

REVISTA DE
PSICOTERAPIA

INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

Epoca II, Volumen I - 4º. trimestre 1990

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

4 Ψ

REVISTA DE PSICOTERAPIA

Director: MANUEL VILLEGAS BESORA

Consejo de Dirección: LLUIS CASADO ESQUIUS, LEONOR PANTINAT GINÉ,
RAMON ROSAL CORTES.

Comité de Redacción: LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID, PEDRO GALIANA
VILLA, MAR GOMEZ MASANA, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M^a
JOSE PUBILL GONZALEZ.

Secretaria de Redacción: MARI CARMEN CUENCA GOMEZ

Consejo Editorial: ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA
ARBONA, RENZO CARLI, LORETTA CORNEJO PAROLINI, VITTORIO F.
GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, GIOVANNI P.
LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS,
MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE
NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME SEBASTIAN CAPO,
ANTONIO SEMERARI.

Coordinador: GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA.

EDITA:

REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.A.

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

Epoca II, Volumen I - Nº 4 - 4º trimestre 1990

Esta revista tuvo una época 1ª, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

Portada: Ana Gimeno-Bayón Cobos

Fotocomposición, Fotomecánica: Más... Tres Ediciones, S.C.P.

Ave. Rep. Argentina, 225, 6º 1º, Tel.: 418 28 67, Fax: 417 52 35, 08023-BARCELONA

Impresión: GRAFICAS L'ALZINA.

Vernatallat 15. 08024 Barcelona. Tel.: (93) 217 05 55

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

Precio de este ejemplar 1.000 pts. (incluido I.V.A.)

NOTA EDITORIAL

La REVISTA DE PSICOTERAPIA cumple con este número su primer año de existencia. En este año hemos intentado guiarnos por los objetivos que nos habíamos planteado inicialmente a nivel intelectual, social y empresarial.

Desde el punto de vista intelectual la Revista pretendía convertirse en un foro de reflexión sobre el quehacer terapéutico en sus múltiples dimensiones teóricas, epistemológicas y clínicas, publicando trabajos de producción nacional y extranjera que combinaran rigor científico con un estilo aceptable de divulgación. Toca ahora al lector juzgar en qué medida se han conseguido estos objetivos de rigor, claridad, utilidad y actualidad que hemos perseguido en todo momento; pero esperamos que convendrá con nosotros, al menos, en que la selección de trabajos y autores se ha guiado por estos criterios. Agradeceremos en esta línea cualquier sugerencia que pueda ayudar a mejorar el contenido de la Revista.

Este último punto —el de la selección de trabajos y autores— es otra cuestión que deseábamos tratar, al conmemorar este primer año de la aparición de la Revista, desde una perspectiva que podríamos denominar “social”. Por su propia naturaleza la Revista se dirige a un grupo profesional específico, el de los psicoterapeutas, que constituye, por lógica, la masa social de sus lectores. Estos lectores, sin embargo, son también potencialmente sus autores, puesto que la Revista es un foro de intercambio de reflexiones y experiencias, abierto a todos los profesionales del área, con independencia de su adscripción teórica o de escuela. La producción de literatura psicoterapéutica nacional, sin embargo, no es muy elevada, tal vez por la ausencia de canales suficientes de expresión y difusión. Esta es, entre otras, la razón por la que tenemos que recurrir preponderantemente a autores extranjeros. Con esta observación pretendemos estimular a todos nuestros lectores a convertirse en autores ellos mismos, aportando sus contribuciones teóricas o clínicas a las diversas secciones de nuestra Revista. Estas pueden describirse como sigue:

- a) temática: artículos de fondo relativos al tema monográfico del número;
- b) clínica: casos clínicos, experiencias terapéuticas;
- c) comentarios, ensayos e investigaciones;
- d) recensiones de libros, artículos, congresos, etc;
- e) entrevistas realizadas a personalidades relevantes del campo de la psicoterapia u otros afines;
- f) información y difusión de actividades relacionadas con la enseñanza o práctica de la psicoterapia, organizadas por los profesionales del área, publicidad.

Existen, desde luego, normas para la selección de trabajos que pueden ser publicados. Entre ellos hay que destacar no sólo las condiciones relativas a la presentación de los artículos, sino también la necesidad de someterlos a la revisión de los miembros del Consejo Editorial, finalmente constituido, para garantizar la calidad y adecuación de los mismos. Esto no debe desanimar a los posibles autores, sino más bien estimularlos a publicar con una garantía de mayor prestigio.

Queremos referirnos, finalmente, al tercero de los objetivos que nos planteamos al proyectar el actual formato interno y externo de la Revista y al que hemos denominado “empresarial”. A pesar de las dificultades inherentes a todos los inicios podemos manifestar una prudente satisfacción a este respecto. Ello se debe, en parte, a la experiencia acumulada en la fase anterior de la Revista y a la masa social de suscriptores heredada de la Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, y, en parte, a la captación de nuevos suscriptores que han venido a sumarse a los anteriores con posterioridad. Esta experiencia anterior, sin embargo, nos ha permitido llevar a cabo algunas reestructuraciones relativas a la administración de la Revista que creemos redundarán en beneficio de su gestión. La principal de todas ellas consiste en la unificación de los diversos servicios —suscripciones, contabilidad, distribución, etc.— en una sola empresa SERVEIS PEDAGOGICS S. A., de larga tradición en el campo editorial, que de ahora en adelante cuidará de su gestión. De este modo quedarán claramente diferenciadas dos áreas, la de producción y la de administración. En consecuencia, todas las propuestas relativas a la publicación o contenido de la Revista deberán dirigirse a la **Dirección** de la misma

REVISTA DE PSICOTERAPIA
APARTADO DE CORREOS 90.097 - 08080 BARCELONA

Las cuestiones relativas a **Gestión y Administración** (suscripciones, pagos, etc.) se tratarán, en cambio, directamente con

REVISTA DE PSICOTERAPIA
SERVEIS PEDAGOGICS S. A.
c/. de l'Art 08026 - Barcelona
Tel. (93) 235 2311

Un mejor cálculo de costos, por otra parte, junto a las previsiones de aumentos en los distintos sectores que intervienen en la gestión de una revista —composición de textos e impresión, distribución, aumento en las tarifas de correos, servicios bancarios, etc.— nos obligan a subir el precio de la Revista en 600 Ptas. anuales. Calculamos que este módico aumento será suficiente para hacer frente a los gastos generados por la publicación de la Revista para este nuevo año que deseamos provechoso para todos nuestros amigos lectores y colaboradores.

SUMARIO

EDITORIAL	5
INVESTIGACION CLINICA Y PRACTICA TERAPEUTICA: UN ABISMO QUE SALVAR	9
Pio Scilligo	
DIFERENCIAS ENTRE PSICOTERAPEUTAS MAS Y MENOS EFICACES: UN ESTUDIO DE VARIABLES DEL TERAPEUTA	33
Patricia Lafferty, Larry E. Beutler y Marjorie Crago	
¿HACE LA FORMACION PROFESIONAL MAS EFICAZ A UN TERAPEUTA?	45
Jeffrey S. Berman y Nicholas C. Norton	
LA INVESTIGACION SOBRE EL PROCESO DE CAMBIO	57
Leslie S. Greenberg	
* * * * *	
ATENCION PSICOLOGICA A LA MUJER	73
Etel Gordo Ruera	
* * * * *	
COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS	89

EDITORIAL

Abordamos en este número un tema difícil y, a primera vista algo árido, como es el de la investigación sobre eficacia terapéutica. Lo hemos hecho por varias razones. La primera de ellas porque creemos que esta cuestión es una de las que más han influido en el cuestionamiento de los planteamientos escolásticos o dogmáticos que hasta hace poco predominaban en el campo de la psicoterapia. El aperturismo progresivo de las diversas escuelas a otros puntos de vista considerados hasta hace poco incompatibles entre sí, la tendencia cada vez más evidente hacia una práctica integradora de la psicoterapia por parte de la mayoría de terapeutas, la evidencia de la existencia de factores comunes a todas las terapias, son fruto fundamentalmente de la reflexión sobre los resultados paradójicos de la investigación sobre eficacia terapéutica.

La segunda razón persigue ofrecer un estímulo para el análisis de la propia actividad de los terapeutas. En general el terapeuta se halla inmerso en su trabajo clínico o aplicado, y goza de poco tiempo y escasa perspectiva para poder evaluar los efectos de la praxis terapéutica en general. Es una costumbre cada vez más extendida en todos los ámbitos profesionales someter la actividad colectiva a un análisis que permita conocer mejor la incidencia de la propia intervención sobre la sociedad.

El terapeuta, como ya observaba Freud a principios de siglo, tiende a valerse únicamente de la evaluación clínica, absolutamente necesaria para su propio trabajo, pero insuficiente para adquirir una visión global que le permita comparar sus resultados y los de su escuela con resultados de los otros terapeutas y escuelas. Los estudios comparativos sobre distintos aspectos implicados en la psicoterapia han contribuido a colmar este vacío. El conocimiento de esta cuestión puede ser interesante para todos los profesionales del área y, por eso, hemos realizado una selección de trabajos que hacen referencia a distintos aspectos estudiados a través de la última década.

El primer trabajo, debido a la pluma de Pio Scilligo, profesor de la Universidad de Roma, plantea desde una perspectiva crítica y bien documentada el tema de la investigación sobre eficacia terapéutica, que tanta polémica ha suscitado. A juicio del autor los problemas que se plantean en este campo derivan del calco del modelo médico. La equiparación de la labor psicoterapéutica a la de una intervención médica lleva la discusión sobre la eficacia en psicoterapia al terreno de lo sintomatológico con la consiguiente perplejidad respecto a los resultados. Pio Scilligo no se resigna, como tampoco lo hace ninguno de los psicoterapeutas que creen en su trabajo, a considerar el efecto terapéutico como un simple efecto placebo. Nadie cuestiona, dice el autor, la

función del maestro por el hecho de que algunos alumnos tengan dificultades de aprendizaje o porque otros aprendan de forma autónoma, sin necesidad de ayuda. La función del terapeuta se justifica por su utilidad social y personal, no por índices de rentabilidad o productividad.

De entre las distintas variables que intervienen en el resultado terapéutico la investigación ha puesto especial énfasis en las características del terapeuta. La primera cuestión que puede plantearse al respecto es determinar la existencia o no de características diferenciales entre terapeutas más o menos exitosos. Este es el objetivo del trabajo de Patricia Lafferty, Larry E. Beutler y Marjorie Cargo. Las conclusiones del estudio llevado a cabo por los autores muestra algunos resultados esperados y otros sorprendentes que no vamos a revelar ahora, sino que dejamos para el descubrimiento y análisis del lector. De todas formas podemos avanzar algo que de forma invariable aparece en todos los estudios sobre eficacia terapéutica, a saber que ésta no es independiente del grado de empatía que es capaz de mostrar el terapeuta.

Tal vez esta constatación general esté a la base de las conclusiones todavía más sorprendentes que se deducen del estudio de Jeffrey S. Berman y Nicholas C. Norton, relativo a la práctica equiparación en cuanto a eficacia terapéutica entre profesionales entrenados y paraprofesionales que trabajan en distintas áreas de la salud. La cuestión de si la formación profesional hace más eficaz al terapeuta tiene sin duda una trascendencia capital para los planes de enseñanza clínica, puesto que si se confirmaran las conclusiones de estudios anteriores como los de Durlak, según el cual era todavía mayor la eficacia de los paraprofesionales que la de los profesionales, se pondría en entredicho la utilidad y necesidad de una formación específica.

En general todos los estudios sobre eficacia terapéutica limitados a variables del terapeuta o del cliente han arrojado resultados poco fiables y con frecuencia contradictorios. Pero han tenido el mérito de llamar la atención sobre la necesidad de plantear el problema de la eficacia terapéutica cambiando el foco de interés de la investigación. Algunos autores como Leslie S. Greenberg, de quien reproducimos un trabajo pionero, señalan la conveniencia de orientar nuestras pesquisas hacia los procesos de cambio, que se producen en el interior de una terapia, y no hacia aspectos externos como características demográficas o actitudinales del terapeuta o del cliente. El autor desarrolla el llamado paradigma de los acontecimientos, según el cual lo que cabe investigar son las unidades significativas de interacción terapéutica, orientadas a la consecución de determinadas metas, propias de cada modelo terapéutico.

Fuera ya del tema monográfico hemos incluido una experiencia llevada a cabo con grupos de mujeres de distintos barrios de la ciudad de Barcelona y

su periferia, que presenta a nuestro juicio el interés de integrar la intervención psicológica en el marco de la asistencia primaria. El trabajo realizado por Etel Gordo es fruto de una colaboración de equipos interdisciplinarios y constituye una muestra de cómo podría articularse con una planificación adecuada la labor del psicólogo en el conjunto de los servicios sociales públicos.

La publicación en la Revista de experiencias, casos clínicos y otros trabajos teóricos o prácticos realizados por nuestros lectores es una aspiración que nos gustaría ver colmada con la aportación de mayor volumen de material publicable por parte de todos ellos. Por el momento queremos anunciar los temas de los próximos números que pensamos publicar durante el año 1991 con la intención de estimular la producción literaria de nuestros colaboradores. Estos son, y por este orden, los siguientes: **“la relación terapéutica”, “terapia familiar sistémica” y “esquizofrenia”**. Esperamos vuestros originales.

INVESTIGACION CLINICA Y PRACTICA PSICOTERAPEUTICA: UN ABISMO QUE SALVAR

Pio Scilligo
Università di Roma

This paper overviews from a critical point of view the several attempts that have been carried out in the field of research on psychotherapeutic effectiveness. The unexpected and disconcerting results of these studies make necessary to restate the philosophy of research in psychotherapy and to focus on the difficulty of designing models capable of gathering the whole complexity of the psychotherapeutical process.

La investigación científica sobre la praxis clínica se considera, en general, de suma importancia. Pero esta afirmación parece basarse más bien en argumentos derivados de la generalización de ámbitos científicos distintos a los de la psicología. No está claro para quién y en base a qué razones el binomio investigación-práctica clínica es realmente importante. Una razón deriva indudablemente del modelo de Boulder (Derner, 1965) que insiste sobre la integración entre ciencia y práctica clínica, debido a una convicción profunda de que tal matrimonio constituye el signo distintivo de la psicología clínica (Shakow, 1976).

Sin embargo, los hechos demuestran que, tanto hoy como en los años sesenta, continúa existiendo un abismo profundo entre investigación científica y práctica clínica. No resulta por tanto superfluo dedicar unas páginas a examinar la naturaleza de esta disociación, sus razones más evidentes y a señalar las posibles directrices adecuadas para colmar el abismo existente.

Existe acuerdo casi unánime en considerar que la investigación científica debería aportar informaciones útiles para la práctica clínica, pero coinciden al mismo tiempo los terapeutas en afirmar que hasta ahora la investigación científica no lo ha conseguido (Barlow, 1981; Batacchi, 1988; Elliot, 1983; Fiske et al., 1970; Gelso, 1979; Gottman & Markman, 1978; Kogan, 1963; Luborsky, 1973;

Luborsky & Spence, 1978; Mitchell & Mudd, 1957; Morrow-Bradley & Elliot, 1986; Orlinsky & Howard, 1978; Parloff, 1980; Raush, 1974; Rice & Greenberg, 1984; Sechrest, 1975; Strupp, 1968, 1981, 1986; Strupp & Bergin, 1969; Ugazio, 1988; Ward, 1964).

Sabido es que el terapeuta que se halla comprometido con la práctica clínica no se dedica, en general, a la investigación (Kelly, 1961; Prochaska & Norcross, 1983) y que no desea tampoco participar en grupos de investigación (Bednar & Shapiro, 1970); que su actitud hacia la investigación y el tiempo que exige la adquisición de habilidades adecuadas para llevarla a cabo es más negativa que el de sus colegas clínicos que trabajan en el ámbito académico (Kelly et al., 1978). En relación a los colegas que se mueven en el mundo universitario, el terapeuta se muestra menos proclive a ponerse al día utilizando informaciones que provengan de la investigación clínica, al tiempo que prefiere utilizar manuales de práctica clínica, leer material de naturaleza teórica y discutir con los colegas (Cohen, 1979). Estas conclusiones se han utilizado como indicadores del escaso interés de los clínicos por utilizar en su trabajo práctico los resultados de las investigaciones relativas al campo de su especialidad.

Otras investigaciones han estudiado de forma más directa la manera cómo el psicólogo clínico utiliza la investigación en su práctica clínica. Se trata de estudios basados sobre las opiniones relativas a la utilidad de una hipotética investigación clínica, en los que se encontró un notable acuerdo sobre la utilidad de la investigación metodológicamente seria, coherente con la experiencia clínica y acorde con las expectativas del psicoterapeuta (Cohen, 1980; Kirk & Fischer, 1976; Sargent & Cohen, 1983; Weiss & Bucavalas, 1980).

Un solo estudio (Kirk, Osmalov & Fischer, 1976) se interesó por la utilización real, y no sólo hipotética, de la investigación por parte de los trabajadores sociales, pero no se planteaba directamente la investigación relativa a la psicoterapia.

Morrow-Bradley & Elliot (1986) resumen en seis puntos, sobre la base de los estudios citados anteriormente, las posibles causas del desinterés relativo a la investigación científica en psicoterapia:

1. Los problemas estudiados no tienen importancia clínica (Elliot, 1983; Emmelkamp, 1981; Frank, 1979; Goebel, 1981; Hayes & Nelson, 1981; Rice & Greenberg, 1984).

2. Las variables escogidas para la investigación (tratamientos, medidas, poblaciones) no son representativas de la práctica clínica real (Barlow, 1981; Elliot, 1983; Frank, 1979; Hayes & Neslon, 1981; Strupp, 1978).

3. Faltan una estandarización, selección y descripción de la población utilizada en la investigación, adecuadas (Frank, 1979; Kiesler, 1966; Strupp, 1978).

4. Los análisis de las investigaciones referidas a la psicoterapia conceden

importancia excesiva a las estadísticas de grupo y a la significación estadística (Barlow, 1981; Hayes & Neslon, 1981; Rice & Greenberg, 1984).

5. Los investigadores no traducen, ni comunican sus resultados de una manera asequible para los terapeutas (Elliot, 1983; Goebel, 1981; Hayes & Nelson, 1981).

6. La investigación no se utiliza por razones que afectan directamente a los terapeutas, como por ejemplo la falta de preparación para la investigación, la falta de tiempo debida al trabajo clínico y la inactividad (Bednar & Shapiro, 1970; Kogan, 1963).

Morrow-Bradley & Elliot (1986) estudiaron el uso real de la investigación en psicoterapia a través de un muestreo del 10% de los socios de la División 29 (psicoterapia) de la Asociación Psicológica Americana. Sobre 384 cuestionarios enviados a los socios obtuvieron datos de 279 de ellos, el 72%. La investigación arroja luz sobre varios puntos importantes.

De los 105 terapeutas que no respondieron al cuestionario enviado por correo se extrajo una muestra de 20; no se diferenciaban del resto sino en las siguientes características: era poco probable que de los veinte alguno tuviese alguna especialización universitaria en psicología clínica, que, si acaso, lo era de orientación psicodinámica, y en relación al grupo estudiado presentaban una tendencia significativamente superior a usar libros y artículos de investigación en psicoterapia como fuente de información; tal diferencia se considera atribuible a deseabilidad social, probablemente como efecto de la entrevista telefónica a la que se recurrió en este caso.

Después del control preliminar se examinaron los resultados de los 279 psicoterapeutas que habían respondido a los cuestionarios. Los resultados se distribuyeron en tres áreas principales: utilización de la investigación, predictores de utilización y reservas de los psicoterapeutas respecto a la investigación clínica.

1. En relación a la utilización de la investigación clínica, los resultados indican que se utiliza muy poco con finalidades prácticas. Los terapeutas aprenden a hacer terapia en la casi totalidad de casos a través de la práctica clínica con clientes y raramente consultan la investigación clínica para resolver problemas con los clientes difíciles. Casi la mitad de los terapeutas afirma que encuentra una cierta utilidad clínica en la investigación leída u oída en los congresos. Un 30% aproximadamente asegura que utiliza artículos y materiales de congresos relativos a la investigación en psicoterapia. A la pregunta de indicar la fuente ideal de información la mayor parte expresa el deseo de utilizar mayormente la investigación clínica.

2. El mejor predictor de la utilización de la investigación clínica resulta ser, sin embargo, la orientación teórica. Los terapeutas más proclives a utilizar los datos de la investigación en psicoterapia son los terapeutas de tendencia cognitivo/conductual. Los terapeutas de orientación psicodinámica se muestran menos

inclinados a aceptar que la investigación en psicoterapia les pueda ser útil; al mismo tiempo son también más críticos con la investigación como método apropiado para estudiar adecuadamente la complejidad del proceso terapéutico.

El mejor predictor después de la orientación teórica es el contacto efectivo con la investigación: la encuentran más útil quienes más la utilizan.

Todos estos resultados deben leerse teniendo presente que las correlaciones detectadas habían desaparecido (la varianza explicada era en todos los casos menor del 10% y prevalentemente alrededor del 4%).

3. Respecto a la tercera área, la perplejidad de los terapeutas, relativa a la utilidad de la investigación clínica, aparece que la duda principal se refiere a cuestiones de validez externa (generalizabilidad de los resultados en relación a qué terapeutas, qué contexto, qué modelo, con qué clientes) y a un exceso de simplificación. Poca preocupación, sin embargo, se detectó respecto a problemas relativos a la publicación de las informaciones y a la metodología seguida en general (estadística y reactividad del contexto de investigación). Con todo algunos de los que respondieron al cuestionario se mostraron preocupados por tales cuestiones.

La investigación referida refleja algunas de las actitudes de una población particular de psicólogos americanos: es una población de socios de la Asociación de Psicología Americana, pertenecientes a la División 29 y deja por tanto fuera los psicólogos de orientación humanística (División 32), los psicólogos clínicos (División 12), los psicólogos que llevan una práctica independiente (División 42). Probablemente los psicólogos de la División 29 están más interesados en la investigación que los de la División 32 y 42, razón por la cual, los resultados ofrecen una panorámica de la disociación entre investigación y práctica clínica probablemente más optimista de lo que es en realidad.

Este análisis pone de manifiesto que la investigación científica en el campo terapéutico necesita reorientarse: debe, por una parte, ajustarse mejor a la realidad clínica (validez externa) y esto implica, entre otras cosas, prestar mayor atención a la población, al contexto y a los modelos; la investigación debe centrar su atención sobre la complejidad del proceso y describir por tanto, como mínimo, claramente el tratamiento utilizado, examinar los nexos entre lo que sucede en la sesión y lo que sucede después de ella en la vida real, focalizar la atención sobre los cambios significativos, prestar mayor atención a la alianza terapéutica.

La investigación llama la atención sobre el “mito de la uniformidad” puesto de relieve por Kiesler (1966), el mito que supone que se puede tratar de la misma manera a todos los clientes, todos los terapeutas y todos los tratamientos.

Diversos estudiosos de la investigación clínica (Elliot, 1983; Rice & Greenberg, 1984; O'Donohue, 1989) defienden, entre otros, que ya va siendo hora de pensar en un cambio de paradigma en la investigación psicoterapéutica por que consideran que los métodos de investigación de la psicología experimental basada

en el aislamiento, la simplificación, la estadística de grupo, etc. no son adecuados para la investigación en psicoterapia.

Otros investigadores han experimentado con resultados prometedores nuevas modalidades de investigación que toman en consideración aspectos complejos del proceso terapéutico y tienen en cuenta la tradición psicoanalítica y experiencial (Greenberg & Safran, 1987; Horowitz, Sampson, Siegelman, Wolfson, Weiss, 1975; Horowitz, et al., 1984; Rice & Greenberg, 1984); tales investigadores se han tomado en serio el interés por los acontecimientos significativos de cambio en terapia, por la alianza terapéutica, por la conexión de cuanto acontece en la sesión terapéutica y lo que sucede en la vida real y a través del tiempo.

ALGUNOS ASPECTOS DE LA INVESTIGACION CLINICA A DEBATE

Para muchos la solución al problema de la investigación y de la práctica clínica se encuentra todavía en el modelo de Boulder. Existen señales inequívocas de que tal integración continúa siendo un deseo: en los últimos diez años han surgido numerosos departamentos que han adoptado un modelo profesional de formación clínica (Peterson, 1976), que no pretende convertir a los clínicos en científicos. Tal como indica el estudio de Morrow-Bardely & Elliot (1986), ni siquiera los clínicos que pertenecen al modelo cognitivo-conductual consiguen integrar de forma consistente la actividad investigadora con la practica clínica, tendencia que ya había notado Barlow (1980) hace diez años. Peterson (1976) se propuso un objetivo más modesto: que los clínicos se alimentasen de la investigación clínica sin necesidad de convertirse en científicos; de este modo los clínicos ocupados en el trabajo aplicado podrían guiarse en su práctica en base a sólidas informaciones científicas. Se podría conseguir este objetivo poniendo a disposición de los clínicos informaciones debidamente estructuradas y listas para su aplicación y presentadas en el contexto de informaciones aplicables. Un intento llevado a cabo por la Revista *Polarità* (editada por el autor), en la que se da cuenta sistemáticamente de las principales investigaciones llevadas a cabo en el área de la psicología clínica, ha suscitado numerosas adhesiones en el campo psicoterapéutico, pero no se detectan, por ahora, otros signos de uso efectivo de la información. Estas y otras experiencias suenan a música ya conocida para muchos psicoterapeutas, incluido el autor de este artículo, que desde hace veinte años se dedica a la investigación y a la práctica clínica, de acuerdo con las palabras de Matarazzo: "... aun después de quince años, pocos descubrimientos derivados de la investigación influyen sobre mi práctica clínica. La ciencia psicológica por sí misma no me sirve ni de mínima guía. Leo con avidez, pero me sirve de poca ayuda práctica inmediata. Mi experiencia clínica es la única cosa que me ha ayudado en mi práctica clínica hasta ahora..." (citado por Bergin & Strupp, 1972, p. 340).

Garfield & Kurtz (1976) observaron hace ya bastantes años un rápido aumento de los clínicos que adoptaban un enfoque ecléctico, lo que podría ser un

indicador de la poca confianza en las conceptualizaciones psicológicas, tan caras a los científicos, y un indicio más de que el verdadero impulso del progreso de la práctica clínica continúa siendo, como lo era para Matarazzo, el aprendizaje por ensayo y error (Barlow, 1981). Aunque esta conclusión tiene un regusto amargo, debe tomarse seriamente, puesto que todavía hoy el hiato existente entre investigación y práctica clínica no se ha reducido, a pesar de los claros indicios que los recientes progresos ofrecen respecto a un giro radical para los próximos veinte años.

Para poder pensar en la posibilidad de un giro radical conviene contemplar cara a cara algunos aspectos que hacen difícil la integración entre investigación y práctica terapéutica y ver qué soluciones pueden facilitar un cambio colaborador.

NUDOS POR DESHACER

Investigación basada en grupos.

La investigación clínica utiliza ampliamente la metodología de naturaleza nomotética, de comparación entre grupos. Este tipo de investigación es sin duda útil para la praxis clínica, pero presenta al mismo tiempo limitaciones importantes para su aplicación (Barlow, 1980; Bergin & Strupp, 1972; Hersen & Barlow, 1984, Kazdin, 1980; Strupp & Hadley, 1979). Llevar a cabo experimentos en el contexto terapéutico resulta problemático en general. Es difícil obtener unidades experimentales numéricamente suficientes y adecuadamente combinadas para hacer posible un estudio según las exigencias de los procedimientos de investigación, que exigen grupos experimentales y de control. Además, la propia ejecución de los procedimientos de grupo en ámbito clínico resulta extremadamente costosa (Paul & Lenz, 1977).

El mito de la significación estadística.

Meehl (1978) ha criticado duramente el uso indiscriminado de las inferencias estadísticas en la investigación psicológica en general y sostiene que la confianza otorgada a la técnica inferencial de naturaleza estadística sea lo peor que le haya podido suceder a la psicología. Posiblemente tal afirmación debería suavizarse, pero aún así continúa siendo cierto que la significación estadística, aun cuando aplicada de forma apropiada, no dice nada respecto a la importancia de la entidad del efecto (Cronbach, 1975; Tyler, 1931). La consistencia del efecto viene dada por la significación clínica (Barlow & Hersen, 1984) que se puede expresar en la cantidad de variancia explicada por la intervención. En sus clases de psicometría Cronbach decía que la significación que verdaderamente cuenta es la "binocular", es decir la que es tan evidente que se ve a ojos vista. Los psicoterapeutas han aprendido la lección no haciendo demasiado caso de las significaciones estadísticas y dando un mayor peso a la significación clínica.

La indefinición de los tratamientos.

Ni siquiera la significación clínica lleva a sólidas conclusiones si no se especifica claramente qué aspectos del tratamiento son responsables de los efectos sobre un individuo concreto (Yeaton & Sechrest, 1972). Un problema que hace discutibles las conclusiones de las investigaciones es la definición poco clara de la variable independiente, frecuentemente definida sólo con el nombre de un modelo terapéutico y equiparándolo a la influencia del terapeuta (Orlinsky & Howard; Parloff, Waskow & Wolfe, 1978). Los estudios más recientes prestan mayor atención a este aspecto o, al menos, proporcionan descripciones más específicas, a través de manuales, sobre la naturaleza de la intervención (Losito, 1990). Como ejemplos de manuales pueden consultarse Beck et al. 1979; Klermann, Weissman, Rousaville, Chevron, 1984; Luborsky, 1984; Strupp & Binder, 1984.

Generalizaciones inadecuadas.

La investigación de grupo es, sobre todo, investigación con grupos heterogéneos con fines de generalización, y, por tanto, en la medida en que se pueden generalizar los resultados a poblaciones más amplias, tanto menos se puede generalizar el resultado al individuo concreto; este es el problema que Kiesler (1971) denominó el mito de la uniformidad.

La marginación simplista de la interacción.

La investigación en ámbito clínico es sobre todo investigación de las interacciones, puesto que diversas condiciones actúan entre sí al producir resultados. Los planos factoriales de análisis, que toman en consideración las interacciones, descubren algunas interacciones, pero con frecuencia son atribuidas a la varianza de error como aspectos molestos, que es mejor considerar como elementos erróneos, concluyendo que no existen.

Rigidez de planificación en la investigación de grupo.

En la investigación grupal, la asignación aleatoria a grupos fijos de tratamiento impone una rigidez inconcebible en ámbito clínico, donde las intervenciones se modulan a través de las repuestas del cliente. La rigidez en la planificación del experimento grupal hace vulnerable desde el punto de vista de la validez interna por efecto de reactividad y desde el punto de vista de la validez externa por falta de realismo. Estos efectos convierten la investigación clínica en irrelevante para quienes trabajan con la complejidad del individuo único.

Una solución propuesta para salir al paso de este modelo nomotético es la introducción de planos de análisis para sujetos individuales (Barlow & Hersen, 1984), que permiten notable flexibilidad, intervenciones y cambios inmediatos durante el proceso de investigación.

Aislamiento de las unidades experimentales.

Incluso con la realización de experimentos orientados a sujetos individuales aparecen varias objeciones relacionadas con la posición del individuo respecto al experimento. Las personas que acuden a terapia se inscriben en un sistema diádico de relación terapeuta-cliente; se hallan inscritas además en muchos otros sistemas de relación interpersonal fuera de la terapia; pertenecen a muchos otros subsistemas sociales y ecológicos, razón por la cual lo que para una persona puede resultar una solución óptima, puede no serlo en absoluto para otra.

Inseguridad respecto a la eficacia de la intervención.

Los diversos modelos terapéuticos insisten en valores implícitos relativos al comportamiento humano, razón por la cual lo que es resultado eficaz para un modelo puede ser indeseable para otro. Por ejemplo, el valor positivo dado a la independencia en algunos modelos y en algunas situaciones puede entrar en colisión con el alto valor concedido a la interdependencia en otros modelos y situaciones; un modelo de autonomía valorado en una cultura (por ejemplo, la americana) podría considerarse desastroso en otra (por ejemplo, la japonesa).

El mito del efecto específico y del efecto común.

Frecuentemente la investigación ha tratado de distinguir los efectos específicos de los no específicos. Hasta el presente los resultados obtenidos a través de distintos estudios estadísticos son poco concluyentes, probablemente porque las operaciones de medida son poco precisas y escurridizas y generalmente los registros de observación no tienen suficientemente en cuenta las modalidades extremadamente complejas de transacciones entre ambiente-terapeuta-cliente.

El mito de la varianza específica.

La conducta humana es enormemente compleja e interconectada, razón por la cual atribuir a técnicas específicas de intervención la varianza específica de las variables dependientes produce los efectos débiles, característicos de la investigación (Bergin & Lambert, 1978; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Metzoff & Komreich, 1970; Smith, Glass & Miller, 1980).

El reduccionismo técnico.

La intervención investigadora detecta fácilmente las operaciones técnicas que realiza cualquier terapeuta inexperto, mientras aplica cuidadosamente todos los pasos de un procedimiento terapéutico determinado, pero está registrando una terapia muerta, mecánica, falta el fluir imprevisible, creativo, falta el toque particular significativo, el conjunto que contextualiza y da significado. Lo verbal y lo no verbal de la terapia adquiere significado para la persona cuando se halla contextualizado como algo relevante personalmente. A veces el terapeuta fluye

con el cliente en terapia, a veces le frustra o gira en otra dirección (Young & Baier, 1982). El terapeuta permanece en contacto empático, evitando el psitacismo, a la vez que provoca experiencias correctivas y reconstructivas en la persona. No es casualidad que observadores atentos se muestren confusos cuando ven trabajar a terapeutas expertos, puesto que a ratos les parecen psicoanalistas, en otros momentos los perciben como conductistas o cognitivistas, o incluso experienciales, mientras que un hilo de confianza y entendimiento va tejiendo una trama difícilmente descriptible que sólo se contempla e intuye en su complejidad una vez terminada. La mayoría de estos matices fundamentales no han encontrado todavía una metodología científica de observación adecuada para ser debidamente recogidos y valorados.

Resultados de investigación, reservados exclusivamente a la torre de marfil del mundo académico.

Una crítica fundamental del clínico a la investigación clínica es que no proporciona resultados directamente aplicables. Los resultados de la investigación ofrecen puntos de referencia, líneas guía, pero no sustituyen de ninguna manera el saber hacer que deriva de una larga e intensa supervisión sistemática. Correlaciones, proporciones de variancia explicadas, tendencias son conceptos que pueden ser útiles solamente a unos cuantos.

La investigación más reciente relativa al proceso terapéutico ofrece orientaciones menos inteligibles desde el punto de vista operativo. Uno de los influjos más válidos de la investigación científica probablemente se manifiesta en la manera de cuestionarse de un número relativamente pequeño de clínicos que se han implicado directamente en la investigación o que han permanecido en contacto con grupos de investigación. Estos clínicos han aprendido a evitar las afirmaciones autoritarias de los teóricos y los científicos, han aprendido a plantearse hipótesis alternativas mientras trabajan y han aprendido a mantener una mente abierta frente a problemas no resueltos, tales como el modo mejor para aprender las competencias terapéuticas, el curriculum ideal para la formación, la utilidad de la terapia personal, las características de personalidad deseables en el psicoterapeuta (Strupp, 1986).

Problemas de definición.

Freud consideró inicialmente la psicoterapia como una intervención médica, más adelante cambió de idea y se la representó más bien como un complemento educativo (Freud, 1905). Con la llegada de la investigación científica y sus conceptos de tratamiento y efecto la psicoterapia se definió como intervención psicológica para obtener determinados resultados. Un objetivo importante de la investigación en el ámbito de la psicoterapia fue el de distinguir los factores específicos de la psicoterapia de los comunes que aun no perteneciendo al proceso

terapéutico, podían producir efectos semejantes, como por ejemplo el efecto placebo. El paso inmediato fue equiparar la psicoterapia a una especie de medicina que debía, por tanto, demostrar su propia eficacia para merecer credibilidad y recursos económicos.

Para obtener la información adecuada relativa a si la psicoterapia podía considerarse digna de la atención de los organismos que pueden otorgarle fondos públicos debía recurrirse a la investigación científica. Los políticos no querían aceptar el testimonio de las personas directamente implicadas, puesto que las consideraban fuentes de información interesadas. Además, se planteaban cuestiones típicas como: ¿qué es lo que constituye una terapia exitosa y cómo debe considerarse el problema de la recidividad? ¿Debe resultar exitosa la terapia con todas o sólo con algunas personas? Debe facilitarse a todos los ciudadanos que lo soliciten o sólo a los que presentan cualidades específicas, es decir a los ciudadanos YAVIS (jóvenes Y(oung), atractivos A, verbales V, inteligentes I, exitosos S(uccessful)? De hecho la investigación en psicoterapia no se ha planteado seriamente el problema de contestar a tales preguntas, porque no se halla en condiciones de responder dado el nivel de desarrollo en que se encuentra y además implica un alto nivel de ambivalencia respecto a la competencia, puesto que la investigación científica, en efecto, no puede dar respuesta a una serie de problemas como los aquí planteados, dado que implican juicios sobre el significado social de importantes decisiones políticas.

Para las respuestas que de forma más clara entran en el ámbito de competencia de la investigación científica, la dificultad mayor la constituye la credibilidad del resultado científico, sobre todo dada su escasa utilización práctica, al carecer notablemente de significación clínica. Exigir a la investigación científica probar la propia validez práctica implica habérselas con el antiguo problema de la no probabilidad de la hipótesis nula, y embarcarse, además, en un ideal fantástico desde el punto de vista de lo realizable en la práctica a corto plazo (Parloff, 1982).

De todas formas, a pesar de estas dificultades de verificación, la psicoterapia se considera como una actividad que de alguna manera debe equipararse con el modelo médico, y por generalización indebida, frecuentemente se la considera de competencia médica. Una prueba de ello es el interés mostrado por ella por los profesionales de la medicina y su resistencia a que los profesionales que no son de procedencia médica tengan un lugar en campo terapéutico. El psicólogo es considerado por los médicos en esta perspectiva preferentemente como experto en investigación psicológica, especializado en la actividad diagnóstica mediante los tests y preparado para la orientación psicológica, pero no para la psicoterapia. Incluso en los países donde la psicología tiene una larga historia, la tendencia a remedicizarla es fuerte, sin duda más por razones políticas y económicas que por razones de naturaleza científica, si se toman en serio las dificultades de la investigación referidas hasta ahora.

Respecto a la época de Freud la situación se ha complicado posteriormente, porque hoy es mucho más difícil encontrar un acuerdo sobre la definición de la psicoterapia. Hoy en día ya no es posible pensar en la psicoterapia en términos de una intervención alternativa a la medicina para el tratamiento de las neurosis. El concepto de psicoterapia se ha ampliado, y en algunos aspectos se ha convertido en una industria (Klerman, 1983), a pesar de los intentos en los campos psiquiátrico y psicológico de mantener el control, la estabilidad, ética y criterios sólidos de profesionalidad.

A causa de esta heterogeneidad de la intervención psicoterapéutica la investigación científica se encuentra en una situación difícil de definición no sólo respecto a su objetivo, sino también en el campo de aplicación.

Justamente para justificar los gastos públicos y la proliferación de nuevas formas de psicoterapia la investigación se ha orientado hacia estudios evaluativos. Es preciso rendir cuentas del dinero invertido en psicoterapia. Esto ha llevado a redefinir notablemente los objetivos de la investigación en psicoterapia, multiplicando la exigencia de resolver problemas que difícilmente puede afrontar la investigación. La investigación científica se ha venido a encontrar de este modo en un camino sin salida de la definición de psicoterapia, de lo que es lícito o ilícito, de quién puede o no puede hacer de psicoterapeuta, de quién debería pagar la psicoterapia; todos estos problemas presentan características que escapan a la investigación científica propiamente dicha.

La investigación científica se ha adentrado por algunos de estos problemas con el resultado claro de retrasar la comprensión científica del proceso terapéutico y recuperando sólo en parte el tiempo perdido, orientándose hacia los estudios de proceso como si estos ofreciesen una vía de salida de los callejones sin salida de las definiciones y no fuese importante continuar teniendo en cuenta también los efectos de la terapia.

El problema de la definición continúa estando vivo y sin resolverse. Sin embargo, los psicólogos deben habérselas con una concepción prevalentemente médica, que considera la psicoterapia como una intervención de naturaleza médica y que por motivos fundamentados exige justificación y validación.

COMO VALIDAR LA INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA.

El intento de validar la psicoterapia a través de estudios sobre sus efectos tiene una larga historia de casi cincuenta años. Ya antes de los años cuarenta se presentaron datos estadísticos relativos a la eficacia terapéutica (Bergin & Lambert, 1978), pero se la consideraba una actividad poco apropiada; Freud (1917) consideraba que la fuente válida de informaciones era la observación clínica del terapeuta y no veía de buen ojo las intervenciones que hoy día se denominan investigación de efecto (*outcome research*). Hoy día se considera el problema con una mayor distancia emocional porque después de casi cincuenta años de expe-

riencia los conocimientos derivados de la investigación en psicoterapia han puesto de manifiesto dificultades entre las cuales las más importantes son, sin duda, la inseguridad relativa a las condiciones en las que se produce un cambio terapéutico y más aún la inseguridad sobre en qué consiste el cambio terapéutico (Garfield & Bergin, 1978).

La primera investigación que se llevó a cabo sobre la eficacia de la psicoterapia, en aquel tiempo el psicoanálisis, y que provocó una seria reflexión, fue la llevada a cabo por Eysenck (1952), quien llegó a la conclusión de que no sólo el psicoanálisis, sino que incluso otros tipos mixtos de enfoques tenían efectos menos eficaces que la no intervención en absoluto. La investigación de Eysenck fue contestada eficazmente (Bergin, 1965; Bergin & Lambert, 1978; Luborsky, 1954; Malan, 1973; Meltzoff & Kornreich (1970); Rosenzweig, 1954); pero tuvo al mismo tiempo un impacto saludable sobre la comunidad científica y atrajo la atención sobre la necesidad de evaluar seriamente la actividad terapéutica.

No hace muchos años, antes de los setenta, la orientación básica de la investigación científica en la aplicación clínica era la de explicar describiendo las variables relativas a pacientes, terapeutas, técnicas y resultados (Rubinstein & Parloff, 1959; Strupp & Luborsky, 1962; Strupp & Bergin, 1969). Los psicoterapeutas, comprometidos con la práctica, no se mostraron muy entusiastas con esta aportación de las investigaciones, porque consideraban que la práctica clínica por sí misma daba informaciones mucho más ricas y significativas que las que podían derivarse de la investigación clínica.

La investigación puede ciertamente contribuir al esclarecimiento del problema de la eficacia y de la seguridad de la intervención psicoterapéutica, pero hoy por hoy continúa siendo cierto que ofrece datos de dudosa precisión. Debe añadirse además que el criterio del cambio sintomatológico es sólo una parte del cambio atribuible a la intervención psicoterapéutica. Ya Freud se encontraba con el problema de demostrar a los observadores externos que los pacientes después de la terapia eran "distintos" aunque se quedaran "igual". Todavía hoy día no existen instrumentos adecuados para revelar cambios que derivan de la terapia que provoca *insight* sin cambios visibles y que pueden estar a la base de una relación de pareja recuperada, un mejoramiento de las relaciones con los padres o con los hijos, o tal vez una disminución de las manifestaciones antisociales de los adolescentes.

Uno de los riesgos mayores que puede correrse en la actualidad es el de admirar excesivamente los veredictos de la investigación o el de desvalorizarla con excusas de naturaleza subjetiva (Lombardo & Bertola, 1988).

Conviene resaltar que la investigación científica no puede ocultar el hecho de que el estudio de los procesos humanos es mucho más complejo que el de cualquier investigación sobre el mundo físico, puesto que se sitúa frente a sistemas abiertos y existen enormes problemas en la aplicación de las concepciones de los

modelos lineales tan eficaces en el caso de las ciencias físicas.

Quien trabaja como psicoterapeuta sabe que los clientes aprenden o desaprenden cosas importantes para ellos en una condición relacional muy particular. Rogers (1957) consideraba que una condición necesaria y suficiente para una relación terapéutica implicaba aceptación, calor, respeto, empatía, atención, una situación humana, en una palabra. Además, una persona tiene el derecho de decidir si quiere meterse en una relación de este tipo o no, y qué quiere hacer con ella. Aun en el caso de que surja la comprensión entre terapeuta y cliente, no todas las personas reaccionan de la misma manera ante un ambiente acogedor, paritario y propositivo, puesto que no todos tienen la misma facilidad para dejar de lado aprendizajes relacionales que tal vez durante muchos años han constituido la fuente de seguridad construida en el propio mundo; tales personas pueden no estar dispuestas a implicarse en una relación de este tipo que exige confianza y responsabilidad recíprocas. Definir el encuentro terapéutico en términos relacionales de relación cálida, igualitaria, impregnado de responsable confianza mutua (acogimiento, contractualidad, propositividad, alianza confiada) pone de manifiesto sólo una de tantas maneras posibles de ver el proceso terapéutico: un proceso en el cual se da importancia al calor (más humanístico que psicoanalítico), a la igualdad (más responsabilidad adulta por ambas partes y menos dependencia interpretativa), a los objetivos (más intencionalidad y menos neutralidad), a la confianza recíproca (más colaboración y menos estrategias unilaterales).

Aunque limitados a estas puntualizaciones del proceso terapéutico los siguientes puntos de referencia son particularmente importantes:

1. La terapia se desarrolla en un contexto interpersonal que permite nuevos aprendizajes relacionales o la corrección de aprendizajes relacionales anteriores (Anchin & Kiesler, 1982).

2. La terapia es un contexto que promueve aprendizajes de las formas más variadas que se manifiestan en cambios de pensamientos, sentimientos y modos de actuación.

3. Los cambios que se producen en psicoterapia son extremadamente variados y las personas pueden diferenciarse mucho en su capacidad de aprovecharse de la experiencia terapéutica, razón por la cual los mismos resultados pueden obtenerse de modos muy diversos, determinados métodos no son necesariamente útiles para condiciones diferenciadas, y una intervención eficaz debe necesariamente diversificarse y no puede identificarse con una sola técnica o un procedimiento único. Por lo tanto no sólo en el proceso terapéutico se implican factores interpersonales y técnicas de procedimiento, sino que ambos componentes se utilizan simultáneamente y no pueden separarse.

Si se considera éste uno de los modos complejos de concebir el proceso terapéutico, resulta problemático interpretar qué se entiende por “eficacia moderada”, aplicada a la intervención psicoterapéutica por la investigación científica en

general. Aun cuando un experimento de psicoterapia pueda planificarse y analizarse a fin de poner de relieve sus efectos, se producirán siempre informaciones poco claras sobre el fenómeno que el investigador está estudiando. En este caso, si una investigación concluye que el nivel de experiencia del terapeuta no tiene una incidencia importante sobre los efectos de la terapia (Orlinsky & Howard, 1986), ¿qué valor se puede otorgar a tal conclusión?

Más que concluir prematuramente que la experiencia del terapeuta no cuenta, podría ser más realista concluir que no estamos en condiciones de examinar adecuadamente el problema. La interpretación adoptada dependerá probablemente de los intereses que se quieran defender.

Strupp (1986) examina con agudeza algunas de las conclusiones sobre la investigación de la eficacia del terapeuta. La investigación no ha arrojado resultados fehacientes sobre la eficacia de la psicoterapia, como tampoco no ha tenido éxito el intento de distinguir entre factores comunes y específicos (Frank, 1973, 1974, 1979; Frank, Hoehn-Saric, Imber, Liberman, Strong, 1978). Las interpretaciones derivadas de estos resultados han sido que la psicoterapia se halla dominada por los factores no específicos (posición de Frank) y que la posición profesional del psicoterapeuta no origina diferencias en los resultados de la psicoterapia. A parte del hecho de que la hipótesis nula no puede ser probada, no se entiende por qué no se han dedicado mayores esfuerzos a verificar directamente el impacto de la competencia del psicoterapeuta, desde el momento en que decidir su competencia sobre la base de los resultados es equívoco. Parece que al investigador le faltan todavía los instrumentos técnicos adecuados para este fin. Como bien dice Strupp, el investigador llegado a este punto toma la posición de quien quiere demostrar el éxito de una operación examinando el bisturí en lugar del modo cómo el cirujano lo ha utilizado; y lleva razón cuando observa que es inútil referirse a factores comunes en el uso del bisturí como instrumento utilizado para cortar, una actividad común al carnicero, al sastre o a otras profesiones.

La conclusión final a la que llegan quienes se dedican a la psicoterapia es que sus competencias son válidas, mientras que los investigadores concluyen, en base a los datos de la investigación, que sólo se demuestra la hipótesis nula, y quienes examinan críticamente la situación para llegar a decisiones políticas se encuentran ante el dilema de escoger entre una de las dos conclusiones. La tendencia general es la de aceptar las conclusiones derivadas del examen de las investigaciones publicadas y de ahí a aceptar que los efectos de la psicoterapia no son otra cosa que efecto placebo no hay más que un paso. Y si se llega a convencerse de esto dejan de concederse automáticamente los fondos económicos necesarios para la subvención de la actividad psicoterapéutica.

Una conclusión más razonable sería considerar la competencia como diferente del resultado, aun reconociendo la existencia de correlaciones entre competencia y resultados; al igual que no es científico llegar a la conclusión de que los

maestros no sirven porque algunos alumnos aprenden sin maestro y de que otros aprenden lentamente a pesar de la ayuda del maestro. Se puede concluir también tal vez que la disminución del malestar no es posible, pero no por ello la terapia tiene que ser inútil, puesto que podría tener, al menos, el efecto de bloquear el deterioramiento.

Deben considerarse y someterse a control, además, otros factores antes de concluir alegremente que la competencia del psicoterapeuta no sirve, dado que en otros ámbitos como en el educativo o el médico, no se discute esta cuestión y nadie acusa al médico o al educador de ser unos inútiles por el hecho de que suspendan los alumnos o no se curen los enfermos.

La evaluación de la competencia del terapeuta es una cuestión compleja porque se trata de poner de relieve no sólo la adecuación a un determinado conjunto de técnicas, sino también la destreza con que las utiliza (Schaffer, 1982). Difícilmente se puede observar el complejo contexto personal e interpersonal en el que se usa una técnica y cómo acepta el cliente las intervenciones técnicas. Además el impacto terapéutico es característicamente gradual, toca aspectos complejos de la persona, es de naturaleza experiencial y cualquier descripción analítica o cualquier lectura en términos de conexiones causales lineales resulta extremadamente reductiva.

La discusión habida hasta este momento considera intocable el modelo de Boulder e incluso ha puesto de relieve una cierta actitud que desvirtúa la investigación científica en el ámbito psicoterapéutico, aun reconociéndole un lugar importante como punto de confrontación crítica.

Queda sin embargo por discutir si se debe tomar efectivamente el modelo de Boulder al pie de la letra o si no ha llegado el momento de hablar no sólo del psicólogo clínico científico y práctico, sino de filósofo-científico-práctico. La idea consiste en replantear un poco de reflexión metafísica al científico y al clínico práctico como mediación correctiva.

LA METAFISICA EN LA INVESTIGACION CIENTIFICA

La investigación científica en psicología general y en psicología clínica particularmente ha sufrido el fuerte impacto del positivismo lógico en sus varias formas, pero sobre todo en las conclusiones según las cuales la ciencia consiste en afirmaciones verificadas y en afirmaciones analíticas o como mucho puede haber afirmaciones de significado emocional, como la afirmación “Dios está en todas partes”. Popper por el contrario ha demostrado que las leyes científicas no se pueden verificar exhaustivamente, razón por la cual el criterio de verificación de los positivistas lógicos tiene como consecuencia excluir las leyes científicas como afirmaciones con significado (Popper, 1961) y no permiten la distinción entre ciencia propiamente dicha y las llamadas “pseudociencias”, como la astrología, el psicoanálisis y la historiografía marxista. Popper adoptó el conocido concepto de

la falsabilidad como criterio de distinción entre ciencia y no ciencia. Popper, además, llegó a la conclusión de que las afirmaciones metafísicas eran importantes para expresar conjeturas empíricamente falsificables y que algunas afirmaciones metafísicas, como el principio de la racionalidad eran esenciales para la explicación y la previsión científica en las ciencias psicológicas y que no eran sometidas a prueba.

Lakatos (1970), discípulo de Popper, llegó a la conclusión de que las afirmaciones metafísicas eran parte central de todas las ciencias. Además, no era correcto mantener una estricta separación entre ciencia y metafísica, no sólo porque los "hechos" estaban saturados de teoría, sino a causa del problema de Duhem, relativo a qué es lo que se refuta cuando falla una previsión. En otras palabras, no existe "la inmaculada percepción", puesto que está contaminada de expectativas y distorsiones (Rock, 1983) y además los científicos observan hechos saturados de teoría, porque observan con instrumentos que recogen hechos que son interpretables en relación a la teoría que explica su funcionamiento. En relación al problema de Duhem (1962) vale la pena hacer una pequeña digresión. El planteamiento lógico del siguiente silogismo condicional es correcto (Scilligo, 1980)

"Si llueve, la calle se moja

Es así que la calle no está mojada,

luego, según el *modus tollens*, se puede inferir que,

por tanto, no llueve".

Duhem ha demostrado que las teorías no implican en sí mismas consecuencias observables, sino que se precisan toda una serie de hipótesis auxiliares (H) para llegar a las afirmaciones empíricas particulares. Los psicólogos clínicos y los psicoterapeutas objetan a la investigación científica el hecho de conceder poca importancia a estas hipótesis, razón por la cual sus conclusiones no merecen credibilidad. La lógica científica es del tipo siguiente:

Si (T y H1 y H2... Hn), entonces 0

No 0

Por tanto no (T y H1 y H2Hn)

Por tanto no T o no H1 o no H2 o no Hn.

La lógica no nos ofrece información a la que poder atribuir la previsión fracasada. No sabemos si son falsas T o H1 o H2 o Hn. ¿Cuál de las suposiciones declararemos falsa? No tenemos forma de hacerlo sobre bases lógicas, ni siquiera si el experimento ha estado bien planificado. Así, si el investigador concluye que el aprendizaje de los psicoterapeutas no es de ninguna utilidad (T), el psicoterapeuta puede objetar que el resultado débil es debido a haber infravalorado la complejidad de la relación terapeuta-cliente (H1) o la gravedad del problema (H2) o Hn. Las implicaciones del problema de Duhem son que la experiencia factual no es definitivamente sólida ni siquiera en el determinar el valor de la verdad de las afirmaciones empíricas.

La elección de los problemas que hay que estudiar en el ámbito clínico se halla condicionada por presupuestos metafísicos, porque los problemas presuponen una ontología (se hace referencia a seres: Dios, brujas, objetos en sí, inconsciente cósmico, objetos físicos, etc.). Diversas metafísicas inducen a conceptualizar los problemas de modo distinto: “¿Qué oraciones pueden liberar al endemoniado que habla en lenguas?” o si cambia la metafísica “¿Qué intervención química puede interrumpir el delirio?”. Pero incluso cuando se usa la misma metafísica, se pueden tener concepciones distintas en relación a los objetos presentes y a sus relaciones (por ejemplo: teorías pulsionales y teorías estructurales en psicoanálisis) o las diversas teorías del Self.

Los dos ejemplos siguientes (O’Donohue, 1989: p. 1463) son indicativos de la manera cómo las creencias metafísicas pueden condicionar al investigador científico aparentemente neutro.

Creencia metafísica primera: Los negros y los blancos son iguales en inteligencia por naturaleza.

Problema: Qué es lo que no funciona en los tests (diferencias culturales, interacción test-sujeto) que provoca que los blancos obtengan puntuaciones más altas en el WAIS-R

O bien

Creencia metafísica segunda: Blancos y negros difieren en inteligencia por naturaleza.

Problema: En qué se diferencian las estructuras cerebrales del cerebro de blancos y negros.

Cuanto más convencido esté un investigador científico de su propia metafísica tanto menos proclive se mostrará a ver las hipótesis contrarias en sus investigaciones y tanto más tenderá a llevar las aguas de los problemas a su molino metafísico. Lo mismo vale, evidentemente, para los psicoterapeutas; sólo que parece que los psicoterapeutas que tienen una práctica suficientemente amplia, deben enfrentarse a su propia metafísica con mayor frecuencia y de forma más radical ante las metafísicas personales de los diversos clientes. Si existe algún peligro en todo ello es que el investigador científico corre el riesgo de encasillarse en lo genérico y el psicoterapeuta en lo específico.

POSIBLES ESTRATEGIAS DE ENCUENTRO

A nivel metafísico, el psicoterapeuta que usa el modelo humanista, se ve sistemáticamente obligado a tomar en cuenta sus propios presupuestos metafísicos y los del cliente para trabajar en modo empático y diferenciado dentro de los confines de la metafísica del cliente según pactos contractuales. Los psicoterapeutas de modelos enraizados mayormente en la tradición y renuentes a la falsificación, pueden otorgar una mayor atención y considerar seriamente el problema de Duhem y llegar a conclusiones que les permitan estar menos seguros de su propia

metafísica como la mejor o la única posible.

Los investigadores científicos que desarrollan investigación en el ámbito académico pueden meditar humildemente sobre el problema de Duhem cuando se hacen eco de la perplejidad que sus colegas dedicados a la terapia manifiestan respecto a su investigación; es difícil pensar cómo los clínicos sin experiencia psicoterapéutica con clientes puedan verdaderamente comprender y cambiar sustancialmente su metafísica fiel a sistemas cerrados.

Los terapeutas de enfoques distintos pueden intercambiar visiones y opiniones para salir de los límites de su propio modelo y descubrir nuevos horizontes interesantes y probablemente más amplios de lo previsto, sobre todo tomándose en serio la dialéctica entre lo subjetivo y lo objetivo (Lombardo & Bertola, 1988).

Para quienes continúan investigando, a pesar de la perplejidad de los clínicos que hacen trabajo de campo, puede ser útil un análisis atento de lo que escribió Gendlin (1986), quien sometió a confrontación punto por punto en columnas paralelas dos modos de investigar a los que llamó metafísica A y metafísica B. Cada investigador podrá identificarse con la lista que prefiera y asumir las responsabilidades de las consecuencias de su elección (Tabla 1).

CONCLUSION

La investigación científica en el ámbito clínico continúa siendo sin duda un instrumento válido para enriquecer el campo del conocimiento como lo es en otros campos de la ciencia. En este sentido una distribución no partidista de los fondos de investigación y una confrontación franca entre investigadores en la revisión paritaria de los materiales de publicación deberían actuar como salvaguardia del progreso científico incluso en el ámbito psicoterapéutico.

Hay que tomar en serio el problema de los aspectos complejos del proceso terapéutico, dejados hasta ahora de lado por la investigación científica y tomarse también en serio las críticas relativas a la validez externa de la investigación científica en el campo psicoterapéutico para hacer más críticas las decisiones políticas y económicas fundadas sobre pseudocertezas de la investigación científica. En el ámbito de las preferencias políticas debe tenerse presente que por ahora los prejuicios se decantan a favor de una concepción médica de la psicoterapia y se hallan poco dispuestos a aceptar una concepción de la psicoterapia como instrumento de crecimiento personal, claramente orientado en este sentido a la prevención del malestar psíquico.

Los psicólogos, por su parte, tienen la obligación de no permitir que el modelo médico continúe siendo el criterio guía dominante en la investigación científica de ámbito clínico (Strupp, 1986: p. 128).

TABLA I

Metafísica A	Metafísica B
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mide los efectos sobre unos pocos casos exitosos. 2. Subdivide o coloca en orden los casos que tienes. 3. Haz previsiones de diferencias entre tratamientos y controles. 4. El grupo de tratamiento define la psicoterapia. 5. Somete a prueba el método terapéutico. 6. Trata las variables del terapeuta o del cliente como válidas por sí mismas. 7. Define únicamente el tipo de proceso usado en el interior del modelo sin tomar en cuenta la eficacia de su aplicación. 8. Llama los "procesos" efectos a pequeña escala. 9. Pon a prueba tu estilo personal. 10. Verifica sin explorar. 11. Haz previsiones relativas a las diferencias individuales, antes que prestar atención al porqué un proceso no funciona con ciertas personas. 12. Utiliza indicios o definiciones operativas existentes (por ejemplo, escalas de ansiedad existentes). 13. Utiliza variables omnicomprendivas. 14. Mantén la investigación alejada de la práctica y de la formación. 15. Estudia la terapia hecha en los estudios profesionales. 16. Aísla las variables: las bioquímicas de las psicológicas y sociales. 17. Une las variables sin cambiarlas (igual dosis farmacológica con la misma modalidad terapéutica). 18. Separa el pensamiento del sentimiento, de la fantasía y de la acción. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recoge observaciones sobre datos de casos claramente exitosos. 2. Confronta los casos claramente exitosos con los demás. 3. Haz previsiones entre casos exitosos y casos no exitosos. 4. Define el proceso psicoterapéutico utilizado. 5. Somete a prueba los procesos internos al método. 6. Identifica y estudia la naturaleza de los procesos interactivos. 7. Define el proceso del modelo y lo eficazmente que ha sido aplicado. 8. Distingue las medidas de los procesos de las de los efectos. 9. Especifica una versión aceptada y utilizable para todos. 10. Explora primero, verifica después. 11. Aplica el proceso de modo que dé los resultados previstos. 12. Define la nueva variable según la hipótesis hecha. 13. Utiliza variables que representen microprocesos. 14. Utiliza los mismos aspectos examinados en la investigación, en la práctica y en la formación. 15. Estudia siempre los microprocesos como tales. 16. Utiliza controles adecuados y estudia conjuntamente las variables. 17. Deja que las combinaciones cambien su modalidad de aplicación (por ejemplo: cambia las modalidades terapéuticas según las condiciones sociales que se producen, o intermitentemente con psicofármacos). 18. Estudia cómo se portan juntos.

El artículo revisa de forma crítica los distintos intentos que se han llevado a cabo en el campo de la investigación de la eficacia psicoterapéutica. Los resultados desconcertantes que se derivan de tales estudios llevan a replantear la filosofía de investigación en psicoterapia, poniendo el acento en la dificultad de diseñar modelos capaces de recoger toda la complejidad del proceso psicoterapéutico.

Traducción: Manuel Villegas Besora

Nota editorial: Este artículo apareció en *Rivista di Psicologia Clinica*, 2: 104-125, 1990 con el título “La ricerca clinica e la prassi psicoterapeutica: una valle da colmare”. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- ANCHIN, J.C., KIESLER, D.J. (eds. 1982), *Handbook of interpersonal psychotherapy*, New York, Pergamon.
- BARLOW, D.H. (1980), Behavior therapy: The next decade, *Behavior Therapy*, 11: 315-328.
- BABBIE, E. (1973), *Survey research methods*, Belmont (CA), Wadsworth.
- BARLOW, D. (1981), On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49: 147-155.
- BARLOW, D.H., HERSEN, M. (1984), *Single case experimental designs: strategies for studying behavior change*, New York, Pergamon.
- BARLOW, D., HAYES, S., NELSON, R. (1984), *The scientist-practitioner*, New York, Pergamon.
- BARRETT, C., HEMPE, E., MILLER, L. (1979), Research on psychotherapy with children, in S. Garfield, A. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, Wiley, 411-435.
- BATTACCHI, M. (1988), Appunti sul tema degli obiettivi in psicoterapia, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1: 281-290.
- BECK, T., RUSH, A., SHAW, B., EMERY, G. (1979), *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford.
- BEDELL, J., WARD, J., ARCHER, R., STOKES, M. (1985), An empirical evaluation of a model of knowledge utilization, *Evaluation Review*, 9: 109-126.
- BERGIN, A.E. (1965), Some implications of psychotherapy research for practice, *Journal of Abnormal Psychology*, 71: 235-246.
- BERGIN, A.E., LAMBERT, M.J. (1978), The evaluation of therapeutic outcome, in S.L. Garfield, A.E. Bergin (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis (2nd ed.)*, New York, Wiley, 39-190.
- BORDIN, E.S. (1979), The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 6: 252-260.
- CAPLAN, N., MORRISON, A., STAMBAUGH, R. (1975), *The use of social science knowledge in policy decisions at the national level*, Ann Arbor, University of Michigan, Institute for Social Research, Center for Research on Utilization of Scientific Knowledge.
- COHEN, L. (1977), Factors affecting the utilization of mental health evaluation research findings, *Professional Psychology*, 8: 526-534.
- COHEN, L. (1979a), Clinical psychologists' judgments of the scientific merit and clinical relevance of psychotherapy outcome research, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47: 421-423.
- COHEN, L. (1979b), The research readership and information source reliance of clinical psychologists, *Professional Psychology*, 10: 780-785.
- COHEN, L. (1980), Methodological prerequisites for psychotherapy outcome research, *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 2: 263-272.
- COHEN, L. SUCHY, K. (1979), The bias in psychotherapy research evaluation, *Journal of Clinical Psychology*, 35: 181-184.

- DERNER, G.F. (1965), Graduate education in clinical psychology, in B.B. Wolman (ed.), *Handbook of clinical psychology*, New York, McGraw Hill.
- DUHEM, P. (1962), *The aim and structure of physical theory* (P.P. Weiner Trans.), New York, Atheneum.
- ELLIOTT, R. (1983), Fitting process research to the practicing psychotherapist, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20: 47-55.
- EMMELKAMP, P.M. (1981), The current and future status of clinical research, *Behavioral Assessment*, 3: 249-253.
- EYSENCK, H.J. (1952), The effects of psychotherapy: An evaluation, *Journal of Consulting Psychology*, 16: 319-324.
- FISKE, D., HUNT, H., LUBORSKY, L., ORNE, M., PARLOFF, M., REISER, M., TUNA, A. (1970), Planning of research on effectiveness of psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 22: 22-32.
- FRANK, J.D. (1974), Therapeutic components of psychotherapy, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159: 325-342.
- FRANK, J.D. (1979), The present status of outcome studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47: 310-316.
- FRANK, J.D. (1973), *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (2nd ed.). Baltimore (MD), Johns Hopkins.
- FRANK, J.D., HOEHN-SARIC, R., IMBER, S.D., LIBERMAN, B.L., STRONG, R. (1978), *Effective ingredients of successful psychotherapy*, New York, Brunner/Mazel.
- FREUD, S. (1957[1904]), On Psychotherapy, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London, Hogarth, 255-268.
- FREUD, S. (1963a[1917]), Analytic therapy, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London, Hogarth, VI: 448-463.
- FREUD, S. (1963b[1917]), Transference, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, London, Hogarth, XVI: 31-447.
- GARFIELD, S.L., BERGIN, A.E. (1978), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.), New York, Wiley.
- GARFIELD, S.L., KURTZ, R. (1976), Personal therapy for the psychotherapist: some findings and issues, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13: 188-192.
- GENDLIN, E.T. (1986), What comes after traditional psychotherapy research?, *American Psychologist*, 41: 131-136.
- GOEBEL, J.B. (1981), Keeping up with the information explosion in psychotherapy research, *The Psychotherapy Bulletin*, 15: 21-22.
- GREENBERG, L.F., SAFRAN, J.D. (1987), *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*, New York, Guilford.
- GREENSON, R. (1967), *The technique and practice of psychoanalysis* (vol. 1), New York, International University Press.
- HAYES, S.C., NELSON, R.O. (1981), Clinically relevant research: Requirements, problems, and solutions, *Behavioral Assessment*, 3: 209-215.
- HOROWITZ, L.M., SAMPSON, H., SIEGELMAN, E.Y., WOLFSON, A. & WEISS, J. (1975), On the identification of warded of mental contents, *Journal of Abnormal Psychology* 84: 545-558.
- HOROWITZ, L.M., MARMAR, C., KRUPNICK, J., WILNER, N., KALTREIDER, N., WALLERSTEIN, R. (1984), *Personality styles and brief psychotherapy*, New York, Basic Books.
- KAZDIN, A. (1980), *Research design in clinical psychology*, New York, Harper & Row.
- KELLY, E.L., GOLDBERG, L.R., FISKE, D.W., KILKOWSKI, J.M. (1978), Twenty-five years later: A follow-up study of the graduate students in clinical psychology assessed in the VA section research project, *American Psychologist*, 33: 746-755.
- KIESLER, D. (1981), Empirical clinical psychology: Myth or reality?, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49: 212-215.
- KIELSER, 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 research, in A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, New York, Wiley: 36-74.
- KIRK, S.A., FISCHER, J. (1976), Do social workers understand research?, *Journal of education for Social Work*, 12: 63-70.
- KIRK, S.A., OSMALOV, M.J., FISCHER, J. (1976), Social workers' involvement in research, *Social Work*, 21: 121-124.

- KLERMAN, G.L. (1983). The efficacy of psychotherapy as the basis for public policy, *American Psychologist*, 38: 929-934.
- KLERMAN, G.L., WEISSMAN, M.M., ROUNSAVILLE, B.J., CHEVRON, E.S. (1984), *Interpersonal psychotherapy of depression*, New York, Basic Books.
- KOGAN, L. (1963). The utilization of social work research, *Social Casework*, 44: 569-574.
- LAKATOS, I. (1970). Falsification and the methodology of scientific research programmes, in I. Lakatos, A. Musgrave (eds.), *Criticism and the growth of knowledge* (pp. 91-196), Cambridge, Cambridge University Press.
- LOMBARDO, G.P., BERTOLA, A. (1988). Verifica in psicologia clinica e psicoanalisi: proposta di un metodo di confronto, *Rivista di Psicologia Clinica*, 1: 105-119.
- LOSITO, V. (1989). La formazione in psicoterapia, *Polarità*, 3: 144-171.
- LUBORSKY, L. (1954). A note on Eysenck's article "The effects of Psychotherapy": An evaluation. *British Journal of Psychology*, 45: 129-131.
- LUBORSKY, L. (1972). Research cannot yet influence clinical practice. In A. Bergin & H. Strupp (eds.), *Changing frontiers in the science of psychotherapy* (pp. 120-127). Chicago, Aldine.
- LUBORSKY, L. (1984) *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*, New York, Basic Books.
- LUBORSKY, L., SPENCE, D. (1978). Quantitative research on Psychoanalytic therapy, in S. Garfield & A. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.), New York, Wiley, 31-368.
- LUBORSKY, L. SINGER, B. HARTKE, J., CRITS-CRISTOFF, 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*, New York, Guilford, 157-193.
- LUBORSKY, L. SINGER, B. (1975). Comparative studies of psychotherapies, *Archives of General Psychiatry*, 32: 995-1008.
- MALAN, D.H. (1973). The outcome problem in psychitherapy research: A historical review. *Archives of General Psychiatry*, 29: 719-729.
- MEEHL, P.E. (1978). Theoretical risks and tabular asterisks: Sir Karl, Sir Ronald, and the slow progress of soft psychology, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46: 806-834.
- MELTZOFF, J. & KORNREICH, M. (1970). *Research in psychotherapy*, New York, Atherton.
- MITCHELL, H., MUDD, E. (1957). Anxieties associated with the conduct of the research in a clinical setting, *American Journal of Orthopsychiatry*, 27: 310-323.
- MORROW-BRADELY, C., ELLIOTT, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists, *American Psychologist*, 41: 188-197.
- NORCROSS, J.C., WOGAN, M. (1983). American psychotherapists of diverse persuasions: Characteristics, theories, practices and clients, *Professional Psychology: Research and Practice*, 14: 529-539.
- O'DONOHUE, W. (1989). The (Even) Boulder Model: the clinical psychologist as a metaphysician-scientist-practitioner, *American Psychologist*, 44, 1460-1468.
- ORLINSKY, D. & HOWARD, K. (1978). The realtion of process to outcome in psychotherapy, in S. Garfield, A. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, (2nd ed.), New York, Wiley, 283-330.
- PARLOFF, M.B. (1979). Can psychotherapy research guide the policymaker? A little knowledge may be a dangerous thing, *American Psychologist*, 34: 296-306.
- PARLOFF, M.B. (1982). Psychotherapy research evidence and reinbursement decisions: Bambi meets Godzilla, *American Journal of Psychiatry*, 139: 718-727.
- PARLOFF M.B. (1980). psychotherapy and research: An anaclitic depression, *Psychiatry*, 43: 279-293.
- PARLOFF, M.B., WASKOW, I.E., WOLFE, B.E. (1978), Research on 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, 233-282.
- PAUL, G.L. (1967). Strategy for outcome research, *Journal of Consulting Psychology*, 31: 109-118.
- PAUL, G.L. (1969). Behavior modification research: desing and tactics, in C.M. Franks (ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status*, New York, McGraw-Hill: 29-62.
- PAUL, G.L., LENZ, R.J. (1977). *Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social-learning programs*, Cambridge (MA), Harvard University Press.
- PETERSON, D.R. (1985). Twenty years of practitioner training in psychology, *American psychologist*, 40: 441-451.
- POPPER, K.R. (1961), *the open society and its enemies*, London, Routledge & Kengan Paul.

- PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C. (1983), Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20: 161-73.
- RAUSH, H.L. (1974), Research, practice, and accountability, *American Psychologist*, 29: 678-681.
- RICE, L.N., GREENBERG, L. (eds. 1984), *Patterns of change*, New York, Guilford.
- ROCK, I. (1983). *The logic of perception*, Cambridge (MA), The MIT Press.
- ROGERS, C.R. (1957), The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, *Journal of Consulting Psychology*, 21: 95-103.
- RUBINSTEIN, E.A., PARLOFF, M.B. (eds., 1959), *Research in psychotherapy* (vol 1), Washington DC, American Psychological Association.
- SARGENT, M., COHEN, L.H. (1983), Influence of psychotherapy research on clinical practice: An experimental survey, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 718-720.
- SCHAFFER, N.D. (1982), Multidimensional measures of therapist behavior as predictors of outcome, *Psychological Bulletin*, 92: 670-681.
- SCILLIGO, P. (1988), *La ricerca in psicologia: la logica negli esperimenti*, Roma, IFREP.
- SECHREST, L. (1975), Research contributions of practicing clinical psychologists, *Professional and Psychology*, 6: 413-19.
- SHAKOW, D. (1976), What is a clinical psychology? *American Psychologist*, 31: 553-560.
- SMITH, M.L., GLASS, G.V., MILLER, T.I. (1980), *The benefits of psychotherapy*, Baltimore (MD), Johns Hopkins University Press.
- STRUPP, H.H. (1973), On the basic ingredients of psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41: 1-8.
- STRUPP, H. (1981), Clinical research, practice, and the ensis of confidence, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49: 216-219.
- STRUPP, H.H. (1986), Psychotherapy: Research, Practice and Public Policy (How to avoid dead ends), *American Psychologists*, 41, 120-130.
- STRUPP, H.H. & BERGIN, A.E. (1969), Some empirical and conceptual bases for coordinated research in psychotherapy: A critical review of issues, trends, and evidence, *International Journal of Psychiatry*, 7: 18-90.
- 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., HADLEY, S.W. (1977), A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy, *American Psychologist*, 32: 187-196.
- STRUPP, H.H., LUBORSKY, L. (Eds., 1962), *Research in psychotherapy* (vol 2), Washington DC, American Psychological Association.
- WARD, C.H. (1964), Psychotherapy research: Dilemmas and directions, *Archives of General Psychiatry*, 10: 596-622.
- WEISS, C.H., BUCUVALAS, M.J. (1980), *Social science research and decision making*, New York, Columbia University Press.
- YEATON, W.H., SECHREST, L. (1981), Critical dimensions in the choice of successful treatments: Strength, integrity and effectiveness, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49: 156-167.
- YOUNG, D.M. & BEIER, E.G. (1982), Being asocial in social places: Giving the client a new experience, in J.C. Anchin, D.J. Kiesler (eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy* (pp. 262-273), New York, Pergamon Press.



DIFERENCIAS ENTRE PSICOTERAPEUTAS MÁS Y MENOS EFICACES: UN ESTUDIO DE VARIABLES DEL TERAPEUTA.

Patricia Lafferty,
University of California

Larry E. Beutler y Marjorie Crago.
University of Arizona

This study examined differences between more and less effective trained psychotherapists. Therapists were assigned to one of two groups depending on whether the preponderance of their patients' changes in symptomatology indicated more or less improvement over the course of therapy. Therapist variables included emotional adjustment, relationship skills, eliciting patient involvement, credibility, directiveness, and theoretical orientation. Less effective therapists were revealed to have lower levels of empathic understanding, to rate their patients as more involved in treatment, and to rate themselves as more supportive than the more effective therapists. Less effective also valued comfort and stimulation significantly more and valued intellectual goals significantly less than did more effective therapists.

En su revisión de la investigación sobre las contribuciones del terapeuta al resultado de la psicoterapia, Beutler, Crago y Arizmendi (1986) concluyeron que las variables específicas de la relación terapéutica o que se desarrollan en su interior son más potentes en la determinación del resultado que las variables globales que se desarrollan independientemente del proceso terapéutico, tales como la orientación terapéutica o las características demográficas. El presente estudio pretende descubrir qué variables de las pertenecientes a esta dimensión específica de la terapia diferencian de forma más consistente entre los terapeutas en formación más y menos eficaces. Siguiendo las sugerencias de Lambert, Bergin y Collins (1977), prestaremos especial atención a qué constelación de aspectos pudiera ser característica de los terapeutas más y menos eficaces.

La eficacia del terapeuta fue medida mediante la comparación del nivel de malestar sintomático experimentado por los pacientes antes y después del tratamiento. Los terapeutas, cuyos pacientes experimentaron un malestar relativamen-

te mayor después del tratamiento que con anterioridad a él, fueron asignados al grupo de menor eficacia; los terapeutas, cuyos pacientes experimentaron un malestar relativamente menor después del tratamiento que con anterioridad a éste, fueron asignados al grupo más eficaz. Este enfoque de la medición de la efectividad es consistente con las recomendaciones del proyecto del **National Institute of Mental Health** (NIMH) sobre la evaluación del resultado del tratamiento (Was-kow & Parloff, 1975). Se examinó un número de características del terapeuta cuya relación con el resultado de la terapia había sido planteada previamente y que variaban en el grado de especificidad respecto de la terapia (Beutler et al., 1986; Lambert et al., 1977). Las variables generales incluían la orientación teórica y el ajuste emocional del terapeuta. Las variables específicas de la terapia incluían las actitudes de relación, las percepciones de la implicación del paciente, la credibilidad y la directividad/apoyo.

A pesar de la considerable importancia que se ha otorgado al rol de los valores personales en psicoterapia (Beutler, 1981; Tjelveit, 1986), existe poca investigación empírica en esta área. En consecuencia, el presente estudio se planteó también un examen exploratorio de los sistemas de valores de los terapeutas en formación más o menos eficaces, a parte de los otros análisis. La finalidad ha sido comprobar si algunos sistemas de valores podían contribuir más que otros a la mejoría en psicoterapia.

METODO

Terapeutas

Se trabajó con una muestra de 30 terapeutas en formación utilizados en el presente estudio, extraída de una muestra más amplia de 45 que habían tratado pacientes en psicoterapia individual en un Departamento de una Clínica Psiquiátrica para pacientes externos. Para la selección de los terapeutas se siguieron dos criterios en este estudio: (a) tener dos o más pacientes que hubieran contestado antes y después del tratamiento el SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised), administrado normalmente a pacientes clínicos, y (b) contar con dos pacientes por cada terapeuta, seleccionados aleatoriamente, que hubieran dado puntuaciones de cambio residual que superasen 1/2 desviación estándar de la estimación en la misma dirección (es decir, cambio positivo o negativo).

Los treinta terapeutas en formación fueron divididos en dos grupos en función del grado de eficacia. La asignación a los grupos se basó en la media residual de las diferencias entre pre- y post-tratamiento (Beutler & Crago, 1983) del Global Severity Index (GSI), del SCL-90-R (Derogatis, Rickels & Rock, 1976) según dos pacientes seleccionados al azar. Quince terapeutas, cuyas puntuaciones *z* de cambio residual en los dos pacientes tuvieron un valor negativo fueron asignados al grupo de menor eficacia; otros quince terapeutas, cuyas

puntuaciones z de cambio residual en los dos pacientes tuvieron un valor positivo fueron asignados al grupo de mayor eficacia.

Los terapeutas en formación de este estudio eran diecinueve hombres y once mujeres con edades comprendidas entre los 23 y los 38 años ($M= 29.73$, $SD= 3.92$). Todos menos cuatro eran blancos. La muestra incluía once psiquiatras residentes, doce psicólogos clínicos internos y externos, cinco trabajadores sociales clínicos en formación y dos enfermeras de psiquiatría en formación. Por tanto la mayoría de los pacientes fueron vistos por los psiquiatras residentes o por los psicólogos en formación. Las orientaciones teóricas preferidas incluían la psicodinámica (59.3%), la ecléctica (29.6%), la centrada-en-el-cliente (7.4%) y la conductual (3.7%).

Pacientes

Se incluyeron en el estudio 60 sujetos de un grupo de 91 pacientes externos que fueron tratados durante un período de 24 meses en una clínica psiquiátrica universitaria. Se pidió a todos los pacientes que recibieron tratamiento en la clínica que completaran los tests de pre- y post-tratamiento, excepción hecha de los que presentaban síndrome cerebral orgánico, trastornos esquizofrénicos, los que no tuvieran la psicoterapia individual como tratamiento recomendado, y los que se negaron a firmar el documento de consentimiento (aproximadamente el 10%).

Después de una selección inicial realizada por un residente en psiquiatría, que determinaba si la terapia individual era apropiada para los pacientes, éstos fueron asignados a los terapeutas para recibir el tratamiento.

Los sesenta pacientes incluidos en este estudio fueron once hombres y cuarenta y nueve mujeres con edades comprendidas entre los 19 y los 68 años ($M= 30.88$, $SD = 10.87$). Dos eran de origen mejicano y uno de origen indio. A la mayoría de los pacientes (75%) se les asignó un diagnóstico de ansiedad o trastornos afectivos, y el resto fueron diagnosticados de alteraciones adaptativas y condiciones no atribuibles a un trastorno mental.

El número medio de sesiones para los pacientes fue 17.48 ($SD= 12.45$, rango= 3-60). Treinta y tres pacientes (55% del total de la muestra) terminaron la terapia en la forma prevista. Nueve pacientes (15%) fueron derivados a otro terapeuta cuando el primero terminó su entrenamiento. Dieciocho pacientes (30%) terminaron prematuramente. La terminación prematura fue definida como: (a) la no asistencia a dos citas consecutivas, (b) la no asistencia a doce o más sesiones y (c) el rechazo a continuar, a pesar del consejo del terapeuta.

MEDIDAS

Ajuste emocional. El ajuste del terapeuta fue medido mediante la escala de Neuroticismo de la forma A del Eysenck Personality Inventory (EPI; Eysenck & Eysenck, 1968). El EPI es un cuestionario de autoinforme de 57 ítems diseñado

para evaluar la personalidad a lo largo de las dimensiones de extroversión-introversión y neuroticismo-estabilidad. Eysenck y Eysenck (1968) hallaron buenos coeficientes de fiabilidad test-retest y evidencia considerable de la validez factorial, de constructo y concurrente de la escala Neuroticismo.

Actitudes de relación. Se utilizó el Barrett-Lennard Relationship Inventory (Barrett-Lennard, 1962) para medir las actitudes de relación de los terapeutas. Este es un cuestionario que evalúa las percepciones que del terapeuta tiene el paciente a lo largo de las cuatro dimensiones originalmente descritas por Rogers (1959): (a) comprensión empática, (b) consideración positiva, (c) aceptación incondicional y (d) congruencia. El inventario consiste en 85 afirmaciones que son puntuadas por los pacientes en una escala de seis puntos. En el presente estudio se utilizó la forma OS-64, una versión revisada de la escala original descrita por Beutler & McNabb (1981).

Implicación del paciente. La implicación percibida del paciente fue evaluada mediante el factor Therapeutic Participation del cuestionario de 74 ítems Psychotherapy Process Inventory (Baer, Dunbar, Hamilton & Beutler, 1980), un test que para cada paciente completa retrospectivamente el terapeuta. El factor Therapeutic Participation consiste en 16 ítems que han demostrado su validez factorial, consistencia interna y fiabilidad (Baer et al., 1980). Los ítems definidos factorialmente reflejan los rendimientos del paciente en la terapia y su motivación para el cambio.

Directividad/Apoyo. La directividad y el apoyo del terapeuta también fueron medidos utilizando un factor del Psychotherapy Process Inventory (Baer et al., 1980). Este factor consta de 8 ítems que reflejan el nivel de actividad del terapeuta y la preocupación y apoyo proporcionado a un paciente en el curso del tratamiento. Al igual que el factor de implicación, esta escala fue completada por el terapeuta en series de escalas de cinco puntos en relación a la extensión total de la terapia.

Credibilidad. La Therapist Credibility Scale (Beutler & McNabb, 1981) fue utilizada para evaluar las percepciones del paciente sobre la credibilidad y habilidad del terapeuta. Esta escala consiste en 12 pares de adjetivos con escalas de 7 puntos con que el paciente puntúa a su terapeuta. La validez de esta escala está basada en el trabajo de Beutler, Jobe & Elkins (1974), que demostró su validez predictiva y de constructo.

Orientación teórica. El Therapist Orientation Questionnaire (TOQ), en la revisión de Sundland (1977), fue utilizado para medir la orientación teórica del terapeuta. Este cuestionario consiste en 76 afirmaciones respecto de las creencias del terapeuta sobre lo que es deseable en terapia, cada una puntuada en una escala de cinco puntos. Este instrumento conduce a tres puntuaciones para cada terapeuta según el grado de adhesión a los enfoques experiencial, psicoanalítico y cognitivo-conductual.

Valores. El Rokeach Value Survey (RVS; Rokeach, 1973) fue utilizado para evaluar los valores del terapeuta. Rokeach definió un valor como una creencia perdurable en que un estado final específico de la existencia (valor teleonómico) o modo de conducta (valor instrumental) es preferible a su opuesto. El RVS fue diseñado para evaluar tanto el valor teleonómico como el instrumental, mediante la obtención de una jerarquía ordenada de valores individuales en cada uno de los sistemas. El RVS ha sido utilizado frecuentemente en estudios previos (Beutler, Arizmendi, Crago, Shanfield, & Hagaman, 1983) y es ampliamente utilizado en la investigación sobre persuasión social (Cohen, 1978; Kitwood, 1978).

Procedimiento.

La evaluación del paciente tuvo lugar inmediatamente antes del inicio del tratamiento y después de su finalización. Los pacientes completaron el SCL-90-R en el pre- y post-tratamiento y así como el Barrett-Lennard Relationship Inventory (Barret-Lennard, 1962) y el Therapist Credibility Rating Scale (Beutler & McNabb, 1981) al final del tratamiento. Estos tests fueron administrados a los pacientes por un asistente de investigación que determinó cuándo debían obtenerse los datos pre- y post-tratamiento. Cuando algún paciente terminaba el tratamiento de forma imprevista, el asistente de investigación contactaba con ellos para rellenar los cuestionarios.

Los terapeutas contestaron el Eysenck Personality Inventory (Eysenck & Eysenck, 1968), el Rokeach Value Survey (Rokeach, 1973), y el Therapist Orientation Questionnaire (Sundland, 1977) antes de la asignación de los pacientes; al finalizar el tratamiento de cada paciente asignado, los terapeutas rellenaron el Psychotherapy Process Inventory (Baer et al., 1980).

RESULTADOS

Análisis Preliminar

Antes de realizar el análisis, comparamos la gravedad de la sintomatología pre-tratamiento de los pacientes con las muestras normativas proporcionadas por Derogatis et al. (1976). Esto se realizó para determinar la representatividad de nuestra muestra de pacientes. Las puntuaciones estandarizadas T del GSI (Global Severity Index) del SCL-90-R adoptaron valores de rango entre 25.00 y 69.00 ($M = 49.08$, $SD = 8.99$), lo cual indica que el nivel global de malestar experimentado por esta muestra antes del tratamiento era similar al esperado ($M = 50.00$, $SD = 10.00$) en individuos que buscan tratamiento.

Para asegurarse de que la asignación de los pacientes a los grupos de terapeutas era equivalente, se realizó un análisis chi-cuadrado con las dimensiones sexo del paciente, raza, diagnóstico y tipo de finalización del tratamiento. No se encontraron diferencias significativas respecto a esas variables del paciente.

También se llevaron a cabo análisis unidireccionales de varianza (ANOVAS) para asegurar que no había diferencias significativas entre los pacientes de los dos grupos de terapeutas respecto a edad, número total de sesiones recibidas y gravedad de la sintomatología pre-tratamiento (GSI pre-tratamiento). La ausencia de diferencias significativas en esas variables del paciente permite apoyar la hipótesis de que las diferencias de resultado entre los grupos reflejan diferencias entre los terapeutas más que diferencias en las características de los pacientes.

Análisis Principal

El análisis principal se realizó mediante el procedimiento de la función discriminante gradual, que incluía en total once variables del terapeuta: las cuatro primeras relativas a implicación del paciente, directividad/apoyo del terapeuta, ajuste emocional del terapeuta y credibilidad del terapeuta; otras cuatro variables relativas a las habilidades relacionales (comprensión empática, consideración positiva, aceptación incondicional y congruencia) y tres variables más de orientación teórica del terapeuta (experiencial, psicoanalítica y cognitivo-conductual).

En la tabla 1 se presentan las medias y desviaciones estándar de todas las variables predictoras. El criterio de inclusión de una variable en la ecuación discriminante fue que incrementara la eficacia explicativa de esa ecuación en un nivel de .05; una variable se eliminaba de la ecuación si su inclusión producía un descenso al nivel de .10 de la eficacia explicativa.

Tabla 1

Medias y Desviaciones Estándar de las Variables del Terapeuta

Variable	Terapeutas más eficaces		Terapeutas menos eficaces	
	M	SD	M	SD
Habilidad de relación				
Consideración	30.76	7.50	24.93	10.51
Empatía	27.06	9.86	11.70	13.26
Incondicionalidad	25.73	13.80	13.56	11.85
Congruencia	30.26	15.34	16.76	16.12
Proceso de terapia				
Implicación del paciente	50.34	6.46	51.84	6.76
Dirección/apoyo	57.33	7.10	59.46	7.96
Influencia social				
Credibilidad	75.63	5.40	69.73	9.76
Personalidad				
Ajuste emocional	7.73	2.57	6.60	4.01

Variable	Terapeutas más eficaces		Terapeutas menos eficaces	
	M	SD	M	SD
Orientación teórica				
Experiencial	5136.71	448.01	5202.31	580.21
Psicoanálisis	5302.31	346.21	5613.92	475.62
Cognitivo-conductual	5043.75	445.93	5137.80	543.04
Valores teleonómicos				
Vida confortable	13.36	2.48	9.53	3.64
Vida excitante	11.34	3.39	8.18	3.69
Sentido de cumplimiento	7.89	3.31	8.66	2.70
Mundo de paz	10.46	2.96	12.38	5.33
Mundo de belleza	11.58	3.05	11.86	2.47
Igualdad	10.27	3.49	12.67	3.65
Seguridad familiar	7.50	4.19	8.82	4.00
Libertad	6.46	1.93	7.11	3.12
Felicidad	7.68	4.07	5.66	3.69
Armonía interior	5.48	5.14	5.27	3.25
Amor maduro	4.40	1.90	5.02	3.50
Seguridad nacional	14.90	3.45	15.97	2.97
Placer	13.26	3.33	9.16	3.73
Salvación	15.48	4.57	16.93	2.04
Auto-respeto	5.38	3.07	6.00	2.62
Reconocimiento social	13.03	2.48	12.90	3.34
Amistad verdadera	6.20	2.33	7.08	3.80
Sabiduría	6.05	2.85	7.71	3.02
Valores instrumentales				
Ambición	12.99	2.72	10.36	4.56
Tolerancia	4.74	3.02	6.44	2.93
Capacidad	5.64	3.10	5.28	1.86
Alegría	11.75	3.96	8.25	4.20
Decencia	15.78	2.40	14.88	2.74
Valentía	8.11	3.08	9.68	3.56
Perdón	8.76	3.23	11.18	3.07
Servicio	8.36	3.60	8.45	3.73
Honestidad	5.70	2.99	5.77	3.72
Imaginación	7.99	3.35	7.12	4.25
Independencia	7.03	4.14	6.45	2.28
Intelectualidad	6.98	2.54	9.23	3.63
Lógica	10.75	2.69	11.48	3.72
Amor	4.96	3.47	4.23	2.90
Obediencia	16.62	1.45	16.35	1.65
Amabilidad	15.13	2.22	14.34	1.86
Responsabilidad	6.73	3.07	7.28	3.44
Auto-control	13.12	2.55	14.32	2.70

Como se esperaba, las variables del terapeuta que más fuertemente diferenciaron entre los dos grupos fueron variables intra-terapia: la empatía del terapeuta, la implicación del paciente y la directividad del terapeuta discriminaron significativamente entre los grupos de mayor y menor eficacia. Como se aprecia en la Tabla 2, la empatía del terapeuta entró primero en la función discriminante, la implicación del paciente entró después y por último lo hizo la directividad/apoyo del terapeuta.

La ecuación discriminante obtenida clasificó con precisión a un 78.57% de todos los terapeutas. Se obtuvo comparativamente más precisión en la identificación de los terapeutas menos eficaces que de los más eficaces (84.60 % vs 73.30 %). Los pacientes de los terapeutas menos eficaces se sintieron menos comprendidos por sus terapeutas que los pacientes de los terapeutas más eficaces; sin embargo los terapeutas menos eficaces percibieron a sus pacientes como más implicados en el proceso terapéutico, se construyeron como más directivos y soportadores que los terapeutas más eficaces. Estos dos últimos datos fueron contrarios a los esperados.

Valores del terapeuta

Se realizó un segundo análisis de función discriminante para examinar las diferencias de valores que existían entre los psicoterapeutas más y menos eficaces. Se incluyeron en ese análisis los valores teleonómicos e instrumentales como

Tabla 2

Análisis Stepwise de la Función Discriminante

Paso	Variable introducida	Dirección del efecto	Lambda de Wilks	F	df
Variable principal del terapeuta					
1	Empatía	+	.76	5.84 *	1,19
2	Directividad/apoyo	-	.58	6.35 **	2,18
3	Implicación paciente	-	.45	6.90 ***	3,17
Variable de los valores del terapeuta					
1	Vida confortable	-	.71	11.33 ***	1,28
2	Intelectualidad	+	.61	8.56 ***	2,27
3	Vida excitante	-	.51	8.19 ***	3,26

Un signo positivo en la dirección del efecto indica un mayor nivel de la variable en el grupo más eficaz; un signo negativo indica un nivel más alto de la variable en el grupo menos eficaz.

* $p < .02$.

** $p < .01$.

*** $p < .00$.

variables predictoras. Este análisis reveló (Tabla 2) que sólo tres valores diferenciaban entre sí los dos grupos de terapeutas: los valores teleonómicos de “una vida confortable” y una “vida excitante” y el valor instrumental de “intelectualidad”. Esas tres variables dieron lugar a una asignación correcta del 83.33 % de los terapeutas a los grupos de mayor y menor eficacia. Contrariamente a lo sucedido en el análisis anterior, se obtuvo mayor precisión en la identificación de los terapeutas más eficaces que de los menos eficaces (93.30 % vs 73.30 %). Los terapeutas más eficaces concedieron significativamente menos importancia a tener una vida confortable (por ejemplo, próspera) y excitante (por ejemplo, estimulante y activa) y concedieron significativamente más importancia a ser intelectual (por ejemplo, inteligente y reflexivo) que los terapeutas menos eficaces.

DISCUSION

Los primeros datos de este estudio revelan que las variables del terapeuta que mejor predicen la eficacia, son las relacionadas con las experiencias intra-terapia de los participantes, en contraposición a rasgos extra-terapéuticos, tales como el ajuste emocional del terapeuta, su credibilidad o la orientación teórica. Esta conclusión es consistente con la revisión de la literatura existente realizada por Beutler et al. (1986).

El presente estudio apoya la significación de la empatía del terapeuta en la eficacia de la psicoterapia. Los pacientes de los terapeutas menos eficaces se sintieron menos comprendidos por sus terapeutas que los pacientes de los terapeutas más eficaces. Este dato es consistente con el papel fundamental atribuido por las principales teorías de psicoterapia a sentirse comprendido (Kohut, 1984; Rogers, 1959). También es consistente con la investigación previa en psicoterapia (Lambert & Bergin, 1983).

Nuestros resultados revelan que los terapeutas menos eficaces y menos empáticos percibían que sus pacientes progresaban más y estaban más implicados en el tratamiento con respecto a la percepción de los terapeutas más eficaces. Sean o no esas diferencias reflejo de su insensibilidad, los terapeutas menos eficaces pueden haber fallado como consecuencia de sus percepciones sobre la necesidad de estimular más la implicación en el proceso terapéutico o de proporcionar más dirección y apoyo. Estos últimos datos no son consistentes con los resultados de estudios previos, que han sugerido que los niveles de implicación del paciente (Gomes-Schwartz, 1978; Kolb, Beutler, Davis, Crago & Shanfield, 1985; Morgan, Luborsky, Crits-Christoph, Cursis & Solomon, 1982) y de directividad/apoyo del terapeuta (Beutler, Dunbar & Baer, 1980) están relacionados positivamente con la mejoría. Las diferencias en el muestreo y el método pueden explicar una parte de esta discrepancia. Los estudios previos utilizaron terapeutas con más experiencia y basaron sus conclusiones en las correlaciones simples entre las puntuaciones post-terapia y varias variables del terapeuta. Por desgracia las

puntuaciones de resultado post-tratamiento puede que reflejen el estado actual más que el cambio producido (Beutler & Crago, 1983). Por contra, este estudio comparó grupos criterio de terapeutas en formación, y se identificó el resultado mediante estimaciones objetivas de cambio residual.

Por último, respecto al valor de las diferencias entre los dos grupos de terapeutas, merecen discutirse varias posibles generalizaciones. Los terapeutas menos eficaces de este estudio de alguna manera pusieron mayor énfasis en su propia prosperidad y estimulación como valores finales de la existencia, en contraste con los terapeutas más eficaces. Esto puede reflejar auto-implicación más que altruismo en esos terapeutas, lo que puede interferir en sus habilidades para proporcionar comprensión empática y en juzgar su propia capacidad de brindar apoyo. Igualmente, el menor valor atribuido a la intelectualidad puede haber hecho que los terapeutas menos eficaces adoptaran una postura menos reflexiva y crítica hacia la psicoterapia misma. Esta actitud puede haber limitado la adquisición o refinamiento de ideas y habilidades que podrían afectar al crecimiento del paciente. Pueden ser de utilidad las investigaciones posteriores que repliquen esas diferencias y examinen las relaciones existentes entre los valores y las dimensiones del proceso psicoterapéutico, dada la significación que algunos teóricos han atribuido al papel de los valores del psicoterapeuta (Beutler, 1981; Tjelveit, 1986).

Este estudio examina las diferencias entre psicoterapeutas en formación más y menos eficaces. Los terapeutas fueron asignados a uno de los dos grupos dependiendo de si la preponderancia en los cambios sintomatológicos de sus pacientes indicaba una mayor o menor mejoría en el curso de la terapia. Las variables del terapeuta incluidas fueron el ajuste emocional, las habilidades de relación, la elicitación de la implicación del paciente, la credibilidad, la directividad y la orientación teórica. Los resultados indican que los terapeutas menos eficaces tienen menor nivel de comprensión empática, consideran que sus pacientes están más implicados en el tratamiento y creen que dan más apoyo que los terapeutas más eficaces. Igualmente, y en contraste con los terapeutas más eficaces, los terapeutas menos eficaces valoran de forma significativamente mayor el confort y la estimulación, y de forma significativamente menor los objetivos intelectuales.

Traducción: José A. Castillo Garayoa

Nota Editorial: Este artículo apareció en el *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57 (1) 76-80, 1989 con el título "Differences Between More and Less Effective Psychotehrapists: A Study of Select Therapist Variables". Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas:

- Baer, P.E., Dunbar, P.W., Hamilton, J.E. II, & Beutler, L.E. (1980). Therapists' perceptions of the psychotherapeutic process: Development of a psychotherapy process inventory. *Psychological Reports*, 46, 563-570.
- Barrett-Lennard, G.T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76 (43, Whole No. 562).
- Beutler, L.E. (1981). Convergence in counseling and psychotherapy: A current look. *Clinical Psychology Review*, 1, 79-101.
- Beutler, L.E., Arizmendi, T.G., Crago, M., Shanfield, S., & Hagaman, R. (1983). The effects of value similarity and client's persuadability on value convergence and psychotherapy improvement. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1, 231-245.
- Beutler, L.E., & Crago, M. (1983). Self-report measures of psychotherapy outcome. In M.J. Lambert, E.R. Christensen, & S. De Julio (Eds.), *The assessment of psychotherapy outcome* (pp. 453-497). New York: Wiley.
- Beutler, L.E., Crago, M., & Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 257-310). New York: Wiley.
- 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.
- Beutler, L.E., Jobe, A.M., & Elkins, D. (1974). Outcomes in group psychotherapy: Using persuasion theory to increase treatment efficiency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 547-553.
- Beutler, L.E., & McNabb, C. (1981). Self-evaluation for the psychotherapist. In C.E. Walker (Ed.), *Clinical practice of psychology* (pp. 397-440). New York: Pergamon Press.
- Cohen, J. (1978). The Rokeach Value Survey. In O.K. Buros (Ed.), *The eighth mental measurements yearbook* (pp. 1031-1032). Highland Park, NJ: Gryphon Press.
- Derogatis, L.R., Rickels, K., & Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1968). *Manual for the Eysenck Personality Inventory*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1023-1035.
- Kitwood, T. (1978). The Rokeach Value Survey. In O.K. Buros (Ed.), *The eighth mental measurements yearbook* (pp. 1032-1033). Highland Park, NJ: Gryphon Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kolb, D.L., Beutler, L.E., Davis, C.S., Crago, M., & Shanfield, S. (1985). Patient and therapy process variables relating to dropout and change in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 22, 702-710.
- Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1983). Therapist characteristics and their contribution to psychotherapy outcome. In C.E. Walker (Ed.), *The handbook of clinical psychology* (Vol. 1, pp. 205-241). Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Lambert, M.J., Bergin, A.E., & Collins, J.L. (1977). Therapist-induced deterioration in psychotherapy. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 452-481). New York: Pergamon Press.
- Morgan, R., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Curtis, H., & Solomon, J. (1982). Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn helping alliance rating method. *Archives of General Psychiatry*, 39, 397-402.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science and the social context* (pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.
- Sundland, D.M. (1977, June). *Theoretical orientation: A multiprofessional American sample*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Madison, WI.
- Tjeltveit, A.C. (1986). The ethics of value conversion in psychotherapy: Appropriate and inappropriate therapist influence on client values. *Clinical Psychology Review*, 6, 515-537.
- Waskow, I.E., & Parloff, M.B. (1975). *Psychotherapy change measures* (Report No. 74-120). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

¿HACE LA FORMACION PROFESIONAL MAS EFICAZ A UN TERAPEUTA?

Jeffrey S. Berman & Nicholas C. Norton.
University of Texas Austin

In a recent review, Hattie, Sharpley and Rogers (1984) concluded that the patients treated by paraprofessional therapists improve more than those treated by professionals. However, this provocative conclusion is based on inappropriate studies and statistical analyses. The present review omitted problematic studies and organized the data to permit valid statistical inference. Unlike Hattie et al., we found that professional and paraprofessional therapists were generally equal in effectiveness. Our analyses also suggested that professionals may be better for brief treatments and older patients, although these differences were slight. Current research evidence does not indicate that paraprofessionals are more effective, but neither does it reveal any substantial superiority for the professionally trained therapist.

En su crítica de 1952 Eysenck señalaba la falta de evidencia respecto de la eficacia de la psicoterapia, y concluía que era prematuro formular directrices para formar psicoterapeutas. En años posteriores, los investigadores han respondido al reto de Eysenck demostrando convincentemente que los pacientes que reciben una psicoterapia mejoran más que aquellos que no reciben tratamiento (ver por ejemplo Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass, & Miller, 1980). Sin embargo, tal evidencia respecto de la eficacia no necesariamente indica la utilidad de los programas de entrenamiento profesional. Por ejemplo, la psicoterapia con terapeutas altamente entrenados podría no traducirse en resultados mejores que los obtenidos por terapeutas no entrenados. Para calibrar las ventajas del entrenamiento profesional, también necesitamos conocer si los terapeutas entrenados son más eficaces que los que carecen de entrenamiento.

Durlak (1979) aportó una evaluación prometedora de este tema, pues revisó estudios que comparaban a terapeutas profesionales con paraprofesionales que no habían tenido un entrenamiento formal. En base a esta revisión, Durlak señaló que

“los paraprofesionales consiguen resultados clínicos iguales o significativamente mejores que los obtenidos por profesionales” (p. 80). Esta afirmación fue duramente criticada por Nietzel y Fisher (1981; ver también Durlak, 1981), y recientemente Hattie, Sharpley y Rogers (1984) intentaron resolver la controversia realizando una revisión cuantitativa más sofisticada de la evidencia empírica. Los resultados de esta revisión cuantitativa en general apoyan la afirmación de Durlak, por lo que Hattie et al. concluyeron su análisis diciendo que “los clientes que buscan ayuda de los paraprofesionales es más probable que consigan resolver su problema que los que consultan a profesionales” (p. 534). De ser cierta, esta provocadora conclusión pondría en cuestión la utilidad de la formación clínica.

Sin embargo, los resultados de Hattie et al. (1984) son problemáticos porque, como la revisión inicial de Durlak (1979), están basados en un número de estudios inapropiados. Por ejemplo, en algunos de esos estudios los individuos etiquetados como profesionales no tenían un entrenamiento psicológico formal, y en otros estudios la designación de profesional y paraprofesional parecía arbitraria. Además, en algunos de los estudios el tratamiento no consistió en “counseling” psicológico o psicoterapia.

Una dificultad adicional de la revisión de Hattie et al. (1984) es que las conclusiones estaban basadas en pruebas estándar de significación estadística, aunque los datos consistían en observaciones no independientes. Como ha sugerido el trabajo de Glass, McGaw y Smith (1981, capítulo 6), la utilización de pruebas inferenciales estándar con esos datos no independientes puede sobreestimar ampliamente la significación estadística de los resultados.

Dados estos problemas, el propósito de la presente revisión fue proporcionar una valoración más apropiada de la eficacia relativa de los terapeutas profesionales y paraprofesionales. En nuestro análisis evitamos las dificultades que habían afectado a las revisiones anteriores. Seleccionamos cuidadosamente la investigación relevante, omitiendo los estudios problemáticos incluidos por Durlak (1979) y Hattie et al. (1984). Además, organizamos los datos de forma que permitieran una inferencia estadística válida.

METODO

Estudios

En su reciente revisión, Hattie et al. (1984) examinaron un total de cuarenta y tres estudios. Esos estudios incluían treinta y nueve de los revisados anteriormente por Durlak (1979) y cuatro de los considerados por Nietzel y Fisher (1981). Sin embargo, nosotros descubrimos problemas en once de esos estudios y los excluimos del presente análisis (ver Tabla 1).

Tabla 1**Estudios problemáticos excluidos del presente análisis**

Problema	Estudio
Clasificación cuestionable de profesionales y/o paraprofesionales	Brown & Myers (1975) Jensen (1961) Moleski & Tosi (1976) Murry (1972) Penick, Filion, Fox, & Stunkard (1971) Zultowski & Catron (1976)
Tratamiento no psicoterapéutico	Lamb & Clack (1974) Zunker & Brown (1966)
Paraprofesionales sólo mínimamente implicados en el tratamiento	De Leon & Mandell (1966) Werry & Cohrssen (1965)
Sin medida de resultado	Knickerbocker & McGee (1973)

Seis estudios fueron omitidos porque la clasificación de los profesionales o los paraprofesionales era problemática. En tres de esos estudios (Brown & Myers, 1975; Murry, 1972; Zultowski & Catron, 1976), los terapeutas etiquetados de profesionales eran profesores de instituto sin entrenamiento en salud mental. En otro estudio (Jensen, 1961), algunos de los terapeutas clasificados como paraprofesionales eran trabajadores sociales y enfermeras entrenadas. En un estudio que examinaba el tratamiento conductual de la obesidad (Penick, Filion, Fox, & Stunkard, 1971), un estudiante médico fue identificado como profesional, mientras que un psicólogo experimental con gran bagaje en teoría del aprendizaje fue considerado paraprofesional. Finalmente, en un estudio que evaluaba el tratamiento de la tartamudez (Moleski & Tosi, 1976), el terapeuta designado como paraprofesional fue un patólogo del lenguaje con formación y el considerado profesional era un interno en psiquiatría.

Dos estudios eran inapropiados porque el tratamiento no era una forma de psicoterapia. En uno de esos estudios (Lamb & Clack, 1974), el procedimiento considerado como tratamiento fue simplemente la orientación a un centro de "counseling". En el otro estudio (Zunker & Brown, 1966), los autores explícitamente afirmaban que su programa de asesoramiento académico no incluía "counseling" psicológico.

Dos estudios (De Leon & Mandelli, 1966; Werry & Cohrssen, 1965) fueron excluidos porque la participación de los paraprofesionales en el tratamiento fue mínima y no requería habilidades psicológicas. En ambos casos, los paraprofesio-

nales eran los padres de niños enuréticos; su única contribución al tratamiento fue que cada noche ponían en marcha un aparato de "pipí-stop".

Un estudio más (Knickerbocker & McGee, 1973) fue omitido porque sólo aportaba medidas del proceso terapéutico pero no del resultado del tratamiento.

Hechas esas once exclusiones, nuestro análisis se basó en la muestra restante de treinta y dos estudios (véase una lista de los estudios en el Apéndice).

Estimación del Tamaño del Efecto

Para cada estudio la diferencia en la eficacia de los terapeutas profesionales y paraprofesionales fue expresada en términos de una medida estandarizada del tamaño del efecto. El tamaño del efecto se calculó con la siguiente fórmula:

$$\frac{m1 - m2}{s}$$

donde m1 es el resultado medio de los terapeutas profesionales, m2 es la media correspondiente a los paraprofesionales, y s es la desviación estándar intragrupo conjunta.

Nuestra medida del tamaño del efecto presenta dos diferencias respecto de la utilizada por Hattie et al. (1984). En primer lugar, el tamaño del efecto está codificado como positivo cuando los profesionales son mejores y negativo cuando lo son los paraprofesionales. En segundo lugar, a diferencia de Hattie et al., utilizamos la desviación intragrupo conjunta en lugar de únicamente la desviación estándar de los terapeutas profesionales. Al igual que en trabajos previos (Berman, Miller, & Massman, 1985; Miller & Berman, 1983; Nicholson & Berman, 1983), escogimos utilizar el valor conjunto porque proporciona una mejor estimación del parámetro de la población.

En la mayoría de estudios los tamaños del efecto eran calculados directamente a partir de las medias y los tamaños del efecto referidos. Cuando no se disponía de esa información, el tamaño del efecto era estimado a partir de otros estadísticos referidos en el estudio. Las distintas técnicas para estimar esos tamaños del efecto están descritas en trabajos previos (p.e. Miller & Berman, 1983; Glass, et al., 1981, capítulo 5).

En algunos estudios, los investigadores señalaban que los valores de ciertas medidas de resultado eran no significativos, pero no daban ninguna otra información. En esos casos, no era posible el cálculo de un tamaño del efecto preciso. Sin embargo, la exclusión de dichas medidas de resultado del análisis hubiera incrementado artificialmente la estimación global del tamaño del efecto, ya que es más probable que los investigadores proporcionen toda la información de aquellas medidas que han demostrado efectos del tratamiento amplios o estadísticamente significativos. Por tanto, si un dato de una medida de resultado era descrito como no significativo pero no se aportaba ninguna otra información, estimamos que el

tamaño del efecto de esa medida de resultado fue cero.

Hedges (1982) ha identificado un sesgo de las muestras pequeñas en la estimación del tamaño del efecto y proporcionó una corrección para ese problema (véase Hedges, 1982, fórmula 4). Todos los tamaños del efecto descritos en nuestro análisis fueron ajustados utilizando este procedimiento de corrección.

Análisis

En muchos de los estudios, la comparación de profesionales y paraprofesionales fue evaluada mediante más de una medida de resultado. En esos casos, se obtuvo un tamaño del efecto medio para el estudio promediando los tamaños del efecto de cada una de las medidas individuales. Este procedimiento aseguraba que cada estudio podría estar representado en el análisis por un único total del tamaño del efecto.

Debemos subrayar que nuestro procedimiento de promediar los tamaños del efecto difiere notablemente del método utilizado por Hattie et al. (1984). En la revisión de Hattie et al., el tamaño del efecto derivado de cada medida de resultado fue tratado como una observación independiente en cada análisis. Por desgracia, un análisis basado en esas observaciones no independientes puede infravalorar seriamente la varianza del error y, por tanto, invalidar las pruebas estandarizadas de significación (Glass et al., 1981, capítulo 6). Además, ese análisis aumenta arbitrariamente el peso de los estudios de acuerdo con el número de medidas de resultado referidas. Nosotros evitamos esos problemas utilizando siempre el estudio como la unidad básica en cada análisis.

RESULTADOS

La Tabla 2 presenta los tamaños del efecto globales para la comparación entre profesionales y paraprofesionales. Un tamaño del efecto positivo indica que los profesionales fueron mejores, y un tamaño del efecto negativo indica que los paraprofesionales fueron mejores. Como puede verse, nuestro análisis revela que los dos grupos de terapeutas fueron igualmente efectivos, tanto al finalizar el tratamiento como en la subsiguiente evaluación del seguimiento. En ambos casos el tamaño del efecto medio de los estudios revisados fue muy próximo a cero. Además, entre los estudios con una valoración del seguimiento, el tamaño del efecto del post-tratamiento ($M = 0.07$) fue casi idéntico al observado en el seguimiento ($M = 0.09$), $t(12) = 0.19$, $p = .9$. Debido al pequeño número de estudios que daban información sobre el seguimiento, realizamos los análisis posteriores teniendo en cuenta únicamente los datos post-tratamiento, que de acuerdo con los análisis de Nicholson & Berman (1983) deberían ser altamente predictivos de los resultados de una evaluación del seguimiento muy posterior.

En un primer grupo de análisis, examinamos si la eficacia relativa de los profesionales y paraprofesionales podría variar para los diferentes tipos de proble-

Tabla 2

Diferencias entre profesionales y paraprofesionales en el post-tratamiento y seguimiento

Evaluación	N de estudios	Tamaño del efecto (a)	
		M	SD
Post-tratamiento	32	-0.02	0.30
Seguimiento	13	0.09	0.30

(a) Los tamaños del efecto positivos indican que los profesionales fueron más eficaces; los negativos indican que lo fueron los paraprofesionales.

mas o de tratamientos. Cuando clasificamos los estudios (Tabla 2) de acuerdo con las cuatro categorías de quejas del paciente de más frecuente ocurrencia (ajuste social, fobia, psicosis y obesidad), no encontramos diferencias fiables entre los tamaños del efecto, $F(3,17) = 1.37$, $p = .3$. No detectamos tampoco ninguna diferencia sistemática cuando dividimos los estudios en cinco formas de tratamiento (conductual, cognitivo-conductual, humanista, intervención en crisis y "counseling" indiferenciado), $F(4,21) = 0.88$, $p = .5$. Finalmente, los tamaños del efecto obtenidos en los estudios en que el tratamiento era administrado individualmente ($M = -0.03$) fueron esencialmente los mismos que los observados en tratamientos de grupo ($M = -0.02$), $t(27) = 0.03$, $p = .98$.

A menudo, el resultado del tratamiento se evaluó a través de más de un tipo de medida o por más de una persona. En tales casos, examinamos si los resultados diferían en función del tipo o fuente de medida de resultado. Las comparaciones entre las medidas se realizaron por pares; cada análisis incluía únicamente los estudios que referían las dos medidas que se iban a comparar. Estas comparaciones apareadas no mostraron diferencias fiables en el tamaño del efecto calculado a partir de cinco tipos diferentes de resultado (malestar sintomático, ajuste global, ajuste social, ajuste laboral-escolar y rasgos de personalidad), todas las $p > .4$. De igual modo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las cuatro distintas fuentes de resultado (paciente, terapeuta, observador independiente e indicador conductual), todas las $p > .3$.

La eficacia relativa de los profesionales y paraprofesionales parecía variar en función de la longitud de la terapia. Encontramos que el número de semanas de tratamiento (transformado por el logaritmo natural para normalizar la distribución) correlacionaba con el tamaño del efecto, $r(25) = -.43$, $p = .03$. Como indica la tabla 3, los profesionales fueron algo más eficaces en estudios con tratamientos breves, mientras que los paraprofesionales fueron algo más eficaces en estudios que implicaban terapias de más larga duración.

Tabla 3			
Diferencias entre profesionales y paraprofesionales en estudios con tratamientos de diferente longitud			
Semanas de tratamiento	Número de estudios	Tamaño del efecto (a)	
		M	SD
1-4	5	0.19	0.39
5-12	12	0.05	0.22
más de 12	10	-0.19	0.26

(a) Los tamaños del efecto positivos indican que los profesionales fueron más eficaces; los negativos indican que lo fueron los paraprofesionales.

Hay también algún indicio de que los tamaños del efecto difieren en función de la edad de la muestra de pacientes, $r(26) = .34, p = .07$. Como puede verse en la Tabla 4 los profesionales obtenían mejores resultados con pacientes de más edad, mientras que los resultados de los paraprofesionales eran superiores con pacientes más jóvenes. Sin embargo, hay que puntualizar que los profesionales de los estudios revisados tenían a ser mayores (M edad = 31.8 años) que los paraprofesionales (M edad = 23.3).

Una de las ventajas del entrenamiento es que proporciona al profesional técnicas establecidas para llevar a cabo la terapia. Un terapeuta no entrenado presumiblemente no está familiarizado con esas técnicas; por tanto, el tratamiento ofrecido por un profesional podría diferir del realizado por un paraprofesional. En pocos de los estudios revisados, esta diferencia natural en las técnicas de trata-

Tabla 4			
Diferencias entre profesionales y paraprofesionales en función de la edad de los pacientes			
Edad media de los pacientes (años)	Número de estudios	Tamaños del efecto (a)	
		M	SD
Menos de 21	11	-0.16	0.29
21 o más	17	0.11	0.28

(a) Los tamaños del efecto positivos indican que los profesionales fueron más efectivos; los negativos indican que lo fueron los paraprofesionales.

miento fue notable, debido a que los profesionales utilizaban un método de tratamiento, mientras que a los paraprofesionales se les pedía que utilizaran un tipo diferente de procedimientos. Como Nietzel y Fisher (1981) han señalado, la comparación entre resultados de los profesionales y paraprofesionales es problemática, dada esta confusión explícita del estatus del terapeuta y del tipo de tratamiento. Para valorar la posible influencia de tal confusión, realizamos un subanálisis en el que excluimos siete estudios en que el tratamiento del profesional difería sistemáticamente del que realizaba el paraprofesional. Encontramos que los tamaños del efecto de los veinticinco estudios considerados ($M = 0.01$, $Sd = 0.29$) eran prácticamente paralelos a nuestros resultados globales: como antes, la eficacia de los profesionales y la de los paraprofesionales era similar.

Muchos de los estudios revisados tenían otras características que podrían oscurecer las ventajas del entrenamiento profesional (véase Hattie et al., 1984; Nietzel & Fisher, 1981). Por ejemplo, en algunos estudios los profesionales eran estudiantes que todavía no habían completado su programa de entrenamiento. En otros casos, los paraprofesionales tenían preparación o experiencia en tareas terapéuticas, o recibían supervisión frecuente de un profesional. Sin embargo, nuestros análisis sugirieron que esas variables no podían dar cuenta de la ausencia de diferencia entre profesionales y paraprofesionales. Cuando examinamos sólo los estudios en que los profesionales habían completado su formación ($n = 24$), hallamos que el tamaño del efecto medio era próximo a cero ($M = -0.03$, $SD = 0.33$). Cuando excluimos los estudios en que los paraprofesionales tenían preparación o experiencia previa en la tarea terapéutica, el tamaño del efecto de los veinte estudios restantes fue también despreciable ($M = 0.02$, $SD = 0.33$). De igual modo, tampoco cambiaron los resultados cuando excluimos los estudios en que los paraprofesionales habían recibido supervisión de un profesional; el tamaño del efecto medio de los veinte y un estudios fue de nuevo próximo a cero ($M = 0.01$, $SD = 0.32$).

DISCUSION

A diferencia de la reciente revisión de Hattie et al. (1984), no encontramos evidencia de que los terapeutas paraprofesionales sean más eficaces que los profesionales. Nuestro análisis revela que los terapeutas entrenados y no entrenados producen niveles comparables de mejoría en los pacientes. Además, esta similitud entre profesionales y paraprofesionales se produce incluso cuando los resultados son analizados separadamente para diferentes tipos de problemas, tratamientos y medidas de resultado.

La diferencia entre nuestros datos y los de Hattie et al. (1984) son impactantes, y sospechamos que al menos dos factores son responsables de la discrepancia. En primer lugar, Hattie et al. incluían en su revisión una serie de estudios altamente problemáticos. En algunos de esos estudios, los individuos que ellos identificaban

como profesionales no tenían un entrenamiento psicológico formal, y en otros la distinción entre profesional y paraprofesional resultaba arbitraria. Además, en algunos de sus estudios, el tratamiento examinado no era una forma de psicoterapia.

Para mayor complicación, Hattie et al. (1984) realizaron pruebas tradicionales de significación estadística, a pesar de que sus datos consistían en observaciones no independientes. Como ha sugerido el trabajo de Glass et al. (1981), la utilización de pruebas estándar de inferencia con datos no independientes puede sobreestimar ampliamente la significación estadística de un resultado. Esto puede explicar por qué nuestro análisis, más apropiado, no confirma la mayoría de las diferencias estadísticamente significativas halladas en la revisión de Hattie et al.

Nuestro análisis sugiere que la eficacia relativa de los terapeutas entrenados y no entrenados puede variar en función de la duración de la terapia. Cuando el tratamiento es breve, los terapeutas profesionalmente entrenados consiguen mejores resultados. Por contra, cuando el tratamiento es de más larga duración los paraprofesionales resultan más eficaces. Tal patrón podría indicar que el entrenamiento formal mejora la eficacia de un terapeuta porque incrementa una eficiencia que sería más aparente cuando la duración de la terapia es limitada. Sin embargo, esta interpretación no explica por qué los paraprofesionales parecen actuar algo mejor en terapias más largas. Además, deberíamos subrayar que la diferencia en resultados para las terapias largas y breves fue demasiado pequeña.

Una segunda variable moderadora observada en nuestro análisis es la edad del paciente. Los paraprofesionales son más eficaces con pacientes más jóvenes, mientras que los profesionales lo son con pacientes de más edad. Una vez más, esta intrigante diferencia es pequeña en magnitud. Además, los paraprofesionales de esos estudios tendían a ser más jóvenes que los profesionales. Por tanto, el resultado puede reflejar simplemente el hecho de que los terapeutas son más eficaces cuando tratan a pacientes de edad similar a la suya.

En el título de nuestro artículo preguntábamos si la formación hace a un terapeuta más eficaz. Sobre la base de la actual evidencia empírica, tendríamos que admitir que la respuesta es negativa. Los estudios que comparan a profesionales y paraprofesionales no han encontrado substanciales diferencias en la eficacia de esos dos grupos de terapeutas. Desde luego, esta conclusión no es mejor que los datos en que se basa, y revisiones anteriores (Nietzel & Fisher, 1981) han puesto de relieve la debilidad de los estudios que evalúan este tema. Hasta que la investigación posterior no cambie esta situación, la superioridad de los terapeutas profesionalmente entrenados sigue siendo una afirmación que no está probada.

En una reciente revisión, Hattie, Sharpley y Rogers (1984) concluyeron que los pacientes tratados por terapeutas paraprofesionales mejoraban más que los tratados por terapeutas profesionales. Sin embargo, esta provocadora conclusión está basada en estudios y análisis estadísticos inapropiados. La presente revisión omitió los estudios problemáticos y organizó los datos de forma que permitieran una inferencia estadística válida. A diferencia de Hattie et al., encontramos que los terapeutas profesionales y los paraprofesionales en general eran igualmente eficaces. Nuestro análisis también sugirió que los profesionales pueden ser mejores en caso de tratamientos breves y pacientes de más edad, a pesar de que esas diferencias fueron pequeñas. Las actuales evidencias empíricas no indican que los paraprofesionales sean más eficaces, pero tampoco revelan una superioridad substancial para los terapeutas entrenados profesionalmente.

Traducción: José A. Castillo Garayoa

Nota Editorial: Este artículo apareció en *Psychological Bulletin*, 98 (2), 401-407, 1985, con el título "Does Professional Training Make a Therapist More Effective?" Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas:

- Berman, J.S., Miller, R.C., & Massman, P.J. (1985). Cognitive therapy versus systematic desensitization: Is one treatment superior? *Psychological Bulletin*, 97, 451-461.
- Brown, C.R., & Myers, R. (1975). Student vs. faculty curriculum advising. *Journal of College Student Personnel*, 16, 226-231.
- De Leon, G., & Mandell, W. (1966). A comparison of conditioning and psychotherapy in the treatment of functional enuresis. *Journal of Clinical Psychology*, 22, 326-330.
- Durlak, J.A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 86, 80-92.
- Durlak, J.A. (1981). Evaluating comparative studies of paraprofessional and professional helpers: A reply to Nietzel and Fisher. *Psychological Bulletin*, 89, 566-569.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 310-324.
- Glass, G.V., McGaw, B., & Smith, M.L. (1981). *Meta-analysis in social research*, Beverly Hills, CA: Sage.
- Hattie, J.A., Sharpley, C.F., & Rogers, H.J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, 95, 534-541.
- Hedges, L.V. (1982). Estimation of effect size from a series of independent experiments. *Psychological Bulletin*, 92, 490-499.
- Jensen, M.B. (1961). Consultation vs therapy in the psychological treatment of NP hospital patients. *Journal of Clinical Psychology*, 17, 265-268.
- Knickerbocker, D.A., & McGee, R.K. (1973). Clinical effectiveness of nonprofessional and professional telephone workers in a crisis intervention center. In D. Lester & G. Brockopp (Eds.), *Telephone therapy and crisis intervention* (pp. 298-309). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lamb, D.H., & Clack, R.J. (1974). Professional versus paraprofessional approaches to orientation and subsequent counseling contacts. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 61-65.
- 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.
- Moleski, R., & Tosi, D.J. (1976). Comparative psychotherapy: Rational-emotive therapy versus systematic desensitization in the treatment of stuttering. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 309-311.

- Murry, J.P. (1972). The comparative effectiveness of student-to-student and faculty advising programs. *Journal of College Student Personnel*, 13, 562-566.
- Nicholson, R.A., & Berman, J.S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, 93, 261-278.
- Nietzel, M.T., & Fisher, S.G. (1981). Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak. *Psychological Bulletin*, 89, 555-565.
- Penick, S.B., Fillion, R., Fox, S., & Stunkard, A.J. (1971). Behavior modification in the treatment of obesity. *Psychosomatic Medicine*, 33, 49-55.
- 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: Johns Hopkins University Press.
- Werry, J.S., & Cohn, J. (1965). Enuresis-An etiological and therapeutic study. *Journal of Pediatrics*, 67, 423-431.
- Zultowski, W.H., & Catron, D.W. (1976). Students as curriculum advisers: Reinterpreted. *Journal of College Student Personnel*, 17, 199-204.
- Zunker, V.G., & Brown, W.F. (1966). Comparative effectiveness of student and professional counselors. *Personnel and Guidance Journal*, 44, 738-743.

Apéndice

Estudios incluidos en la presente revisión

- Anker, J.M., & Walsh, R.P. (1961). Group psychotherapy, a special activity program, and group structure in the treatment of chronic schizophrenics. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 476-481.
- Appleby, L. (1963). Evaluation of treatment methods for chronic schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 8, 8-21.
- Colarelli, N.J., & Siegel, S.M. (1966). *Ward H: An adventure in innovation*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Cole, C.W., Oetting, E.R., & Miskimins, R.W. (1969). Self-concept therapy for adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 642-645.
- DeVol, T.I. (1976). Does level of professional training make a difference in crisis intervention counseling? *Journal of Community Health*, 2, 31-35.
- Elliot, C.H., & Denney, D.R. (1975). Weight control through covert sensitization and false feedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 842-850.
- Ellsworth, R.B. (1968). *Nonprofessionals in psychiatric rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Engelkes, J.R., & Roberts, R.R. (1970). Rehabilitation counselors' level of training and job performance. *Journal of Counseling Psychology*, 17, 522-526.
- Evans, M.D. (1979). Factors related to the outcome of treatment for sexual dysfunction. *Dissertation Abstracts International*, 39, 4026B. (University Microfilms No. 79-04, 429).
- Fremouw, W.J., & Harmatz, M.G. (1975). A helper model for behavioral treatment of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 652-660.
- Getz, W.L., Fujita, B.N., & Allen, D. (1975). The use of paraprofessionals in crisis intervention: Evaluation of an innovative program. *American Journal of Community Psychology*, 3, 135-144.
- Karlsruher, A.E. (1976). The influence of supervision and facilitative conditions on the psychotherapeutic effectiveness of nonprofessional and professional therapists. *American Journal of Community Psychology*, 4, 145-154.
- Kazdin, A.E. (1975). Covert modeling, imagery assessment, and assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 716-724.
- Levenberg, S.B., & Wagner, M.K. (1976). Smoking cessation: Long-term irrelevance of mode of treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 93-95.
- Levitz, L.S., & Stunkard, A.J. (1974). A therapeutic coalition for obesity: Behavior modification and patient self-help. *American Journal of Psychiatry*, 131, 423-427.
- Lick, J.R., & Heffler, D. (1977). Relaxation training and attention placebo in the treatment of severe insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 153-161.
- Lindstrom, L.L., Balch, P., & Reese, S. (1976). In person versus telephone treatment for obesity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 367-369.

- Mendel, W.M., & Rapport, S. (1963). Outpatient treatment for chronic schizophrenic patients: Therapeutic consequences of an existential view. *Archives of General Psychiatry*, 8, 190-196.
- Miles, J.E., McLean, P.D., & Maurice, W.L. (1976). The medical student therapist: Treatment outcome. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 21, 467-472.
- Mosher, L.R., Menn, A., & Matthews, S.M. (1975). Soteria: Evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 455-467.
- O'Brien, C.P., Hamm, K.B., Ray, B.A., Pierce, J.F., Luborsky, L., & Mintz, J. (1972). Group vs individual psychotherapy with schizophrenics: A controlled outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 27, 474-478.
- Ottomanelli, G.A. (1978). Patient improvement measured by the MMPI and Pyp, related to paraprofessional and professional counselor assignment. *International Journal of the Addictions*, 13, 503-507.
- Poser, E.G. (1966). The effect of therapists' training on group therapeutic outcome. *Journal of Consulting Psychology*, 30, 283-289.
- Russell, R.K., & Wise, F. (1976). Treatment of speech anxiety by cue-controlled relaxation and desensitization with professional and paraprofessional counselors. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 583-586.
- Ryan, V.L., Krall, C.A., & Hodges, W.F. (1976). Self-concept change in behavior modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 638-645.
- Schortinghuis, N.E., & Frohman, A. (1974). A comparison of paraprofessional and professional success with preschool children. *Journal of Learning Disabilities*, 7, 245-247.
- Sheldon, A. (1964). An evaluation of psychiatric after-care. *British Journal of Psychiatry*, 110, 662-667.
- Shelton, J.L., & Madrazo-Peterson, R. (1978). Treatment outcome and maintenance in systematic desensitization: Professional versus paraprofessional effectiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 331-335.
- Strupp, H.H., & Hadley, S.W. (1979). Specific vs nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- Truax, C.B., & Lister, J.L. (1970). Effectiveness of counselors and counselor aides. *Journal of Counseling Psychology*, 17, 331-334.
- Weinman, B., Kleiner, R., Yu, J.H., & Tillson, V.A. (1974). Social treatment of the chronic psychotic patient in the community. *Journal of Community Psychology*, 2, 358-365.
- Wolff, T. (1969). Undergraduates as campus mental health workers. *Personnel and Guidance Journal*, 48, 294-304.



LA INVESTIGACION SOBRE EL PROCESO DE CAMBIO

Leslie S. Greenberg
University of British Columbia

Research on change processes is needed to help explain how psychotherapy produces change. To explain processes of change it will be important to measure three types of outcomes -immediate, intermediate, and final- and three levels of processes -speech act, episode, and relationship. Emphasis will need to be placed on specifying different types of in-session change episodes and the intermediate outcomes they produce. The assumption that all processes have been the same meaning (regardless of context) needs to be dropped, and a context-sensitive process research needs to be developed. Speech acts need to be viewed in the context of the types of episodes in which they occur, and episodes need to be viewed in the context of the type of relationship in which they occur. This approach would result in the use of a battery of process instruments to measure process patterns in context and to relate these to outcome.

La investigación sobre el proceso psicoterapéutico ha ofrecido algunos datos interesantes (Orlinsky & Howard, 1978) pero no ha conducido al tipo de comprensión y de explicación de la psicoterapia que ésta necesita. Un problema básico de la mayoría de las investigaciones sobre el proceso psicoterapéutico es que no tienen en cuenta el contexto (Elliott, 1983a; Rice & Greenberg, 1974, 1984). Más que asumir que cualquier proceso tiene igual significación o un sentido similar en cualquier punto de la terapia, es importante dividir la terapia en diferentes episodios o eventos terapéuticos, con objeto de comprender el proceso en el contexto de unidades clínicamente significativas. Uno de los criterios más importantes de selección de episodios para su estudio es si son representativos o no del proceso de cambio.

Centrarse en los procesos de cambio permite trascender la dicotomía entre proceso y resultado, que en el pasado ha planteado dificultades en el campo de la psicoterapia (Kiesler, 1983). Al estudiar el proceso de cambio se tienen en cuenta los puntos iniciales y finales, así como lo que ocurre entre ambos puntos. Situando el centro de la investigación en los procesos de cambio, no sólo se pone énfasis en estudiar lo que está ocurriendo en la terapia (investigación del proceso) y en la comparación de medidas antes y después de la terapia (investigación de la

eficacia), sino también en la identificación, descripción, explicación y predicción de los procesos que producen cambio terapéutico en el curso global de la terapia (Greenberg, 1982, 1986).

Resultado

Al estudiar el proceso de cambio es posible medir tres tipos de resultados o de cambios del paciente que tienen lugar en el curso de la terapia, denominados resultados inmediatos, resultados intermedios y resultados últimos (o finales) (Greenberg, 1982, 1986; Pinsof, 1981). Un resultado inmediato o impacto es el cambio que se produce de forma evidente en la misma sesión. Es importante especificar y medir los cambios destacables intra-sesión, resultantes de una intervención específica o de una interacción global. Esos cambios intra-sesión deben relacionarse con cambios intermedios extra-sesión, evaluados mediante medidas del resultado de una sesión, diseñadas para evaluar los cambios en las actitudes y conductas, objetivo del tratamiento. Los cambios en esos objetivos deben ser seguidos a lo largo del tiempo para establecer la consistencia de los cambios intermedios y para ver cómo éstos varían y se relacionan con los resultados finales. Los resultados finales se consideran al finalizar el tratamiento y en el seguimiento, y representan el cambio último. Para proporcionar una imagen completa de los procesos de cambio, los resultados en los tres puntos deben relacionarse entre sí.

Proceso

Para estudiar rigurosamente el proceso de cambio que tiene lugar en la sesión, los investigadores necesitan centrarse en (a) especificar resultados inmediatos de la sesión y (b) medir aquellos procesos intra-sesión que conducen a ese cambio. Para permitir un estudio riguroso del cambio, la medición fiable de los procesos de cambio intra-sesión debe convertirse en un tema prioritario de la investigación en psicoterapia. La medición de los procesos intra-sesión saca a colación diversos temas con los que los investigadores del proceso han luchado durante años; un tema fundamental es el tipo y tamaño de la unidad que se utiliza para valorar el proceso. En relación con este problema, Kiesler (1973, p. 37) concluyó que “en la investigación sobre el proceso hay muchas unidades y constructos diferentes que requieren medición”. Desde esta perspectiva, la unidad seleccionada —sea una palabra, una frase, una expresión, un área problema, el periodo inicial de la terapia, etc.— dependerá de los constructos de interés y de las preguntas que formule cada estudio. Así es como la investigación del proceso ha procedido hasta ahora, lo que hace difícil comparar datos de estudios diferentes o extraer conclusiones generales de esos estudios.

Es necesario solucionar este problema mediante una conceptualización de niveles tipificados de unidades de estudio. Un acuerdo sobre la estructura de esas

unidades ayudaría a coordinar diferentes medidas del proceso e incrementaría en gran medida la investigación. Pearce y Cronen (1980), trabajando en el área de la comunicación y la interacción social, han propuesto un modelo jerárquico de significado, que supone un marco complejo de relaciones entre diversos niveles de significado, en el que se necesitan varios niveles de esa jerarquía para comprender el significado de cualquier acto comunicativo. La investigación del proceso psicoterapéutico podría mejorarse utilizando tres (quizás cuatro) de esos niveles estandarizados y organizados jerárquicamente para describir el proceso intrasesión. Los niveles que parecen ser más relevantes son el contenido, los actos de habla, los episodios y la relación, los cuales aparecen organizados jerárquicamente en este mismo orden.

El **contenido** es —en cuanto al estudio de los procesos de cambio— el nivel más prescindible. Se refiere al contenido real de lo hablado, sin referirlo a la clase de mensaje utilizado.

El nivel de **actos del habla** se refiere a la influencia que ejercen las personas a través de lo que dicen o hacen. Este nivel se refiere a la pragmática del discurso, a cómo las personas consiguen lo que quieren mediante la utilización del lenguaje (Austin, 1962; Searles, 1969). Los actos de habla de acuerdo con esos lingüistas, implican cosas como informar, aconsejar, prometer, amenazar, insultar, dirigir, etc. En la literatura sobre el tema aparecen diversos sistemas de codificación en este nivel. La codificación de aspectos tales como las formas de respuesta del terapeuta y del cliente representan claramente este nivel (Hill, 1986; Snyder, 1963; Stiles, 1986). Además de describir la función o efecto de los actos de habla del paciente y del terapeuta, también corresponderían a este nivel diferentes aspectos que ayuden a comprender el significado del acto de habla, entre ellos la profundidad de la experiencia (Klein, Mathieu, Gendlin, & Kiesler, 1969), la calidad de la voz (Rice, Koke, Greenberg, & Wagstaff, 1980), la duración del habla y el silencio (Matarazzo, Wiens, Matarazzo & Saslow, 1968) y otras variables paralingüísticas. En la investigación sobre psicoterapia, la codificación de este nivel debería realizarse a partir de las unidades de análisis más pequeñas de un estudio particular.

La siguiente unidad más amplia a codificar sería el episodio. Los **episodios** son “rutinas comunicativas que (los participantes) ven como globalidades distintas, separadas de otros tipos de discurso, que se caracterizan por reglas especiales de habla y conducta no verbal y que a menudo se distinguen por secuencias de apertura y cierre claramente reconocibles” (Gumperz, 1972, p. 17). La unidad de episodio ha sido utilizada para describir estudios de antropología, sociología y psicología social. En el análisis de la conversación, el concepto de episodio ha sido utilizado para describir cómo las personas que conversan extraen de su conocimiento sobre la estructura de los episodios la información que falta para completar un significado (Schank & Abelson, 1977). En la investigación sobre psicoterapia,

los episodios terapéuticos son unidades significativas de interacción terapéutica que, de acuerdo con el enfoque terapéutico utilizado, se diseñan para conseguir un objetivo terapéutico intermedio. La mayoría de terapias y de terapeutas tienen conjuntos explícitos y a veces implícitos de subtareas que realiza el paciente para conseguir sub-objetivos específicos. Las interacciones estratégicas entre el terapeuta y el paciente en esas subtareas constituyen los episodios significativos de ese enfoque. Por ejemplo, en la terapia cognitiva una subtask del nivel episódico en que se requiere la participación del paciente puede ser la creación de una agenda para la sesión (Beck, Rush, Shjaw, & Emery, 1979), mientras que los episodios importantes de cambio pueden ser el dudar sobre una creencia irracional específica (Ellis, 1962) o recoger evidencias de esquemas inconsistentes (Beck et al., 1979).

En este planteamiento jerárquico de la selección de unidades, la unidad más amplia de análisis recaería en la relación. El **nivel de relación** describe las cualidades particulares que la gente atribuye a una relación y que van más allá de un contenido, acto o episodio particular. Se trata de una comprensión, normalmente implícita, que extrae un sentido colectivo de los atributos de la relación, un sentido de **nosotros**. La relación ha sido discutida con detalle en la literatura terapéutica, y se han ideado varias medidas (Lambert, 1983) que utilizan informes del terapeuta y del paciente.

El modelo jerárquico se plantea como un mecanismo heurístico que permite identificar unidades de análisis y niveles de significado para comprender la comunicación en psicoterapia. Los diferentes niveles se proporcionan mutuamente un contexto, y esto ayuda a definir el significado de cualquier comunicación. El mismo acto en un contexto diferente tendrá un significado distinto. Por ejemplo, la afirmación "me siento como un niño pequeño" realizada en el marco relacional de una buena alianza psicoterapéutica de trabajo puede considerarse como un acto de habla revelador en el contexto episódico de resolver un conflicto (Bordin, 1979). Sin embargo, en el contexto episódico de discutir problemas en la relación terapéutica o en un contexto relacional de pobre alianza (en la cual no existe acuerdo sobre los objetivos y tareas y no hay un sentido de trabajo conjunto [Bordin, 1979]), esta afirmación podría contabilizarse como una acusación o una queja.

Los significados sociales, por tanto, dependen del contexto. El significado de un mensaje viene dado por el contexto en que ocurre. Con la perspectiva de que los sistemas de significado están organizados jerárquicamente, los investigadores tendrán que enfrentarse a la complejidad de investigar un fenómeno que se plantea como un sistema jerárquico.

El planteamiento sugerido para el problema de la elección de la unidad es tratar el proceso psicoterapéutico como un fenómeno de tres o cuatro niveles (dependiendo de la relevancia del contenido), donde el contenido y/o los actos de

habla cobran significado a partir de los contextos episódicos y de relación. Más que implicar que el contenido o los actos de habla son los datos fundamentales de la investigación sobre el proceso, con la exclusión de variables de estilo, kinésicas o paralingüísticas, lo que se intenta sugerir es que el contexto es de gran importancia en la investigación de los procesos de cambio y debería ser incorporado en nuestra estrategia de investigación. La estructura de evaluación del proceso, en el contexto de los episodios y de la relación, define un tipo de investigación del proceso en que se utiliza una batería de instrumentos de diferentes tipos para asegurar que se recogen los tres niveles previamente discutidos. Este tipo de investigación permitiría a los investigadores describir el proceso del cliente y del terapeuta desde las perspectivas de observador y de participante, de forma que pudiera describirse más claramente el significado del acto.

Lo que se sugiere, por tanto, es que se establezca un acuerdo sobre grupos de categorías jerárquicamente organizadas para medir el proceso. La teoría moderna de formación de categorías proporciona algunas guías para su formulación. Cantor y Mischel (1979) y Rosch (1978) han hecho distinciones útiles respecto al nivel de abstracción utilizado en la formación de una categoría. Reconociendo que los objetos pueden ser categorizados en varios niveles de inclusividad, Rosch (1978) identifica un nivel categorial básico, o medio, como el óptimo para la mayoría de las tareas de categorización. Las categorías de un nivel medio de abstracción son ricas en detalles y están bien diferenciadas unas de otras.

Siguiendo esta línea de pensamiento sería útil intentar categorizar las interacciones psicoterapéuticas como un grupo de categorías episódicas de nivel medio, describiendo interacciones estratégicas particulares en las que el paciente y el terapeuta están comprometidos en la resolución de un tipo particular de problemática del paciente. Hasta la fecha, los investigadores del proceso psicoterapéutico han tendido a centrarse en (a) esquemas de los niveles de categorización más bajos, creando sistemas de puntuación de actos que en sí mismos son demasiado ricos en detalles como para captar unidades de cambio terapéuticamente significativas y (b) en los niveles de categorización más altos de las relaciones, los cuales sacrifican demasiados detalles en aras de la comunalidad. Los esfuerzos para desarrollar un grupo de categorías de inferencia de nivel alto y bajo se intensificarían notablemente mediante el desarrollo de un grupo de categorías episódicas situadas en un plano intermedio y que permitiesen recoger las interacciones estratégicas intra-sesión en las que los participantes pretenden lograr un objetivo terapéutico intermedio.

Los trabajos recientes que han estudiado episodios de cambio terapéutico (Rice & Greenberg, 1984), tales como la resolución de conflictos (Greenberg, 1984a), la resolución de reacciones problemáticas (Rice & Saperia, 1984), los cambios del estado mental que tienen lugar en la terapia (Horowitz, 1979), los cambios en la sintomatología (Luborsky, Singer, Hartke, Chrits-Christoph, &

Cohen, 1984), y la resolución de temas centrales conflictivos (Levine & Luborsky, 1981; Luborsky, 1984), muestran alguna esperanza respecto a la posibilidad de aislar procesos de cambio en diferentes tipos de interacciones terapéuticas.

Además de la medición a diversos niveles, parece necesario elaborar un perfil que permita captar los diferentes atributos y dimensiones de actuación que confluyen en un mismo nivel. La cantidad de atributos o variables necesarias en cada nivel vendría determinado por la cuestión concreta que se plantee en cada investigación. Sin embargo, un procedimiento estándar puede consistir en utilizar al menos una variable de relación, como por ejemplo la alianza; un nivel de episodio, tal como la resolución de un conflicto; y un número de variables de inferencia de un nivel más bajo en el plano del acto de palabra, tal como la calidad de la voz (Rice & Kerr, en prensa), la profundidad de la experiencia (Klein et al., 1969) y el tipo de procesamiento conceptual/perceptivo (Toukmanian, 1986). Esto daría como resultado la utilización estandarizada de un enfoque multinivel, multidimensional y de perspectiva múltiple (observador y participante) de la investigación del proceso psicoterapéutico, en el cual se utilizaría una batería de instrumentos del proceso para medir los procesos de cambio.

Acontecimientos de Cambio

Rice y Greenberg (1974,1984) han sugerido un enfoque basado en los acontecimientos para el estudio de los procesos de cambio. Un **acontecimiento** es un episodio terapéutico que consta de cuatro componentes: el problema señalado por el paciente, la operación del terapeuta, la actuación del cliente y el resultado intra-sesión inmediato. La **señal** del paciente es una afirmación o un grupo de afirmaciones que indican al terapeuta que el paciente se encuentra en ese momento frente a un problema (o un conflicto) susceptible de intervención. Esas señales pueden ser fiablemente identificadas por jueces (Greenberg, 1984a; Rice & Saperia, 1984). La **operación del terapeuta** es la clase de intervención realizada por él para promover la resolución de un problema y está descrita en los manuales de terapia. Las respuestas del cliente a la intervención del terapeuta constituyen la **actuación del cliente**, la cual finaliza con un tipo particular de **resultado intra-sesión** tal como la integración de tendencias conflictivas o la reorganización cognitiva. Los acontecimientos pueden variar en tamaño, desde un intercambio cliente-terapeuta-cliente constituido por tres afirmaciones hasta un episodio que ocupe la mayor parte de una sesión o incluso varias sesiones. Se estudian aquellos acontecimientos que son considerados cambios importantes o que tienen relevancia para la comprensión de cómo tiene lugar el cambio terapéutico (Elliott, 1983b).

Utilizando este marco de acontecimientos, el investigador intenta responder a las siguientes preguntas sobre los acontecimientos importantes en terapia:

1. ¿Qué actuaciones del cliente en la terapia, o qué señales sugeridas como problema requieren y permiten una intervención? 2. ¿Qué operaciones del

terapeuta son apropiadas a estas señales? ¿Qué operaciones del terapeuta serán las que mejor facilitarán un proceso de cambio?

3. ¿Qué actuaciones del cliente realizadas a continuación conducirán al cambio? ¿Cuáles son los aspectos de la actuación en que se manifiesta el proceso de cambio y qué permite reconocer como tal un resultado inmediato intra-terapia?

Este tipo de preguntas ofrece al investigador una mayor proximidad al estudio de lo que el paciente y el terapeuta hacen realmente en la terapia. La comprensión de la terapia se incrementará mediante el descubrimiento de qué intervenciones producen qué tipo de impacto en qué momentos particulares del cliente en terapia. La investigación sobre esa cuestión en el marco del proceso multinivel y multidimensional anteriormente sugerido, permitiría una descripción de las actividades específicas del terapeuta (tales como reflejo, interpretación y guía directa) en contextos de episodios estratégicos específicos (tales como confrontar ideas irracionales y reprocesar incidentes críticos del pasado) y en contextos de relación específicos (una buena alianza de trabajo o un terapeuta percibido como empático). De modo parecido, los procesos del cliente podrían ser codificados según un número de descriptores en el contexto de descriptores de nivel más alto.

Los esfuerzos en este tipo de investigación sobre los acontecimientos de cambio basada en episodios y orientada a la explicación, conduciría a diferentes tipos de estudios de psicoterapia. En primer lugar, los estudios de intervención diferencial en el nivel de episodios, en el cual el centro está en los resultados inmediatos e intermedios para problemas particulares, proporcionan evidencia de qué intervenciones son más eficaces en determinados puntos de la terapia. Greenberg y Dompierre (1981), por ejemplo, demostraron que una intervención mediante la técnica Gestalt de las dos sillas era más eficaz que el reflejo empático para resolver una manifestación intra-sesión de un conflicto intrapsíquico. En segundo lugar, los estudios que identifican qué problemas de los que los clientes discuten en la terapia son susceptibles de intervención, iniciarían la delimitación de un sistema de diagnóstico del proceso de diferentes tipos de problemas que se presentan en terapia para su resolución. Un sistema de diagnóstico del proceso de este tipo ayudaría a organizar el campo del proceso del cliente y constituiría la base para un sistema de diagnóstico funcional que sugeriría intervenciones específicas para particulares condiciones intra-sesión del paciente. En tercer lugar, los estudios de las formas de resolución del cliente conducirían a una especificación de resultados inmediatos e incrementarían la comprensión de cómo los clientes cambian realmente en la terapia. En esos estudios de formas de resolución podrían realizarse tanto investigaciones de caso único como estudios de grupo (Rice & Greenberg, 1984). Esto conduciría al incremento en la comprensión y explicación del cambio tanto en la investigación intensiva orientada al descubrimiento como a la investigación de prueba de hipótesis.

Las cuestiones relativas a los diferentes tipos de resultados permitirían una comprensión más clara de qué clase de actuaciones y resultados intra-terapia conducen a qué tipo de cambios extra-terapia. Esto agudizaría en gran medida la investigación sobre el resultado y ayudaría a comenzar un estudio del proceso de cambio extra-terapia. Más que contemplar el resultado como un hecho unitario individual, lo básico sería el impacto diario y semanal de la terapia, planteando estudios en que el resultado de la terapia se consideraría un proceso. Por ejemplo, Greenberg y Webster (1982) demostraron que los patrones de actuación encaminados a resolver un conflicto en la terapia condujeron al cambio en informes de resolución del conflicto elaborados después de la sesión, mejoraron el humor y la consecución de objetivos durante la semana siguiente a la sesión, redujeron la indecisión y mejoraron los síntomas en la finalización de la terapia y durante el seguimiento.

Así mismo, la investigación sobre episodios de cambio se centraría en un tipo de cuestiones más próximas a la aplicación de la psicoterapia y conduciría a investigar lo que más directamente podría afectar a la práctica. Una vez conocidas qué intervenciones son más apropiadas para qué estados de los clientes y qué acciones resultantes del cliente conducen a la resolución del problema, estaríamos más cerca de descubrir cómo ocurre realmente el cambio en terapia. Seríamos entonces capaces de identificar los ingredientes activos del cambio y de explicar los mecanismos que conducen a ese cambio.

Patrones de Cambio

Los intentos iniciales de explicación en la investigación del proceso psicoterapéutico, generalmente buscaban asociaciones simples entre variables individuales aisladas de su contexto. Este enfoque se basa en una perspectiva de la explicación en que predominan las nociones de predicción y vinculación, esto es, si *x*, entonces *y*, más que la interpretación de un patrón. Una estrategia más prometedora, que ayudará a mejorar la explicación, es la identificación y descubrimiento de los patrones intra-sesión del cliente y de las conductas del terapeuta (Gottman & Markman, 1978; Greenberg, en prensa; Rice & Greenberg, 1984). La identificación de patrones de actuación intra-sesión del cliente y del terapeuta es la estrategia clave de los estudios que buscan una explicación (Gottman, Markman, & Notarius, 1977; Greenberg, 1980, 1983, 1984a, 1984b; Horowitz, 1979).

El problema básico de la mayoría de los estudios iniciales sobre el proceso ha sido el haber ignorado los patrones. A menudo sólo se estudiaron variables individuales, y siempre a partir del supuesto que el proceso estudiado no variaba significativamente a lo largo del tiempo y era básicamente homogéneo en el interior de una sesión. Los estudios del proceso en el curso del tiempo han demostrado que esta suposición de homogeneidad no es cierta (Rice & Greenberg, 1984; Gurman, 1973). El proceso varía claramente a lo largo del tiempo, y

diferentes procesos tienen diferentes significados en diferentes contextos intrasesión. Sumar conjuntamente todos los procesos, como si los procesos que se producen durante las sesiones o a lo largo de la terapia fueran iguales, es perpetuar el mito de la uniformidad del que la investigación en psicoterapia debe huir. Se producen procesos particulares en diferentes momentos de la terapia, que tienen distintos significados según diferentes contextos. Lo que indica el significado terapéutico de lo que está ocurriendo en la terapia es la ocurrencia de un patrón particular de variables, más que su simple presencia o frecuencia de ocurrencia. Tradicionalmente, sin embargo, los datos de frecuencia han sido utilizados como base de la investigación sobre el proceso. El porcentaje de ocurrencias de un número de afirmaciones ha sido la cifra resumen (por ejemplo, el porcentaje de interpretaciones, de inclinaciones de la cabeza, etc.). La suposición de la que se parte en estos estudios es que todas las conductas son equivalentes a pesar del contexto, del momento, de que sean apropiadas o no y de su calidad. Parece claro que el momento, el contexto y la secuencia de las interpretaciones o de las confrontaciones son de mucha mayor significación que su frecuencia.

Al estudiar patrones de la conducta del cliente, la principal estrategia es la de mirar las relaciones de covariación a lo largo del tiempo entre variables del mismo nivel de descripción. Además, puede ser necesario tener en cuenta la significación particular de ese patrón en un contexto de nivel superior. Por ejemplo, en episodios exitosos de búsqueda de insight, Elliott (1984) halló que una serie de índices de covariación en el nivel de los actos de habla y de indicadores observables de estilo podrían identificar un patrón tan complejo como una afirmación del cliente en el sentido de intentar conseguir auto-comprensión, acompañado por una experiencia de malestar por no ser capaz de lograrla, que condujera a la formulación de un problema y a una demanda de ayuda. El insight se producía cuando este marcador de búsqueda de auto-comprensión era seguido por el procesamiento de nueva información generada internamente y por una diferenciación del significado y una nueva expresión de sentimientos.

En la investigación del proceso han aparecido dos enfoques principales en el análisis de patrones; uno es el método empírico-racional denominado **análisis de la tarea**, consistente en que un observador humano identifica el patrón (Rice & Greenberg, 1984), y el otro es un enfoque meramente empírico en que se utilizan métodos computacionales para identificar secuencias (Sackett, 1978).

Utilizando un enfoque de análisis de la tarea (Greenberg, 1984b), el investigador selecciona para su análisis intensivo una clase particular de acontecimientos de cambio recurrentes. En este punto se compara una hipotética actuación de un cliente ideal, que representase la mejor comprensión clínica de cómo se produce la resolución, con las descripciones de la ejecución de resoluciones realizadas por clientes reales a partir de una serie de análisis intensivos de caso único. Esto se realiza de una forma interactiva, yendo de la actuación ideal a la real hasta que se

construye un modelo de resolución de la actuación. Este aspecto post-dictivo y orientado al descubrimiento del enfoque implica un proceso sucesivo de movimiento desde las expectativas clínica y teórica hasta la observación y vuelta atrás, hasta que el investigador llega a la conclusión de que se ha alcanzado satisfactoriamente la descripción de los fenómenos presentes. El modelo construido mediante este método se somete a continuación a procedimientos de verificación apropiados, por ejemplo relacionando esas actuaciones con el resultado. Este procedimiento iterativo de comparación de actuaciones reales y posibles, representa una forma rigurosa de teorización clínica inductiva que da como resultado la construcción de un modelo en términos que pueden ser comprobados mediante la medición del proceso.

Utilizando este tipo de análisis de la tarea para el estudio de los acontecimientos terapéuticos, se han descrito los componentes de competencia para la resolución de conflictos intrapsíquicos (Greenberg, 1984a), así como los componentes de competencia para la resolución eficaz de reacciones problemáticas (Rice & Saperia, 1984). En un estudio inicial del diálogo Gestalt de las dos sillas, Greenberg (1980) demostró que para cada parte del conflicto, los patrones característicos de calidad de la voz y profundidad de la experiencia estaban asociados con la resolución. Apareció que un aspecto discriminante de la resolución era el cambio desde una crítica severa anterior, centrada en lo exterior, a una postura más centrada en lo interior, medida mediante altos niveles de experimentación y el uso ajustado de la voz. En una ampliación de este estudio (Greenberg, 1983, 1984a), se demostró que una muestra de catorce personas que habían llegado a una resolución era claramente distinguible de una muestra de catorce que no lo hicieron, sobre la base de los patrones de actuación intrasesión de afiliación y dominancia (Benjamin, 1974). En la fase inicial, se halló que el diálogo entre las dos partes del self en conflicto era indistinguible en los dos grupos respecto de las tres medidas; pero, cuando el diálogo progresó, la crítica severa en el grupo de resolución se hizo más afiliativa, y ese proceso de progresiva aceptación del self distinguía claramente a los que llegaban a una resolución de los que no llegaban. El cambio de la calidad de la voz en la crítica fue también un importante indicador que distinguía entre los grupos, y este indicador más el incremento en profundidad de la experiencia de la crítica sugería que el reblandecimiento de la actitud crítica tenía lugar a raíz de un proceso en el cual la atención se desplaza hacia el interior para generar nuevos significados (Greenberg, 1984a).

Un enfoque más netamente empírico de la identificación de patrones utiliza análisis de patrón o métodos de análisis secuencial tales como el análisis de cadenas de Markov, el análisis secuencial de retardos y el análisis de incertidumbres (Attneave, 1959; Sackett, 1978). En este enfoque, se utilizan métodos estadísticos para hallar secuencias, habitualmente probabilísticas, que proporcionan un panorama global de lo que ocurre en una sesión. A pesar de que este método

no permite aislar un patrón único, sí es útil para situarse más allá de la simple contabilización de la frecuencia de las variables aisladas y para identificar dependencias secuenciales entre un número de variables.

El análisis secuencial utiliza probabilidades condicionales —la probabilidad de que ocurra x una vez ha ocurrido y — para describir los efectos de los antecedentes sobre los consecuentes. En la investigación de la psicoterapia, sin embargo, el análisis de dos respuestas en una secuencia raramente representa una secuencia de interacción significativa. Las contingencias de dos pasos, es decir una afirmación del cliente seguida de una afirmación del terapeuta o viceversa, puede no ser una unidad ideal para la investigación de todo el cambio terapéutico. Es necesario considerar secuencias más largas. La dificultad de analizar secuencias más largas mediante probabilidades condicionales simples es que se incrementa la insuficiencia de los datos que se producen mediante combinación de acontecimientos. Aumentar la cadena para incluir tres acontecimientos (la probabilidad de z siguiendo a x , dado que ha ocurrido y) conduce a una considerable reducción de los datos y a un incremento en el error de muestreo, dado que N en cada punto disminuye con la adición de cada nuevo paso en la secuencia.

Una solución propuesta para este problema es la utilización del análisis secuencial de retardos, donde las respuestas son consideradas en relación a antecedentes previos al paso anterior, independientemente de lo que ha sucedido en medio. Como Revenstorf, Hahlweg, Schindler, y Vogel (1984) han apuntado, el problema de este enfoque es que este análisis no considera realmente cadenas de conducta sino más bien conductas que simplemente están más distantes de los antecedentes iniciales. Sin embargo, algunos autores han inferido características de secuencias de conductas a partir de esas probabilidades de retardo (Gottman et al., 1977; Patterson & Moore, 1979).

Otro aspecto que limita la identificación empírica de patrones mediante el análisis secuencial es que los resultados del análisis dependen totalmente de los sistemas de codificación seleccionados para obtener los datos. Si uno no tiene sistemas que reflejen dependencias en los datos, esas dependencias no se encontrarán. En el análisis de tarea, sin embargo, los observadores humanos que analicen intensivamente los datos pueden darse cuenta de la dependencia en algunos aspectos y pueden entonces construir nuevos sistemas de medida. Por tanto, la bondad de los métodos puramente empíricos depende de los sistemas de medida que utilicen y encima presentan el inconveniente de restringir prematuramente la observación. Además, la actuación humana en terapia no suele ser característicamente regular ni bien delimitada. Las dependencias secuenciales no se producen de un modo claramente predecible. Algunas veces los clientes pueden reaccionar ante algo que el terapeuta acaba de decir, pero en otras ocasiones los clientes pueden reaccionar a algo dicho en momentos anteriores o incluso en la sesión anterior. Igualmente, la dependencia secuencial de una afirmación del

cliente respecto de una afirmación previa tiene una variabilidad similar.

Conclusión

La investigación sobre el proceso de cambio tal como la hemos planteado, que identifica las características del patrón de las actuaciones exitosas de cambio intra-terapia y las relaciona con el cambio extra-terapia, promete incrementar nuestra comprensión de los mecanismos de cambio del cliente en psicoterapia. Con la identificación de los procesos de cambio como un objetivo de la investigación, se rompe la dicotomía entre proceso y resultado, la cual se ve reemplazada por el esfuerzo para relacionar el proceso en diferentes episodios de cambio con diferentes puntos a lo largo de un continuum de cambio.

En la actualidad existe poca literatura que relacione los procesos intra-terapia con los diferentes tipos de cambio discutidos. Con la utilización de buenas medidas del proceso y del resultado, pueden formularse fiablemente los patrones de cambio empíricamente identificables y esos patrones pueden ser relacionados con el resultado. Estas medidas deberán mostrarse sensibles a los cambios sutiles en ambos dominios. Además de la necesidad de medidas mejoradas (Greenberg & Pinsof, 1986) es necesario especificar de forma más clara el papel de las diferencias individuales en la comprensión del proceso de cambio de las personas (Rice & Greenberg, 1984).

Finalmente, puede argumentarse que los procesos e intervenciones que han sido y serán estudiados mediante este método son demasiado globales, complejos, e inespecíficos, y que lo que se necesita es una definición más atomista de las variables y la demostración de vínculos causales entre ellas. Sin embargo, en la práctica se ha producido una profunda escisión entre la investigación y la práctica de la psicoterapia (Luborsky, 1972), y los investigadores se han limitado a estudiar lo que sabían hacer o lo que podían estudiar con relativa facilidad, en lugar de investigar lo que realmente es importante para llevar a cabo una psicoterapia. Posiblemente por esta razón, la investigación ha tenido poco impacto en la práctica de la psicoterapia. Creemos que los psicoterapeutas empezarán a tomar en consideración los datos de las investigaciones cuando estudios del tipo que acabamos de sugerir puedan iluminar la práctica de la terapia mediante el descubrimiento de patrones de actuación que expliquen el proceso de cambio.

La investigación sobre los procesos de cambio es necesaria para ayudar a explicar cómo la psicoterapia produce cambio. Para explicar los procesos de cambio sería importante medir tres tipos de resultados —inmediato, intermedio y final— y tres niveles de procesos —actos de habla (speech acts), episodio y relación—. Sería necesario poner énfasis en la especificación de diferentes episodios de cambio intra-sesión y en los resultados intermedios que ellos producen. Debe abandonarse la

suposición de que todos los procesos tienen el mismo significado (a pesar del contexto), y es necesario desarrollar una investigación del proceso que sea sensible al contexto. Los actos de habla deben contemplarse en el contexto de los tipos de episodios en que ocurren, y los episodios contemplarse en el contexto de los tipos de relación en que se producen. Este enfoque debería conducir a la utilización de una batería de instrumentos para medir patrones del proceso terapéutico en el contexto y para relacionarlos con el resultado.

Traducción: José A. Castillo Garayoa

Nota Editorial: Este artículo apareció publicado en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1) 4-9, 1986, con el título "Change Process Research". Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas:

- Attneave, F. (1959). *Applications of information theory to psychology*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Austin, J.I. (1962). *How to do things in words*. New York: Oxford University Press.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Benjamin, L. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-259.
- Cantor, N., & Mischel, W. (1979). Prototypicality and personality: Effects on free recall and personality impressions. *Journal of Research in Personality*, 13, 187-205.
- 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. In L.Rice & L.Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 249-286). New York: Guilford Press.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Gottman, J.M., & Markman, H.J. (1978). Experimental designs in psychotherapy research. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 23-62). New York: Wiley.
- Gottman, J., Markman, H., & Notarius, C. (1977). The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and non-verbal behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 39, 461-477.
- Greenberg, L. (1980). The intensive analysis of recurring events from the practice of Gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 143-152.
- Greenberg, L. (1982). Psychotherapy process research. In E.Walker (Ed.), *Handbook of Clinical Psychology* (pp. 164-204). Homewood, IL: Dorsey Press.
- Greenberg, L. (1983). Toward a task analysis of conflict resolution in Gestalt therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 190-201.
- Greenberg, L. (1984a). A task analysis of intrapersonal conflict resolution. In L.Rice & L.Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 67-123). New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. (1984b). Task analysis: The general approach. In L.Rice & L.Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 124-148). New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. (1986). Research strategy. In L.Greenberg & W. Pincus (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L., & Dompierre, L. (1981). Specific effects of Gestalt two-chair dialogue on intrapsychic conflict

- in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 288-294.
- Greenberg, L., & Pinsof, W. (1986). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L., & Webster, M. (1982). Resolving decisional conflict: Relating process to outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 468-477.
- Gumperz, J.J. (1972). Introduction. In J.J.Gumperz & S.Del Hymes (Eds.), *Directions in sociolinguistics* (pp. 1-25). New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Gurman, A.S. (1973). Instability of therapeutic conditions of psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 20, 16-24.
- Hill, C. (1986). An overview of the Hill counselor and client verbal response modes category systems. In L.Greenberg & W.Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Horowitz, M.J. (1979). *States of mind*. New York: Plenum Press.
- Kiesler, D. (1973). *The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis*. Chicago: Aldine.
- Kiesler, D. (1983, October). *The paradigm shift in psychotherapy process research*. Summary discussant paper presented at the National Institute of Mental Health workshop on Psychotherapy Process Research, Bethesda, MD.
- Klein, M., Mathieu, P., Gendlin, E., & Kiesler, D. (1969). *The experiencing scale*. Madison: Wisconsin Psychiatric Institute.
- Lambert, M. (1983). *Psychotherapy and patient relationship*. New York: Dorsey Press.
- Levine, F., & Luborsky, L. (1981). The core conflictual relationship theme: A demonstration of reliable clinical inference by the method of mismatched cases. In S.Tattman, C.Kaye, & M.Zimmerman (Eds.), *Object and self: A developmental approach* (pp. 501-526). New York: International University Press.
- Luborsky, L. (1972). Research cannot yet influence clinical practice. In A.Bergin & H.Strupp (Eds.), *Changing frontiers in the science of psychotherapy* (pp. 120-126). Chicago: Aldine.
- Luborsky, L. (1984). *A treatment manual for supportive-expressive psychoanalytically-oriented psychotherapy*. New York: Basic Books.
- 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.
- Matarazzo, J.D., Wiens, A.N., Matarazzo, R.G., Saslow, G. (1968). Speech and silence behavior in clinical psychotherapy and its laboratory correlates. In J.Schlien, H.Hurt, J.D.Matarazzo, C.Savage (Eds.), *Research in psychotherapy* (Vol. 3, pp. 347-394). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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* (pp. 283-330). New York: Wiley.
- Patterson, G., & Moore, D. (1979). Interactive patterns as units of behavior. In M.E.Lamb (Ed.), *Social interaction analysis* (pp. 221-245). Madison: University of Wisconsin Press.
- Pearce, W., & Cronen, V. (1980). *Communication action and meaning*. New York: Praeger.
- Pinsof, W. (1981). Family therapy process research. In A.Gurman & D.Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 699-741). New York: Brunner/Mazel.
- Revenstorff, D., Hahlweg, K., Schindler, L., & Vogel, B. (1984). Interaction analysis of marital conflict. In K.Hahlweg & N.Jacobson (Eds.), *Marital interaction: Analysis and modification* (pp. 154-181). New York: Guilford Press.
- Rice, L.N., & Greenberg, L. S. (1974, June). *A method for studying the active ingredients in psychotherapy: Application to client-centered and Gestalt therapy*. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Denver, CO.
- Rice, L., & Greenberg, L. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York: Guilford Press.
- Rice, L., & Kerr, J. (1986). Measures of client and therapist vocal quality. In L.Greenberg & W.Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process*. New York: Guilford Press.
- Rice, L., Koke, C., Greenberg, L., & Wagstaff, A. (1980). *Client voice quality manual*. Downsview, Ontario: Counseling and Development Client Center, New York University.
- Rice, L., & Saperia, E. (1984). A task analysis of the resolution of problematic reactions. In L.Rice &

- L.Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 29-66). New York: Guilford Press.
- Rosch, E. (1978). Principles of categorization. In E.Rosch & B.Lloyd (Eds.), *Cognition and categorization* (pp. 169-215). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sackett, G. (Ed.) (1978). *Observing behavior: Vol.2. Data collection and analysis methods*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Schank, R., & Abelson, R. (1977). *Scripts, plans, goals, and understanding*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Searles, J. (1969). *Speech acts: An essay on the philosophy of language*. New York: Oxford University Press.
- Snyder, W. (1963). *Dependency in psychotherapy: A casebook*. New York: McMillan.
- Stiles, W. (1986). Development of a taxonomy of verbal response modes. In L.Greenberg & W.Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Toukmanian, S. (1986). A measure of client perceptual processing. In L.Greenberg & W.Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press.



ATENCION PSICOLOGICA A LA MUJER

Etel GORDO RUERA

Psicóloga

1. INTRODUCCION

El presente trabajo recoge una experiencia de intervención psicológica comunitaria, realizada en un Centro Municipal —el “Casal de la Dona”— perteneciente a un municipio de la comarca del Barcelonés, que tiene una población, de 34.729 habitantes, de los cuales 17.465 son mujeres y 17.264 son varones.

El proyecto de creación del Servicio de Atención Psicológica se inicia, en el Casal de la Dona, en Marzo de 1.989, y sigue en funcionamiento en la actualidad como un servicio municipal y gratuito, dirigido exclusivamente a las mujeres de la población.

La experiencia que recoge este trabajo abarca la labor realizada desde el inicio (el 8 de Marzo de 1.989) hasta el 15 de Diciembre del mismo año.

Estructura del Servicio

El Casal de la Dona depende orgánicamente del Area de Servicios Sociales, la cual, a su vez, está incluida en la Regiduría de Servicios a la Persona del Ayuntamiento de la mencionada población próxima a Barcelona.

En dicho Casal funcionan dos servicios de información y atención a la mujer: el de asesoría jurídica y el de atención psicológica, con una dedicación de 3 horas semanales cada uno.

El Casal de la Dona está constituido por dos profesionales —una abogada y una psicóloga— al frente de los servicios de asesoría jurídica y de atención psicológica, respectivamente, y por una coordinadora, que realiza las entrevistas de acogida a las usuarias que acuden al centro, efectúa las derivaciones que considera necesarias, tanto a los servicios propios del Casal como a otros del municipio, y mantiene coordinación con otros equipos y servicios, tanto de la Regiduría de Servicios a la Persona (Cultura, Deporte, Servicios Sociales, etc.) como con otros ajenos a la misma, existentes en la población.

Hipótesis de trabajo

Existe un elevado número de mujeres que efectúan reiteradas demandas realizadas a diversos servicios socio-sanitarios, en forma de “queja inespecífica” y con una escasa motivación para el cambio. Presentan un elevado nivel de insatisfacción vital y/o malestar psíquico con una configuración de la vivencia como un problema cuya solución no depende de ellas mismas, como un conflicto cuyo *locus de control* es externo.

Pero hay que observar que lo específico de estas situaciones psicológicas no es tanto la falta de motivación por intentar descubrir alternativas, como el hecho de no conseguir descubrir las causas sociales de la situación vital dolorosa y decepcionante en que se ven obligadas a vivir.

Si la mujer no consigue conocer las causas de su condición de vida en los factores sociales y en la educación recibida, se verá abocada a buscar las causas del mal en su interior, como algo endógeno que no es susceptible de ser modificado, (Jervis G. 1.977).

La finalidad del Servicio

El Casal tiene como finalidad atender, informar y orientar a las mujeres de la población ante problemas de tipo jurídico y/o psicológico, además de los que le son propios por su concepción de Casal de la Dona (promover actividades que favorezcan la participación e integración de las mujeres en la vida económica, social, y cultural de la población)

Desde el Servicio de Atención Psicológica se pretende, mediante intervención psicológica —individual, en grupo y comunitaria— redefinir la conflictividad intrapsíquica individual de forma que facilite la comprensión de la relación causa-efecto que existe entre los elementos de la situación real (individual, familiar y social) que la mujer padece, y los trastornos psicológicos que presenta.

2. METODO DE TRABAJO

Prestación del Servicio

El Servicio de Atención Psicológica es específico (o secundario) al cual las usuarias no acuden nunca de forma directa, sino que son siempre derivadas por otros servicios de base (Trabajador/a Social de Atención Primaria, Coordinadora del Casal, Personal Sanitario de Área Básica de Salud, Comisarías de Policía, etc.).

El primer contacto establecido con la usuaria es mediante entrevista individual de acogida y de recogida de información a través de protocolo o historia psico-social. En esta primera entrevista, se inicia el análisis de la demanda y se hace una valoración de los recursos personales, lo que permite una evaluación global del caso y el establecimiento de los objetivos terapéuticos así como del plan de trabajo, conjuntamente con la usuaria.

Cuando la especificidad del problema lo requiere se efectúa derivación y/o coordinación con el servicio correspondiente.

Una vez evaluada la situación, si se detecta algún tipo de problemática psicológica (sufrimiento psíquico o conflictividad relacional) se define una estrategia de trabajo (adecuada a las posibilidades de cada usuaria en función de su disponibilidad horaria, de acuerdo a sus recursos personales y a sus objetivos de cambio) y se propone el tipo de intervención: orientación psicológica individual o apoyo psicoterapéutico en grupo.

Intervención individual

Es una intervención de orientación psicológica, cuyo objetivo es ofrecer información que permita afrontar de una manera más eficaz la situación motivo de conflicto y favorecer el conocimiento de los recursos sociales al alcance de la usuaria.

Esta forma de intervención se desarrolla durante tres o cuatro sesiones. Y sólo es adecuada ante problemáticas muy concretas.

Si el problema planteado es de mayor profundidad o implica elaboración de la problemática previa a la realización de cambios, se propone participación en el grupo, ya que el tiempo de dedicación al servicio (una tarde a la semana, tres horas) no permite desarrollar apoyo psicoterapéutico de forma individual .

Intervención grupal

El objetivo de la intervención grupal, de apoyo psicoterapéutico, es ofrecer un espacio de análisis y reflexión que permita un intercambio de relación y de conocimiento de recursos sociales, la toma de conciencia de las dificultades individuales y la elaboración, así como la resolución de problemas psicológicos y de conflictos con el entorno.

El grupo de apoyo está dirigido a mujeres que presentan características propias del síndrome depresivo —desánimo, tristeza y/o ganas de llorar frecuentes, ansiedad, aislamiento social, dependencia afectiva del cónyuge, baja autoestima, etc.— y manifiestan el deseo y la iniciativa, de efectuar cambios de actitud personal o en algún elemento de su entorno.

Las características son las de un grupo abierto, de 90 minutos de duración, con encuentros semanales, que ha presentado una asistencia fluctuante por los abandonos y las incorporaciones de nuevas usuarias.

Intervención comunitaria

En el servicio se han realizado una serie de charlas informativas, de temas psicológicos de interés para las mujeres —La Depresión, La Ansiedad, La Psicología de la Mujer, La Educación de los hijos— para dar a conocer el servicio al municipio y divulgar sus objetivos.

Desarrollo de la Intervención

El desarrollo de la intervención está condicionado por los objetivos generales del Casal de la Dona —trazados desde el Area de Servicios Sociales del Ayuntamiento al que pertenece el servicio— que prioriza la formación de un grupo de apoyo, por una razón de rentabilidad del servicio, ya que en grupo se puede atender a un mayor número de usuarias en el mismo período de tiempo. Otro elemento que condiciona el desarrollo de la intervención es, como ya se ha dicho, el escaso tiempo dedicado al servicio.

3. DESCRIPCION DE LA POBLACION ATENDIDA: CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

El vaciado de los datos recogidos en la documentación utilizada permite manejar una serie de datos o características demográficas que se exponen a continuación.

Número de Usuaris

Han acudido al Servicio de Atención Psicológica, durante los períodos mencionados del año 1.989, un total de 35 mujeres.

Sexo

El sexo no constituye una variable, en el presente trabajo, ya que el servicio está dirigido exclusivamente a mujeres.

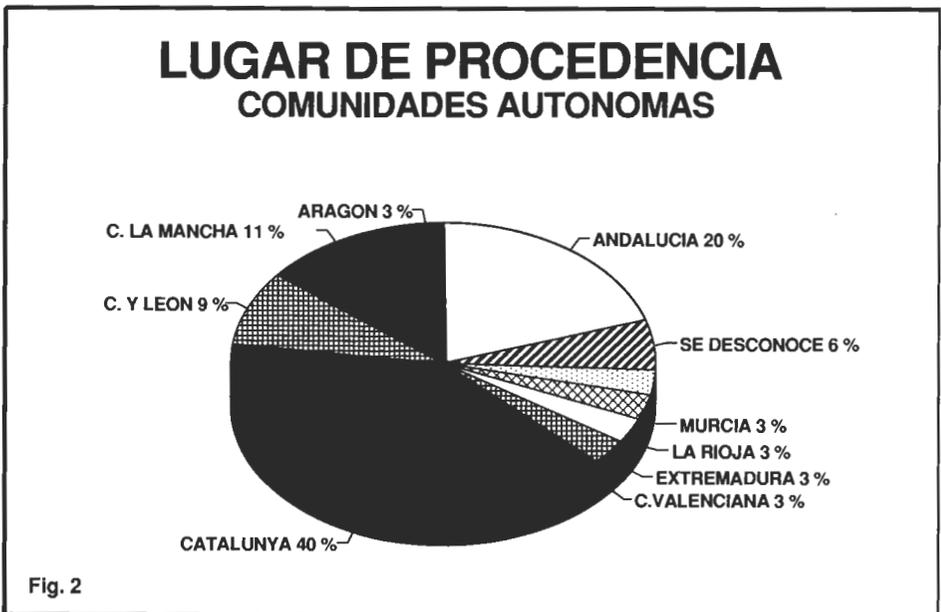
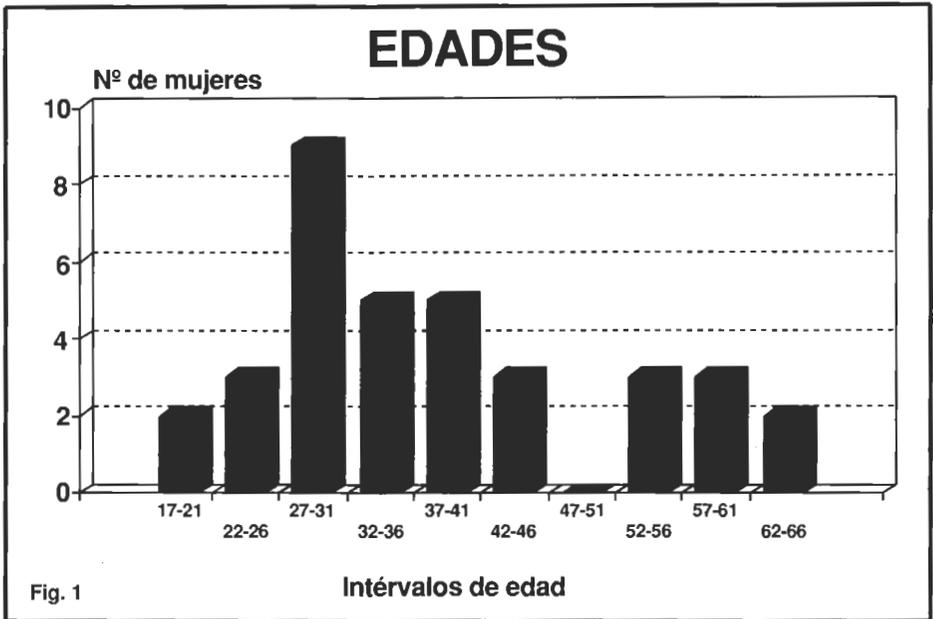
Edad

Por la distribución de las frecuencias se puede apreciar en la FIG. 1 un desplazamiento de la curva hacia los intervalos de menor edad. Ello indica que la mayoría de la población que acude al servicio es “joven”, con edades comprendidas entre los 27 y los 41 años. El intervenir con mujeres cuya franja de edad oscila entre los 20 y los 50 años se adecúa bastante a los objetivos de las intervenciones psicoterapéuticas, ya que éstas precisan de una estructura de personalidad definida (más de 20) pero no rígida (menos de 55). De esta manera se consideran edades adecuadas para la intervención psicológica aquellas que, de una parte permiten a la persona responsabilizarse de su proceso de cambio psicológico, y de otra cuentan con un “tiempo por venir” suficientemente largo como para efectuar los cambios deseados.

Procedencia

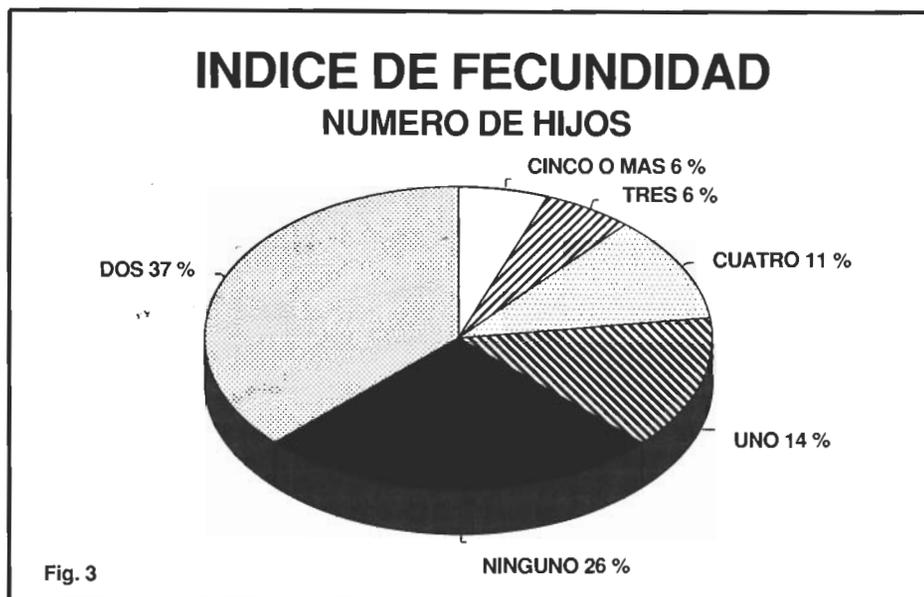
En lo que al lugar de nacimiento (o procedencia) se refiere, FIG.2, se aprecia, como era de esperar, que la mayoría de la población atendida es originaria de Cataluña (40%), seguida de Andalucía (20%). Estos datos no añaden nada nuevo

a lo ya sabido respecto a los movimientos migratorios que afectaron, por los años 60-70, a los municipios de la periferia de grandes poblaciones como Barcelona.



Indice de fecundidad

Tal vez porque la población atendida, como ya se ha visto es joven, las usuarias atendidas tienen un promedio de 1,8 hijos cada una. Con los datos reflejados en la FIG.3, se puede ver que el 77% de las mujeres tienen uno, dos ó ningún hijo, si se suman los porcentajes correspondientes a “ningún hijo” (26%), “1 hijo” (14%) y “dos hijos” (37%).

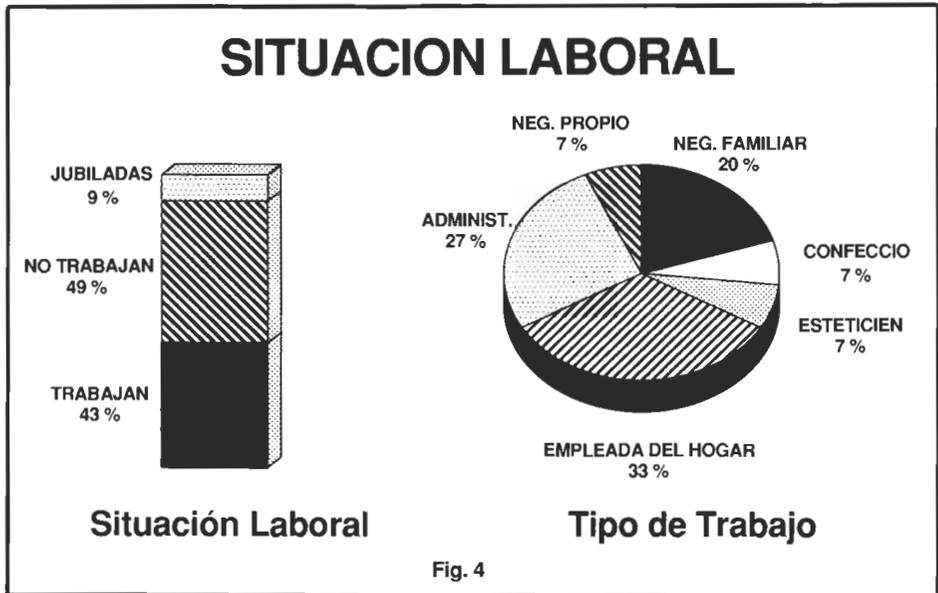


Situación Laboral

Casi el 50% de las mujeres atendidas carecen de trabajo remunerado, como se puede apreciar en la FIG.4. De aquellas que trabajan, el 47% lo hacen en trabajos pertenecientes a la economía sumergida —confección (7%) y esteticien en casa (7%) o empleadas del hogar a horas (33%)— y el 20% lo hacen en negocio familiar, lo que implica escasa autonomía, por ser un negocio que en la mayoría de los casos pertenece al marido. Así pues únicamente el 34% de la población atendida tiene un trabajo propio que le proporciona autonomía económica y reconocimiento social (un 27% trabajan de administrativas y un 7% tienen su propio negocio).

4. ANALISIS DE LA DEMANDA

Para un mejor análisis de la demanda se ha comparado la problemática presentada por la usuaria con la problemática detectada en el servicio.



Problemática presentada

Las categorías utilizadas para clasificar los problemas presentados se han planteado en términos semejantes a la forma tal como la han manifestado las mujeres que acuden al servicio. Es por ello que no están formulada en términos de problemáticas psicológicas, es decir, el hecho de iniciar o desear una separación, al igual que la existencia de violencia en el ámbito familiar no significan en sí mismos trastornos psicológicos.

Así se ha clasificado la problemática presentada en cuatro categorías:

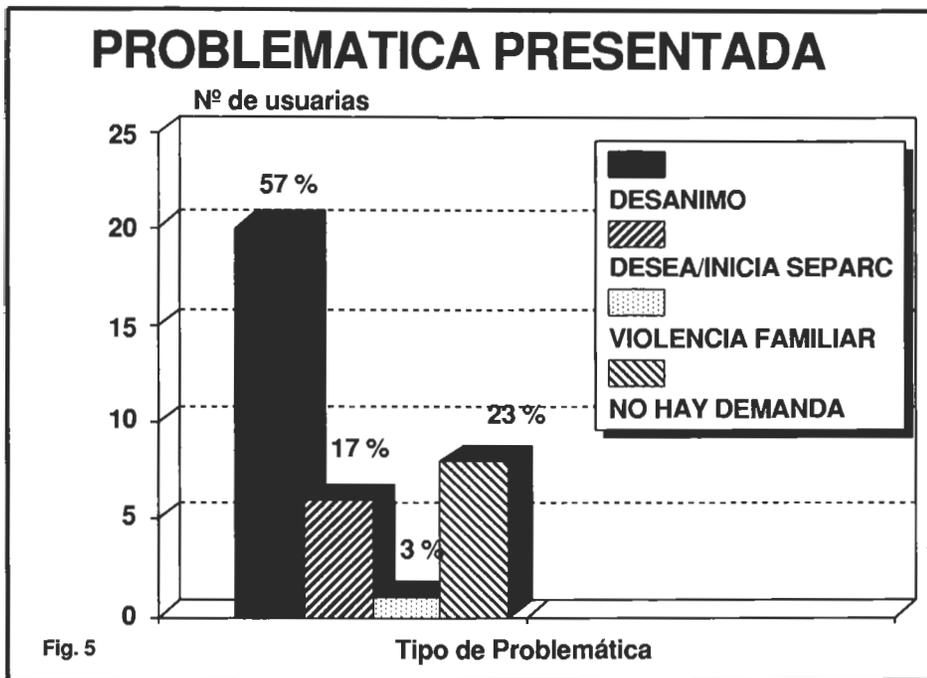
- * Desánimo: en la que se incluye un conjunto de sensaciones de apatía y tristeza, una visión negativa de sí misma a menudo acompañada de culpa y autorreproches, una pérdida general de energía, trastornos en la alimentación, en el sueño y dificultades en concentrarse (Mendez, Elvira, 1.990).

- * Desea o Inicia Separación (matrimonial): cuando la usuaria se halla en la situación previa a la toma de decisión o acaba de iniciar el proceso de separación de su pareja.

- * Violencia Familiar: para aquellas situaciones en las que existen malos tratos físicos y psíquicos infligidos por el cónyuge o por el padre.

- * No hay demanda: para aquellos casos en los que la usuaria no plantea espontáneamente ninguna problemática, y acude al servicio orientada o presionada por algún familiar o profesional socio-sanitario (derivaciones forzadas).

En la FIG. 5., se puede ver que el 57% de la problemática presentada se refiere a quejas relativas a "Desánimo", es decir, cansancio, falta de motivación

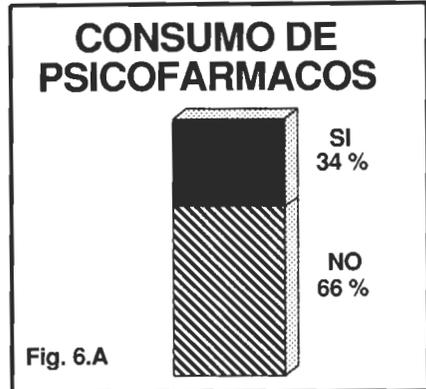


para realizar el trabajo y las tareas de la casa, tristeza, ansiedad, aislamiento social, etc. Casi una cuarta parte (23%) de las usuarias no manifiesta una problemática concreta, “No hay demanda”, y aducen como argumento justificatorio de la solicitud de visita, el que alguien les ha indicado que deberían ir a hablar con la psicóloga, porque eso les haría bien. El 17% de las mujeres han acudido al servicio solicitando orientación o apoyo psicológico porque desean separarse o se hallan en el inicio de un proceso de separación. Únicamente el 3% han manifestado como problema la “violencia familiar” que el marido o el padre ejerce sobre ellas. Generalmente los malos tratos infligidos a las mujeres (esposas, hijas, etc.) no son objeto de denuncia social ni expresados manifiestamente, por parte de las mismas, porque la violencia familiar es una práctica tan habitual y desde hace tantos siglos que su representación cultural ha sido tácitamente aceptada por la sociedad, por hombres y mujeres, como una forma de vida normal. (Sau, V., 1985).

Indicadores de malestar psíquico

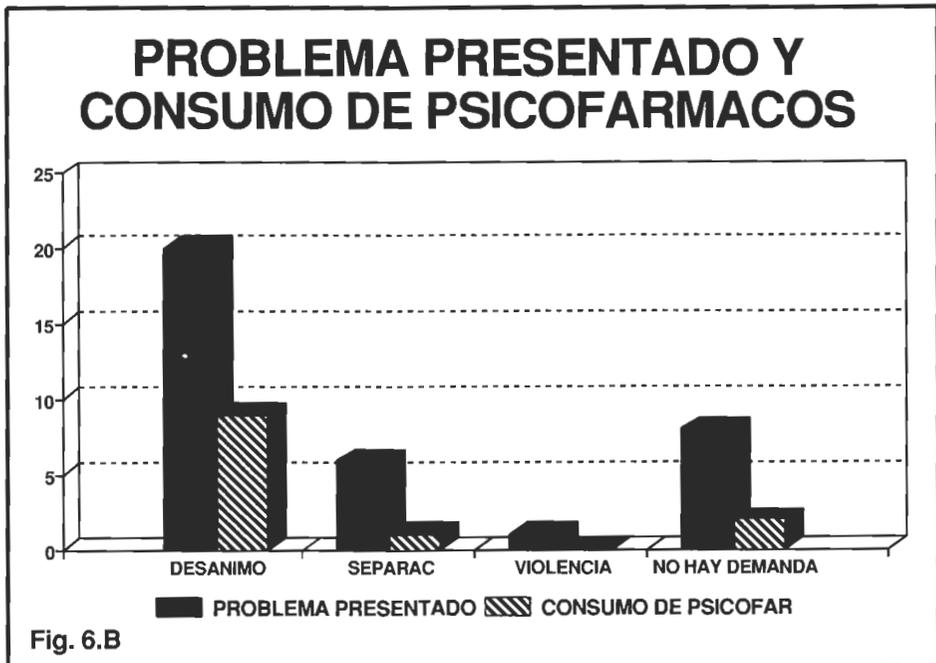
Durante la primera entrevista concertada con la usuaria se le efectúa la pregunta de si toma psicofármacos (ocasionalmente o de forma habitual), con la intención de valorar el grado de insatisfacción vital sentida por la propia usuaria, ya que la ingesta de psicofármacos —tanto de forma sistemática como de forma esporádica— es un indicador de malestar psíquico.

Como se puede observar en la FIG.6.A. el 34% de las mujeres atendidas utilizan psicofármacos. Es de destacar que difícilmente se obtiene una respuesta auténtica en las primeras entrevistas. Generalmente, la respuesta es negativa, por la convicción de que no siguen en realidad un tratamiento, sino que sólo toman “algo para los nervios” cuando se sienten mal (“nerviosas”, “histéricas”, “depresivas”, etc). A pesar de que expresan un alto nivel de malestar psíquico no configuran la experiencia de insatisfacción como un problema a solucionar.



En la FIG.6.B. aparece reflejada la relación entre el “Problema presentado” y el “Consumo de Psicofármacos”. Se observa en el gráfico que de las mujeres que presentan problemas de “Desánimo”, el 45% toma psicofármacos, de aquellas que “Inicia o desea separación” consumen medicación psicotrópica el 17% y el 25% de aquellos casos en los que “No hay demanda”.

En los casos en que se ha manifestado como problema la “Violencia



Familiar” no hay constancia de consumo de psicofármacos.

A la vista de los resultados reflejados en la gráfica mencionada parece que no existe relación significativa entre el tipo de problema presentado con el consumo de psicofármacos.

Problemática detectada

Para poder observar la problemática presentada bajo una perspectiva psicológica, debe ser transformada la tipología inicial (“Desánimo”, “Inicia/Desea separación”, “Violencia familiar” y “No hay demanda”) en términos psicológicos y por ello hay que redefinir las categorías de su clasificación.

Así se mantiene la categoría “Desánimo” que engloba aquellos síntomas depresivos ya mencionados. El término “Violencia Familiar” se sustituye por el de “Indefensión” pues se considera que, en estos casos la agresión no es un medio para conseguir algo (no se intenta resolver una discrepancia entre la pareja, o conseguir un bien material) sino que constituye un fin en sí misma, se maltrata a la mujer por ser mujer, (Sau, V., 1985), motivo por el que ésta permanece en actitud de indefensión (no es posible defenderse contra el hecho, biológicamente definido, de ser mujer).

Se incluye en este apartado la categoría “No aparece problema” para aquellos casos en los que, después de las primeras entrevistas, no se detecta conciencia de problemática psicológica (como son aquellas quejas plenamente somáticas, o las derivaciones forzadas, por familiares, vecinas o profesionales socio-sanitarios, a las que ya se ha hecho referencia).

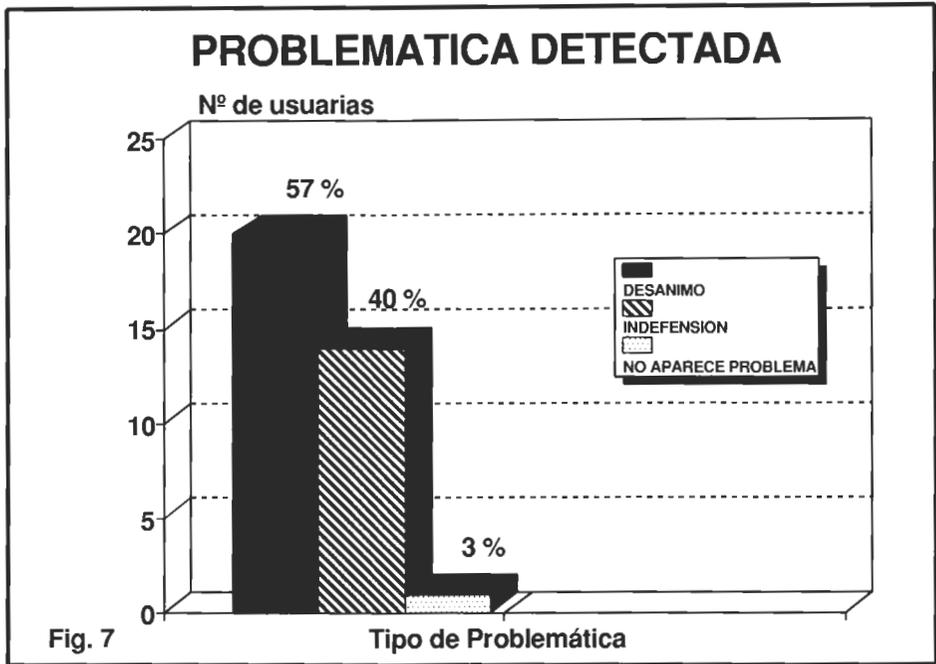
La categoría relativa a “Iniciar o desear una separación matrimonial” no está planteada en términos de padecimiento psíquico, pero en algunas ocasiones existen, subyacentemente a la toma de la decisión y al inicio del proceso, elementos que sí constituyen sufrimiento psíquico: malos tratos físicos y/o psíquicos, miedo a la soledad, dependencia afectiva, sentimientos de fracaso, duelo afectivo, miedo a perder la guarda y custodia de los hijos, etc.

De esta manera aquellos casos que han aparecido en la FIG.5. como “Desea/ Inicia Separación”, que representan el 17%, y el 23% de “No hay demanda” se han transformado, al analizar la demanda efectuada y redefinir el problema presentado, en “Desánimo” y en “Indefensión”. Se puede ver en la FIG. 7.

Existen diversos casos, un 9 %, incluidos inicialmente en la categoría de “Desánimo” que se han redefinido a la de “Indefensión” ante las agresiones sufridas por el marido o el padre.

Problemática específica de la mujer

Se puede ver, en la misma gráfica FIG. 7., que los problemas detectados que afectan a un mayor número de mujeres son los trastornos del estado de ánimo que significan el 57% de la población atendida y los malos tratos (psíquicos y/o



físicos), que representan un 40%.

La construcción de la identidad femenina en la sociedad occidental junto con las representaciones culturales al uso dejan a las mujeres un espacio constreñido para situarse como sujetos de pleno derecho. La configuración de la autoimagen condiciona profundamente el sentido de la propia valía y el tipo de relaciones que se espera establecer con los otros/as. De tal forma si a la baja asertividad se añaden la dificultad en autorregular las emociones, un alto nivel de dependencia emocional y/o económica (el control de la propia vida está puesto en los otros) se presentan las mejores condiciones para que se instaure un estado de infelicidad e incapacidad susceptible de denominarse “transtorno del estado de ánimo”. (Mendez, E., 1990).

Las mujeres se ven obligadas a asumir prácticamente en exclusiva la responsabilidad de la crianza, el cuidado y la educación de los hijos ya que el padre, en la mayoría de los casos, está ausente (dedicado al trabajo, a sus aficiones, etc.) por lo que se ven obligadas a pasar muchas horas en casa dedicadas a las tareas repetitivas y monótonas del ama de casa, lo que favorece su aislamiento social.

Para las mujeres que trabajan el sentimiento de soledad y aislamiento no varía mucho, ya que se encuentran que han de compaginar la actividad laboral con las tareas de la casa, en la mayoría de los casos sin la colaboración de sus compañeros.

Estas dos situaciones, unidas a que, la mayoría han abandonado gran parte de

sus relaciones sociales y amistades al casarse, dedicándose, casi exclusivamente, a la familia y a las amistades del marido, preparan las condiciones adecuadas para instaurar problemáticas psicológicas como las que se han mencionado (síndrome depresivo y malos tratos).

5. SEGUIMIENTO Y ABANDONO

Períodos de trabajo

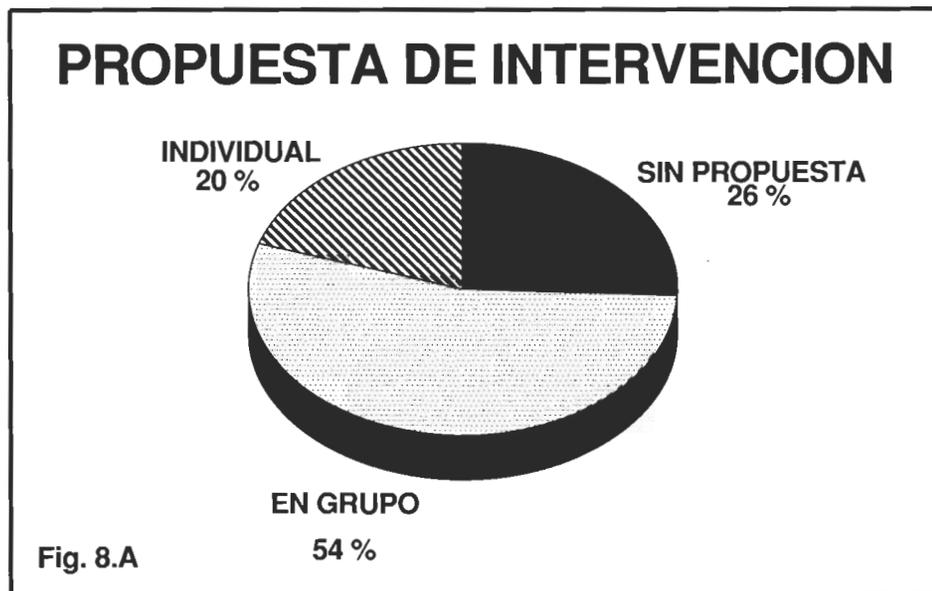
Desde el inicio del servicio, en Marzo de 1.990, se realizan entrevistas individuales de acogida y orientación hasta el final del mismo año, con la interrupción de dos meses durante el verano (del 15 de Julio al 15 de Setiembre).

En el mes de Mayo se inicia el grupo de apoyo terapéutico y se desarrolla durante los mismos períodos señalados.

Propuestas y aplicación de las intervenciones

En la FIG. 8.A., donde se reflejan las diversas propuestas de intervención efectuadas, se observa que al 26% de la totalidad de mujeres atendidas no se les ofreció ninguna propuesta de intervención (orientación psicológica individual, apoyo psicoterapéutico en grupo). Esto es debido a varias razones, entre las que cabe destacar:

- el problema que presentaban no era de índole psicológica,
- no existía un deseo de cambio (la usuaria permanece a la espera de que



sean los demás o su entorno lo que cambie),

- existía una expectativa mágica de transformación de la realidad (espera que le toque la lotería para solucionar problemas económicos),
- no se muestran capaces de responsabilizarse de su propio proceso de cambio (mujeres con más de 60 años),
- solamente desean ser validadas en la actitud o decisión previamente adoptadas.

Individual

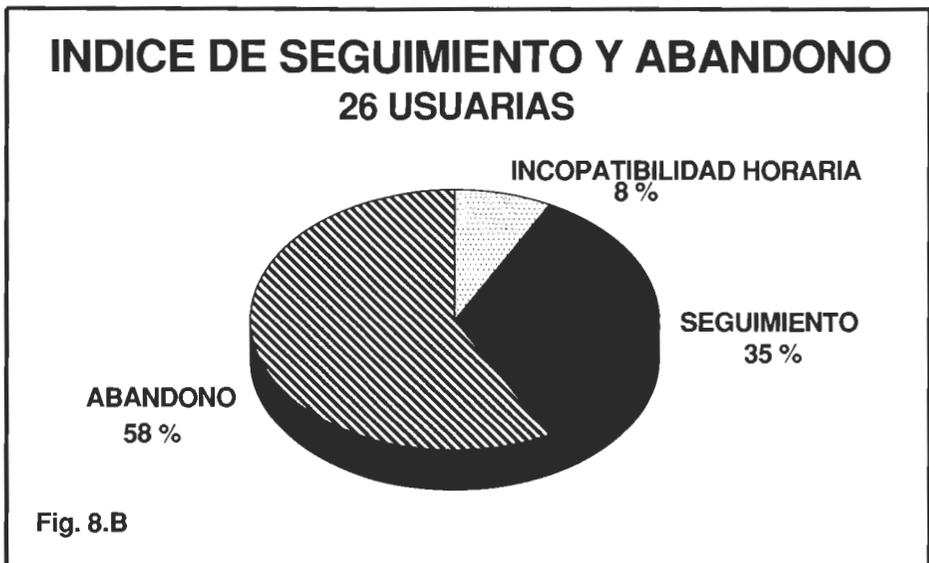
Se propone orientación psicológica individual al 20% de las usuarias que presentaban problemática de “indefensión ante violencia familiar” y “desánimo”, ver FIG. 8.A.

Grupal

Se ha orientado hacia la participación en el “Grupo de Apoyo para Mujeres con Síndrome Depresivo” al 54%, de las cuales sólo se integran en el mismo el 26%.

De las usuarias a las que se les ofreció orientación, el 58% no mantienen el seguimiento (FIG. 8.B.).

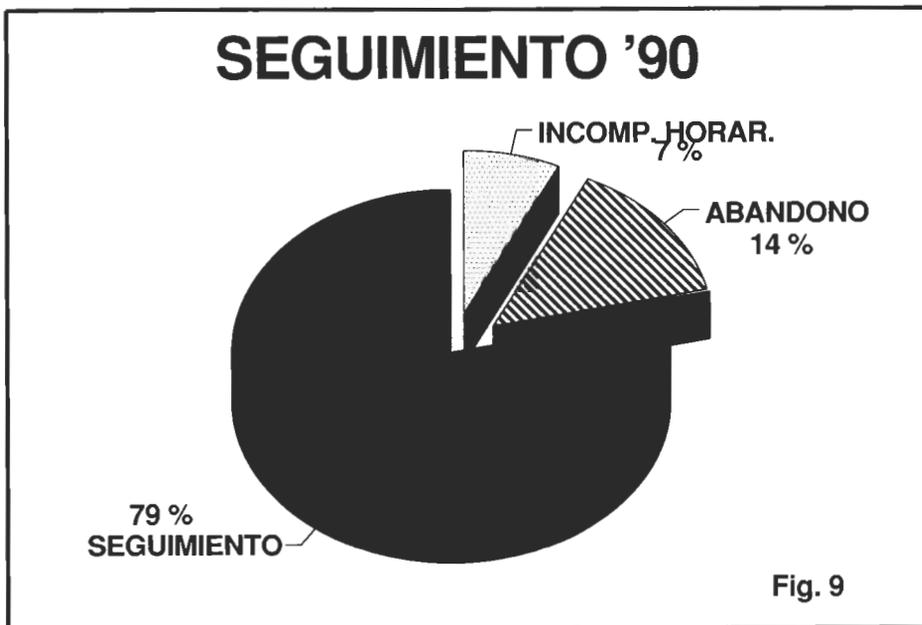
Tal índice de abandono se ve influenciado y aumentado por varias cuestiones: en primer lugar la posible inadecuación de la orientación ofrecida en el servicio al problema planteado; el segundo, la presencia, entre las usuarias, de una característica común de “demanda continuada e inespecífica” entre los servicios



socio-sanitarios sin presentar una demanda explícita, sino una queja continuada de su realidad social sin iniciativa para el cambio; y por último la falta de información en la derivación al servicio que produce en la usuaria unas expectativas poco adecuadas a la realidad ofrecida por el mismo.

Hay que tener en cuenta que cuando se interviene desde un servicio público aparecen siempre estos elementos que elevan el índice de abandono. La propia institución crea una estructura que apremia a sus técnicos a cumplir objetivos de rendimiento y efectividad, la mayoría de las veces alejados de la realidad de la demanda sentida por la población. También ocurre que la coordinación entre servicios no es tan fluida y sistemática como sería de desear para asegurar derivaciones correctas y acaba por producir confusión y falsas expectativas en las usuarias, sobre todo en aquellos casos en los que éstas buscan soluciones mágicas a sus problemas.

Por otra parte, al variar el método de trabajo, y establecer una serie de entrevistas individuales de orientación y exploración, previas al inicio del plan de trabajo propuesto, se ha conseguido disminuir considerablemente el número de abandonos. Véase la FIG. 9.



6. EVALUACION DE LOS EFECTOS DE LA INTERVENCION

La mayoría de las usuarias atendidas mejoraron su situación psicológica personal, de forma que algunas abandonaron el grupo o el seguimiento individual para participar en actividades favorecedoras de autonomía —trabajar, estudiar en la escuela de adultos, etc.— y otras suprimieron o disminuyeron las dosis de psicofármacos que mantenían debido a estados depresivos y/o ansiosos.

La labor desarrollada en el servicio ha demostrado la importancia que tiene la intervención psicológica en tres ámbitos: individual, en grupo y comunitaria.

El primero —la modalidad de intervención individual— permite un espacio de expresión y escucha, al que las mujeres no están acostumbradas, debido al proceso socializador que las conduce al papel de sujeto-que-escucha-atien-de-y-cuida, pero, casi nunca, pide ser escuchada, si no es con la excusa de la enfermedad física y/o psíquica. Eichenbaum y Orbach (1.987) afirman que el sistema cultural modela a las mujeres para que eviten cualquier exhibición de sus necesidades emocionales reales. “Las chicas aprenden muy pronto y en su sentido más auténtico que sólo podrán apoyarse en ellas mismas y que no hay nadie que las pueda asistir emocionalmente” (Eichenbaum y Orbach, ob.cit.).

El segundo —el encuentro de mujeres en grupos de apoyo psicoterapéutico— proporciona unas condiciones que facilitan la contrastación de las vivencias problemáticas, tanto familiares como individuales, y disminuye las reflexiones autodestructivas y culpabilizadoras al ofrecer una dimensión social del conflicto frente a la vivencia individual y aislada del problema sentido en la soledad del hogar.

Cabe destacar, en tercer lugar, la importancia de la intervención comunitaria, ya que incluye la dimensión educativa-divulgativa de temas de interés común al colectivo de usuarias que presentan un alto grado de insatisfacción vital y que manifiestan continuas quejas de la realidad que viven, pero sin mostrar ninguna iniciativa para el cambio. A este grupo de usuarias se le debe ofrecer un espacio más educativo que terapéutico, ya que no reúnen las condiciones necesarias para la intervención psicoterapéutica, es decir, tienen una baja motivación para asumir la responsabilidad de efectuar cambios psicológicos, al mismo tiempo que presentan un alto nivel de sufrimiento o insatisfacción vital.

7. A MODO DE CONCLUSIONES

Los proyectos de trabajo que se plantean en el marco de las instituciones públicas deben abordar los tres ámbitos de intervención mencionados: individual, grupal y comunitario.

De tal manera, con la intervención psicológica individual o en grupo (de orientación o psicoterapéutica) se posibilita la toma de responsabilidad en el

proceso de cambio psicológico, lo que disminuye el riesgo de aparición de problemas más graves a medio o largo plazo. Y con la intervención comunitaria –de orientación psicológica didáctica– se favorece la toma de conciencia de la situación socio-familiar que la mujer vive y se posibilitan cambios que permiten abandonar la queja como único medio de comunicación y establecer demandas concretas como forma de expresión más válida.

Este modelo de intervención propuesto tiene como objetivo general ofrecer un espacio de reflexión y diálogo que facilite el reconocimiento y la elaboración de la problemática personal, así como, la realización de los cambios psicológicos necesarios para el establecimiento de objetivos realistas que favorezcan una vida más satisfactoria y solidaria. Lógicamente todo objetivo general debe concretarse en una serie de indicadores susceptibles de evaluación (aumento de la autoestima, ampliación del abanico de intereses para relativizar la importancia de las tareas del hogar, aumento de la autonomía y la independencia, mejora de la comunicación intra e interindividual, sustitución de las quejas continuadas por demandas explícitas, creación de redes de apoyo entre mujeres, etc.).

Por último, resaltar la importancia que tiene, para el buen desarrollo de un proyecto de intervención comunitaria como el expuesto, la coordinación con otros profesionales y servicios del área psico-social del Municipio, porque posibilita un seguimiento de casos más eficaz, disminuye la asistencia simultánea a diversos servicios y permite evaluaciones multidisciplinarias de los proyectos desarrollados.

Referencias Bibliográficas

- EICHENBAUM, E.L. y ORBACH, S., *Qué quieren las mujeres*, Madrid, Editorial Revolución S.A.L., 1.987.
JERVIS, G., *Manual crítico de psiquiatría*, Barcelona, Editorial Anagrama, 1.977.
MENDEZ, E., Mujer y relaciones interpersonales. Informe de Situación, ponencia presentada en el Simposium Internacional "Mujer y Calidad de Vida" realizado en Barcelona en 1.990.
SAEZ BUENAVENTURA, C., *Mujer, locura y feminismo*, Madrid, Dédalo Ediciones S.A., 1.979.
SAEZ BUENAVENTURA, C., *Sobre mujer y salud mental*, Barcelona, LaSal Edicions de les dones, 1.988.
SAU, V., Investigación de los malos tratos a mujeres sobre una muestra recogida en un centro de Información y Urgencia para la Mujer, del Ayuntamiento de Barcelona, manuscrito no publicado, 1.985.



COMENTARIO DE LIBROS

LINN, S. J. y GARSKE, J. P. (1988). *Psicoterapias Contemporáneas, Modelos y Métodos*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (647 pp.)

Este libro se inscribe en la tendencia predominante en la década de los 80; la tendencia a la integración de los enfoques psicoterapéuticos (Marmor, Martin, Goldfried, Prochaska, Garfield, Beutler, Hart, Driscoll, etc.). Aunque el título del libro se refiere en plural a las “psicoterapias contemporáneas”, su intencionalidad última es promover un “esquema general de la psicoterapia”. Este enfoque no sólo se halla implícito en la parte introductoria y en las conclusiones del libro, de cuya autoría son responsables los compiladores —Linn y Garske—, sino también en la mayoría de los capítulos redactados por los autores contribuyentes (Garske y Molteni, p. 96; Meichenbaum, p. 331; Watchel, p. 363, etc.).

La posición integradora defiende que “la vía para resolver la crisis entre los numerosos enfoques distintos no es crear mejores teorías, sino moverse en la dirección inversa, de más a menos a través de la integración de teorías y técnicas”. Ahora bien, no todas las estrategias de integración son igualmente deseables. Entre ellas hay que descartar la integración por “asimilación” que consiste en reducir los conceptos y principios de otro enfoque a los del propio por simple “fagocitosis”.

Otra estrategia común y relativamente poco productiva es la que se basa en el establecimiento de paralelismos y convergencias entre las terapias, dando a entender que la mayoría de terapeutas están hablando de lo mismo, aunque utilizando distintos lenguajes. Esta es una forma típica de solución diplomática que no lleva a la superación del estadio actual de la cuestión y corre el peligro de convertirse en un “principio dormitivo”.

Una tercera vía que podría mostrarse más productiva es la que se deriva de los recientes avances en psicología cognitiva y del aprendizaje social. En este sentido el trabajo pionero de Watchel, que intenta integrar psicoanálisis y terapia de conducta, es recogido por los compiladores en un capítulo del libro. No sucede así, sin embargo, en relación a trabajos más recientes como los de Ryle (1982) o Guidano y Liotti (1983), que sólo son mencionados, pero no incluidos “por su excesiva complejidad y extensión”.

En lugar de ello, los autores prefieren atenerse a la exposición de diversos modelos clásicos, aunque eso sí, con una clara voluntad integradora. Esa voluntad

se manifiesta en la postura “relajada”, no dogmática, de los autores de los distintos capítulos, facilitadora al menos del diálogo, ya que no de la integración, entre los distintos modelos.

Los criterios de selección de los modelos se basan en su representatividad actual, la solidez tradicional y la flexibilidad que permite ajustarse a nuevas direcciones y desarrollos; en concreto y por orden de aparición son los siguientes:

- Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica
- Psicoterapia psicodinámica breve: un enfoque integrador
- Psicoterapia y consejo adleriano
- Psicoterapia centrada en el cliente
- Psicoterapia existencial
- Terapias de conducta
- Terapias cognitivas-conductuales
- Terapia psicodinámica integradora

Una selección, como puede verse, bastante segura, basada en valores consolidados. También juega fuerte el libro en cuanto a la selección de autores contribuyentes: Nathaniel Raskin, Salvatore Maddi, Donald Meichenbaum, Paul Watchel, entre otros.

La segunda parte del libro —que los compiladores enumeran como la “tercera”, puesto que consideran “primera” a la introducción— “está dedicada a los métodos y aplicaciones de diversos tipos de terapia”. En realidad eso no es así a nuestro juicio, puesto que el contenido de esta “tercera parte” del libro podría ser considerado más bien el de “técnicas específicas para ámbitos específicos de aplicación”, como son: la terapia familiar de grupo (Linn y Frauman, cap. 12) y la terapia sexual (LoPiccolo y Friedman, cap. 13). Esta “tercera parte” empieza con un capítulo, el décimo, cuya inclusión no encontramos justificada. El capítulo décimo, titulado “los procedimientos hipnosuggestivos como catalizadores de las psicoterapias”, debido a la pluma de Theodore Barber, subraya los aspectos sugestivos presentes en todas las terapias. Es por este motivo que tal vez debiera haber sido incluido como una forma o modelo específico de psicoterapia o bien en la parte introductoria, destacando su papel como factor común a todas las terapias. Al margen de estas consideraciones de tipo formal, el capítulo presenta un interés intrínseco que justifica su lectura por sí mismo.

Otro tanto puede decirse prácticamente de todos los capítulos que lo componen, puesto que no se trata de un libro más al uso, hecho con un afán recopilador, sino que, dentro de unos cánones comunes de sistematicidad, claridad y sencillez expositiva, contiene aportaciones sólidas y originales, tanto a nivel conceptual como pragmático. Esta es la razón por la que cabe suponer que será bien recibido tanto por los profesionales entrenados como por los estudiantes en formación.

Aunque Linn y Garske no consigan la finalidad integradora de su planteamiento en toda su profundidad, su libro representa un paso más hacia esta meta,

cada vez más próxima, aunque todavía mal canalizada. Nadie ha creado hasta ahora un método psicoterapéutico claramente eficiente y científicamente probado. Las luchas por demostrar la propia superioridad y alcanzar de este modo la exclusividad en el campo de la psicoterapia van dejando paso a una actitud más reflexiva y crítica acerca de este proceso del que se exige tanto y del que se sabe tan poco, al menos en lo que a los agentes curativos específicos se refiere. Como dice Hans Strupp en el prólogo: “Linn y Garske demuestran que la psicoterapia alcanza la categoría de una disciplina científica cuando sus practicantes examinan sus actividades, procesos y resultados. En este empeño el teórico, el clínico y el investigador se unen en la búsqueda del conocimiento y de la práctica profesional responsable”.

No daríamos por terminada esta reseña bibliográfica sino hiciéramos unas observaciones críticas a la edición española. La primera se refiere a que en los créditos editoriales no se hace mención del año de edición original. Hemos observado que ésta práctica es común a algunas editoriales y creemos que obedece a razones comerciales que deberían ser corregidas en beneficio de todos. La segunda tiene que ver con una mayor exigencia en la corrección de las pruebas de imprenta, con lo que posiblemente se hubiera evitado gazapos tan notables como el enviar a Freud a los “Alpes australianos” (*sic*, p. 99).

Más allá de estos defectos de forma, un libro que puede interesar a la amplia familia de psicólogos clínicos de las más diversas orientaciones. Un libro que invita a la reflexión y la crítica desde un punto de vista constructivo e integrador.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Guidano, V. F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*, New York: Guilford.
Ryle, A. (1982). *Psychotherapy. A cognitive integration of theory and practice*. New York: Grune & Stratton.

Manuel Villegas Besora
Universitat de Barcelona

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: 30% de descuento, para todos los que soliciten un lote mínimo de 3 números.

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



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

Ferrocarrils Generalitat: Putxet

Bus: 16, 17, 58, 64, 74



PSICOLOGIA i PSICOANÀLISI

Berlès, 20 08022-Barcelona 418 53 36



UNIVERSITAT DE BARCELONA

CURSO POSTGRADO EN TERAPIA COGNITIVO/SOCIAL

Seminarios Monográficos impartidos por:

- Dr. Luis Joyce-Moniz (Lisboa)** (1-2 de Febrero)
«Psicopatologia evolucionària sociocognitiva».
- Dr. Carlos Castilla del Pino (Córdoba)** (1-2 de Marzo)
«Hermenèutica i Psicoteràpia».
- Dr. Michael Mahoney (USA)** (8-9 de Marzo)
«Processos de canvi Humà i Psicoteràpia evolutiva».
- Dr. Juan Luis Linares (Barcelona)** (15-16 de Marzo)
«Intervenció en teràpia familiar sistèmica».
- Dr. Raffaele Menarini (Roma)** (5-6 de Abril)
«Inconscient cognitiu en la psicoteràpia grupo-analítica de la família».
- Dr. Francesco Mancini (Roma)** (19-20 de Abril)
«Enfocament cognitiu-constructivista dels trastorns obsessius».
- Dr. Giovanni Liotti (Roma)** (17-18 de Mayo)
«El significat de l'experiència emocional: models etològics i la seva aplicació en psicoteràpia cognitiva».
- Dr. Germain Lietaer (Leuven)** (24-25 de Mayo)
«La relació terapèutica».

Matrícula: Es posible matricularse de todos o sólo de algunos seminarios, al precio de 10.000 pts. unidad

Calendario: viernes y sábados, quincenalmente, de enero a junio 1991

Horario: Viernes de 19 a 21, sábados de 9 a 13 y de 16 a 20

Información e inscripciones dirigirse a:

Pilar Medina, de 9 a 13 horas.
Curso Postgrado Terapia Cognitivo/Social
Departament de Personalitat, Avaluació
i Tractament Psicològics.
Facultat de Psicologia
C/ Adolf Florensa, s/n
08028 - BARCELONA
Tel. 333 34 10

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 el 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

Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097
08080 Barcelona
Tel. (93) 321 7532 (martes tarde)

Administración:

SERVEIS PEDAGOGICS S. A.
(Revista de Psicoterapia)
c/. de l'Art - 08026 - Barcelona
Tel. (93) 235 2311

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha:

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos:

Nombre:

Teléfono: Profesión:

Dirección:

Ciudad: D.P.

Forma de pago: Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
 Adjunto cheque bancario núm.:
 Contrareembolso

Firma:

Precio de la suscripción anual para 1991
para España 3.600 pts.
para el extranjero 40 \$ USA

BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos:

Cuenta corriente num.: Libreta núm.:

Banco/Caja

Agencia nº:

Dirección

Ciudad D.P.

Fecha y Firma:

