

Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias

JEROME D. FRANK*

El campo de la psicoterapia presenta en los Estados Unidos una colección desconcertante de teorías y técnicas acompañadas de una cacofonía ensordecedora de declaraciones rivales. Una revisión reciente de este campo emplea más de 250 páginas nada más que en la descripción de los enfoques existentes (WOLBERG, 1977). Sin embargo, los observadores empiezan a detectar ahora signos crecientes de que los representantes de diferentes escuelas están comenzando a reconocer el valor potencial de un rango de técnicas, así como a mostrar una mayor flexibilidad a la hora de aplicarlas (GOLDFRIED y PADAWER, 1983).

Este estimulante acercamiento refleja un reconocimiento creciente de que todos los procedimientos psicoterapéuticos comparten ciertos componentes curativos que explican una considerable proporción de su efectividad, de tal forma que los pertenecientes a distintas escuelas pueden aprender beneficiándose de los de las otras. Para poder contribuir a este deseado desarrollo, voy a tratar en este trabajo de los componentes curativos utilizados por todas las formas de psicoterapia y cómo pueden funcionar.

Todos los métodos psicoterapéuticos son elaboraciones y variaciones de antiguos procedimientos de cura psicológica. Estos incluían la confesión, la expiación y la absolución, la aprobación, los refuerzos positivos y negativos, el

* JEROME D. FRANK. Departamento de Psiquiatría, The Johns Hopkins University Medical School, Baltimore, Maryland 21205.

1. Esta es una versión corregida de un discurso pronunciado en la Asociación Psicológica Americana, y se edita con su autorización. La versión original se publicó en J. H. HARVEY y M. M. PARKS (eds.), *The Master Lecture Series*. Vol. 1: *Psychotherapy Research and Behavior Change*, Washington, D.C., American Psychological Association, 1982, págs. 73-122. Copyright 1982 de la American Psychological Association. Publicado con la autorización del editor y del autor.

modelado y la promulgación de una serie particular de valores. Estos métodos se integraron en teorías, a menudo muy sofisticadas, sobre las causas y curas de distintos problemas.

No es sorprendente que todas las psicoterapias posean muchas características en común a la vista de su uso como procedimientos de cura probados durante largo tiempo. Sin embargo, aquellas características que las distinguían entre sí recibieron un énfasis especial en la sociedad americana pluralista y competitiva. Inevitablemente tenían que resaltar sus diferencias, ya que el prestigio y la seguridad financiera de las psicoterapias dependen en grado considerable de si son capaces de demostrar que su teoría y su metodología en especial tienen más éxito que las de las rivales; además, cada terapeuta atribuye su propio éxito a las características conceptuales y de procedimiento que distinguen su teoría y su método de sus competidores, y no a las características que todos ellos comparten.

Me gustaría ofrecer ahora una definición de psicoterapia lo suficientemente amplia como para incluir todo lo que entra dentro del término, pero excluyendo la ayuda informal de familiares, amigos y camareros. La psicoterapia es una interacción planificada, cargada emocionalmente, y de confianza, entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. A lo largo de esta interacción el que cura busca aliviar el dolor y el malestar del que sufre a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque a veces también a través de actividades corporales. El que cura puede hacer participar o no a los familiares del paciente, o a otros, en sus rituales de cura. La psicoterapia incluye también ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que se puede utilizar como una oportunidad para el crecimiento personal.

Características distintivas de la psicoterapia

Antes de seguir adelante hagamos una breve pausa para considerar las características que distinguen a la psicoterapia, tal y como la hemos definido, de otras formas de dar y recibir ayuda. El psicoterapeuta tiene credenciales como persona que cura. Estas las da la sociedad, en general bajo la forma de un título o de otro tipo de reconocimiento oficial. El terapeuta ha ganado su reconocimiento por haber recibido un entrenamiento especial, por lo general prolongado, que le da el símbolo de prestigio de un grado académico. Los terapeutas que carecen de esas credenciales generales reconocidas son sancionados por la secta o el culto particular al que representan. Por eso se supone que las personas que acuden a ellos aceptan la validez de esas sanciones.

Se asume que, con independencia de sus credenciales, el terapeuta no intenta gratificar ninguna necesidad personal o exigir demandas emocionales, personales al paciente. Este no necesita tampoco guardar sus propias respues-

tas por miedo a herir al terapeuta. En este sentido, el terapeuta se diferencia fundamentalmente de los miembros de la familia o de los amigos. Finalmente, los procedimientos psicoterapéuticos, en contraste con la ayuda informal, están guiados por esquemas conceptuales que prescriben rituales específicos.

La psicoterapia refleja, en las diferentes sociedades, no sólo las conceptualizaciones que tiene una sociedad sobre la enfermedad y la salud, sino también sus valores. Por ejemplo, en la psicoterapia americana se le pide al paciente y al terapeuta que trabajen en alguna forma de actividad conjunta que justifique su gasto de tiempo, interpretándose la mayor autonomía como una característica importante de la salud mental. Los hindúes encuentran estas actitudes sorprendentes. Para ellos, estar simplemente juntos es en sí mismo un fin valioso, y la dependencia de los demás una característica valiosa de la vida (NEKI, 1973; PANDE, 1968).

Un aspecto de la imagen americana del mundo compartida por la mayoría de los psicoterapeutas es el alto prestigio que se le da a la ciencia. Como resultado de ello, los psicoterapeutas de la mayoría de las escuelas, desde el psicoanálisis hasta la modificación de conducta, afirman que sus procedimientos están basados en la evidencia científica. Comprendí hace muchos años, en una conferencia a la que acudieron destacables exponentes de diferentes escuelas de psicoterapia, el grado en el cual los psicoterapeutas se ven a sí mismos como científicos aplicados, o desean al menos que se les tome como tales. Cada conferenciante inició su presentación haciendo una genuflexión ante la ciencia. Uno mostró trazados quimográficos, otro relató su trabajo con ratas, y un tercero desplegó mapas anatómicos; todo ello tenía muy poca relevancia para las terapias que ellos presentaban.

La visión científica del mundo supone que el hombre es parte del reino animal que, como toda la naturaleza, está regido por leyes naturales. La conducta, el pensamiento y los sentimientos humanos se determinan y limitan tanto por la dotación genética, las necesidades que tienen base biológica, como por los efectos beneficiosos o perjudiciales de las influencias ambientales. La terapia consiste en una aplicación de técnicas especiales para combatir patrones desadaptados y potenciar los más adecuados.

La escena psicoterapéutica norteamericana incluye un punto de vista minoritario pero influyente, el llamado humanista o existencial, que rechaza la visión científica del hombre. Según este punto de vista, la esencia del ser humano es el derecho y la capacidad para la autodeterminación guiada por propósitos, valores y opciones. Al margen de nuestra libre voluntad podemos dar significado a nuestras vidas incluso frente a la inevitable muerte. La esencia de la terapia es una forma particular de relación, el «encuentro», que no se puede describir objetivamente. Los terapeutas existenciales-humanistas describen lo que hacen en términos tales como «relacionarme con el paciente como una existencia que se comunica con otra», o «entrar en el mundo del paciente con un amor reverente», o «fundirme con el paciente». A través de esta acepta-

ción total, el paciente empieza a valorar su propia unicidad, se vuelve libre para elegir, para comprometerse y para encontrar un significado en la vida (SEGUIN, 1965).

Un supuesto básico de todas las psicoterapias es que los humanos reaccionan a la interpretación de los hechos, lo que puede no corresponder a los hechos tal y como son en realidad. Por tanto, todas las psicoterapias intentan cambiar favorablemente el punto de vista de los pacientes sobre ellos mismos, sus relaciones con los otros y su sistema de valores. En este sentido las psicoterapias nos recuerdan tanto a la religión (SZASZ, 1978) como a la retórica. Para aumentar su credibilidad, los psicoterapeutas intentan proyectar las mismas cualidades personales que los retóricos, como la habilidad percibida, la confianza y el atractivo; y utilizan muchos de los mismos recursos retóricos, como las metáforas y las imágenes sensoriales, para centrar la atención del paciente «en ideas básicas para el mensaje terapéutico y [...] (les hace) aparecer más [...] creíbles» (GLASER, 1980, pág. 331; consúltese también, FRANK, 1980).

La psicoterapia presenta también analogías con otras artes, como, por ejemplo, la música. Al igual que el practicante de cualquier arte, el psicoterapeuta debe dominar un cierto grado de información científica y técnica, pero este dominio no le lleva mucho más allá. Por ejemplo, un compositor o un intérprete debe saber algo sobre las reglas de la armonía y los principios físicos del tono y del volumen, pero la aplicación del método científico nunca nos permitirá explicar a Mozart o determinar si la música de Cole Porter es mejor que la de Richard Rodgers. Para estar seguros, podemos analizar sus canciones en términos de patrones de armonía, tono y volumen, y pasar un cierto número de escalas de estimación a grupos de oyentes; pero esta información arroja poca luz, en el caso de que arroje alguna, sobre la naturaleza del impacto estético. En la medida en que esta analogía es válida, determinar científicamente, pongamos por caso, si la terapia de la *Gestalt* es preferible al análisis transaccional, nos parece igual de inútil.

Limitaciones de la investigación

Es adecuado llevar a cabo en este momento una breve consideración de las limitaciones de la investigación en psicoterapia. Una voz autorizada de la investigación en psicología ha concluido recientemente que «la psicología es [...] una colectividad de estudios de diversas inclinaciones, algunas de las cuales se pueden calificar como ciencia, mientras que el resto no puede [...] Extensos e importantes sectores de estudios psicológicos requieren formas de investigación más similares a las de las humanidades que a las de las ciencias» (KOCH, 1981, págs. 268-269).

La psicoterapia es uno de esos importantes sectores que presentan especiales dificultades al investigador. Estas dificultades sólo permiten pocas esperan-

zas, en el sentido de que la aplicación del método científico debería producir *insight* que mejorara las psicoterapias.

Un problema común a todos los experimentos psicológicos es que los humanos responden a sus interpretaciones de las situaciones, y la interpretación del sujeto de la situación experimental puede ser totalmente distinta a la que el investigador cree haberse creado (ORNE, 1969). Los descubrimientos experimentales pueden reflejar, por tanto, los esfuerzos de los sujetos por obedecer a lo que quiere el investigador o investigadora, más que demostrar una respuesta a las condiciones experimentales. Este problema se agrava en psicoterapia porque el paciente experimenta típicamente una fuerte «aprehensión de evaluación», la cual se ha demostrado que aumenta la susceptibilidad psicológica del sujeto a ser influido por las expectativas no manifiestas del experimentador (ROSENBERG, 1969). En psicoterapia, el paciente depende del terapeuta en su búsqueda de mejora, por lo que se espera que aumente esta susceptibilidad. Por tanto, es especialmente difícil desentrañar qué parte de la respuesta aparente del paciente a la psicoterapia es un esfuerzo por adecuarse a las expectativas del terapeuta.

La psicoterapia es sólo una influencia más que opera, breve e intermitentemente, sobre el paciente en el contexto de sus experiencias vitales cotidianas. Las entrevistas psicoterapéuticas representan, en el mejor de los casos, sólo contactos personales no muy frecuentes, intermitentes y breves, inmersos entre otros innumerables. Lo que ocurre entre sesiones puede ser más importante, para determinar el resultado que lo que ocurre durante las sesiones. De igual forma, la psicoterapia y las experiencias cotidianas pueden interactuar de forma muy compleja porque un cambio en las perspectivas o en la conducta del paciente, logrado por la psicoterapia, afecta inevitablemente las actitudes de los otros hacia él, y estas actitudes pueden reforzar a contrarrestar los cambios inducidos por la terapia. Por ejemplo, la simple aceptación del paciente para tratamiento psiquiátrico, puede conducir a los miembros de la familia a cambiar su punto de vista sobre el individuo como persona que es perezosa o mala, a pensar que está enferma, con los correspondientes cambios favorables en sus actitudes hacia él. A la inversa, si los síntomas del paciente o las conductas desviadas contribuyen al equilibrio de la familia, perder estos síntomas o conductas puede llevar a otros miembros de la familia a boicotear el tratamiento. Por tanto, puede ser difícil evaluar el grado relativo en el que se pueden atribuir los cambios de los pacientes durante la psicoterapia al mismo tratamiento, a factores externos a él y a la interacción entre factores de tratamiento y factores externos.

A niveles más básicos, algunas experiencias importantes de psicoterapia, pueden ser en principio inutilizables para el estudio científico, porque se dan en estados alterados de conciencia, en formas no accesibles a los sentidos y en niveles de la realidad diferentes de los cotidianos (LESHAN, 1974; SMITH, 1977).

Cuando volvemos de esta molesta línea de pensamiento a otra más familiar, encontramos que la investigación en psicoterapia está plagada de dificultades prácticas, como la falta de pacientes adecuados y terapeutas experimentados, formas inadecuadas de clasificar a los pacientes y de describir terapias y problemas de medición de resultados. Estas dificultades crean una tentación, a menudo irresistible, de elegir problemas de investigación en base más a su simplicidad metodológica que a su interés intrínseco.

Finalmente, los problemas motivacionales crean dificultades, especialmente para los terapeutas. No sólo está dependiendo del éxito de sus métodos su seguridad personal y financiera, sino que gran parte de su éxito puede depender de sus cualidades personales. Por ello es comprensible que los terapeutas sean reacios a hacer investigaciones que pudieran descubrir que tienen cualidades que van contra el éxito terapéutico. Tal descubrimiento puede ser devastador y abiertamente funesto no sólo para sus libros de apuntes, sino para su autoestima.

Con todo ello, a pesar de la destacada habilidad de muchos investigadores en psicoterapia, no es nada sorprendente que los descubrimientos hayan sido tentativos y frustrantes. Las revisiones de los estudios de investigación sobre psicoterapia se lamentan generalmente de la falta de impacto que tienen en la práctica y concluyen con comentarios sobre la inadecuación y la necesidad de seguir investigando.

Realmente, mi impresión es que los procedimientos psicoterapéuticos más innovadores se derivan realmente de la experiencia clínica y de esta forma el que los descubre busca apoyo para ellos en los análogos de laboratorio. Por ejemplo, Emil Kraepelin, el gran psiquiatra alemán del siglo XIX, describió su tratamiento para la «neurosis de miedo» —lo que podríamos llamar «trastorno de ansiedad generalizada»— en términos de lo que podría traducirse fácilmente como una combinación de inhibición recíproca y condicionamiento operante (DIEFENDORF, 1915, pág. 400).

Quizá la mayor contribución del método científico es que requiere que el experimentador tome en serio los resultados negativos. A consecuencia de ello el estudio científico de la psicoterapia ha desempeñado una importante función, rescatando al sentido común de los dominios de las teorías dogmáticas. Es un buen ejemplo de tal rescate el gran énfasis puesto por ciertas escuelas en los procesos inconscientes y la insistencia dada por otras a la irrelevancia de los procesos simbólicos subjetivos, habiendo alcanzado ambos la evidencia científica de que los procesos cognitivos conscientes son características importantes del funcionamiento humano; podríamos decir que es una verdad evidente, pero que mucha gente se ha negado a aceptar.

La discusión anterior es una forma de justificar que en esta presentación, aunque voy a intentar citar descubrimientos experimentales siempre que sea posible, admito sin reparos que mis conclusiones se basan al menos, tanto en reflexiones sobre mi propia experiencia clínica y la de otros, como en resultados

experimentales. Los descubrimientos de investigación se ofrecen como ejemplos de algunos puntos, más que como pruebas de su validez.

Generalizaciones acerca de los resultados de las psicoterapias

Para comenzar la discusión sobre las características terapéuticas comunes a todos los tipos de psicoterapias, me gustaría enunciar cuatro generalizaciones relativamente bien establecidas. La primera es que los pacientes que reciben cualquier forma de psicoterapia mejoran más que los controles observados durante el mismo período y sin recibir psicoterapia formal, aunque por supuesto no se excluía el haberse beneficiado de contactos informales de ayuda ofrecidos por otras personas (SLOANE, STAPLES, CRISTOL, YORKSTON y WHIPPLE, 1975; SMITH, GLASS y MILLER, 1980). En segundo lugar, los estudios de seguimiento parecen mostrar, de forma coherente, que con independencia del tipo de terapia, la mayoría de los pacientes que muestran una mejora inicial la mantienen (LIBERMAN, 1978b). Además, cuando dos terapias alcanzan diferencias en resultado al acabar el tratamiento, con pocas excepciones esas diferencias desaparecen con el tiempo, y el cierre de la brecha parece depender más de los pacientes que reciben la terapia que tiene menos éxito, regresando ambos grupos por igual hacia la media al interrumpirla (GELDER, MARKS y WOLFF, 1967; LIBERMAN, 1978b). Este resultado sugiere que el principal efecto beneficioso de la psicoterapia en muchos pacientes pueda consistir en acelerar la mejora que hubiera ocurrido de cualquier otra forma. En tercer lugar, la mayoría de los determinantes del éxito terapéutico se basan más en las cualidades personales y en la interacción entre el paciente y el terapeuta que en el método particular de terapia utilizado. Finalmente, hay algunas condiciones en las que el método terapéutico logra una diferencia significativa en el resultado. Parece que las terapias conductistas son más efectivas para las fobias, compulsiones, obesidad y problemas sexuales que otras terapias menos centradas en síntomas.

Es de interés especial, desde el punto de vista de la hipótesis que aquí se ofrece, el que la terapia cognitiva, que busca combatir cogniciones negativas sobre uno mismo, el futuro, y las relaciones con otra gente, parece ser particularmente efectiva con los pacientes depresivos (RUSH, BECK, KOVACS y HOLLON, 1977). Sin embargo, la eficacia de todos los procedimientos depende del establecimiento de una buena relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta. Ningún método funciona en ausencia de esta relación.

Con el creciente refinamiento de la categorización de los pacientes y el conocimiento de sus síntomas, una delineación más precisa de las terapias y una diferenciación más clara de la medida de los resultados, se pueden encontrar más ventajas de terapias específicas para condiciones específicas. No obstante, parece que podemos concluir que las características compartidas por todas las

terapias explican una cantidad apreciable de la mejoría observada en la mayoría de los pacientes psiquiátricos que responden al tratamiento (FRANK, 1973).

La hipótesis de la desmoralización

Si es cierta la conclusión anterior, los pacientes, sean cuales sean sus síntomas, deben compartir un tipo de malestar que responda a los componentes comunes a todas las escuelas de psicoterapia. Una hipótesis plausible es que los pacientes acuden a la psicoterapia no sólo por sus síntomas, sino por los síntomas junto a la desmoralización, un estado mental caracterizado por uno o más de los siguientes síntomas: incompetencia subjetiva, pérdida de la autoestima, alienación, desesperanza (sentir que nadie puede ayudarnos) o desamparo (sentir que otros pueden ayudarnos, pero que no lo harán). A menudo se agravan estos estados de la mente por una falta de claridad cognitiva en relación al significado y la gravedad de los síntomas, que se acompaña frecuentemente por una sensación de pérdida de control, que conduce a un miedo a volverse loco.

La desmoralización ocurre cuando, a causa de la carencia de ciertas habilidades o de una confusión de metas, un individuo se ve incapaz de manejar situaciones que tanto él mismo como los otros esperan que haga, o cuando las experiencias individuales prolongan el malestar que la persona no puede explicar o aliviar adecuadamente. Se puede resumir la desmoralización como un sentimiento de incompetencia subjetiva, junto a malestar (DE FIGUEIREDO y FRANK, 1982; FRANK, 1974).

Debo añadir que no toda la gente desmoralizada va a tratamiento y que no están desmoralizados todos los pacientes que reciben psicoterapia. Se lleva a veces a los pacientes a tratamiento no porque estén desmoralizados, sino a causa de la gente de su alrededor: por ejemplo, los padres de los sociópatas o las esposas de los alcohólicos. Esta mención de los alcohólicos nos recuerda que algunas personas, como los alcohólicos que vagan por las calles, están demasiado desmoralizados incluso para buscar ayuda. Finalmente, una pequeña proporción de pacientes busca por supuesto tratamiento para síntomas específicos sin estar desmoralizados, porque han oído que la terapia de conducta curará su fobia a las alturas.

Los síntomas más comunes de desmoralización presentados por los pacientes en psicoterapia son manifestaciones simbólicas subjetivas o conductuales como, por un lado, la ansiedad, la depresión y la soledad y, por otro, conflictos con personas significativas como el consorte, el jefe o los hijos. Ansiedad y depresión o pérdida de autoestima son los síntomas más comunes entre los pacientes psiquiátricos ambulatorios y los que mejor responden al tratamiento (SMITH y colab., 1980).

Todos los síntomas, con independencia de su fuente o naturaleza, interac-

túan con la desmoralización de varias formas. Reducen la capacidad de enfrentamiento de una persona predisponiendo al individuo a fracasos desmoralizantes. Ya sean los síntomas un trastorno esquizofrénico del pensamiento, una depresión reactiva o un ritual obsesivo, pueden hacer que el paciente se vea derrotado por problemas en su vida que personas sin síntomas manejarían fácilmente. Además, en la medida en que el paciente cree que sólo le ocurren a él, los síntomas psiquiátricos contribuyen a la desmoralización aumentando los sentimientos de alienación. Finalmente, los síntomas van y vienen con el grado de desmoralización; así, el pensamiento del esquizofrénico se hace más desorganizado cuando está ansioso, y las obsesiones y compulsiones empeoran cuando los pacientes están deprimidos.

La mayoría de los pacientes se presenta a sí mismos con unos síntomas específicos, y tanto ellos como sus terapeutas suponen que la psicoterapia tiene como primera finalidad el alivio de esos síntomas. Desde luego, tales pacientes existen, pero sugiero que para la gran mayoría, el grueso de la mejoría que resulta de cualquier forma de psicoterapia se basa en la habilidad para restaurar la moral del paciente, con el resultado de la disminución o la desaparición de los síntomas. Se debe añadir, por supuesto, que el alivio de los síntomas del paciente puede ser la mejor forma de restaurar la moral.

Diversas fuentes nos ofrecen una evidencia indirecta sobre la hipótesis de la desmoralización. Una de ellas se refiere a los estudios que comparan grandes grupos de personas que buscan o han buscado psicoterapia con aquellos que no lo han hecho. Estudios con universitarios (GALASSI y GALASSI, 1973), ex alumnos que habían acabado la facultad hacía veinticinco años (VAILLANT, 1972), y ciudadanos en Inglaterra y América (KELLNER y SHEFFIELD, 1973) mostraron que los pacientes tratados presentaron, frente a los no tratados, una incidencia mayor o un mayor aislamiento social, desesperanza o sentido del fracaso o de poco valor: en definitiva, todos los síntomas de la desmoralización.

El apoyo empírico más fuerte proviene de los estudios de Bruce y Barbara Dohrenwend, que han desarrollado un grupo de escalas para determinar el grado de los síntomas psiquiátricos del deterioro clínico en la población general (DOHRENWEND, SHROUT, EGRI y MENDLSOHN, 1980). Encontraron, para su sorpresa, que ocho de las escalas correlacionaban tan alto entre ellas mismas como lo permitían las fiabilidades internas; esto es, parecían medir una única dimensión. Estas escalas incluían características de la desmoralización como la ansiedad, la tristeza, la desesperanza y la baja autoestima (DOHRENWEND, OKSENBERG, SHROUT, DOHRENWEND y COOK, 1979). Estimaron que alrededor de la cuarta parte de las personas de la población estudiada estaban desmoralizadas según este criterio. De ellas, alrededor de la mitad estaban deterioradas clínicamente (LINK y DOHRENWEND, 1980). El descubrimiento que más apoyaba la hipótesis era que alrededor de cuatro quintos de los pacientes externos deteriorados clínicamente puntuaron por encima del punto de corte de la esca-

la, encontrándose después que correlacionaba alrededor de 0,90 con las escalas de desmoralización (DOHRENWEND y CRANDALL, 1970).

Estudios sobre informes de malestar emocional y la presencia o ausencia de redes sociales de apoyo nos ofrecen más evidencia indirecta para la hipótesis de la desmoralización. Un estudio realizado con la población general encontró que era menos probable que las personas que poseyeran tal red se vieran trastornadas por presiones ambientales graves que aquellos que no las tuvieran (HENDERSON, BYRNE y DUNCAN-JONES, 1981). En respuesta a un estudio similar, personas que pertenecían a un culto religioso informaron de un brusco descenso en ansiedad, depresión y problemas emocionales generales, atribuyendo este descenso en primer lugar al apoyo emocional prestado por todos los miembros del grupo (GALANTER, 1978). Parece ser que el apoyo emocional dado por los otros protege al individuo de la desmoralización.

Otro apoyo indirecto diferente para la hipótesis de la desmoralización es que muchos pacientes acuden a la psicoterapia sólo después de que hayan fracasado otras formas de ayuda. Estas inferencias parecen justificarse por el descubrimiento, en otro contexto, de que los pacientes no acudían a consulta sino entre seis meses y dos años después de que los síntomas aparecieran por primera vez (T. B. KARASU, comunicación personal, 24 de julio, 1984). Igualmente, un estudio sobre el uso que hacían los universitarios de los servicios psicológicos de la universidad encontró que «la decisión para utilizar realmente la psicoterapia aparecería probablemente sólo después de intentos inefectivos por enfrentarse uno mismo con el problema o con la ayuda de un buen amigo o de un pariente» (FARBER y GELLER, 1977, pág. 306).

Se sugiere que la desmoralización puede dar cuenta de la aparición de síntomas específicos en el curso del psicoanálisis, gracias a un detallado análisis de contenido de las sesiones psicoanalíticas que demostró que las quejas de migrañas se ofrecían en un contexto de carencia de autocontrol, desesperanza y desamparo, y los dolores estomacales en un contexto de desamparo y ansiedad (LUBORSKY y AUERBACH, 1969).

Otro apoyo empírico para la hipótesis de la desmoralización es que muchos pacientes mejoran muy rápidamente en la terapia, sugiriendo que su respuesta favorable se da ante los aspectos tranquilizadores de la misma situación terapéutica, más que ante el procedimiento en particular. La media de entrevistas terapéuticas en los ambientes clínicos está entre cinco y seis (GARDFIELD, 1978, páginas 195-197). Este resultado se interpreta, por lo general, como que muchos pacientes que necesitan psicoterapia la rechazan. Sin ninguna duda esta interpretación es cierta en algunos casos. Otros, sin embargo, la abandonan porque han obtenido bastante alivio de sus síntomas y creen que no necesitan continuar con ella. Lamentablemente no se vuelve a llamar para una reevaluación a los pacientes que han abandonado pronto la psicoterapia. En un estudio donde sí se hizo esto se encontró que el alivio sintomático promedio era tan elevado en aquellos que abandonaron antes de la cuarta sesión como en aque-

llos que recibieron seis meses de terapia (FRANK, GLIEDMAN, IMBER, STONE y NASH, 1959).

Un descubrimiento con las mismas implicaciones es que se estimó como mejorados a alrededor de tres cuartas partes de los pacientes psiquiátricos externos que estuvieron cuatro meses en lista de espera. Durante este período su único contacto fue una llamada ocasional de teléfono de un ayudante de investigación para asegurarse que podían esperar a recibir el tratamiento asignado (SLOANE y colab., 1975). Aparentemente, algunos de los pacientes obtienen alivio a partir de cualquier tipo de contacto con un ambiente terapéutico, probablemente porque perciben el contacto como terapia.

Componentes terapéuticos compartidos

Volviendo finalmente a los componentes terapéuticos compartidos por todas las formas de psicoterapia, encontramos que la mayoría de ellas se pueden ver como medios de combatir directa o indirectamente la desmoralización. La lista que sigue a continuación es similar, con pocas variaciones, a aquellos componentes propuestos por muchos terapeutas (GOLDFRIED y PADAWER, 1983; MARMOR, 1976; ROSENZWEIG, 1936).

1. *Una relación emocional, de confianza con una persona que ayuda*, a menudo con la participación de un grupo. Con pocas excepciones, la relación con el terapeuta es una condición necesaria y a menudo suficiente para mejorar en cualquier tipo de psicoterapia (ROGERS, 1957). Como encontraron SLOANE y colab. (1975, pág. 225), «los pacientes que experimentaron una mejoría estimaron su relación personal con el terapeuta como la parte más importante del tratamiento».

En este punto existe algo que nos hace pensar, a saber: el descubrimiento de que universitarios varones experimentaron en una psicoterapia de tiempo breve tanta mejoría, en promedio, cuando fueron tratados por un profesor de la universidad elegido por su habilidad para mantener relaciones de comprensión como cuando fueron tratados por psicoterapeutas de mucha experiencia (STRUPP y HADLEY, 1979).

A los propios pacientes se les permite ser dependientes del terapeuta en relación a la ayuda que reciben, a causa de su confianza en la competencia y buena voluntad del terapeuta. Esta dependencia se refuerza por el conocimiento, por parte del paciente, del entrenamiento del terapeuta, por el sitio donde tiene lugar el tratamiento y por la congruencia del enfoque del terapeuta con las expectativas del paciente. Mientras que inicialmente el *status* o la reputación del terapeuta ante los ojos del paciente puede determinar la ascendencia del terapeuta, el éxito de la terapia depende de la capacidad del terapeuta para convencer al paciente de que se cuida de él, es competente en la ayuda que ofrece, y eso es lo único que le importa (GURMAN, 1977): una actitud resumida

por un psicoterapeuta eminente con el término de «Eros terapéutico» (SEGÍN 1965).

2. *Un ambiente de cura* que tiene al menos dos funciones terapéuticas propias. En primer lugar, afirma el prestigio del terapeuta y refuerza la expectativa del paciente ante la ayuda que va a recibir, simbolizando el papel del terapeuta como persona que cura, ya sea el lugar una clínica en un prestigioso hospital o un despacho privado lleno de estanterías, una mesa impresionante, un sofá y una silla cómoda. A menudo, el lugar contiene las pruebas del entrenamiento del terapeuta, como diplomas y fotos de sus profesores. En segundo término, el lugar da seguridad. Los pacientes saben, rodeados por sus paredes, que pueden dejarse llevar dentro de amplios límites, que pueden atreverse a revelar aspectos de ellos mismos que les han ocultado a otros y discutir varias alternativas para la conducta futura sin compromiso y sin ninguna consecuencia fuera de la clínica.

3. *Esquema racional, conceptual, o mito*, que ofrece una explicación plausible para los síntomas del paciente y prescribe un ritual o procedimiento para resolverlos.

(4) *Un ritual* que requiere una participación activa tanto por parte del paciente como por parte del terapeuta, y creyendo ambos que ése es el medio de restaurar la salud del paciente.

Las palabras *mito* y *ritual* se utilizan deliberadamente para enfatizar que, aunque expresados típicamente en términos científicos, los fundamentos y procedimientos terapéuticos no pueden ser refutados. Los éxitos se toman como una prueba de su validez, a menudo de forma errónea, mientras que los fracasos se explican de forma libre. «Ninguna forma de terapia se ha instituido jamás sin afirmar que tiene ventajas terapéuticas únicas. Y ninguna forma de terapia se ha abandonado nunca a causa de su fracaso para alcanzar esas afirmaciones» (M. B. PARLOFF citado en HILTS, 1980). Por lo que yo conozco, ninguna escuela terapéutica se ha retirado porque concluya que el método y la doctrina de otros sean superiores.

Una función de los rituales terapéuticos que se ha descuidado a menudo es el dar una muy buena excusa al paciente para abandonar un síntoma o quejarse cuando se está preparado para hacerlo. Renunciar a un síntoma sin una razón externa adecuada podría suponer la implicación de que éste era trivial o de que el paciente lo había producido por algún motivo. Cuanto más espectacular sea el ritual, mayor será la utilidad desde el punto de vista del individuo. Esta circunstancia necesita tomarse con precaución al atribuir la remisión de un síntoma a una maniobra específica. El paciente podría haber estado dispuesto a abandonar el síntoma por otras razones, y el papel del procedimiento puede simplemente servir como una ocasión para hacerlo.

Funciones del mito y el ritual

Todos los mitos y rituales terapéuticos, sin tener en cuenta las diferencias en su contenido específico, tienen funciones en común que combaten la desmoralización, reforzando la relación terapéutica, inspirando las expectativas... de., ayuda, ofreciendo nuevas experiencias de aprendizaje, activando, al paciente emocionalmente, elevando la sensación de dominio o de autoeficacia y dando oportunidades para el ensayo y la práctica. Considerémoslas brevemente en particular.

1. *Reforzar la relación terapéutica, combatiendo por tanto la sensación de alienación en el paciente.* Un sistema de creencias compartido es esencial para la formación y el mantenimiento de los grupos; de esta forma la adscripción del terapeuta y del paciente al mismo mito terapéutico crea un fuerte vínculo entre ellos. Dentro de este contexto, la continua aceptación por parte del terapeuta del paciente después de que éste ha «confesado», combate los sentimientos desmoralizantes de la alienación, especialmente si, como es muy corriente, el terapeuta representa a un grupo. El ritual sirve para mantener el vínculo paciente-terapeuta, especialmente cuando nada más parece que pueda ocurrir. El ritual mantiene un mutuo interés dando al paciente y al terapeuta algo que hacer juntos. El problema principal de los amables profesores universitarios de Strupp (STRUPP y HADLEY, 1979) era que a menudo se les acababan los temas para hablar, algo que nunca les ha pasado a los terapeutas experimentados.

2. *Activar y mantener las experiencias de ayuda del paciente.* Al activar expectativas de ayuda, los mitos y rituales no sólo logran que el paciente se mantenga en tratamiento, sino que pueden ser fuertes constructores de la moral y aliviadores de síntomas (FRIEDMAN, 1963; JACOBSON, 1968; UHLENHUTH y DUNCAN, 1968). La creación de la esperanza puede dar respuesta a los descubrimientos de algunos estudios en los que «el mejor predictor de beneficios posteriores es [...] expectativas de anteriores beneficios expresados en las primeras sesiones» (LUBORSKY, 1976, pág. 107).

Algunos colegas y yo seguimos la pista de la importancia de las expectativas positivas en el alivio de los síntomas, desde los resultados de nuestro primer estudio sobre psicoterapia. Comparamos en este estudio los efectos, durante seis meses, de tres formas de psicoterapia sobre los síntomas y sobre la conducta social: terapia de grupo, terapia individual una vez por semana o un contacto mínimo de tratamiento de no más de media hora cada dos semanas. Encontramos que los pacientes en los tres tipos de terapia mostraron, por término medio, una misma reducción de los síntomas, pero que también lo hicieron aquellos que habían abandonado el tratamiento dentro de las primeras cuatro entrevistas (FRANK y colab., 1959). Por tanto, la reducción de síntomas parece, en gran parte, una respuesta a la esperanza de lograr alivio, producida

al haberles sido ofrecido tratamiento. Decidimos explorar esta teoría estudiando los efectos de los placebos en los síntomas psiquiátricos, ya que este efecto debe depender únicamente de la elevación de las expectativas positivas del paciente a través de la administración de una medicación inocua, simbolizada por el papel del médico (FRANK, NAHS, STONE e IMBER, 1963).

El experimentador llamó al personal investigador para que administrase una escala de malestar, seguida por series de media hora de tests que querían descubrir los atributos de personalidad relacionados con la sensibilidad al placebo. Entonces se volvió a administrar la escala de malestar, seguida por la administración del placebo. Después de otra media hora, durante la que se le dio tiempo a «funcionar» al placebo, el paciente recibió tests adicionales, y se administró de nuevo la escala de malestar. Se mantuvo a los pacientes con placebo durante dos semanas, administrándoseles al final de cada semana la escala de malestar, tras lo cual dejó de dárselos el placebo. La figura 1 ilustra estos descubrimientos. Podemos observar que el momento más bajo en malestar ocurrió antes de la administración del placebo, que la reducción en el males-

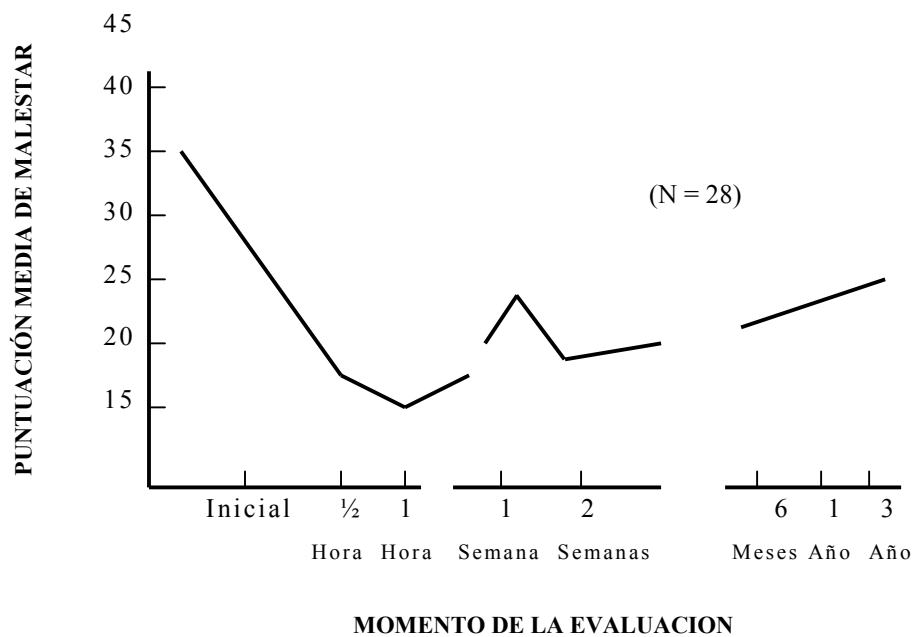


FIGURA 1. Cambios en la media de malestar durante el tiempo siguiente a la administración del placebo. Este se administró al cabo de media hora (página 63). Tomado de *Effective Ingredients of Successful Psychotherapy*, de J. D. FRANK, R. HOEHN-SARIC, S. D. IMBER, B. L. LIBERMAN y A. R. STONE. Copyright 1978 por Bruner/Mazel. Reimpreso con autorización.

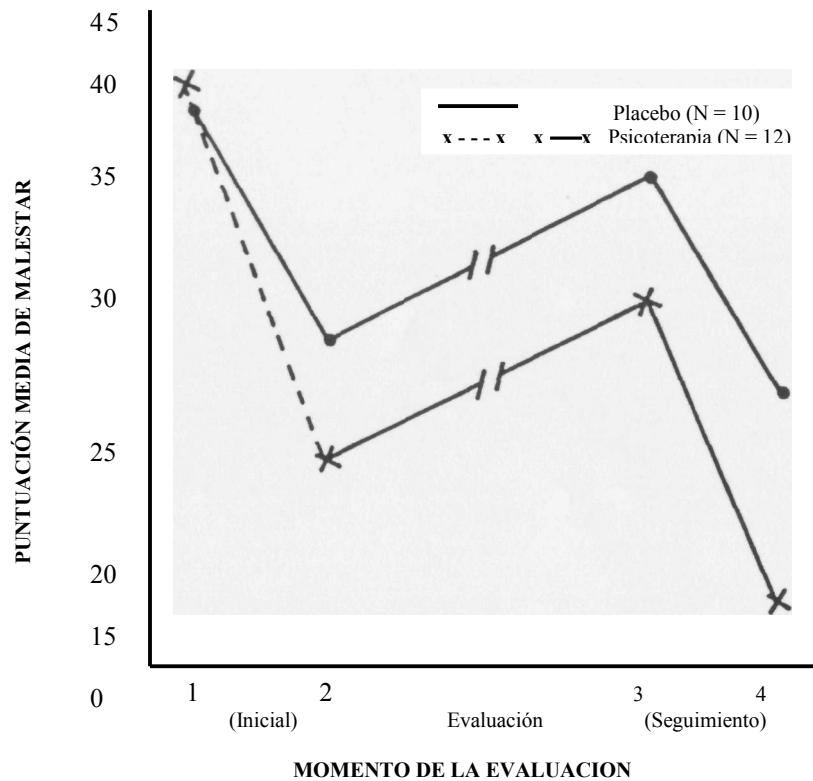


FIGURA 2. Reducción en la media de malestar después del placebo y la psicoterapia. El intervalo entre 1 y 2 fue de una semana en el estudio con placebo, y de seis meses en el estudio con psicoterapia. El intervalo entre 2 y 3 corresponde a tres años en ambos estudios. El intervalo entre 3 y 4 es de una semana en el estudio con placebo y de dos semanas en el de psicoterapia. Tomado de *Effective Ingredients of Successful Psychotherapy*, de J. D. FRANK, R. HOEHN-SARIC, S. D. IMBER, B. L. LIBERMAN y A. R. STONE. Copyright 1978 por Brunner/Mazel. Reimpreso con autorización.

tar se mantuvo por una y dos semanas, y para aquellos pacientes que pudieron volverse a ver tras tres años, el promedio en malestar era todavía más bajo que en el momento de admisión al tratamiento.

La figura 2 muestra la reducción de los síntomas por la psicoterapia y por el placebo, reflejando lo que apareció en dos grupos de pacientes, uno que recibió inicialmente un placebo y el otro con seis meses de psicoterapia, a los que se llamó después de tres años a causa de cierta recurrencia de los síntomas.

Ambos grupos recibieron en este punto un placebo, comprobándose su nivel de malestar dos o tres semanas más tarde. Se puede observar que el descenso promedio inicial en el malestar era virtualmente idéntico después de seis meses de psicoterapia y después de la administración de placebo durante una semana. Al darles un placebo tres años más tarde, ambos grupos mostraron el mismo descenso promedio, que fue igual al descenso inicial en el malestar con seis meses de psicoterapia.

Un punto importante es que, a pesar de que la media de descenso en el malestar fue la misma tanto tres años después como inicialmente, las respuestas de los pacientes individualmente en ambas ocasiones fueron muy similares. Algunos respondieron la primera vez y no la segunda, y viceversa. Este descubrimiento es una prueba de que la respuesta ante los placebos no depende tanto de un rasgo personal como de la interacción de un estado inmediato del paciente con factores ambientales, siendo ésta una observación confirmada en otros estudios (LIBERMAN, 1964).

La respuesta después de tres años excluye también una interpretación posible de un alivio rápido en el malestar con el grupo inicial de placebo, es decir, que la puntuación media de malestar inicial se elevó artificialmente por su aprehensión a lo que iba a suceder. Aunque esta aprehensión podía haber tenido algún efecto, no podría explicar todo el descenso, ya que no funcionaría con pacientes que estaban familiarizados con la psicoterapia por haberla recibido hacía tres años.

Para que la esperanza en la mejoría sea terapéuticamente efectiva debe estar unida en la mente del paciente a procesos específicos de terapia, así como al resultado (IMBER, PANDE, FRANK, HOEHN-SARIC, STONE y WARGO, 1970; WILKINS, 1979). Este vínculo puede ser aceptado sin ningún problema por los seguidores de las terapias tradicionales como el psicoanálisis, porque la mayoría de los pacientes acuden a ellas familiarizados ya con sus procedimientos (KADUSHIN, 1969). Los que introducen terapias nuevas o no muy familiares gastan por lo general un tiempo y un esfuerzo considerables al principio enseñando al paciente su juego terapéutico particular y moldeando de forma adecuada las expectativas del paciente.

Estas consideraciones nos condujeron a otros colegas y a mí a desarrollar un experimento controlado, para comparar los resultados de cuatro meses de terapia entre un grupo de pacientes que recibieron primero «una entrevista de inducción del rol», diseñada para coordinar sus expectativas sobre lo que podían recibir, con los de otro grupo de pacientes a los que se trató de forma idéntica, pero sin tener la entrevista preparatoria (HOEHN-SARIC, FRANK, IMBER, NASH y BATTLE, 1964; NASH, HOEHN-SARIC, BATTLE, STONE, IMBER y FRANK, 1965).

La finalidad de la entrevista de inducción del rol fue: 1) aclarar el proceso de tratamiento; 2) asegurar al paciente que el tratamiento le podría ayudar; 3) anular esperanzas poco reales (protegiendo al cliente contra la desilusión),

y 4) ayudar al paciente a comportarse de una forma acorde con la imagen que tenía el terapeuta sobre lo que es un buen paciente y aumentando, por tanto, de forma indirecta el interés y el optimismo de este último.

Como grupo, los pacientes que recibieron la entrevista de inducción del rol mostraron en la terapia una conducta más apropiada y tuvieron un mejor resultado que los del grupo control. Este descubrimiento fue repetido en otro contexto (SLOANE, CRISTOL, PEPPERICK y STAPLES, 1970). Debe resaltarse que, al hacer que los pacientes se comportaran mejor en terapia, la entrevista de inducción del rol los hizo más atractivos ante los terapeutas, mejorando con ello la relación paciente-terapeuta.

3. *Ofrecer nuevas experiencias de aprendizaje.* Estas nuevas experiencias de aprendizaje pueden reforzar la moral al permitir a los pacientes descubrir medios alternativos, potencialmente útiles, de verse a sí mismos y sus problemas, así como de desarrollar valores alternativos. En conexión con esto, la mejoría en la terapia parece avanzar paralelamente al cambio de los valores del paciente hacia los del terapeuta (PANDE y GART, 1968; PARLOFF, GOLDSTEIN e IFLUND, 1960; ROSENTHAL, 1955).

El aprendizaje puede darse de diversas maneras, que incluyen la instrucción, el modelado (BANDURA, 1969), el condicionamiento operante (en el que las respuestas del terapeuta sirven como reforzadores positivos o negativos) y la exposición a nuevas experiencias cargadas emocionalmente, incluyendo reacciones de transferencia y activación emocional junto a intentos de cambiar las contingencias que gobiernan la conducta.

Cuanto más numerosos y más intensos sean los componentes experienciales del aprendizaje, en oposición a los puramente cognitivos, es más probable que aquellos sean seguidos por cambios en las actitudes o la conducta del paciente. Es una verdad manifiesta que el *insight* intelectual por sí solo no tiene fuerza para efectuar el cambio. Esto nos conduce al cuarto ingrediente común a todas las conceptualizaciones terapéuticas y rituales, la activación emocional.

4. *Activación de emociones.* Esta activación es esencial para el cambio terapéutico al menos de tres maneras. Suministra la fuerza a los motivos para llevar a cabo el esfuerzo y soportar el sufrimiento incluido por lo general en los intentos para cambiar las propias actitudes y la conducta, facilita un cambio de actitud y eleva la sensibilidad ante las influencias ambientales. Si la activación emocional es desagradable, conduce al paciente a buscar la mejoría. Cuando ocurre esto en terapia, el paciente se dirige naturalmente hacia el terapeuta. Una activación lo bastante intensa como para ser desorganizadora, incrementa más aún esta dependencia y además puede facilitar el logro de una mejor integración personal rompiendo viejos patrones.

La evocación de emociones intensas caracteriza a casi todos los rituales de cura en las sociedades no industrializadas. La popularidad de tales enfoques va y viene en la sociedad occidental. Estos enfoques surgieron en un pasado no muy lejano del mesmerismo y de la abreacción freudiana, y corrientemente

han prosperado bajo diversas etiquetas como la terapia implosiva (STAMPFL, 1976), la terapia primal (JANOV, 1970), el consejo de reevaluación (JACKINS, 1965), la bioenergética (LOWEN, 1975) y muchas, muchas más.

Mis colegas y yo, influidos por el *Zeitgeist*, realizamos una serie de experimentos sobre la activación emocional y la susceptibilidad al cambio de actitud (HOEHN-SARIC, 1978). Para producir activación utilizamos primero pequeñas dosis de éter como la inhalación de una gota, a causa del estado excitante de preanestesia que produce en la mayoría de las personas. Como una medida de cambio de actitud se utilizó el diferencial semántico (OSGOOD, SUCI y TANNENBAUM, 1957), que permite estimar los significados de un concepto dado en una serie de escalas bipolares. En la consulta con sus terapeutas durante la entrevista de terapia los pacientes seleccionaron un concepto «focal» que el terapeuta podía intentar cambiar y otros que el terapeuta podía no intentar cambiar (a los pacientes no se les dijo qué conceptos iba a intentar cambiar el terapeuta). Ejemplos de conceptos focales fueron «mi madre me influye» y «mi tolerancia hacia las imperfecciones en las personas cercanas a mí». Los pacientes recibieron, en un experimento preliminar no controlado, tres entrevistas bajo una administración lenta de gotas de éter una semana y media después, y el terapeuta intentó cambiar sólo el concepto focal durante o inmediatamente después de la fase de excitación. El concepto focal cambió de forma cumulativa en la dirección predicha, y el cambio logró significación estadística después de la tercera entrevista, al compararlo con el cambio en la sesión inicial sin éter. Los otros conceptos permanecieron sin cambiar a lo largo del estudio.

Diseñamos a continuación un experimento controlado en el que el terapeuta desconocía tanto el propósito como a aquellos pacientes que recibieron éter. La habitación del experimento olía a éter para todos los pacientes. Aunque los resultados fueron menos llamativos que los del estudio preliminar, confirmaron nuestra premisa.

Ya que el éter produce confusión, lo que puede explicar el aumento de susceptibilidad del paciente a la influencia, repetimos, con el mismo resultado, el experimento utilizando inhalación de vapor que contenía adrenalina (que estimula el sistema nervioso simpático sin anular la conciencia).

Los efectos de las actitudes de los pacientes fueron transitorios en todos los estudios; es decir, los conceptos volvieron pronto a sus posiciones originales. Quizá se relacione esta vuelta con el nuevo descenso del interés por las técnicas abreactivas después de un momento de popularidad. Aunque la activación emocional puede facilitar el cambio de actitudes, parece que hay algo más que es necesario para mantener el cambio. En el caso de que podamos generalizar desde esta observación, que es coherente con otras, puede ser importante para distinguir factores que producen el cambio terapéutico de aquellos que lo mantienen (LIBERMAN, 1978a).

Desde la perspectiva de la hipótesis de la desmoralización, el efecto terapéutico de la activación emocional intensa puede estar en su demostración a

los pacientes de que pueden soportar, a alta intensidad, emociones a las que tienen miedo, y que les conducen por tanto a evitar o a escapar de situaciones que amenazaban con activarlos. Sobrevivir a tal experiencia podría reforzar directamente la autoconfianza y animar también al paciente a entrar y a enfrentarse con éxito con esas situaciones amenazantes, con lo que y de forma indirecta sostienen la moral.

Por tanto, el mantenimiento de la mejoría que sigue a la inundación emocional puede depender de la habilidad de este, procedimiento, para aumentar la sensación de dominio del paciente (LIBERMAN, 1978a), o la autoeficacia, (BANDURA, 1977), sobre las que vamos a centrarnos ahora.

5. *Aumentar la sensación de dominio o de autoeficacia.* La autoestima o la seguridad personal dependen, en un grado considerable, de la sensación que tengamos de ser capaces de ejercer algún control sobre las reacciones de los otros hacia uno mismo, al igual que sobre los propios estados internos. La incapacidad para controlar sentimientos, pensamientos e impulsos no sólo es desmoralizante por sí misma, sino que además, al exigir demasiada atención y distorsionar nuestras percepciones y conducta, dificulta nuestra propia capacidad para controlar a los otros. El sentimiento de pérdida de control propicia emociones como la ansiedad, que agravan y son agravadas por síntomas específicos o problemas que han hecho que una persona acuda a psicoterapia. Todas las escuelas de psicoterapia buscan elevar la sensación de dominio del paciente por lo menos de dos maneras: 1) poniendo a disposición del paciente el esquema conceptual que etiqueta y explica los síntomas y suministra el fundamento para el programa de tratamiento, y 2) ofreciéndole al paciente experiencias de éxito.

Ya que el aparato verbal es un útil muy importante del ser humano para analizar y organizar la experiencia, el esquema conceptual aumenta la sensación de control del paciente mostrando el sentido de experiencias que habían parecido azarosas, confusas o inexplicables, y dándoles nombres. Este efecto ha recibido el nombre de *Rumpelstilskin* (TORREY, 1972), por el cuento de hadas en que la reina rompe el poder que sobre ella tenía el malvado enano al adivinar su nombre.

Para tener este efecto, las interpretaciones, que son las formas primarias de transmitir el marco conceptual, no necesitan ser correctas, sino simplemente plausibles. Un terapeuta demostró este concepto ofreciendo seis interpretaciones «de propósito general» a cuatro pacientes que recibían psicoterapia intensiva. Un ejemplo de tal interpretación es: «Usted parece que vive como si estuviera excusándose todo el tiempo.» Se ofreció la misma serie de interpretaciones a cuatro pacientes espaciadas a lo largo de un mes. Los pacientes respondieron en veinte de estos veinticuatro ejemplos con un descenso en el nivel de ansiedad. Todos los pacientes experimentaron este cambio al menos una vez desde el estado «preinterpretado» al «postinterpretado» (MENDEL, 1964).

Las experiencias de éxito, que son una de las principales fuentes para au-

mentar la autoeficacia, están implícitas en todos los procedimientos psicoterapéuticos. Los pacientes adeptos a las terapias verbales las obtienen al lograr nuevos *insights*, y los pacientes con una orientación conductual al llevar a cabo conductas con una carga cada vez mayor de ansiedad. Como ya hemos mencionado, las técnicas de inundación emocional conducen a fuertes experiencias de éxito, demostrando al paciente que puede soportar en su máxima intensidad las emociones que teme.

Además, podemos esperar que las experiencias que el paciente contempla como debidas a su propio esfuerzo, se reflejen de forma más fuerte en la autoestima del individuo que aquellas que el paciente atribuye a factores que están alejados de su control, como la medicación o la ayuda de otro. En reconocimiento de esta expectativa, los psicoterapeutas de todos los credos comunican al paciente que el progreso es el resultado de los propios esfuerzos individuales. Los terapeutas no directivos niegan cualquier influencia suya en la adquisición del paciente de nuevos *insights*; los terapeutas directivos subrayan que los logros del paciente dependen de su habilidad para llevar a cabo los procedimientos aconsejados.

6. *Dar oportunidad para la práctica* Una característica final de todas las psicoterapias que aumenta la moral es que dan oportunidades e incentivos para internalizar y reforzar los logros terapéuticos a través de la comprobación repetida dentro y fuera de la sesión terapéutica.

Para completar todo ello debe mencionarse que las terapias de grupo, al igual que las individuales, implican los mismos principios constructores de moral, y a veces en mayor grado. La presencia de otros pacientes y la aparición de procesos específicos de los grupos introducen formas adicionales de combatir la alienación que acompaña a la desmoralización, y ofrecen diferentes oportunidades para el aprendizaje cognitivo y experiencial y para practicar lo que se ha aprendido. Ofrecen también más ocasiones para la activación emocional y más oportunidades para lograr una sensación de dominio a través del desgaste de las presiones de las interacciones de grupo. Finalmente los grupos, como microsomas sociales que se asemejan más a la vida real que las situaciones de entrevista individual, facilitan la transferencia de lo aprendido al vivir diario.

Determinantes del éxito terapéutico

Los determinantes más importantes del éxito de cualquier encuentro terapéutico recaen, probablemente, en las propiedades del paciente, del terapeuta y del par particular formado por el paciente y el terapeuta, más que en su procedimiento terapéutico. Esta área presenta, como ya se ha indicado, a pesar de su importancia, problemas especiales para la investigación, de tal forma que los descubrimientos son escasos, y en su mayoría confirman simplemente las impresiones clínicas. Esta situación me permite ser muy breve.

Hay un acuerdo general sobre que el buen paciente se caracteriza por: el malestar suficiente para estar motivado para el tratamiento y por la capacidad para beneficiarse de una relación de ayuda. STRUPP (1976) sugiere que, para ser capaz de beneficiarse, el paciente debe haber tenido suficientes experiencias de refuerzo con sus propios padres y haber desarrollado «la capacidad para beneficiarse y cambiar como resultado de las fuerzas que operan en una "buena" relación humana» (pág. 99).

Además, los pacientes con una buena prognosis están caracterizados por términos como una buena fuerza del yo, capacidad de enfrentamiento o recursos personales. HARROWER (1965) nos ofreció un acercamiento adecuado sobre las cualidades personales favorables terapéuticamente. Desarrolló un índice de potenciales de salud mental, basado en patrones de puntuaciones obtenidos en tests proyectivos, que correlacionaba elevadamente con la mejoría al ser juzgada retrospectivamente por los terapeutas de los pacientes, en base a un estudio de seguimiento de 622 pacientes de psicoanálisis o de terapias de orientación analítica. El potencial de salud mental incluía la capacidad para el calor emocional y la amistad, un control intelectual adecuado combinado con la libertad y la espontaneidad, recursos internos y una empatía intuitiva para los otros. En resumen, cuanto más saludable sea psicológicamente el paciente al inicio, mejor será la prognosis en relación a la respuesta al tratamiento.

Me gustaría saber mucho más sobre los factores que determinan la habilidad para beneficiarse de procedimientos terapéuticos específicos. Por ejemplo, MALAN (1976) presenta pruebas de que «la motivación para el *insight*» puede ser importante para el éxito de las psicoterapias breves de orientación psicoanalítica. Una dirección prometedora consiste en clasificar a los pacientes en términos del *locus* de control; es decir, si la persona ve el control de su vida dentro o fuera del sí-mismo (ROTTER, 1966; SEEMAN y EVANS, 1962). En un estudio, mis colegas y yo tropezamos con un interesante interacción entre *locus* de control, mejoría terapéutica y la fuente a la que los pacientes atribuían su mejoría en la ejecución de las tareas dadas en la terapia (es decir, si su mejoría en la terapia se atribuía a sus propios esfuerzos o al efecto de tomar una píldora placebo). Los pacientes con control interno lo hicieron mejor que los de control externo en la primera condición, pero los resultados fueron inversos en la segunda (LIBERMAN, 1978a; véase figura 3). Están aumentando los estudios que relacionan *locus* de control y respuesta a una variedad de terapias (FRIEDMAN y DIES, 1975; OLLENDICK y MURPHY, 1977).

Encontramos que al examinar las cualidades terapéuticas de los terapeutas, la tasa de éxito de los terapeutas variaba ampliamente, incluso dentro de la misma escuela terapéutica por ejemplo, LIBERMAN, YALOM y MILES (1973) encontraron en un estudio con grupos de encuentro que utilizaron al menos dos terapeutas de cada una de varias escuelas terapéuticas, que los mejores y los peores resultados aparecían en grupos conducidos por terapeutas que pertenecían a la misma escuela. Los participantes en grupos de encuentro son lo

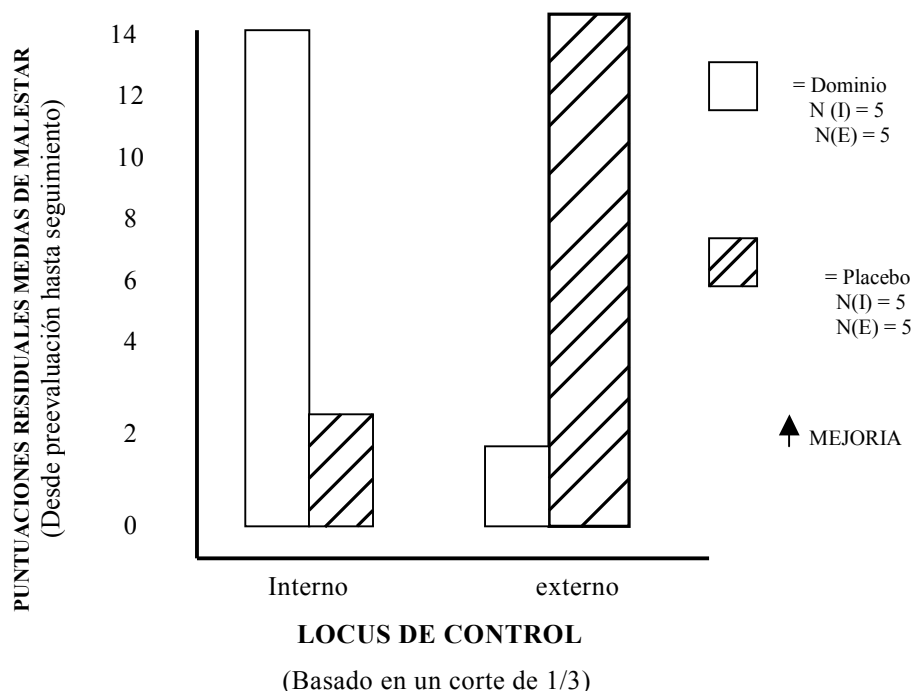


FIGURA 3. Puntuaciones residuales HSCS para el dominio y las condiciones placebo con referencia a las orientaciones de dominio inicial (puntuaciones residuales más altas reflejan un mantenimiento mayor de la mejoría). En *Effective Ingredients of Successful Psychotherapy* de J. D. FRANK, R. HOEHN-SARIC, S. D. IMBER, B. L. LIBERMAN y A. R. STONE. Copyright 1978 por Brunner/Mazel. Reimpreso con autorización.

suficientemente similares a los de terapia de grupo como para justificar aplicarles este descubrimiento. En un análisis retrospectivo de 150 mujeres tratadas por 16 terapeutas varones y 10 hembras, ORLINKSY y HOWARD (1980) encontraron que dos tercios de los pacientes de los terapeutas de más éxito estuvieron muy mejorados y no empeoró ninguno, mientras que sólo mejoró un tercio de los de menos éxito, empeorando otro tercio. Respecto a qué cualidades de los terapeutas explican las diferencias en el éxito terapéutico, nuestra comprensión no ha progresado más allá de la empatía, ambiente cálido y auténtico, encontradas por ROGERS y su escuela (1957), que eran útiles con neuróticos, y la activa participación personal relacionada, quizá, con el éxito con esquizofrénicos (DENT, 1978; WHITEHORN y BETZ, 1975); la posibilidad de

generalizar estos resultados sigue siendo dudosa (PARLOFF, WASKOW y WOLFE, 1978).

Volviendo a nuestra analogía de la psicoterapia con la música, encontramos que los psicoterapeutas, como los músicos, parecen variar en talento innato, que en su mayoría puede aumentarse con el entrenamiento. Casi todo el mundo puede aprender a tocar el piano; pero ningún entrenamiento puede producir un Horowitz o un Rubinstein, ni puede convertir en violinista a alguien que sea sordo para los tonos. De la misma manera, algunos terapeutas parece que obtienen resultados extraordinarios, mientras que los pacientes de unos pocos no mejoran, e incluso empeoran, como sí no hubieran recibido tratamiento. Sería muy deseable detectar estos terapeutas «sordos para los tonos» al comienzo de su entrenamiento como tales, previniendo con ello el daño a los pacientes y evitando a los terapeutas la infelicidad, pero desgraciadamente no existen métodos adecuados para llevar a cabo esta tarea.

Mi propio presentimiento, que manifiesto aquí no sin cierto reparo, es que los terapeutas con más talento pueden tener habilidades telepáticas, clarividentes u otras parapsicológicas (EHRENWALD, 1966, 1978; FREUD, 1964; JUNG, 1963). Además, pueden poseer algo que es similar a la habilidad para acelerar el crecimiento de las plantas (GRAD, 1967), o a la habilidad para producir auras espectaculares en las fotografías de Kirlian (KRIPPNER y RUBÍN, 1973) y que sólo se puede denominar «poder de curación». Cualquier investigador que in-¡ tente estudiar el fenómeno arriesga su reputación como científico fiable, por ¡ ello esta tarea se recomienda sólo a los más intrépidos. Sin embargo, los resultados pueden ser significativos.

Descendiendo a una base más sólida vemos que la relación terapéutica es, por supuesto, una calle de dos sentidos. Por tanto, son prometedores los esfuerzos para determinar los aspectos de los pacientes y los terapeutas que conforman una buena integración. Aunque escasa, esta información es muy llamativa. Por ejemplo, sabemos que con esquizofrénicos crónicos hospitalizados, los terapeutas sosegados trabajan mejor con los pacientes ansiosos, los terapeutas cómodos con la agresión trabajan bien con los pacientes hostiles, los terapeutas tipo abuelo lo hacen bien con pacientes seductores, y los que están cómodos j con la depresión funcionan bien con los esquizofrénicos depresivos (GUNDERSON, 1978). Se podría decir que es un descubrimiento poco sorprendente, pero es sólo un comienzo.

El estudio mencionado antes sobre mujeres (ORLINKSY y HOWARD, 1980) nos descubre algunos caminos interesantes. La tasa de éxito diferencial de los terapeutas parece deberse, en primer lugar, a la interacción de los pares paciente-terapeuta más que a las propiedades de sólo el terapeuta, aunque la experiencia mostró tener voz propia en este tema. Los terapeutas con menos de seis años de experiencia, comparados con aquellos que tenían más, contaron con el doble de pacientes que no cambiaron o empeoraron y sólo con la mitad de los que se consideraron mejorados. Sin embargo, el papel de la experiencia

en el éxito terapéutico permanece sin descubrir (PARLOFF y colab., 1978). Es más interesante el hecho de que aunque el sexo del terapeuta no ejercía ninguna diferencia, las mujeres solteras jóvenes se beneficiaban más de las mujeres terapeutas, sugiriendo que los hombres podían ser un poco amenazantes para ellas. Por otra parte, las únicas pacientes femeninas que mejoraban con los hombres eran madres sin pareja. ¿Quiere esto decir que los terapeutas representaban para ellas un potencial nuevo compañero?

Finalmente, el nivel de conceptualización puede ser muy relevante para integrar pacientes con terapeutas (CARR, 1970). Aunque no pueden extraerse descubrimientos concluyentes, parece probable que las personas que conceptualizan a niveles relativamente concretos, responden mejor a terapias estructuradas en ambiente estructurado. Además, en todos los estudios con fumadores (BEST, 1975), pacientes ambulatorios psiquiátricos tratados por estudiantes de medicina, con alcohólicos, estudiantes universitarios y delincuentes, se encuentra que los pacientes cuyo nivel conceptual era similar al del terapeuta mejoraron más que aquellos que presentaban disimilitudes (POSTHUMA y CARR, 1975).

Conclusión

Para concluir, permítaseme intentar corregir un malentendido común sobre la hipótesis de la desmoralización: simplemente que, ya que las características compartidas por todas las terapias que combaten la desmoralización explican la mayoría de su efectividad, es innecesario el entrenamiento. Lo que intento resaltar es que los factores curativos movilizados por todas las técnicas contribuyen significativamente al resultado de cualquiera de ellos en particular.

Sin embargo, a partir de las características personales y de las experiencias pasadas, algunos pacientes pueden estar más sintonizados para recibir procedimientos conductuales, cognitivos, abreactivos, hipnóticos u otros. Así, parece probable que ciertas técnicas específicas son más efectivas para algunos pacientes o incluso para algunos síntomas que para otros.

Pero, incluso en la improbable eventualidad de que se demuestre que todas las técnicas terapéuticas son intercambiables, esta sustitución no significa que el dominio de una u otra sea innecesario. Tal conclusión, no justificada, confunde el contenido de las conceptualizaciones y procedimientos terapéuticos con su función. Para estar seguros, algunas personas con talento terapéutico pueden ser efectivas con muy poco entrenamiento formal, pero la mayoría de nosotros necesita dominar al menos la base y el ritual terapéuticos. A causa de que las técnicas son irrefutables y están apoyadas por un grupo similar a aquel que pertenece el terapeuta (FESTINGER, 1957), mantienen el sentimiento de competencia del terapeuta, especialmente a la vista de los inevitables fracasos terapéuticos. Como observó un joven perteneciente a una escuela psicoterapéutica: «Incluso si el paciente no mejora, sabes que estás haciendo lo correcto.» Esta

actitud refuerza indirectamente la confianza del paciente en el terapeuta como una persona que sabe lo que está haciendo.

Si se puede sacar alguna enseñanza de esta presentación es que la elección de procedimientos debe guiarse por las predilecciones personales del terapeuta. Algunos terapeutas son hipnotizadores efectivos; otros, no. Unos dan la bienvenida a expresiones emocionales; otros se alejan de ellas. Algunos trabajan mejor en grupo, y otros en la consulta privada cara a cara. Algunos disfrutan explorando la psique; otros prefieren intentar cambiar la conducta. Idealmente, y desde este punto de vista, los programas de entrenamiento deben presentar a los entrenados todo un abanico de fundamentos teóricos y de procedimientos, y animarlos a que seleccionen aquellos que congenian más con sus propias personalidades. Cuanto mayor sea el número de enfoques que un terapeuta pueda manejar, mayor será el número de personas a quienes pueda ayudar.

Resumen

Independientemente de sus síntomas específicos, los pacientes que acuden a psicoterapia están además desmoralizados, que es lo que causa la mayoría de la incapacidad y el malestar de los pacientes. Las fuentes de la desmoralización, ya sea una respuesta general u otra a situaciones de estrés específico, hasta el punto de que sean susceptibles de psicoterapia, surgen por experiencias desviadas en las historias pasadas de los pacientes. Estas experiencias dan origen a tres componentes que interactúan y se refuerzan mutuamente: conflictos intrapsíquicos unidos a baja autoestima, percepción distorsionada de los otros y deficientes habilidades de enfrentamiento. Estos componentes engendran en conjunto experiencias de fracaso y otras emociones molestas que, además, minan la moral.

Todas las psicoterapias intentan romper el círculo vicioso resultante y restaurar la moral proporcionando experiencias con una persona que ayuda, anima y da apoyo, combatiendo además, a veces, distorsiones perceptuales específicas y conductas desadaptativas.

La efectividad de cualquier psicoterapia con un paciente específico depende de las características de construcción de la moral que comparte con otras psicoterapias, así como de un fundamento teórico y de procedimientos específicos. La contribución relativa de éstos depende del papel de la desmoralización en la producción o empeoramiento de los síntomas del paciente. La selección de una técnica no está, por lo general, guiada por los síntomas sino por las características personales y las predilecciones del terapeuta y del paciente. Cuanto más estrecho sea este acuerdo entre ambos y en relación al tipo de terapia, mejores serán los pronósticos para un resultado con éxito.

Referencias bibliográficas

- Bandura, A.: *Principles of behavior modification*. Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1969. (Trad, cast.: *Principios de la modificación de conducta*, Ed. Sigüeme, 1983.)
- Bandura, A.: «Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change». *Psychological Review*, 1977, 84, págs. 191-215. (Trad, cast.: «Autoeficacia: hacia una teoría unificadora del cambio comportamental». En C. Botella, 1985. *Aportaciones a la psicoterapia*, Valencia, Ed. Promolibro, 1977, págs. 296-351.)
- Best, J. A.: «Tailoring smoking withdrawal procedures to personality and motivational differences». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, págs. 1-8.
- Carr, J. E.: «Differentiation similarity of patient and therapist and the outcome of psychotherapy». *Journal of Abnormal Psychology*, 1970, 76, págs. 361-369.
- deFigueiredo, J., y Frank, J. D.: «Subjective incompetence, the clinical hallmark of demoralization». Manuscrito inédito, 1981.
- Dent, T. K.: *Exploring the psychological therapies through the personalities of effective therapists*. Publication No. ADM 11-521. Washington, DC, U.S. Government Printing Office, 1978.
- Diefendorf, A. R.: *Clinical psychiatry: A textbook for students and physicians abstracted and adapted from the 7th German edition of Kraepelin's "Lehrbuch der Psychiatrie"*. Nueva York, Macmillan, 1915.
- Dohrenwend, B. P., y Crandall. D. L.: «Psychiatric symptoms in community, clinic and mental hospital groups», *American Journal of Psychiatry*, 1970, 126, págs. 1611-1621.
- Dohrenwend, B. P., Oksenberg, L., Shrout, P. E., Dohrenwend, B. S., y Cook, D.: «What brief psychiatric screening scales measure». En S. Sudman (comp.), *Proceedings of the 3rd biennial conference on health survey research methods, May, 1979*. Washington, DC, U.S. Department of Health & Human Services DI-ÍHS Publication No. (PHS) 81-3268, 1979, págs. 188-198.
- Dohrenwend, B. P., Shrout, P. E., Egri, G., y Mendlsohn, F. S.: «Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology: Measures for use in the general population». *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, págs. 1229-1236.
- Ehrenwald, J.: *Psychotherapy: Myth and method*. Nueva York, Gruñe y Stratton, 1966.
- Ehrenwald, J.: *The ESP experience: A psychiatric validation*. Nueva York, Basic Books, 1978.
- Farber, B. A., y Geller, J. D.: «Student attitudes toward psychotherapy», *Journal of the American College Health Association*, 1977, 25, págs. 301-307.
- Festinger, L.: *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, IL, Row, Peterson, 1957. (Trad, cast.: *Teoría de la disonancia cognoscitiva*, Instituto de Estudios Políticos, 1975.)
- Frank, J. D.: *Persuasion and healing* (2.^a ed.). Baltimore, John Hopkins University Press, 1973.
- Frank, J. D.: «Psychotherapy: The restoration of morale». *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, págs. 271-274.

- Frank, J. D.: «Aristotle as psychotherapist». En M. J. Mahoney (comp.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. Nueva York, Plenum Press, 1980.
- Frank, J. D., Gliedman, L. H., Imber, S. D., Stone, A. R., y Nash, E. H.: «Patients' expectancies and relearning as factors determining improvement in psychotherapy». *American Journal of Psychiatry*, 1959, 115, págs. 961-968.
- Frank, J. D., Nash, E. H., Stone, A. R., y Imber, S. D.: «Immediate and long-term symptomatic course of psychiatric outpatients». *American Journal of Psychiatry*, 1963, 120, págs. 429-439.
- Frank, J. D., Hoehn-Saric, R., Imber, S. D., Liberman, B. L., y Stone, A. R.: *Effective Ingredients of Successful Psychotherapy*. Nueva York, Brunner/Mazel, 1978.
- Freud, S.: «Dreams and occultism». En J. Strachey (comp.), *The complete psychological works of Sigmund Freud*. Londres, Hogarth, 1964.
- Friedman, H. J.: «Patient expectancy and symptom reduction». *Archives of General Psychiatry*, 1963, 8, págs. 61-67.
- Friedman, M. L., y Dies, R. R.: «Reactions of internal and external test-anxious students to counseling and behavior therapies». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 42, pág. 921.
- Galanter, M.: «The "relief effect": A sociobiological model for neurotic distress and largegroup therapy». *American Journal of Psychiatry*, 1978, 13?, págs. 588-591.
- Galassi, J. P., y Galassi, M. D.: «Alienation in college students: A comparison of counseling seekers and nonseekers». *Journal of Counseling Psychology*, 1973, 20, págs. 44-49.
- Garfield, S. L.: «Research on client variables in psychotherapy». En S. L. Garfield y A. E. Bergin (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2.^a ed.). Nueva York, Wiley, 1978.
- Gelder, M. G., Marks, I. M., y Wolff, H. H.: «Desensitization and psychotherapy in phobic states: A controlled inquiry». *British Journal of Psychiatry*, 1967, 113, págs. 53-73.
- Glaser, S. R.: «Rhetoric and psychotherapy». En M. J. Mahoney (comp.), *Psychotherapy process: Current issues and future directions*. Nueva York, Plenum Press, 1980.
- Goldfried, M. R., Padawer, W.: «Current status and future directions in psychotherapy». En M. R. Goldfried (comp.), *Converging themes in the practice of psychotherapy*. Nueva York, Springer, 1983.
- Grad, B.: «The "laying on of hands": Implications for psychotherapy, gentling, and the placebo effect». *Journal of the American Society for Psychical Research*, 1967, 61, págs. 286-305.
- Gunderson, J. C.: «Patient-therapist matching: A research evaluation». *American Journal of Psychiatry*, 1978, 135, págs. 1193-1197.
- Gurman, A. S.: «The patient's perception of the therapeutic relationship». En A. S. Gurman y A. M. Razin (comps.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*. Nueva York, Pergamon, 1977.
- Harrower, M.: *Psychodiagnostic testing: An empirical approach*. Springfield, IL, Thomas, 1965.
- Henderson, S., Byrne, D. G., y Duncan-Jones, P.: *Neurosis and the social environment*. Nueva York, Academic Press, 1981.

- Hilts, P. J.: «Psychotherapy put on couch by government». *Washington Post*, septiembre 14, 1980, Sección A, págs. 1, 12.
- Hoehn-Saric, R.: «Emotional arousal, attitude change, and psychotherapy». En J. D. Frank, R. Hoehn-Saric, S. D. Imber, y A. R. Stone, *Effective ingredients of successful psychotherapy*. Nueva York, Brunner/Mazel, 1978.
- Hoehn-Saric, R., Frank, J. D., Imber, S. D., Nash, E. H., y Battle, C. C.: «Systematic preparation of patients for psychotherapy. I. Effects on therapy behavior and outcome». *Journal of Psychiatry Research*, 1964, 2, págs. 267-281.
- Imber, S. D., Pande, S. K., Frank, J. D., Hoehn-Saric, R., Stone, A. R., y Wargo, D. G.: «Time-focused role induction: Report of an instructive failure», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1970, DO, págs. 27-30.
- Jackins, H.: *The human side of human beings*. Seattle, Rational Island Publishers, 1965.
- Jacobson, G.: «The briefest psychiatric encounter». *Archives of General Psychiatry*, 1968, 18, págs. 718-724.
- Janov, A.: *The primal scream: Primal therapy, the cure for neurosis*. Nueva York, Putnam, 1970. (Trad. cast.: *El grito primal*, Barcelona, Edhasa.)
- Jung, C. G.: *Memories, dreams and reflections*. Nueva York, Vintage, 1963. (Trad. cast.: *Recuerdos, sueños y pensamientos*, Barcelona, Seix Barral, 1982.)
- Kadushin, K.: *Why people go to psychiatrists*. Nueva York, Atherton, 1969.
- Kellner, R., y Sheffield, B. F.: «The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normals». *American Journal of Psychiatry*, 1973, 130, págs. 102-105.
- Koch, S.: «The nature and limits of psychological knowledge: Lessons of a century qua "science"». *American Psychologist*, 1981, 36, págs. 257-269.
- Krippner, S., y Rubin, D. (comps.): *Galaxies of life: The human aura in acupuncture and Kirlian photography*. Nueva York, Gordon & Breach, 1973.
- LeShan, L.: *The medium, the mystic, and the physicist: Toward a general theory of the paranormal*. Nueva York, Viking, 1974.
- Liberman, B. L.: «The role of mastery in psychotherapy: Maintenance of improvement and prescriptive change». En J. D. Frank, R. Hoehn-Saric, S. D. Imber, B. L. Liberman, y A. R. Stone: *Effective ingredients of successful psychotherapy*. Nueva York, Brunner/Mazel, 1978(a).
- Liberman, B. L.: «The maintenance and persistence of change: Long-term follow-up investigations of psychotherapy». En J. D. Frank, R. Hoehn-Saric, S. D. Imber, B. L. Liberman, y A. R. Stone: *Effective ingredients of successful psychotherapy*. Nueva York, Brunner/Mazel, 1978(b).
- Liberman, R.: «An experimental study of the placebo response under three different situations of pain», *Journal of Psychiatric Research*, 1964, 2, págs. 233-246.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. D., y Miles, M. D.: *Encounter groups: First facts*. Nueva York, Basic Books, 1973.
- Link, B., y Dohrenwend, B. P.: «Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States». En B. P. Dohrenwend, B. S. Dohrenwend, M. S. Gould, B. Link, R. Neugebauer, y R. Wunsch-Ilitzig (comp.): *Mental illness in the United States: Epidemiological estimates*. Nueva York, Praeger, 1980.
- Lowen, A.: *Bioenergetics*. Nueva York, Doward, McCann & Geoghegan, 1975.

- Luborsky, L.: «Helping alliances in psychotherapy». En J. L. Claghorn (comp.), *Successful psychotherapy*. Nueva York, Brunner/Mazel, 1976.
- Luborsky, L., y Auerbach, A. H.: «The symptom-context method: Quantitative studies of symptom formation in psychotherapy». *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 1969, 17, págs. 68-99.
- Malan, D. H.: *Toward the validation of dynamic psychotherapy: A replication*. Nueva York, Plenum Press, 1976.
- Marmor, J.: «Common operational factors in diverse approaches to behavior change». En A. Burton (comp.), *What makes behavior change possible?* Nueva York, Brunner/Mazel, 1976.
- Mendel, W. M.: «The phenomenon of interpretation». *American Journal of Psychoanalysis*, 1964, 24, págs. 184-189.
- Nash, E. H., Hoehn-Saric, R., Battle, C. C., Stone, A. R., Imber, S. D., y Frank, J. D.: «Systematic preparation of patients for short-term psychotherapy. II. Relation to characteristics of patient, therapist and the psychotherapeutic process». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1965, 140, págs. 374-383.
- Neki, J. S.: «Guru-chela relationship: The possibility of a therapeutic paradigm». *American Journal of Orthopsychiatry*, 1973, 32, págs. 755-766.
- Ollendick, T. H., y Murphy, M. T.: «Differential effectiveness of muscular and cognitive relaxation as a function of locus of control». *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 1977, 8, págs. 223-228.
- Orlinsky, D. E., y Howard, K. I.: «Gender and psychotherapeutic outcome». En A. Brodsky y R. T. Har-Mustin (comps.), *Women and psychotherapy*. Nueva York, Guilford Press, 1980.
- Orne, M. T.: «Demand characteristics and the concept of quasi-controls». En R. Rosenthal y R. L. Rosnow (comps.), *Artifact in behavioral research*. Nueva York, Academic Press, 1969.
- Osgood, C. E., Suci, G. J., y Tannenbaum, P. H.: *The measurement of meaning*. Urbana, University of Illinois Press, 1957. (Trad. cast.: *La medida del significado*, Barcelona, Ed. Paidós.)
- Pande, S. K.: «The mystique of "Western" psychotherapy: An Eastern view». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1968, 146, págs. 425-432.
- Pande, S. K., y Gart, J. j.: «A method to quantify reciprocal influence between therapist and patient in psychotherapy». En J. Shlien, H. F. Hunt, J. D. Matarazzo, y C. Savage (comps.), *Research in psychotherapy*. Washington, DC, American Psychological Association, 1968.
- Parloff, M. B., Waskow, I. E., y Wolfe, B. E.: «Research on therapist variables in relation to process and outcome». En S. L. Garfield y A. E. Bergin (comps.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York, Wiley, 1978.
- Parloff, M. B., Goldstein, N., y Iflund, B.: «Communication of values and therapeutic change». *Archives of General Psychiatry*, 1960, 2, págs. 300-304.
- Posthuma, A. B., y Carr, J. E.: «Differentiation matching in psychotherapy». *Canadian Psychological Review*, 1975, 16, págs. 35-43.
- Rogers, C. R.: «The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change». *Journal of Consulting Psychology*, 1957, 21, págs. 95-103.
- Rosenberg, M. J.: «The conditions and consequences of evaluation apprehension».

- En R. Rosenthal y R. L. Rosnow (comps.), *Artifact in behavioral research*. Nueva York, Academic Press, 1969.
- Rosenthal, D.: «Changes in some moral values following psychotherapy», *Journal of Consulting Psychology*, 1955, 19, págs. 431-436.
- Rosenzweig, S.: «Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy». *American Journal of Orthopsychiatry*, 1936, 6, págs. 412-415.
- Rotter, J. B.: «Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement». *Psychological Monographs*, 1966, 80 (1, n. completo, 609).
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., y Hollon, S.: «Comparative effects of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients». *Cognitive Therapy and Research*, 1977, 1, págs. 17-37.
- Seeman, M., y Evans, J. W.: «Alienation and learning in a hospital setting». *American Sociological Review*, 1962, 27, págs. 772-782.
- Seguin, C. A.: *Love and psychotherapy*. Nueva York, Libra Publishers, 1965.
- Sloane, R. B., Cristol, A. H., Pepernick, M. C., y Staples, F. R.: «Role preparation and expectation of improvement in psychotherapy», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1970, 150, págs. 18-26.
- Sloane, R. B., Staples, F. R., Cristol, A. H., Yorkston, N. J., y Whipple, K.: *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1975.
- Smith, H.: *Forgotten truth: The primordial tradition*. Nueva York, Harper Colophon, 1977.
- Smith, N. L., Glass, G. V., y Miller, T. I.: *Benefits of psychotherapy*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1980.
- Stampfl, T. G.: «Implosive therapy». En P. Olsen (comp.), *Emotional flooding*. Nueva York, Human Sciences Press, 1976.
- Strupp, H. H.: «The nature of the therapeutic influence and its basic ingredients». En A. Burton (comp.), *What makes behavior change possible?* Nueva York, Brunner/Mazel, 1976.
- Strupp, H. H., y Hadley, S. W.: «Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome». *Archives of General Psychiatry*, 1979, 36, págs. 1125-1136.
- Szasz, T. S.: *The myth of psychotherapy: Mental healing as religion, rhetoric, and repression*. Nueva York, Anchor, 1978.
- Torrey, E. F.: *The mind game*. Nueva York, Emerson Hall, 1972.
- Uhlenhuth, E. H., y Duncan, D. B.: «Subjective change with medical student therapists: II. Some determinants of change in psychoneurotic outpatients». *Archives of General Psychiatry*, 1968, 18, págs. 186-198.
- Vaillant, G. E.: «Why men seek psychotherapy, I: Results of a survey of college students». *American Journal of Psychiatry*, 1972, 129, págs. 645-651.
- Whitehorn, J. C., y Betz, B.: *Effective psychotherapy with the schizophrenic patient*. Nueva York, Jason Aronson, 1975.
- Wilkins, W.: «Expectancies in therapy research: Discriminating among heterogeneous non-specifics», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, págs. 837-845.
- Wolberg, L. R.: *The technique of psychotherapy* (3.^a ed.). Nueva York, Grune & Stratton, 1977.