión en el terapeuta. Este último dice que estaría interesado en conocer los motivos que le han llevado hasta él; el cliente lo mira, perplejo y desilusionado, después se levanta y se va. Al cabo de un tiempo pide una nueva entrevista en la que podrá finalmente hablar de sí mismo y aceptar una posición de cuestionamiento. Aparecerá entonces que el objetivo de la primera entrevista había sido el demostrar que tampoco el enésimo profesional interpelado podía hacer nada por él. Reconocerá también la cuidadosa atención con la cual escogía sus “víctimas ilustres”. Dirá, por otro lado, que la pregunta que le hizo el psicólogo, sentida como una verdadera exigencia de cuestionamiento, lo había desconcertado y profundamente irritado; de hecho, se esperaba, como generalmente había sucedido en los otros encuentros, un enfoque inmediato de la entrevista hacia

la búsqueda de elementos y dimensiones psicodiagnósticas, una exigencia de definición de su caso dentro de los parámetros de nosografía psicopatológica. Enfoque hacia el cual se habría desplegado su gran habilidad para confundir al interlocutor, de desbaratar cada una de sus hipótesis para añadir al final en la conclusión que, en su caso, no había nada que hacer. El cuestionamiento que se le hizo, en cambio, había hecho vano su proyecto implícito. Ahora, había vuelto para retomar aquel cuestionamiento y entender el sentido de su necesidad de medirse con la persona a la cual se había dirigido, para después invalidar su intervención.

Esos ejemplos, y muchos otros vendrán a la mente del lector como a la del que escribe, mostrando la complejidad de la dinámica motivacional que se activa en el encuentro con el psicoterapeuta y en el proyecto psicoterapéutico. Hablo de dinámica motivacional, porque se trata de una utilización del psicólogo clínico, de su imagen y del significado ofrecido en la terapia que se presenta en el área de la demanda y de la modalidad del primer encuentro, antes todavía de que se estructure una dinámica transferencial en el curso del trabajo terapéutico. Desde un punto de vista teórico, evidentemente, se puede hablar de transferencia también en estos casos; pero la simbolización afectiva del psicólogo clínico y del primer coloquio con él, por parte de quien solicita la terapia, se manifiesta en un momento anterior al del establecimiento del rapport, y condiciona fuertemente sus modalidades. El entrar en colusión con el paciente, en esta primera aproximación cognoscitiva, puede comportar una estructura de relaciones recíprocas que será después muy difícil, y en muchos casos casi imposible, reconsiderar y comprender. Se podrán así crear "áreas ciegas" en la relación, fundadas sobre la colusión de tal modo que por acuerdo tácito no serán nunca más retomadas y que podrán constituir una zona peligrosa, para ambos, psicólogo clínico y paciente, que evitarán cuidadosamente para no amenazar de hecho la estabilidad de la relación.

Las áreas motivacionales que se estimulan y activan en la "demanda" terapéutica o de consulta diagnóstica pueden ser interpretadas, hipotéticamente, como motivaciones de las relaciones sociales identificadas por Mc Clelland (1955) como motivaciones de *afiliación*, *poder* y *logro*.

Cuando la demanda se basa sobre una *dinámica de afiliación*, el objetivo del rapport es el de evocar en el interlocutor una actitud de aceptación y de toma en cargo de uno y de la propia dependencia afectiva. Una orientación motivacional de este tipo, por otro lado, puede parecer obvia en una situación de consulta, porque se refiere a una necesidad que viene regularmente movilizada en la relación médica, a cuya cultura relacional se asimila también el encuentro con el psicólogo clínico. En este caso, *la atención del cliente puede constituir el único elemento de la demanda*, a la que se asimila cualquier otra manifestación comportamental, cualquier declaración sintomática, cualquier exigencia terapéutica. Si no se explora esta dimensión motivacional, se corre el riesgo de configurar un rapport que, poco a poco en sus sucesivas derivaciones, tenga como único objetivo el de reasegurar al paciente acerca de la gratificación de sus necesidades de afiliación, alimentando al mismo tiempo y en modo siempre relevante la urgencia.

Cuando la demanda de afiliación no se explora, se desarrolla inevitablemente. Y la colusión, que fundamenta tal acción, vendrá necesariamente a gratificar una motivación complementaria en el psicólogo. Por ejemplo una motivación dirigida a valorar el propio prestigio profesional, las propias capacidades terapéuticas, como también la relevancia afectiva o el interés erótico que se está en grado de suscitar en el otro. El paciente motivado afiliativamente denota una profunda inseguridad acerca de sus posibilidades de evocar

respuestas afectivas gratificantes, y su demanda pide una continua acción reasegurante. En este sentido, una vez establecida la relación colusiva activada, será difícil reconsiderarla después en términos de cuestionamiento; por otra parte, el solo interrogarse, de hecho, puede ser percibido y vivido como una frustración, una desconfirmación en la espera de una continuación, como un rechazo drástico y expulsivo.

La motivación de poder implica una tendencia a controlar, determinar, influenciar el comportamiento del otro en la relación. Una demanda fundada sobre el poder, implica el intento de establecer, por parte del paciente, un control y una influencia en el psicólogo, condicionando aquellas decisiones que fundamentan el encuentro y su desarrollo. Esto puede provocar una respuesta complementaria en el psicólogo que, a menudo, asume una valencia reactiva, en la medida en que la motivación de poder en el paciente se vive como una desconfirmación del propio rol y de la propia imagen social por parte del psicólogo mismo. Por otro lado, es posible también una colusión con las expectativas de poder del paciente, cuando el psicólogo clínico no está integrado en el rol y en la estructura en las que opera, y la colusión consiente actuar transgresivamente en el sentido de una pertenencia profesional y organizativa vivida en modo conflictual. Una colusión por parte del psicólogo, puede activarse, finalmente, cuando predomine en él la motivación de afiliación; en tal caso, se puede producir una dinámica relacional del todo análoga a la que hemos visto en el caso de la demanda afiliativa, pero con los roles invertidos. La motivación de poder, si es la exclusiva de la demanda, es particularmente problemática porque puede influir cualquier decisión en la relación, desde los primeros contactos del paciente con el psicólogo, y puede vaciar el sentido de cada acto interactivo, percibido sólo en función del ejercicio de un control.

La motivación del logro conlleva la aspiración a realizar tareas y objetivos mucho más allá de lo común, y a medirse con parámetros de superioridad. La demanda parece orientada exclusivamente al objetivo, sea este diagnóstico, terapéutico o de counseling, y al psicólogo se le utiliza como instrumento para perseguir el objetivo en sí mismo. La relación se vacía de cualquier valencia afectiva, y una pretendida racionalidad parece constituir la norma que rige la interacción. La "tarea" a realizar, es la que el paciente haya pre-definido en base a su demanda, y cuanto no entre en ella, se considera con estupor, quizás con benévola indulgencia, tal vez con la impaciencia de reconducir la situación por los riles esperados. La colusión se basa en la importancia de idéntica motivación en el psicólogo: se puede desarrollar, en este caso, una relación profesional "de manual", donde cada problema es analizado y atentamente considerado, donde cada pregunta encuentra su respuesta, pero donde el gran ausente es el cuestionamiento real, en sus dimensiones problemáticas, o ansiógenas, que podría obstaculizar el "logro".

He trazado sólo brevemente una temática mucho más compleja y articulada, que lo que pueda parecer tras estas consideraciones. Dos observaciones a este propósito. La dependencia propia de la afiliación conlleva modalidades relacionales defensivas reductibles a la "seducción"; la contra-dependencia del poder evoca una modalidad defensiva definible como "agresión"; y la independencia propia del logro tiene como correspondiente comportamental la "evasión afectiva". Ahora bien, este esquema conceptual señala una articulación frecuente de la dinámica motivacional, que puede presentarse en interacción y que puede modificarse en el curso de la relación y de la colusión que activa la demanda no explorada. La segunda observación se refiere a los límites de la concepción teórica "motivacional", que parece definir sus límites dentro de una perspectiva descriptiva, interpretable desde dos vertientes, una psicodinámica y la otra institucional. La interpretación psicodinámica de la demanda, descrita

en sus directrices motivacionales, nos lleva a los procesos internos del paciente, a su modalidad de simbolización, a la historia de su mundo interno o modo de ser inconsciente, lo que nos llevaría al análisis de la transferencia. Más apropiado al análisis de la demanda, sin embargo, es la vertiente que considera el desarrollo de la descripción motivacional dentro de la perspectiva teórica del análisis institucional.

3. LA DINAMICA INSTITUCIONAL

Por institución se entiende la configuración fantasmática a través de la cual se vive y desarrolla una relación social específica, en base a las simbolizaciones afectivas recíprocas de los diferentes participantes en la relación misma.

La dinámica institucional interactúa con el proceso organizativo, que representa, por el contrario, la modalidad formal, prolongación de la relación social, y que puede describirse a través de los objetivos, las estrategias, las reglas del juego que definen roles y funciones, los sistemas normativos, la modalidad de comunicación y de decisión (Carli, Paniccia, 1981). La dinámica institucional, resultante de las interacciones entre los modos de ser inconscientes de los diferentes componentes de la relación, reproduce modelos relacionales que cada persona ha elaborado dentro de la familia fantasmática interna. De aquí la relevancia de una posible yuxtaposición entre objetivos, planos y procesos formales, que son propios del nivel organizativo de una estructura social, y dinámica colusiva inconsciente, cuyo objetivo es el de elaborar y controlar la significación afectiva con la que se vive y caracteriza un específico contexto relacional.

Se puede hacer la hipótesis de que algunas dimensiones organizativas se utilizan como ocasiones para consentir la acción colusiva de fantasmas institucionales. Si la relación psicólogo clínico-paciente, por ejemplo, se utiliza como reproducción de la organización médica, puede simbolizarse la relación según un modelo fantasmático que, en la cultura estratificada en el interior de la persona, asume funciones específicas de reasegurar y de elaborar la dinámica afectiva de los individuos en el ámbito relacional. Se puede así distinguir entre la demanda explícita que una persona o un grupo pueden dirigir al psicólogo clínico y al contexto en el que opera, y una demanda implícita referida a la dinámica institucional. Por análisis de la demanda, en el interior y en congruencia con este modelo teórico de articulación de la estructura social (descrito aquí sólo a grandes líneas), se entiende la explicitación de la dinámica institucional tal como aparece en el cuestionamiento de la demanda implícita.

Cuando, por ejemplo, un maestro de escuela media pedía al psicólogo "escolar" que se ocupara de los "casos difíciles" presentes en el ámbito del grupo-clase, en los años anteriores a la experiencia de integración de los niños con deficiencias, parecía utilizar la psicología a cuya "función" diagnóstica y terapéutica se dirigía, para afrontar el caso de una presencia "enferma" dentro de la estructura escolar. La función diagnóstica y terapéutica, por otro lado, era vivida simbólicamente como agente adecuado para curar, esto es para estirpar el "mal del otro", la alteración, como fantasía de un objeto malo-enemigo, del "bien propio" atribuido al cuerpo social "normal". La función psicológica iba institucionalmente dirigida a proteger y tutelar la omnipotencia narcisista del grupo-clase, que no podía tolerar y experimentar el "mal" como "alteración" o "alteridad" en el ámbito de la propia pertenencia. El psicólogo escolar podía coludir con tal demanda implícita, a través de dos modalidades contrapuestas: la de aceptar la intencionalidad institucional del encargo y marginar la alteración representada por el alumno problemático, o la de coludir con este último e identificar el mal, la alteración, en la demanda

de marginación, combatiéndola. En los dos casos, diferentes por otro lado en su significado cultural y en la valencia ideológica testificada por la praxis, la demanda no era analizada, sino activada.

En la misma situación escolar, con el desarrollo de la experiencia de inserción de los alumnos con handicaps, se está modificando notablemente la demanda de los maestros al psicólogo. De hecho, la nueva normativa se ha vivido como una presión a la aceptación culpabilizada de lo diferente, por tanto de la alteración, dentro del grupo de pertenencia, y ello ha comportado un sentimiento confuso de responsabilidad con respecto a las alteraciones que eran incorporadas y vividas como propias; la demanda se dirige ahora al psicólogo en términos de expectativas de que "tome a su cargo" el grupo-clase entero percibido como totalidad problemática, ante la interacción compleja que implica la presencia del disminuido. Esto se corresponde a la simbolización falocéntrica y onfolocéntrica de las que habla Fornari (1976) a propósito de las instituciones sanitarias como instituciones parafamiliares.

Ya en estos primeros ejemplos se pueden detectar los "roles" que intervienen sistemáticamente en la demanda de consulta psicológico-clínica: los del comitente (de quien delega sus funciones en otra persona o instancia), los del usuario y los del consultor. Si se consideran estos roles, es posible diferenciar la función real y la fantasmática del consultor, con respecto a los problemas de relación, reales o fantasmáticos, entre el comitente y el usuario. Se subraya, con respecto a esto, que no siempre el rol del comitente y del usuario hacen referencia a personas diferentes, sino que pueden algunas veces ser asumidos y desarrollados por el mismo paciente.

Consideremos el caso de un joven de veinte años, el cual se dirige al psicólogo que opera en un Centro de Higiene Mental, proponiéndole una confusa sintomatología donde aparecen pensamientos delirantes de carácter persecutorio, angustia en las relaciones afectivas y escasa capacidad de concentración que hacen imposible el seguimiento regular de sus estudios universitarios.

Analizar la demanda significa considerar la relación entre comitente y usuario; relación que habitualmente, en su historia y en su problemática, es el lugar en el que ha tenido origen la demanda misma de consulta. Hay que considerar, al respecto, que la relación comitente-usuario se propone, desde el punto de vista del consultor, como fuertemente asimétrica en cuanto concierne al poder. El encargo, de hecho, es la función que tiene el poder de movilizar al consultor y de hacerlo actuar, por decirlo así, sobre el usuario. Tiene por otro lado el poder de inducir, motivar, convencer o constreñir al usuario a aceptar o pedir la intervención del consultor. Pero no basta. El comitente, es habitualmente portador de un proyecto de cambio, de transformación del usuario; tiende entonces a coludir con el consultor, con el, operador psicológico con el fin de hacer coincidir el proyecto de este último con su proyecto. Y ello con la esperanza que tal cambio pueda restablecer una relación menos problemática entre comitente y usuario; algunas veces no se necesita siquiera que la intervención finalice para que este hecho esperado se produzca; basta sólo con que se estructure la relación del usuario con el psicólogo, en coherencia con las expectativas del comitente, para que la relación entre los dos pueda cambiar en modo determinante. Es evidente que este proyecto del comitente implica, de hecho, una utilización instrumental de consultor; utilización que puede ser llevada a cabo por el consultor mismo si éste, por los más variados motivos que trataremos de considerar a continuación no explora y reformula en modo interrogativo la propuesta de colusión que le viene explícitamente, aunque más a menudo implícitamente, dirigida.

El encargo, como se ha dicho, es una función que puede ser desarrollada por personas

diferentes del usuario, pero también por funciones o partes de uno, si se quiere por estructuras psíquicas presentes y activas en el mundo interno del usuario mismo. El joven de veinte años anteriormente citado, pide ser “ayudado” en algunas dificultades que transforman en problemática un desarrollo normal de la existencia. En una primera profundización de su demanda aparece claramente que el joven nutre una desconfianza muy acentuada con respecto al psicólogo; se ha dirigido a él bajo la invitación presionada de sus padres, en particular de la madre que se las ha ingeniado para “oir hablar bien” del servicio, y del psicólogo en particular, a través de algunas amigas. El joven, contrariamente, declara tener más confianza en los psiquiatras de una clínica privada donde se ha recuperado otras veces, en los dos años precedentes al encuentro que analizamos. En una ulterior profundización de la demanda, aparece enseguida que el joven había estado influido en el pasado reciente por los padres que lo habían inducido a interrumpir la relación afectiva con una compañera de instituto, tenida como poco adecuada para él, y al mismo tiempo habían forzado su elección universitaria hacia una facultad que le interesa poco o nada, pero que le llevará a continuar la actividad profesional del padre.

Más allá de las consideraciones psicodinámicas que se podrían hacer, pero que exigirían una mayor profundización, la demanda formulada, en el caso examinado, pone de relieve cómo el encargo en la intervención psicológica es en buena parte sostenido por los padres, y cómo la demanda se propone como objetivo, una reconducción del usuario a una “normalidad” comportamental, definida por el modelo expresado en las expectativas de los padres mismos. El usuario se declara portador de otro encargo, con el que intenta la recuperación en la clínica psiquiátrica, descrito como evasión de la familia, y como ocasión para una experiencia que no sea la indicada por el deseo de la familia. Evasión por otro lado, provisional y reversible, que prelude sistemáticamente una vuelta no solo a las relaciones reales con los padres sino también a las relaciones fantasmáticas con las instancias parentales interiorizadas. La demanda, entonces, se mueve entre los polos de la transgresión y de la adecuación a estas expectativas parentales. El análisis de la demanda implica una reconsideración de los complejos significados que la consulta psicológica puede asumir, y un desplazamiento de la atención sobre los síntomas declarados hacia la sintomatología expresada en la misma demanda.

El análisis de la demanda, en otros términos, conlleva la comprensión de la problemática relacional entre comitente y usuario que motiva el recurso a la consulta psicológica. En el caso que estamos analizando, la actitud dialogante del psicólogo clínico y su invitación a salirse de la acción, sea esta simbólicamente representativa tanto de una adaptación como de una transgresión, conlleva una reacción por parte del grupo familiar, y en particular de los padres. Y esto por el hecho de que el proyecto terapéutico, que se estaba delineando en base al análisis de la demanda, parecía no corresponder a sus expectativas y a las modalidades habituales de adaptación sintomática del hijo. Además la respuesta a tales reacciones de los padres se orientó hacia un análisis, en lugar de a una contra-reacción; se les invitó a acudir a un psicólogo diferente del que había establecido la relación con el hijo, a fin de examinar los problemas emergentes y de considerar de modo más profundo y más verdadero sus expectativas con respecto al hijo mismo.

El análisis de la demanda, una vez explorado en su articulación y en su complejidad, puede requerir decisiones operativas diferentes, orientadas cada vez más por la configuración real de la problemática en acto y por el examen de los instrumentos de intervención más adecuados. Afirmación, esta última, que puede parecer banal y superflua por su obviedad, pero que abre

en cambio temas interesantes de estrategia terapéutica y de utilización consciente y reflexiva de las diferentes “técnicas” de intervención, cuando estas últimas no sean ya consideradas como resortes exigidos en base a la unívoca competencia adquirida del terapeuta, sino resultado de un proceso de elección centrado sobre la problemática real que se quiere analizar.

Se ha dicho anteriormente que, en el caso de modelo médico, no se plantea de modo específico y diferencial caso por caso el problema de la individuación del comitente; existe de hecho una norma social compartida vinculada a la curación de la enfermedad. Recordamos a propósito los cuatro aspectos del sistema de expectativas institucionalizadas concernientes al rol de enfermo, enunciadas por Parsons (1951):

- A) exención de la responsabilidad normal del propio rol social
- B) exención del perseguir la curación mediante un acto de decisión o de voluntad
- C) obligación de desear “estar bien”
- D) obligación de buscar ayuda técnicamente competente, la del médico, y de cooperación en el proceso, dirigido a la curación.

La estructura de la relación entre paciente y médico se define por una serie de reglas, socialmente compartidas, que convierten en altamente automatizada y repetitiva la modalidad organizativa de la relación; el rol del paciente por otra parte, es contingente, temporal, universal porque está fundado sobre criterios de definición objetiva y generalizable, y de este modo orientado hacia una rigurosa neutralidad afectiva. Se subraya cómo en tal caso la dinámica institucional está, por decirlo así, al servicio de la fenomenología organizativa: la simbolización afectiva de la relación entre el paciente y el médico, vivida colusivamente por ambos, hace posible el desarrollo de las acciones organizadas y la asunción de los roles recíprocos que basan la repetitividad estable y no-conflictual de la praxis sanitaria. En el caso del “paciente” que se dirige al psicólogo clínico, en cambio, no sirve ninguna de estas condiciones definitorias de las expectativas sociales y de rol. Pero, en muchos casos, la demanda se estructura *como si* se tratara de asumir las expectativas y los roles previstos en el caso particular de utilización de la profesión médica. Y a este “como si” puede corresponder, colusivamente, un “como si” recíproco, asumido por el psicólogo, que hace de la consulta psicológica un mimetismo de la consulta médica.

El análisis de la demanda se propone descubrir qué modalidades iniciales de la relación de ayuda, dirigidas a poner de manifiesto la dinámica institucional activada, pueden obstaculizar, impedir o trivializar la praxis organizativa, psicodiagnóstica y psicoterapéutica. Pero no es sólo la institución “médica” la que puede estar presente en la demanda de consulta psicológica; algunas veces el psicólogo clínico está simbolizado como educador, magistrado, sacerdote, entrenador, amigo de la infancia, poeta, héroe, explorador, etc. Y estas simbolizaciones pueden aparecer cada vez distintas, o pueden coexistir en una única y confusa representación fantasmática.

La determinación de las funciones de encargo y de uso, la determinación de la relación de estas funciones con las del consultor psicólogo aparecen como muy complejas, aunque de gran interés. Y es en este ámbito que la dinámica motivacional, anteriormente referida, adquiere una relevancia significativa.

Es evidente que el análisis de la demanda no consiste en la simple formulación de la pregunta: “¿por qué ha pensado dirigirse a mi?”. Este implica, para su conducción, el uso de un modelo interpretativo específico, referido al *análisis institucional*. La demanda, de hecho, no es más que un proceso institucional, que atraviesa la estructura organizativa representada por

la demanda de consulta y de intervención psicodiagnóstica y psicoterapéutica. En este sentido el análisis de la demanda forma parte del proceso psicodiagnóstico y fundamenta sus premisas. Tampoco debe confundirse con el psicodiagnóstico, por cuanto, orientado a detectar y definir las características psicológicas del usuario, podría ser incorrectamente utilizado como justificación a posteriori de la demanda en sí misma, sustituyendo el análisis.

4. FACTORES QUE OBSTACULIZAN EL ANALISIS DE LA DEMANDA

Con frecuencia, al encarar una problemática, se contraponen la ejecución de la demanda por parte del psicólogo clínico a su análisis. Se ha dicho también que tal acción implica un proceso de colusión entre paciente y psicólogo, en base a la reciprocidad de las simbolizaciones afectivas evocadas por la relación y sobre la complementariedad de las expectativas no expresadas, de cuya intencionalidad implícita se reviste la relación de ayuda.

Los factores que pueden obstaculizar el análisis, y facilitar en cambio la acción colusiva son múltiples, y difícilmente pueden ser reducidos a categorías precisas, exhaustivas de eventos que podrán encontrar una comprensión sólo si se consideran en su singularidad experiencial. No se trata de catalogar los factores obstaculizantes, sino de considerar algunas situaciones ejemplares, a mi parecer significativas, como ocasiones para reflexionar sobre esta importante temática.

Un primer factor problemático para el análisis de la demanda, puede ser detectado en los casos en los que el psicólogo clínico está preocupado, en su relación con el paciente, por asumir un rol ya desde el inicio diagnóstico y terapéutico; es el caso en que la actitud "profesional" implica centrarse sobre el paciente, y sobre su condición declarada de malestar que debe ser reducida a parámetros nosográficos precisos, fundantes de la decisión terapéutica. Aquí se realiza, a mi modo de ver, una homologación con el paciente que se dirige al médico: este último puede ser considerado con Parsons (1951) una *persona necesitada de ayuda* y, al mismo tiempo, *técnicamente incompetente*. Este último elemento, de gran relevancia, indica que el paciente no sólo no es capaz de hacer lo que sería necesario, "sino que ni tan siquiera *sabe* qué debe hacerse, ni de qué modo. Sólo una persona técnicamente adiestrada posee esta calificación". (Parsons, *op. cit.*, p. 450).

Si el psicólogo *toma totalmente a su cargo* el paciente, como si asumiera una función médica, no hay ninguna necesidad de analizar la demanda. Sólo debe tomar literalmente las manifestaciones sintomatológicas del paciente y evitar paralelamente cualquier consideración relativa a lo que *le comunica* a través de la relación con el psicólogo y dentro de la relación en sí misma. En tales casos, se desatiende el componente relacional de la demanda (A.A.V.V., 1981), identificable a través de la dinámica institucional sobre la que se funda la relación.

En otros casos no se considera el análisis de la demanda a causa de los límites técnico-profesionales del psicólogo clínico, ejemplificados en la competencia restringida a una única técnica, sea esta psicoanalítica, gestáltica, relacional, transaccional, conductista, etc. Aquí el enfoque del psicólogo está orientado no tanto a una comprensión de los problemas llevados por el paciente, cuanto a la reducción del caso dentro de la categoría dicotómica SI-NO: se preocupa exclusivamente de decidir si considerar el caso como tratable con la técnica aprendida, o no. Y esto en el mejor de los casos; en otras ocasiones se preocupa sólo de pasar al tratamiento, sea cual sea el problema presentado, constatando sólo la aceptación, por parte del paciente, de la propuesta terapéutica y de su condición pragmática. Es evidente que un análisis de la demanda podría en tales situaciones resultar altamente ansiógeno por el hecho de remitir al inicio de una

praxis que, es la única que puede confirmar al psicólogo en el propio rol al conferirle seguridad profesional.

El análisis de la demanda, por otra parte, comporta la eventualidad de una resistencia por parte del paciente, que puede titubear sobre el abandono de la consulta y sobre la búsqueda de un nuevo profesional, más maleable y propenso a aceptar al pie de la letra y sin cuestionamientos la demanda terapéutica. El temor “de perder el paciente” y la tendencia a evitar la “herida narcisista” que comporta este hecho, puede ser un ulterior factor de obstáculo en el análisis de la demanda.

Se abre aquí el tema, de gran importancia, que concierne al psicólogo clínico adscrito a las estructuras de servicio público: tema que hace referencia a la mediación entre la demanda del usuario y la cultura, las exigencias, las normas y los modelos organizativos de la estructura a las que pertenece. En muchos servicios de reciente creación, de hecho, el psicólogo se encuentra que debe colaborar, dentro del equipo, con profesionales que no están sensibilizados en la exploración de la demanda hecha por parte del usuario, y cuya praxis no considera esta importante orientación cognoscitiva. La misma cultura organizativa, en su relación con el usuario, puede considerar irrelevante o inoportuna tal exploración; y del mismo modo también el usuario que se dirige a la estructura puede sentir como legítimo el rechazo de este análisis que parece querer poner en discusión, en cierto sentido, su derecho al servicio.

En tales casos se debe analizar previamente la dinámica institucional en que se basa la estructura del servicio, y por tanto de la *oferta* con el fin de hacer posible un análisis de la demanda. Más en general se puede hacer ver que la atención a la demanda formulada por el paciente, y su consideración crítica, pueden contrastar con las expectativas del psicólogo clínico con respecto a su praxis profesional, y con las teorías que fundamentan la práctica y la técnica. En particular resulta importante la teoría del cambio que orienta la praxis del psicólogo, y que determina los objetivos y las estrategias.

En algunas de estas teorías no se considera la relevancia del rapport entre paciente y psicólogo, sino dentro del ámbito rigurosamente definido de la técnica terapéutica adoptada. En tales casos, el sistema de expectativas del paciente, la intencionalidad presente en el rapport con el psicólogo aparecen irrelevantes; la única condición que se le pide al paciente es la de colaborar en la psicoterapia y la de asumir, en tal ámbito, el rol y la función previstos por la técnica. La relación, por así decirlo, oculta en el paciente, se considera sólo como fuente de información diagnóstica; información diagnóstica que orienta y justifica la iniciativa terapéutica.

Por esto se puede afirmar que el análisis de la demanda es una praxis fundada sobre la *integración de los modelos* psicológico-clínicos, integración que comporta un proceso formativo dentro de la psicología clínica general, y que implica una fundamentación teórica de la *función psicológico-clínica* como premisa indispensable para dar sentido a la práctica, en sus diferentes articulaciones.

La “demanda” es una noción que resume las motivaciones que llevan a una persona al psicólogo clínico y las simbolizaciones afectivas con las que se representa idealmente esta relación. El artículo propone un análisis de la dinámica que caracteriza esta relación. Se considera el análisis de la demanda como una fase fundamental del proceso de conocimiento y diagnóstico sobre la que se basa la intervención psicológico-clínica.

Referencias bibliográficas:

- A.A.V.V. (1981). *La relazione analitica*. Roma: Borla.
- CARLI, R. & PANICCIA, R. M. (1981). *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni*. Bologna: Il Mulino.
- FORNARI, F. (1976). *Simbolo e codice*. Milano: Feltrinelli.
- ILLICH, I. (1970). *Descolarizzare la società*. Milano: Mondadori.
- ILLICH, I. (1976). *Nemesi medica*. Milano: Mondadori.
- MATTE BIANCO, I. (1984). Concetti basilari per una medicina psicosomática. In P. Pancheri (ed.). *Trattato di medicina psicosomática*. Firenze: Usus.
- Mc CLELLAND, D. (1955). Methods of measuring human motivation. In J. W. Atkinson (ed.), *Motives in fantasy, action and society*. New York: Van Nostrand.
- PARSONS, T. (1951). *The Social System*. Glencoe: University Free Press.



TRATAMIENTO DE UN CASO DE DEPRESION Y ALCOHOLISMO.

Integración complementaria de psicoterapia y terapia conductual.

J. Garcia Moreno.

Universidad Complutense de Madrid

A case of depression and moderate but progressively compulsive alcoholism was treated with "Psychodynamic Therapy" and "Undercover Sensibility" (Upper and Cautela, 1983) resulting in an improvement in her condition with acceptable levels for the patient, and the end of alcoholism; she maintained this way during the following six month. It's probably interesting in similar cases to put the punctual effectivity of "Behaviour Therapy" side by side with the whole effectivity of "Psychotherapy".

DATOS CLINICOS

Se trata de una mujer de 46 años, casada y con cinco hijos ya mayores, de capacidad intelectual y aspecto físico excelentes, que trabaja en casa en sus labores y de un nivel socio-económico cultural medio bajo.

Acude a la consulta, según ella, por problemas de depresión. Viene tomando, desde aproximadamente un año, unas pastillas antidepresivas prescritas por su médico de cabecera, pero éstas no le han hecho apenas efecto, pues se encuentra cada día peor.

En las entrevistas exploratorias los problemas principales parecen reducirse a tres: Estado depresivo, problemas de pareja y familiares, y un alcoholismo moderado pero progresivamente impulsivo. Su depresión se caracteriza por una muy frecuente sensación de cansancio y desgana para casi todo, tristeza profunda, muchas ganas de llorar, necesidad de meterse en la cama durante el día a pesar de lo mucho que tiene que hacer, y a veces, últimamente, ideas horribles de suicidio. Los problemas de pareja, según ella, vienen ya desde antes de casarse: Se casó por imperiosa necesidad de salir de casa de sus padres con los que llegó a tener un trato incompatible; a su marido nunca le ha querido en el fondo; él es muy bueno pero su manera de ser le crispa los nervios constantemente; más que discutir les falta diálogo y apenas abordan seriamente ningún problema familiar ni de pareja. Actualmente la cosa, dice ella, ha llegado a que "me estoy dando cuenta de que no sólo no quiero a mi marido sino que no le quiero querer...Ahora, en paro eventual y enfermo, no puedo ni debo separarme de él". A veces siente compasión por él, pero otras siente manía, asco y hasta le odia; sus hijos y familiares no le perdonarían, en estas circunstancias, una separación; se culpa mucho de la forma de tratarle. Respecto del problema del alcoholismo es digno de destacar que desde joven fué acostumbrada a beber vino en las comidas como una de las cosas mejores para alimentarse bien; a veces, con amigos, en las reuniones, se excedía un poco en la bebida, pero nunca llegó a emborracharse; el verdadero problema comenzó aproximadamente hace dos años, pero sin que recuerde

ninguna razón especial, fuera de sus problemas económicos y familiares que iban en aumento; comenzó a beber más, y sobre todo de una manera progresivamente compulsiva o por necesidad; actualmente bebe, sobre todo, fuera del barrio donde vive, aprovechando las salidas por razones de trabajo, y también en casa cuando puede disimuladamente, y en las frecuentes reuniones con otras parejas los fines de semana; aunque su bebida predilecta es el anís, bebe lo que puede (cerveza, vino y pocas veces coñac) cuando necesita beber para poder estar activa y comunicativa.

ANÁLISIS DE LOS DATOS Y PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO

Parece que había un problema de fondo, que era su soledad afectiva respecto de su marido e incluso, últimamente respecto a sus hijos que ya hacían su vida y la tenían como a una criada. Sus intentos de salir de esta soledad, a través de alguna relación extramatrimonial, que dadas sus características físicas y aptitudinales no le resultaban difíciles, le parecieron atormentadoras debido a su culpabilidad, y dada su formación tradicional. El alcoholismo aparece, sobre todo, como una evasión psicológica a esa soledad, y como un intento profundamente frustrante de querer con la bebida superar el estado de tristeza y desgana depresiva para poder estar activa y comunicativa. Cada vez que lo intentaba se sentía peor, culpabilizada y con mucho miedo al futuro. La depresión lógicamente parece una consecuencia de toda la problemática a que estaba sometida.

Ante este contexto de datos clínicos analizados, parecía razonable que el tratamiento psicológico era absolutamente necesario y que se podría planificar de la siguiente forma: 1º Un periodo más o menos prolongado de "psicoterapia psicodinámica" como base de intervención psicológica para dar al paciente oportunidad de encontrarse en profundidad consigo misma y con su problemática motivacional, actitudinal y conductual, dentro de una atmósfera de acogida y aceptación; y 2º una incorporación complementaria de una "sensibilización encubierta" (Upper y Cautela, 1983) centrada específicamente en la eliminación del alcoholismo.

La psicoterapia habría de ser "Centrada en la Persona", en forma aproximadamente rogeriana (Rogers y Kinget, 1971) y la "Sensibilización Encubierta" habría que planificarla confeccionando una lista jerarquizada de situaciones imaginables relacionadas con sus aproximaciones y actos de beber; otra lista de estímulos aversivos imaginarios contingentes a las anteriores situaciones imaginadas, y un entrenamiento autógeno en autorelajación concentrativa (Schultz, 1962) para el aprendizaje de la relajación profunda. Las situaciones imaginables representativas de la aproximación a, y al acto de beber, se redujeron a beber a escondidas en casa, en un bar, fuera del Barrio y en las reuniones con otras parejas. Los tipos de bebida también representativas para la paciente sería el anís, la cerveza y el vino. Para los estímulos aversivos imaginables contingentes podrían servir aproximadamente los propuestos por autores como Upper y Cautela (1983).

TRATAMIENTO

La "Psicoterapia centrada en la persona" fué llevada a término a lo largo de 44 sesiones, de 45 minutos cada una, Sus aptitudes para observarse y verbalizar facilitaron el proceso psicoterapéutico.

Antes o después de las sesiones de psicoterapia, durante unos quince o veinte minutos, se realizaban minuciosamente los ensayos de cada representación imaginativa, que había de repetir unas doce veces en cada una de las dos sesiones diarias que la paciente tenía que realizar

en su propia casa como tarea. La descripción de cada imaginación se ajustaba aproximadamente a las hechas por Upper y Cautela (1983), integrando un tipo de escena y de bebida cada serie de repeticiones.

Se le instruyó a la paciente para que, a lo largo de todo el proceso psicoterapéutico, registrase los datos relativos a su comportamiento depresivo y alcohólico, teniendo que entregar tales datos cada quince días, que venían a ser los controles del proceso.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

La tipificación de los registros y su cuantificación, a lo largo de todo el proceso, relativos al comportamiento depresivo y alcohólico de la paciente, quedan expresados en las Tablas y en sus correspondientes Figuras.

		TABLA 1													
CONDUCTAS DEPRESIVAS	PRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	3m.	6m.	
- Cansancio, desgana	20	25	26	28	14	8	9	11	5	6	4	4	13	15	
- Tristeza	35	27	19	33	17	13	14	9	7	4	3	5	17	13	
- Llorar	17	11	14	15	4	5	6	4	2	0	1	2	12	8	
- Meterse en cama (día)	12	6	4	18	3	2	4	0	0	0	0	0	0	0	
- Fantasías de suicidio	8	9	4	4	3	1	3	2	1	1	0	1	1	0	
TOTALES	92	78	67	98	41	29	36	26	15	11	8	12	43	36	

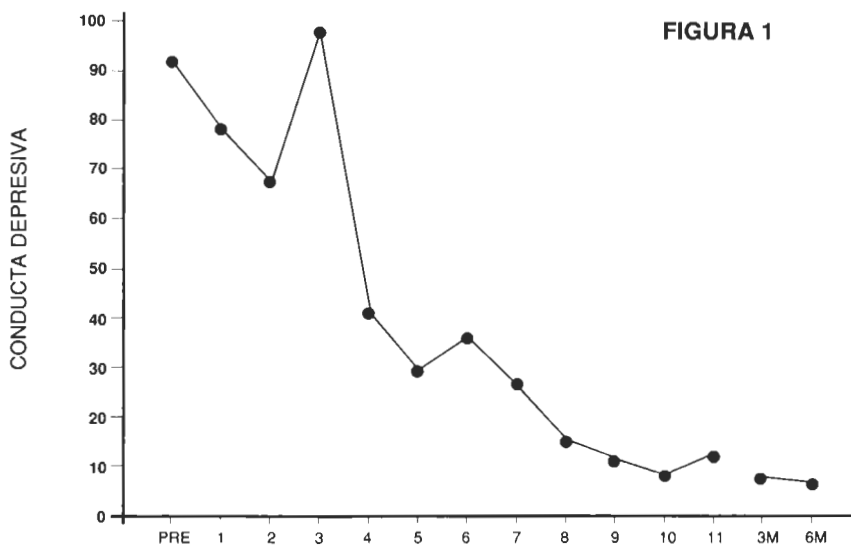


TABLA Y FIGURA 1

Frecuencias totales de las diversas conductas depresivas durante el PRE-Tratamiento, TRATAMIENTO (quincenas) y SEGUIMIENTO (3 y 6 meses), en que la media quincenal es respectivamente de 7,17 y 6.

En las anteriores Tabla y Figura 1 aparece un importante descenso del comportamiento depresivo global en el segundo control (segunda quincena) del tratamiento, siguiendo un notable agravamiento en la tercera quincena, para darse a continuación una casi ininterrumpida bajada (excepto un suave ascenso en la quinta) hasta la séptima en que se sitúa la depresión en unos niveles tolerables hasta el final de la psicoterapia y durante el seguimiento, en que incluso desciende algo más, con una media quincenal (de los 3 y 6 meses) de 7,17 y 6 respectivamente.

TABLA 2

CONDUCTA ALCOHOLICA	PRE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	3m.	6m.
Consumiciones	12	6	9	6	8	5	3	4	2	0	0	0	0	0	0

FIGURA 2

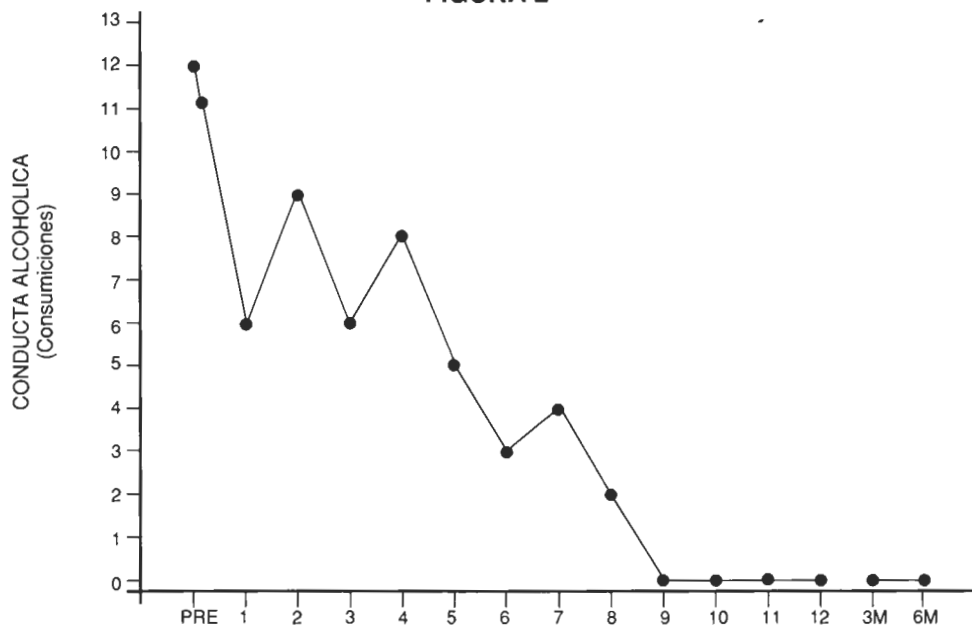


TABLA Y FIGURA 2

Frecuencias de la Conducta Alcohólica (consumiciones compulsivas) durante el PRE-Tratamiento, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO (3 y 6 meses).

La tabla y la Figura 2 relacionadas con la conducta alcohólica controlada de la paciente evidencian un llamativo zigzag durante las cinco primeras quincenas de tratamiento, sucediéndose otro a un nivel más bajo de la media, para terminar en un descenso hasta cero en la novena, que perdura durante el resto del tratamiento y seguimiento durante seis meses.

Entre las puntuaciones del comportamiento depresivo y las del alcoholismo, recogidas durante el período de tratamiento hallamos un Coeficiente de Correlación Positiva de 0,84, que

aunque parece alto no lo podemos afirmar absolutamente, ya que en la bibliografía que hemos manejado no hemos encontrado correlaciones entre estas variables para compararlas.

DISCUSION

Partiendo del análisis estadístico anterior y de las observaciones clínicas recogidas durante todo el período psicoterapéutico podríamos concluir con una serie de apreciaciones y de cuestiones. Los problemas de pareja evolucionaron favorablemente por una mayor autoresponsabilidad de la problemática por parte de la paciente y una mejor aceptación de su marido, pero sin que se motivase en algún momento a crear una verdadera relación afectiva. Mejoró relativamente la convivencia. No optó en ningún momento por una separación dada la realidad económica y familiar del matrimonio. La depresión mejoró bastante hasta llegar a unos niveles aceptables para la paciente, y esta mejoría probablemente fué debida a su entrega psicoterapéutica (análisis y concienciación responsable de su dinámica interna), a la asunción realista de sus problemas, y específicamente a la superación total de su alcoholismo. Este era un intento constante de superar el estado depresivo, pero que no conseguía sino afianzar el círculo vicioso entre uno y otro. El alcoholismo que apareció como una evasión a sus problemas mal asumidos, a su soledad afectiva, y como un medio para superar la desgana y tristeza depresivas, de un modo equivocado y frustrante a la larga, desapareció totalmente debido, quizás , a la combinación complementaria de psicoterapia y sensibilización encubierta. Ambos procedimientos probablemente vienen a ser como dos formas y niveles diferentes de un mismo proceso de concienciación emocional de la dinámica interna del sujeto y de las consecuencias posibles de su comportamiento dentro de un profundo replanteamiento cognitivo. Metodológicamente es imposible en este trabajo poder afirmar qué cantidad de efectividad corresponde a cada tipo de tratamiento. Esto exigiría un diseño experimental adecuado que nosotros no pretendíamos con esta investigación clínica. El alcoholismo, por último, es un problema de personalidad que exige, además de los procedimientos conductuales pertinentes, una psicoterapia más o menos profunda para llegar a las raíces internas y externas del problema.

Un caso de depresión y alcoholismo moderado, pero progresivamente compulsivo, fué tratado conjuntamente con Terapia Psicodinámica y "Sensibilización Encubierta" (Upper y Cautela, 1983), consiguiéndose una mejoría de la depresión, con niveles tolerables por la paciente, y una eliminación del alcoholismo, manteniéndose así durante el seguimiento de seis meses. Probablemente sea interesante en casos parecidos juntar la efectividad holística de la Psicoterapia con la efectividad puntual de la Terapia Conductual.

Referencias bibliográficas:

- ROGERS, C y KINGET, G.M. (1967) *Psicoterapia y Relaciones Humanas*. Alfabeta, Madrid.
SCHULTZ, J.H. (1962) *El entrenamiento Autógeno (Autorrelajación Concentrativa)*. Edit. Científico-Médica, Barcelona.
UPPER, D y CAUTELA, J.R. (1983) *Condicionamiento Encubierto*. Desclee de Brouwer, Bilbao.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos se enviarán mecanografiados, a doble espacio y en tamaño folio escritos en una sola cara. Su extensión no podrá exceder de 30 folios, que serán numerados. Se enviarán tres copias del trabajo, y tres copias en papel satinado de todas las figuras o gráficos.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado o emplear fotografías de personas identificables.

3. Se adjuntará un resumen de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, a ser posible acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve curriculum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de *Referencias bibliográficas* correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en la lista y viceversa. En el texto se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda.

6. Deberán evitarse en lo posible las notas al pie de página. Cuando existan, deberán escribirse a máquina en hoja aparte, empleando una numeración correlativa. Dicha hoja se añadirá al final del texto.

7. El Comité Editorial se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien en aquellos casos en los que la originalidad o calidad del mismo no se considere suficiente; o también cuando no pueda relacionarse con los temas monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará al autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar cinco ejemplares con el artículo publicado o separatas, cuando se editen. En el caso de que el autor precisara un número mayor, el costo de los mismos correrá a su cargo.

9. El Director, el Comité Editorial y el Consejo de Redacción no aceptan responsabilidad alguna sobre los puntos de vista y afirmaciones sostenidas por los autores en sus comunicaciones originales. Además, el Comité Editorial no se identifica necesariamente con el contenido de los editoriales firmados.

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Apartado de Correos 90.097 - 08080 Barcelona

Tel. (93) 414 2507

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA**, al precio de 3.000 ptas. para el año 1990.

Apellidos

Nombre

Teléfono

Dirección

Ciudad D.P.

DOMICILIACION BANCARIA

Banco/Caja

Agencia nº:

Dirección

Ciudad D.P.

Sírvase abonar con cargo a mi cuenta corriente / libreta número
y hasta nuevo aviso, los recibos de la **REVISTA DE PSICOTERAPIA**.

Firma:

NOMBRE:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA

Desde 1981 RPPH es un importante medio de difusión del movimiento humanista. Las monografías de RPPH constituyen una inapreciable sistematización y actualización para el profesional y el estudiante.

Números aún disponibles:

Núm.	9	Psicodrama	500	pts.
Núm.	10	Enfoque centrado en la persona	500	pts.
Núm.	11	Terapias no verbales	500	pts.
Núm.	12	Terapia familiar en la asistencia pública	600	pts.
Núm.	13	Educación y Psicología Humanista	600	pts.
Núm.	16	El Análisis Transaccional después de Berne	600	pts.
Núm.	17	Nuevas aportaciones al enfoque centrado en la persona	600	pts.
Núm.	18	Psicología del Deporte	600	pts.
Núm.	21	Marginación e intervención social	700	pts.
Núm.	22	Práctica y teoría psicósomática	700	pts.
Núms.	23/24	Procedimientos de Intervención Psicoterapéutica	1.200	pts.
Núm.	25	Psicoterapia Existencial	700	pts.
Núm.	26	La Psicología de los Constructos personales	750	pts.
Núms.	27/28	Empatía: Procesos de escucha y comprensión en la interacción humana	1.300	pts.

OFERTA: 20% de descuento, para todos los que soliciten un lote mínimo de 3 números (hasta el 23-24 inclusive)

Pueden solicitarse los números atrasados disponibles adjuntando su importe mediante cheque nominativo (NO giro postal) a:

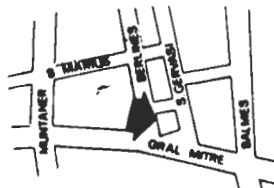
Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista
Apartado 90.097
08080 BARCELONA

Xoroï

LLIBRERIA

ESPECIALITZADA EN PSICOLOGIA I PSICOANÀLISI

- Importació de llibres
- Comptes de client
- Sala de conferències
- Informació bibliogràfica
- Butlletins de novetats



bus: 16-17-58-64-74
Ferrocarri Generalitat: Putxet

Berlès 20 · 08022 Barcelona

418 53 36

Recursos

PNL. Difusión y aplicaciones

c/ Calabria 103, entlo. 2ª. 08015 Barcelona. Tel. 426 4887 - 257 5018

PROGRAMACION NEUROLINGÜÍSTICA:

La PNL nació el año 1975 de la mano de Bandler y Grinder que desde su profesión informática y psicoterapéutica, después de haber observado a expertos en comunicación humana y terapeutas como Erickson, Perls, Satir y otros conseguían cambios rápidos y espectaculares en sus clientes, pensaron codificar y hacer posible el aprendizaje de los métodos que ellos utilizaban de forma intuitiva. Se trata de una técnica sistematizada acerca de la experiencia subjetiva y de las formas de comunicación humana, y su influencia sobre el comportamiento.

Programa de Cursos

Básicos. Principios de Practitioner. Introducción a la PNL.

A - 24, 25 de Febrero y 3,4 de Marzo.

B - 21, 22 de Abril y 28, 29 de Abril.

New Code. Basado en las enseñanzas de Carlos Castaneda para la excelencia personal.

Fechas: 7, 8, 9, 10 y 11 de Abril.

Practitioner. Diseñado para aprender a utilizar las técnicas de PNL de forma profesional

Fechas: 1 al 15 de Julio de 1990.

Impartidos por **Rebeca L. Frenk** y Asociados (Sociedad Brasileira de PNL).

**BASES DEL
PREMIO A.P.H.C.
A UN ARTICULO O TRABAJO DE INVESTIGACION
SOBRE PSICOTERAPIA**

- 1.- La Asociación de Psicología Humanista de Cataluña, con la colaboración de la Revista de Psicoterapia, convoca un premio dotado con 40.000 ptas. para un artículo o trabajo de investigación inédito sobre Psicoterapia.
- 2.- El trabajo galardonado será publicado en la Rev. de Psicoterapia. Si la extensión del trabajo hiciese inviable su publicación, se solicitaría un resumen en forma de artículo.
- 3.- El tema debe incluirse dentro del ámbito de la Psicoterapia. La extensión del trabajo es libre y podrá estar redactado en cualquiera lengua del Estado Español.
Los trabajos que opten al premio deben ser inéditos.
La escuela teórica, modelo terapéutico, metodología de trabajo, etc; son libres. Sin embargo, el Jurado valorará especialmente los trabajos o artículos cuya orientación sea similar a la propia de la Revista y/o de la APHC.
- 4.- El Jurado estará formado por el director de la Rev. de Psicoterapia -Dr. Manuel Villegas- dos miembros de su Consejo de Dirección -Ramón Rosal y Ana Gimeno- y 3 representantes de la APHC -Luis Casado, Mª del Mar Gómez y Nuria López-.
- 5.- El premio podrá ser declarado desierto, pero no podrá dividirse. Aunque el Jurado puede dar cuantos accésits desee.
- 6.- Los artículos o trabajos deberán enviarse a la REVISTA DE PSICOTERAPIA, Apto. de correos 90097 -08080 Barcelona- antes del 30 de Noviembre de este año.
- 7.- El veredicto del Jurado será hecho público por medio de la Revista durante el primer trimestre del próximo año.
- 8.- Los trabajos se entregarán mecanografiados a doble espacio y en tamaño DIN A4 o folio escritos en una sola cara, con las páginas numeradas. Se enviarán tres copias del trabajo y tres copias en papel satinado de todas las figuras o gráficos.
- 9.- Se adjuntará resumen de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, a ser posible acompañado de tres a diez palabras clave para índices.
- 10.- En el artículo solo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve curriculum.
Asimismo se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya trabajado.
- 11.- Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de Referencias Bibliográficas correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (APA). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en la lista y viceversa. En el texto se indicará año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda.

En Barcelona, a 3 de Marzo de 1990

En representación de la APHC

En representación de la Rev. de Psicoterapia.



INSTITUTO ERICH FROMM DE PSICOLOGIA HUMANISTA

Rector Ubach, 46, 1^ª 1^ª - 08021 Barcelona - Tel. (93) 201 1016

Madrazo, 113, bajos, 2^ª - 08021 Barcelona - Tel. (93) 414 2507

I Instituto para la formación e investigación en psicoterapia

(Equipo de 8 profesores colaboradores)

- a) 40 programas (de 20 horas cada uno) de formación en psicoterapias: gestalt, transaccional, constructivista, familiar-sistémica, postrogeriana de Egan, y holista-integradora.
- b) 4 programas de Antropología existencial, 3 de Psicología evolutiva de la personalidad.
- c) Supervisión grupal (2 seminarios permanentes) o individual.

II Centro de Psicoterapia

(Equipo de 17 psicoterapeutas colaboradores)

Psicoterapia individual, grupal (5 grupos permanentes, más marathones), de pareja y familiar

III Escuela para el crecimiento personal y el autoconocimiento.

Programas de I-b, más grupos de métodos psicocorporales.

IV Escuela de educadores para comunidades de toxicómanos

(Equipo de 10 profesores)

Nota: Hay posibilidad de proyectos de formación, fuera de Barcelona en programas intensivos.