

## **EL EXCIPIENTE Y LOS PRINCIPIOS ACTIVOS DE LA PSICOTERAPIA**

**Concepción Fernández Rodríguez (\*)**

**Isaac Amigo Vázquez (\*)**

**Marino Pérez Álvarez (\*)**

(\*) Departamento de Psicología. UNIVERSIDAD DE OVIEDO

### **RESUMEN**

*En la actualidad coexisten una gran cantidad de psicoterapias distintas que, genéricamente y al menos en el contexto en que se aplican, parecen mostrar cierta utilidad clínica. Esta condición que se justifica en la existencia de principios activos ha promovido la aparición de corrientes eclécticas e integracionistas. Frente a la pretendida comunalidad de factores, se sugiere que cualquier forma de psicoterapia contiene siempre entre sus prácticas alguna forma de exposición o ensayo práctico-comportamental en el que radicará el principio activo para el cambio psicológico. Mientras que las diferentes explicaciones teóricas junto con la persuasión del clínico para situar al paciente constituiría el excipiente, aunque no menos necesario en tanto que encierra el principio activo. Según esto, la modificación de conducta tendría la ventaja sobre otras terapias de contener tanto en su ejercicio práctico, como coherentemente en sus formulaciones teóricas los procesos que parecen esenciales para el cambio terapéutico.*

**Palabras clave:** PSICOTERAPIA. FACTORES COMUNES. ECLECTICISMO. INTEGRACION. MODIFICACION DE CONDUCTA.

## SUMMARY

*In this paper, it is suggested that any all psychotherapies involved some sort of exposure or behavioral rehearsal in which one could find the active agent of the psychological change. In this active agent the convergence point of the different psychological therapies could be placed. On the other hand, the expicent would be allocated in the theoretical explanations of the therapist and in his suggestions to the patient. In accordance with this, the behavior modifications in its practice as well as in its theoretical formulation involves the processes that appear essential to therapeutic change.*

**Key words:** PSYCHOTHERAPY, COMMON FACTORS, ECLECTICISM, INTEGRATION, BEHAVIOR MODIFICATION.

Actualmente existen una gran cantidad de psicoterapias, distintas tanto en relación a los supuestos teóricos sobre los determinantes de la conducta como en los procedimientos de intervención que adoptan. Henrink (1980) estimaba que es posible elegir entre más de 250 psicoterapias diferentes y, cada una, mantiene la pretensión de ofrecer ventajas terapéuticas específicas (Parloff, 1968). No obstante, el único consenso sobre el que tomar una decisión para su implantación es que, genéricamente, son más efectivas que el no-tratamiento (Avia y Ruiz, 1985; Goldfriel y Padawer, 1982; Smith y Glass, 1977; Smith, Glass y Milelr, 1980; VandenBos y Pino, 1980), mientras que entre ellas, según se sostiene, no son significativamente mejores unas que otras (Bergin y Lambert, 1978; Frank, 1979; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980). En efecto, la pretensión de eficacia diferencial no parece mantenerse en base a los análisis de los efectos globales de las diversas técnicas terapéuticas, antes bien, los resultados permitirían afirmar que "todas han ganado y todas deben tener premios" (Luborsky, Singer, y Luborsky, 1975). Es difícil aceptar que estrategias conceptual y operativamente tan diferentes (al menos por definición) logren los mismos resultados, aunque ello no impide considerar que los distintos procederes compartan algunos ingredientes activos. En consecuencia, el conocimiento y el empleo sintemático de tales factores comunes contribuiría a mejorar la rentabilidad terapéutica.

Por otra parte, son muchos los terapeutas que consideran insuficiente un sólo modelo en el que inscribir su práctica clínica. El porcentaje de psicólogos afiliados a la APA (Smith, 1982) que se definen eclécticos (41%) supera a los adscritos a cualquier otro marco terapéutico. La situación en España ofrece un perfil similar (Fernández Ballesteros, 1980). La opción por el eclecticismo, en algunos casos, podría ser resultado de la inadecuación del marco teórico de referencia del psicólogo para resolver sus objetivos terapéuticos. Sin embargo, los principales argumentos a favor tienen que ver con la utilización integrada de todas las estrategias que hayan probado su eficacia terapéutica (Garfiels, 1980, 1982; Lazarus, 1977). Esta situación implicaría el reconocimiento de que los factores determinantes del éxito terapéutico sean procedimientos específicos y/o ingredientes comunes a las diversas psicoterapias, "en cuanto que han logrado sobrevivir a las distorsiones impuestas por los diferentes sesgos teóricos de los terapeutas" (Goldfriel, 1980, pág. 906).

## 1. LA EQUIVALENCIA

Los argumentos a favor de una aproximación terapéutica integrada sólo parecerían útiles cuando se estableciese, de manera definitiva, la no efectividad diferencial de las terapias. Los numerosos estudios comparativos de resultados presentan, en general, limitaciones y errores metodológicos (p.e. criterios inadecuados de selección de muestras, terapias y de evaluación) que impiden dar por satisfactorias las conclusiones ya avanzadas y que recomendarían nuevas indagaciones (Frank, 1979; Kazdin, 1983, 1978; Rachman y Wilson, 1980).

El procedimiento del meta-análisis supuso una alternativa a las revisiones tradicionales en el estudio comparativo de los efectos de las psicoterapias. Proporcionó un soporte matemático para analizar cuantitativamente (mediante el "tamaño del efecto") los beneficios de un tratamiento sobre los alternativos o el no-tratamiento considerando los datos de múltiples investigaciones diferentes. Se correlacionan estadísticamente las características sustantivas (diagnóstico de los pacientes, modalidad y duración de la terapia, experiencia y número de terapéuticas, etc.) y metodológicas (tipo de asignación, tamaño de la muestra, mortalidad experimental, etc) de los estudios analizados con los resultados obtenidos. Las primeras aplicaciones de estos métodos se realizaron por Smith y Glass (1977) sobre 375 estudios y Smith,

Glass y Miller (1980) sobre un total de 475. Este análisis fue posteriormente replicado por Shapiro y Shapiro (1983). Los resultados revelaron una mejoría similar en todas las psicoterapias respecto del no tratamiento y aunque se observó una ligera superioridad de las técnicas conductuales, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Como argumentan Smith y cols (1980) "el tamaño del efecto medio de las terapias no puede predecirse con mucha precisión a partir de las características de los estudios (...), menos del 10% de la variación del tamaño del efecto fue determinada por el diagnóstico del cliente, la inteligencia, la edad, la modalidad de terapia, la experiencia del terapeuta, la validez interna del experimento y el tipo el momento y la reactividad de la medida (p. 105). Ahora bien, habría que reparar seriamente en las "virtualidades" de este procedimiento. Entre otros, Eysenck (1985), Parloff, London y Wolfe (1986), Searles (1985), Strube y Hartmann (1983) y Wilson y Rachman (1983) han puesto de manifiesto que los resultados obtenidos dependen estrechamente de los trabajos considerados y, en consecuencia, de cómo se hayan obtenidos los datos en dichos trabajos. Entre las objeciones más referidas a los trabajos de Smith y cols. estaban la inclusión de estudios con errores metodológicos, como inexistencia de grupo control o deficiencias en la clasificación de medidas de resultados, además de la ausencia de investigación destacadas, especialmente de terapia de conducta (Kazdin y Wilson, 1978; Rachman y Wilson, 1980), o la consideración del placebo como un tratamiento (Eysenck, 1985). Nuevos meta-análisis realizados sobre las mismas publicaciones estudiadas por Smith y cols. obtuvieron diferentes resultados. Andrews y Harey (1981) seleccionaron exclusivamente aquellas investigaciones desarrolladas con pacientes reales y, en esta ocasión, se informó que la terapia de conducta era superior al tratamiento psicodinámico. Por su parte, Shapiro (1985) obtuvo que las terapias de conducta y cognoscitivas son mejores que las psicodinámicas y humanistas. Referido a las comparaciones de la terapia con niños, igualmente, las técnicas conductuales alcanzaron resultados marcadamente más altos (Casey y Berman, 1985). Prioleau, Murdock y Brody (1983) encontraron que las psicoterapias no mostraban diferencias respecto del placebo, aunque eran las técnicas cognitivo-conductuales las que más se distanciaban de este efecto. Sin embargo la confusión a la hora de considerar o no una intervención como placebo supone un importante problema a la hora de examinar la eficacia en relación a un grupo control placebo. Los meta-análisis de Bower y Clum (1988) y Barker, Funk y Houston (1988) han considera-

do el efecto placebo como sinónimo de "factores comunes" y, en cada caso, dado una definición, Bowers y Clum consideraron tratamientos placebo aquellos que implicaban una discusión del problema del cliente y la manipulación de la creencia de que se está recibiendo un tratamiento eficaz y valoraron operacionalmente los placebo según una escala de credibilidad. Aunque comprobaron que esta estrategia de control era utilizada, casi exclusivamente, en los estudios de terapia de conducta, los resultados sobre un total de 69 estudios indican que la terapia conductual es más eficaz que el placebo ( $ES = .55$ ). Los autores ponen en relación el efecto del placebo con el autoinforme que el paciente hace de sus problemas y, en modo alguno, con cambios operados sobre las conductas relevantes con el problema. En la misma línea, Barker, Funk y Houston (1988) informaron que a igualdad de expectativas, los resultados de un tratamiento cognitivo-conductual son mucho mejores que los del placebo, radicando esta diferencia en los principios de los tratamientos.

En general, estos análisis dejan "entrever" claramente las diferencias entre las terapias además de revelar muchos condicionantes que dificultan la estimación precisa de la efectividad de la psicoterapia, relativos unos a la terapia y otros a las propias limitaciones de este procedimientos para estimar con precisión los límites, la magnitud y la generabilidad de las correlaciones encontradas. En esta línea tienen interés los nuevos procedimientos matemáticos de corrección incorporados para estimar la variación de los resultados (Boko, 1983; Raju, Burke, Normand y Langlois, 1991).

De todos modos, los datos más decisivos en la evaluación de las terapias provienen de los estudios de técnicas concretas en relación con problemas específicos y respecto de la remisión espontánea y el efecto placebo. En diversos estudios se muestra la superioridad de la terapia de conducta en el tratamiento de fobias, obsesiones, compulsiones, disfunciones sexuales y problemas de salud, y de la terapia cognitiva en los tratamientos de la depresión mientras que la efectividad del tratamiento psicoanalítico y de la psicoterapia experiencial están, aún, sin demostrar (Avia y Ruiz, 1985; Beckham, 1990; Berman, Miller y Massman, 1985; Eysenck, 1952; Goldfried, 1982; Parloff, London y Wolfe, 1986; Rachman y Philips, 1980; Rachman y Wilson, 1980; Robinson, Berman y Neimeyer, 1990). De modo que, para éstas últimas, la cuestión todavía es acerca de si funcionan y, para aquellas, por qué funcionan (Rachman y Wilson, 1980, p.261).

Respecto a la terapia cognitiva, en concreto, las desarrolladas por A. Ellis, T.A. Beck y D. Meichenbaum, de las que no se duda acerca de la efectividad que refieren, se discutiría, sin embargo, la naturaleza de los ingredientes decisivos. En particular, y de acuerdo con el cuidadoso análisis de Latimer y Sweet (1984), se diría que son efectivas por lo que tienen de conductual más que por lo que tienen de cognitivo. "En resumen, dicen Latimer y Sweet, la eficacia de la terapia cognitiva (excluyendo los componentes conductuales) no ha sido demostrada en poblaciones clínicas y la evidencia que hay sugiere que el componente "cognitivo" de las terapias cognitivas es menos potente que los métodos conductuales establecidos tales como la exposición en vivo (p.14)."

Todo ello, parecería hacer innecesario la identificación de los factores comunes, pues ya se podría sostener razonablemente que los componentes conductuales sean el "factor común". Sin embargo, otros argumentos a favor de la supuesta igualación en la práctica de las distintas psicoterapias como es el elevado porcentaje de remisiones espontáneas observado (según Avia y Ruiz en torno a un 40%) o la disminución, con el tiempo, de las diferencias postratamiento entre distintas terapias (Frank, 1979), además del propio interés por el tema, justifican el estudio de los ingredientes comunes a los psicoterapias por si fuera esto lo que determinara los resultados que de todos modos se atribuyen las distintas terapias.

## 2. LOS FACTORES COMUNES

Rosenzweig (1936) fue quizás el primero en recurrir a "factores comunes" para explicar los efectos curativos de procedimientos terapéuticos diferentes. Sin embargo, desde que Frank (1961, 1974, 1982) ha llamado la atención acerca de los ingredientes comunes que participan en todas las terapias son numerosas las propuestas de nuevos ingredientes, de acuerdo a la filiación terapéutica del autor en cuestión (Garfield, 1980; Goldfriel y Padawer, 1982; Marmor, 1976; Marmor y Woods, 1980; Strupp, 1976) aunque, frecuentemente, dispares entre sí (Labrador, 1986). En general, al analizar estos elementos se distinguen entre los factores que pudieran producir el cambio: las características que devienen del terapeuta, los procesos que ocurren en el paciente y la alianza terapéutica-paciente.

## **2a. Características del terapeuta**

Desde el lado del terapeuta, los factores comunes se han visto en las cualidades personales, en la comunicación al paciente de una nueva perspectiva sobre sí mismo y sobre el mundo y en el status o ascendencia social del terapeuta pos su capacitación para "curar".

La relación paciente-terapeuta se ha considerado como la base esencial del cambio, aunque los distintos acercamientos han matizado su importancia. Fue Rogers (1957) quien más enfatizó la importancia de las actitudes del terapeuta como elementos críticos del proceso terapéutico, en particular, propuso la calidez, empatía y genuinidad, como "condiciones necesarias y suficientes", para la consecución de "un cambio constructivo de la personalidad". Desde el ámbito de la terapia centrada en el cliente se promovieron una gran cantidad de estudios que apoyaban las hipótesis rogerianas (Truax y Mitchell, 1971). Sin embargo, en revisiones posteriores se han observado que dichas condiciones no son ni necesarias ni suficientes, pues cuando se varía alguna de ellas el resultado es similar al del conjunto (cif. Parloff, Waskow y Wolfe, 1978; Pelechano y López, 1980-81). Por otra parte, ni siquiera la presencia del terapeuta es requisito para el éxito en algunos problemas, como es el caso de la biblioterapia y de los tratamientos automatizados. Por los demás, un trato cordial, cálido, y congruente es un mínimo inherente al trato profesional, e incluso, una norma de urbanidad practicada por personas que no son terapeutas. Los "grupos sociales de ayuda" cumplirían estas condiciones y aunque su efectividad para producir cambios en el paciente aún no se ha comprobado (Rachman y Wilson, 1980), es más razonable especular que la potencial ayuda estaría vinculada, primordialmente, a cuestiones cotidianas de orden práctico.

La comunicación al paciente de una nueva información relativa a sus problemas y la *provisión de una nueva perspectiva de sí mismos y del mundo* se invoca como uno de los ingredientes decisivos de los cambios terapéuticos y un principio común de la psicoterapia. Este argumento establece que, independientemente de la importancia que se le atribuya, todas las terapias pretenden modificar las distorsiones cognitivas que, en mayor o menor medida, suelen presentar los demandantes de tratamiento psicológico y es, efectivamente, en la práctica donde se igualan las actuaciones clínicas (que inicialmente, se ofrecen distintas). Aún reconociendo la importancia de la distinción entre lo que uno dice que hace (quizá en consonancia con una

teoría explícita de la terapia), y lo que de hecho hace (quizá modulado por el "sentido común" y otros condicionantes circunstanciales), lo cierto es que las opiniones de expertos y los estudios que analizan las interacciones efectivas del clínico (Brady, Davidson, Dewald et al., 1980; Sloan, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple, 1975; Stiles, Shapiro y Elliot, 1986; Wilson, 1982), muestran notorias diferencias de procedimientos que permiten identificar quehaceres distintos entre los clínicos según su filiación terapéutica. Unos se interesan en el pasado y otros en el momento presente, para unos son críticas las experiencias y el insight que ocurre durante las sesiones entre el paciente y el analista y para otros las tareas fuera de las sesiones de terapia y los cambios ambientales. Y aún cuando diferentes terapeutas reconocen la relevancia de conceptos concretos, ello no siempre supone estar de acuerdo sobre qué son o en qué consisten (Haaga, 1886). En realidad, la existencia de un fondo terapéutico común entre los terapeutas expertos se muestra como un "testimonio agotado" (Wilson, 1982, p.323.).

Tampoco podría argüirse a la provisión de una nueva "perspectiva", de una nueva visión del problema y de la "vida", para explicar la efectividad alcanzada en algunos problemas por paraprofesionales directamente vinculados al entorno del paciente (padres, esposos, profesores, compañeros). Parece más lógico atribuir la ayuda a las actuaciones prácticas antes que a la imposición del paraprofesional con las pretendidas características del terapeuta.

*El status del terapeuta* como un individuo capacitado para curar, especialmente si goza de "prestigio" social, y el propio escenario de consulta (edificio, títulos, diván, honorarios, etc) se considera también uno de los ingredientes comunes a cualquier intervención terapéutica que afecta, en buena media, a la "disponibilidad" del paciente en relación al valor de la terapia. Sin embargo, esta condición tampoco sería genuina de la psicoterapia, afectaría a otras prácticas profesionales sanitarias o no y, por supuesto, a prácticas mágicas (curanderos, vidente, etc) o religiosas. Es evidente que, aún aceptando la contribución de esta circunstancia que, por otra parte, no es una suerte de efecto esotérico sino que podría describirse en términos conductuales, están además implicados otros factores en el rendimiento final de la interacción. Se entendería que una vez que el sujeto ha iniciado un proceso terapéutico, potencialmente eficaz (el más eficaz), podría ocurrir una "reorientación" de la atención que inicialmente dirigía al sintoma o a las posibles repercusiones de la enfermedad, tal vez, hacia las instruccio-



nes del clínico o a sus rutinas cotidianas. De este modo, se podrían evocar respuestas de relajación que amortiguasen la tensión emocional inicial, facilitando a su vez la activación de los propios recursos adaptativos del individuo (Schwartz, 1983). Se sugiere que ello podría explicar, al menos en parte, la mejora funcional que experimentan muchos pacientes al inicio del tratamiento. (Friedman, 1963) e, incluso, en ausencia de un tratamiento específico.

Esta última condición nos lleva directamente a indagar los factores comunes en las características del cliente. Antes, y a modo de resumen, señalar la importancia del terapeuta en la codeterminación del resultado, no obstante, hasta ahora no se han esclarecido suficientemente las características más idóneas e influyentes en la aplicación de la terapia. En cualquier caso parece más seguro averiguar estos procesos en términos comportamentales sin desdeñar metodologías multivariadas (Schaffer, 1982) y procedimientos de análisis de series temporales (Greenberg, 1986).

## **2b. Características del cliente**

Entre los factores comunes relativos al cliente se invocan la apertura, las expectativas y la autoeficacia.

La *apertura* o implicación del paciente en la exploración de su propio marco interno de referencia, se propone como el ingrediente crítico del cambio terapéutico. Así, las diversas técnicas de psicoterapia representarían meras alternativas encaminadas a promover la apertura del paciente (Stiles, Shapiro y Elliott (1986). La primera dificultad que se plantea es asumir este factor como criterio y condición de mejoría. Aunque frecuentemente se observa en los pacientes que siguen cualquier psicoterapia un habla más autorreferente, no se ha demostrado una relación segura entre esta conducta verbal del paciente y el resultado de la terapia. El incremento de las verbalizaciones autorreferidas puede explicarse por las particulares condiciones de la situación terapéutica, el sujeto habla de sí mismo porque "es de los que se trata" y el terapeuta contribuye seleccionando sistemáticamente la información relevante y, también, de modo asistemático en una suerte de efecto Greenspoom. Por otra parte, hablar más de sí mismos puede explicarse antes como un efecto que como una causa de la mejoría, en cuyo caso, el principio activo recaería en el procedimiento implicado.

Muchos autores han considerado las *expectativas* de beneficio del paciente como un denominador común de las diversas formas de psicoterapia y otras formas de curación psicológica (Frank, 1974). Las dificultades para mantener las expectativas de beneficio como un determinante del cambio terapéutico son evidentes cuando la mejoría prefigurada no se produce o cuando el efecto clínico va en dirección contraria a las expectativas generadas (por ejemplo, en la terapia paradójica). En este caso, se contraargumenta que o bien, las expectativas no eran objetivas, lo cual no deja de ser un argumento tautológico, o bien, que la confianza de los pacientes debe atribuirse esencialmente a la relación terapéutica, aún, cuando en un principio se asentaron en una vaga expectativa de beneficio (Korchin y Sands, 1983). Pero más corrientemente, las expectativas del paciente se han puesto en relación con el concepto placebo (Barker, Funk y Houston, 1988; Frank, 1974; Goldstein, 1962; Shapiro y Morris, 1978). El reconocimiento de que, al menos, una parte del beneficio terapéutico pueda explicarse por las expectativas inducidas a los clientes, ha supuesto la inclusión de grupos de contraste atención-placebo en cualquier investigación formal en psicoterapia. Efectivamente, la reivindicación de las expectativas como un elemento promotor de cambios terapéuticos (Wilkins, 1984) no sería inevitable considerarlas en términos mentalistas, sino que se podrían reconstruir conforme a la conducta verbal que define las relaciones entre eventos de acuerdo por demás con la textura causal del ambiente", pidiendo ello un planteamiento de la causalidad final (Pérez Alvarez, 1991a).

En estrecha relación con la noción de expectativa está el concepto de la "autoeficacia". Bandura (1977) afirma que los procedimientos psicológicos, cualquiera que sea su forma, crean y fortalecen expectativas de eficacia personal. La autoeficacia se propone como un proceso cognitivo que permite explicar y predecir los cambios psicológicos logrados por las diferentes modalidades terapéuticas. Este concepto hace referencia a la convicción de la persona de ser capaz de realizar con éxito la conducta requerida para producir los resultados. Las expectativas de eficacia se proponen como un determinante fundamental en la elección de actividades, de cuánto esfuerzo se empleará y cuánto tiempo se mantendrán al enfrentar situaciones que producen tensión.

En la caracterización de este concepto como un mecanismo de funcionamiento psicológico debe distinguirse las expectativas de autoeficacia de

las expectativas de resultado que se definen como la estimación de que una conducta dada conducirá a ciertos resultados, de modo, que aún cuando un individuo puede conocer que una determinada acción produce un resultado, si se percibe a sí mismo como carente de las habilidades implicadas, tal información no influirá en su conducta. Por el contrario, dadas las habilidades requeridas y los incentivos adecuados, las expectativas de eficacia determinarán la elección de actividades. Las fuentes de información en las que se basan las expectativas de eficacia son: los logros de ejecución, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y los estados fisiológicos.

Los estudios de Bandura tratan de probar que la autoeficacia es el mejor predictor de la ejecución. En los experimentos originarios, sujetos con fobias severas a las serpientes recibieron terapia de modelado participativo, modelado simple, o fueron asignados a un control de espera. Las expectativas de eficacia de los sujetos se midieron antes del tratamiento, después del tratamiento pero antes del post-test comportamental, y una vez finalizado el mismo. Se solicitaba a los sujetos que clasificasen por orden de dificultad creciente las tareas que se consideraban capaces de hacer y después valorasen la fuerza de las expectativas en cada una de esas tareas en una escala de probabilidad de 100 puntos, con intervalos de 10 unidades, desde muy inseguramente hasta completamente seguro. En el post-test se incluían pruebas de generalización, midiéndose la conducta de aproximación con serpientes distintas a las entrenadas.

Los resultados mostraron que aunque los tratamientos de ejecución real y vicaria diferían en su capacidad para incrementar la autoeficacia, las expectativas de autoeficacia precedían siempre a la ejecución. Cuanto más alto son los niveles de autoeficacia percibida al finalizar el tratamiento, mayores resultan los cambios de conducta. En particular, los sujetos que tuvieron una ejecución real mostraron mayor autoeficacia y mayor conducta de aproximación a las serpientes, les siguen los sujetos de modelado y, sin cambios los sujetos control. Hay que señalar que todos los sujetos disponían en su repertorio comportamental de las destrezas requeridas y también de incentivo. Los coeficientes de correlación obtenidos en un microanálisis de la congruencia entre autoeficacia y ejecución a nivel de tareas individuales, refirieron la autoeficacia como un predictor uniformemente exacto de la ejecución en tareas que variaban de dificultad, aún cuando los cambios se produjeran a través de logros en la ejecución o por modelado. De acuerdo con estos datos, la propuesta teórica sugiere que la acción de

diferentes intervenciones tiene su lugar común en la promoción de expectativas de autoeficacia, que serían mecanismo definitivo para el inicio y el mantenimiento de las conductas ejecutivas.

Son varias las dificultades metodológicas y conceptuales que cuestionan la calidad y la utilidad de la propuesta de Bandura. Una crítica central está en la entidad propia de las expectativas de autoeficacia al margen de las expectativas de resultados. Ni conceptual ni empíricamente se puede entender que es la autoeficacia separadamente de las conductas de ejecución y de las contingencias presentes en la situación. De hecho, según Bandura (1977), la influencia de la autoeficacia de la ejecución se hace depender de la existencia de los repertorios de conducta apropiados y de los incentivos adecuados. En consecuencia, la autoeficacia no tiene reconocimiento independiente de la disponibilidad de las conductas implicadas. Por otra parte, el hecho de que los incentivos contingentes a la ejecución modifiquen la eficacia percibida indica que ésta no tiene, como es lógico, un estatuto autónomo de los resultados potenciales. El concepto de autoeficacia percibida no parece, en modo alguno, disociable de las condiciones que definen la tarea. Y en efecto, las propias dimensiones que caracterizan las expectativas de autoeficacia son las obvias considerando las tareas y las condiciones del sujeto (Eastman y Marzillier, 1984). Así, la magnitud de la autoeficacia se gradúa conforme a la dificultad de las tareas, la generalidad hace referencia al gradiente generalización-discriminación y la fuerza depende de las experiencias confirmatorias (a más éxito mayor autoeficacia, éxitos más intermitentes hacen más persistentes las expectativas). También, las fuentes en las que se basa permiten considerar que el valor como parámetro de la ejecución pueden venir dadas por el propio contexto en que se hace la estimación, la mejor predicción tienen como fuente la ejecución, es decir, la mejor condición para el "autoconocimiento".

El concepto de autoeficacia como un mecanismo cognoscitivo del que se hacen depender el inicio y mantenimiento de la conducta pero que, a su vez, requiere la existencia de las conductas apropiadas y los incentivos necesarios, parece cuanto menos tautológico. Se podría, en todo caso, reconocer en el concepto de autoeficacia un carácter de dispositivo cognoscitivo del que se hacen depender las actuaciones del sujeto una vez dada la oportunidad sugerida por el ambiente. Evidentemente la teoría de Bandura postula un procesador central de la información sobre eficacia, según el cual, las personas procesan, valoran e integran diversas fuentes de información

referente a su capacidad y regulan su conducta de preferencia y el esfuerzo empleado en función de ello.

En definitiva, este concepto que parece remitir a planteamientos mentalistas alejados de la perspectiva terapéutica no ha demostrado su utilidad como un factor explicativo del cambio en psicoterapia. Sin embargo, es importante resaltar el valor de la ejecución como elemento crítico antes que sobre la autoeficacia. Ya que ésta opera a condición de que se disponga del comportamiento instrumental y del incentivo correspondiente, sería más coherente ver en la acción práctica-comportamental y sus efectos el criterio básico en que indagar.

## **2c. La alianza terapéutica**

La alianza terapéutica implica la colaboración mutua paciente-terapeuta y se considera que, en buena parte, puede dar cuenta de la capacidad de las diversas psicoterapias para producir el cambio del paciente. Aunque, procede del ámbito psicoanalítico (Greenson, 1976), desde los diferentes acercamientos terapéuticos se ha caracterizado de forma un tanto diferente. El combinado de condiciones que otorgarían a esta relación su carácter especial pasaría por asegurar al paciente intimidad, confidencialidad, integridad, objetividad y en persuadirle de la competencia y la implicación del clínico en la resolución del problema que le afecta. Luborsky (1976) distinguió dos tipos de alianza, la denominada tipo 1 se basa en que "el paciente perciba al terapeuta como alguien que le apoya y le ayuda, viéndose a él mismo el receptor de tal ayuda". Y el tipo 2, en un "sentimiento de trabajar juntos contra aquello que está molestando al paciente" (p. 94). La terapia podría comenzar estableciendo una alianza tipo 1 e ir cambiando al tipo 2. Luborsky, hipotetiza incluso que las personas que más mejorarían serían aquellas que estableciesen alianzas tipo 2.

Así pues, además de un vínculo emocional, la implicación en las tareas y en los objetivos de la terapia son condiciones relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, por ello, parece difícil entender que pueda establecerse esta alianza desde cualquier posición teórica dadas las diferencias operativas. Pero la dificultad mayor está en atribuir a esta condición la responsabilidad del cambio. En primer lugar, podría explicarse como un efecto de la mejoría más que como una condición. En segundo lugar, la

imprecisión con que se describe esta relación no permite establecer diferencias con cualquier relación entre experto-cliente o, más aún, con la que podría llevarse a cabo entre amigos, por los que parece necesario una mayor indagación en el proceso del cambio y en sus determinantes, en especial, si consideramos que la presencia del terapeuta no es indispensable para alcanzar el beneficio terapéutico como puede ser en algunos supuestos de la llamada "biblioterapia" y en el empleo de los "paraprofesionales".

### 3. LA CONVERGENCIA

El reconocimiento de que ninguna forma de psicoterapia aparece uniformemente más eficaz que otras y la atribución del beneficio terapéutico a ciertos factores comunes, es el fondo del argumento de las distintas propuestas de convergencia entre las diferentes psicoterapias (Garfield, 1980; Goldfried, 1982; Lazarus, 1977; Marmor y Woods, 1980; Watchel, 1977; Weiner, 1983). Estas consideraciones han dado lugar a diferentes acercamientos.

De un lado, se encontrarían una postura ecléctica que defendería la utilización de cualquier tipo de estrategia que demuestre ser útil con relación a un problema dado, con independencia del marco teórico del que se deriva. Esta, que como ya planteamos, parece ser la opción más generalizada entre los clínicos, suele encubrir un desconocimiento conceptual, pues ni los individuos están "acotados" en áreas psicológicas autónomas (pensamientos, emociones, conductas), ni los enfoques terapéuticos son específicos para las supuestas "modalidades" implicadas en el problema (p.e. la modificación de conducta se recomendaría para un problema de déficit de habilidades sociales o retardo, la terapia sistemática para un problema de relación familiar o el psicoanálisis para una aflicción emocional). Por otra parte, resultaría cuanto menos inútil un programa terapéuticos que no se haya diseñado conforme a los datos obtenidos mediante un proceso evaluador integrado y coherente con un marco conceptual. Las garantías del proceso terapéutico difícilmente pueden lograrse separando práctica de teoría como ya han señalado Avia y Ruiz (1985) y, en último término, habría que buscarlas en la psicología experimental.

De otro lado, aparecen los planteamientos integracionistas que tratarían de identificar los procesos comunes en todas las escuelas. Una de las jus-

tificaciones esgrimidas por los representantes de esta posición para integrar en un paquete terapéutico las estrategias más idóneas para cada persona, es la complejidad humana. Marmor y Woods (1980) reconocían que "probablemente ninguna teoría pueda explicar, ni mucho menor predecir, todas las complejidades de la conducta humana" (p.XI). Esta consideración supone que los diversos enfoques terapéuticos se adecuan a distintos estratos de la complejidad humana y, en consecuencia, habría que suponer leyes, mecanismos o procesos distintos para los diversos ámbitos psicológicos, a los que se ajustarían unos procedimientos u otros. Pero en modo alguno, la investigación básica o la tecnología responden a esta consideración. Tampoco acudir a la singularidad del cliente para optar por un tipo de terapia u otra tienen justificación. Es innegable que las peculiaridades del sujeto influyen en el curso de la terapia, pero como variables individuales que, como otros determinantes, se atienden al establecer y programar la estrategia terapéutica. La pretensión de acoplar distintas técnicas, parecería más necesario para unos clínicos que para otros. En particular, para el terapeuta de conducta, que dispone según parece de las mejores técnicas que se conocen para el cambio psicológico, aún reconociendo las limitaciones (Giles, 1984; Rachman y Wilson, 1980; Wilson, 1982), no existiría razón que justificase esta pretensión, por lo demás en un principio razonable.

Otra línea de convergencia se ha buscado tratando de desarrollar un lenguaje común. El punto de partida es considerar que muchas de las discrepancias tienen su inicio en el "lenguaje", en la medida en que los terapeutas de diferentes escuelas utilizan terminología diferente para describir las mismas realidades (Goldfried, 1982, p.588). Goldfried recomienda la utilización de un lenguaje no técnico que facilite la comunicación y la comparabilidad, aunque en último término y de acuerdo con Ryle (1978), aboga por la terminología de la psicología cognitiva. El análisis de Haaga (198) ya puso al descubierto la inoperancia de este planteamiento. Se ha comprobado que cuando los autores de diferentes escuelas utilizan las mismas frases no se están refiriendo a las mismas cosas, p.e. cuando dos clínicos de distinta orientación hablan de proporcionar retroinformación, su actuación difiere substancialmente en el contenido y el grado de estructuración, mientras que un terapeuta conductual empleará de forma planificada la autoobservación, un terapeuta dinámico se centrará en la reflexión con el paciente. Es decir, una cosa es estar de acuerdo en la importancia de una determinada estrategia y otra estar de acuerdo sobre qué es y cómo se lleva.

Esta última consideración es extensiva a la propuesta de algunos autores que han buscado los principios comunes en las propias estrategias terapéuticas (Korchin y Snads, 1983). Referir que se usa una técnica dada no supone necesariamente un acuerdo en cómo se procede cuando se emplea en otro contexto conceptual diferente del que se ha derivado. En realidad, parece inconveniente e inoperante implantar una estrategia terapéutica ajena al marco en el que se han indagado los determinantes del problema. Y si se dicen cosas diferentes con los mismos términos, sería erróneo concluir que el consenso supiese un progreso.

En conclusión, según la argumentación seguida, no parece que los resultados clínicos puedan sostener la equivalencia de la psicoterapias, ni que estas contengan factores comunes entre ellas, al menos del modo cómo las representan sus formulaciones teóricas, ni que la razonable convergencia por igual a los distintos enfoques.

Pero, bien entendido, no se está negando que cada una de las diversas psicologías implicadas tenga sus resultados beneficiosos. Es más se reconoce su utilidad en alguna medida y en el contexto en el que se aplican, o si acaso, el contexto que ellas mismas crean al aplicarlas. Lo que se ha dudado es que sean equivalentes de la comunidad de factores sin más especificación y de la conveniencia de la convergencia. Con todo, importa siquiera explorar cuál pueda ser el principio activo (sin perjuicio del plural) puesto que, de cualquier modo, las diversas psicoterapias tienen sus resultados aunque en una magnitud distinta, disponen de un ceremonial aceptado culturalmente y "convergen", al menos, en que tratan de ayudar al paciente en ciertos problemas.

#### 4. ¿ALGUN PRINCIPIO ACTIVO?

Así pues, la situación analizada parece pedir el reconocimiento de una condición que fuera el "principio activo" del proceso psicoterapéutico. Se propone que el principio activo es de alguna forma comportamental según las siguientes concreciones.

Cualquier acercamiento psicoterapéutico se basa en el supuesto fundamental de que la conducta puede ser cambiada y que los comportamientos adaptativos y desadaptativos son el resultado de experiencias particulares o la carencia de ellas, por lo que la solución terapéutica implicaría alguna



forma de aprendizaje, tanto por lo que respecta a deshacerse de ciertos estilos de vida que resultan inconvenientes, como por disponer o adquirir de nuevos repertorios más adecuados. Así, la terapia tendría que proporcionar la oportunidad de practicar o ensayar nuevas formas de conducta bajo la supervisión o feedback del terapeuta. Aunque, desde los diferentes acercamientos, no habría problemas para reconocer la importancia de estas estrategias, el desacuerdo tendría que ver con la forma de llevarla a cabo que estaría en relación con los determinantes del comportamiento que sostienen cada modelo. En efecto, mientras que por ejemplo los clínicos de terapia de conducta programan entrenamientos de comportamientos específicos fuera de las sesiones de terapia, los clínicos dinámicos dicen promover el "reaprendizaje" a partir de las experiencias críticas que ocurren en cada sesión entre el analista y el paciente, por dar una referencia de los desacuerdos particulares del acuerdo general.

Sin embargo, conviene resaltar que alguna forma de "exposición" se ha ido sugiriendo como el criterio en el que asentar la pretendida efectividad de cualquiera de los factores comunes identificados en la psicoterapia. Y dado que el ensayo de conducta en su sentido práctico-comportamental es un principio genuino, en particular, de la Modificación de Conducta cabría situar en este proceso la condición crítica para el cambio psicológico, pues, como señala Vives, nada se aprende sin movimiento (Pérez Alvarez, 1991b).

En cualquier caso, sin apurar ahora las diferencias de escuela, lo que sugiere es que cualquier psicoterapia contiene entre sus prácticas alguna forma de exposición, siquiera por estar ante un terapeuta, aunque sólo sea considerado en su calidad de audiencia permisiva y también por lo que haya de autoexposición a las propias verbalizaciones. Todo ello, terapeuta no castigante y "desensibilización" ante lo que uno va diciendo, produce cambios que como mínimo sitúan al sujeto en una nueva perspectiva respecto a su problema. Por lo demás, puede suponerse que el terapeuta, lejos de ser neutro y por muy no-directivo que pretenda ser, probablemente apunte o apoye ciertos planes de vida, siquiera de sentido común, conveniente para el cliente en este momento (Pérez Alvarez, 1991c; Weiss, 1990).

Así pues, incluso aquellas psicoterapias que sitúan el proceso del cambio en un recinto psicodinámico, y que por lo demás minimizan lo que fuera el ejercicio práctico (ensayo de conducta, enfrentamiento de situaciones, exposición en vivo), de todos modos, se puede reconocer que su práctica consiste en formas efectivas de exposición que cambian la perspectiva del problema.

La cuestión sería que el ejercicio práctico comportamental, sea como ensayo de conductas, exposición a situaciones o reforzamiento diferencial de ciertos planes, parecería optimizar el proceso del cambio, respecto de las formas psicoterapéuticas que no se atienen a esta lógica, pero que de todos modos, tampoco se abstraen de los "movimientos" en tal sentido.

Cara a la investigación formal de la efectividad terapéutica, aparte de especificar cuáles sean los componentes implicados en la terapia, se impone además el requisito de definir los criterios del posible beneficio clínico. También, en este sentido, habría que reconocer que la modificación de conducta es más rigurosa en ello, si bien, a veces, el empeño en operativizar las variables puede limitar, si no ocultar, los "objetivos personales" de mejora.

Según esto, ciertamente, la modificación de conducta poco puede esperar, o como dice Wilson (1982), para nada necesita, de la integración con otras terapias, pues los ingredientes que parecen decisivos en la promoción del cambio son sus constitutivos formales. Por el contrario, serían las llamadas psicoterapias en su sentido ya más particular, las beneficiarias de su integración con la modificación de conducta, no ya sólo porque adoptaran sus criterios metodológicos, sino por su naturaleza misma del proceso implicado en el cambio psicológico.

En consecuencia, se sostiene la tesis de que la modificación de conducta contienen tanto en su ejercicio práctico, como coherentemente, en sus formulaciones teóricas, los procesos que aparecen esenciales al cambio terapéutico, y que dichos procesos consisten, ante todo, en formas de aprendizaje. Ahora bien, frente a planteamientos ortodoxos, se diría que estos procesos de aprendizaje no están hipotecados, en las "teorías formales del aprendizaje", sino que asumen las prácticas sociales culturalmente dadas, en cuanto al aspecto que presentan de psicología en sentido pragmático, si se quiere, de sentido común (o como Marks (1986) apunta "se suministran el marco adecuado para aplicar el sentido común a los problemas conductuales" pp. 35), y en cuanto a que los llamados trastornos psicológicos fueran en esencia (según se sostendría también) aspectos psicológicos de problemas sociales, propiamente.

## 5. ¿QUE DEL EXCIPIENTE?

Se ha de indagar acerca de lo que podría constituir los principios activos

de la psicoterapia, y, de acuerdo, con la inspiración del propio título de este trabajo, parece que el "resto" de componentes se asignarán como "excipiente". Y efectivamente, así resultaría al extraer las consecuencias de la argumentación que se ha llevado. De este modo, las explicaciones teóricas y demás persuasiones del clínico al paciente sobre la naturaleza de los trastornos y el fundamento de la psicoterapia se verían como el "vehículo" del agente activo.

En particular, las teorías psicodinámicas, las humanísticas y todas aquellas que sitúan la "etiología" del trastorno y la "agencia" del cambio psicoterapéutico en términos de constituciones hipotéticas, se verían entonces como que fuera "en el fondo" el vehículo o el excipiente. Un excipiente que, de todos modos, contendría alguna forma más o menos expresa de práctica comportamental que, probablemente, sitúa al sujeto en una mejor disposición frente a su problema. Ciertamente, el vehículo es necesario pero, en todo caso, el "principio activo" vendría dado de esa manera que se ha señalado.

Ahora bien, si se admite esta licencia de la literatura médica clínica hay que precisar de inmediato que la noción de excipiente en las terapias psicológicas tienen un sentido que los distancia decisivamente del técnico original. En psicoterapia el llamado excipiente es necesario, como se ha advertido, pero se diría ahora que es imprescindible, de manera entonces que perdería su sentido técnico originario, aunque quizá conserve todavía el cierto aspecto crítico por el que se ha introducido aquí.

En todo caso, la cuestión sería que los llamados principios activos requieren de cierta satisfacción conceptual en su empleo. De otro modo, y para decirlo con la célebre expresión de Freud, a propósito precisamente de esto mismo, la psicoterapia "silvestre" no funciona, o, al menos sería inconveniente, si es que no peligra (ciertamente, Freud refiriéndose al "psicoanálisis silvestre" admite que de todos modos es útil). Lo que se quiere señalar es que las soluciones clínicas "directas" no son efectivas sino que se requiere de "tacto" para que el cambio deseado se produzca. El que la "solución" salga del paciente (como seguramente es la mejor solución) ya supone que ha habido cambios en su situación respecto al problema.

El "tacto" al que se refiere Freud tiene que ver con todo el sofisticado sistema de interpretación psicoanalítica. Sin duda, una sofisticada psicoterapéutica de acuerdo con la sofisticación intelectual y estética de la clientela a que iba dirigida. La cuestión es que cada sistema clínico o cuando

menos cualquier sistema psicoterapéutico dispondría de una razonable conceptualización del problema y persuasiva explicación terapéutica, que envuelve y fundamenta el "principio activo".

Hay que reconocer de inmediato que, si bien, los llamados excipientes (en el sentido dicho) son distintos unos de otros, desde luego, no son cualquier cosa, ni están ofrecidos de cualquier manera, sin duda tienen sus "logros", es decir, su discurso y su lógica, que dicen algo importante a la situación del individuo de acuerdo con sus circunstancias. Y, en esa medida, son razonables.

Ahora bien, no se ha de pensar que cualquier discurso dé lo mismo, que sea igual a otro, que tenga idéntico fundamento. En particular, como criterio básico se estima que el discurso es tanto más coherente cuanto más entretenido esté con las prácticas efectivas. Al contrario, el discurso, parecería tanto más ilógico (en sentido, epistemológico) cuanto más disparidad hubiera entre las prácticas efectivas y la representación que se tenga de ellas, entre la teoría y la praxis. La ventaja respecto a explicaciones teóricas con pretensiones científicas y explicaciones clínicas comportamentales efectivamente practicadas. Siendo así las cosas, se diría que el excipiente de la modificación de conducta es el más consistente en psicoterapia.

## BIBLIOGRAFIA

- Andrews, G. y Harvey, R. (1981): Does psychotherapy benefit neurotic patients?. A reanalysis of the Smith, Glass y Muller data. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1203-1208.
- Avia, M.D. y Ruiz, M.A. (1985): Psicoterapia y curación. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 40, 793-809.
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barjker, S.L.; Funk, S.C. y Houston, B.K. (1988): Psychological treatment versus nonspecific factors: a meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review*, 8, 579-594.
- Beckham, E.E. (1990): Psychotherapy of Depression research at a crossroads: directions for the 1990s. *Clinical Psychology Review*, 10, 207-228.
- Bergin, A.E. y Lambert, M.J. (1978): The evaluation of the therapeutic outcomes. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Ed). *Handbook of psychotherapy and behavior*

*change*. Nueva York. Wiley.

- Berman, J.S. ; Miller, R.C. y Massaman, P.J. (1985): Cognitive therapy versus systematic desensitization: is one treatment superior? *Psychological Bulletin*, 97, 3, 451-461.
- Bobko, P. (1983): An analysis of correlations corrected for attenuation and range restriction. *Journal of Applied Psychology*, 68, 584-589.
- Bowers, T.G. y Clum, G.A. (1988): Relative contribution of specific and nonspecific treatment effects: meta-analysis of placebo- controlled behavior therapy research. *Psychological Bulletin*, 103, 315-323.
- Brady, J.P.; Davidson, G.C.; Dewald, P.A.; Egan, G.; Fadiman, J.; Frank, J.; Gill, M.; Hoffman, I. y Kempler, W. (1980): Some views on effective principles of psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 271-306.
- Casey, R.J. y Berman, J.S. (1985): The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98. 2. 388-400.
- Emmelkamp, P. (1981): The current and futures status of clinical research. *Behavioral Assessment*, 3, 249-253.
- Eysenck, H.J. (1985): Studing the effects of psychotherapy. En R. Gain, F. Fawzy, B. Hudson y R. Pasnau (Ed.) *Current themes in Psychiatry*. London. Macmillan Press.
- Eysenck, J.H. (1952): The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fernández Ballesteros, R. (1980): *Psicodiagnósticos: Concepto y Metodología*. Madrid. Cincel.
- Frank, J.D. (1982): Therapeutics components shared by all psychotherapies. En J. Harvey y M.-M. Parks (Ed) *Psychotherapy Research and Behavior Change* (Vol. 1). Whashington. American Psychological Association.
- Frank, J.D. (1979): The present status of outcomes studies. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Frank, J.D. (1974): Therapeutic componentes of psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159. 325-342.
- Frank, J.D. (1961): *Persuasion and healing*. Baltimore. John Hopkins Press.
- Friedman, H.J. (1963): Patient expectancy and sympton reduction. *Archives of Genral Psychiatry*, 8, 61-67.
- Garfield, S.L. (1980): *Psychotherapy: an eclectic approach*. Nueva York. Wiley.
- Garfield, S.L. (1982): Eclecticism and integration in psychotherapy. En P.C. Kendall (Ed) Mini-series on integrationism in psychotherapy. *Behavior Therapy*, 13, 610-623.
- Giles, T.R. (1984): Prolabel superiority of behavioaql interventions: some obstacles to acceptance of findicngs. *Journal of Behavior Therapy and experimental psychiatry*, 15, 1. 23-26.
- Goldfirel, M.R. (1982): On the history of therapeutic integration. En P.C. Kendall

- (Ed.). Mini-series on integrationism in psychotherapy. *Behavior Therapy*, 13, 572-593.
- Goldfried, M.R. (1980): Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologists*, 35, 992-999.
- Goldfried, M.R. y Padawer, W. (1982): Current status and future directions in psychotherapy. En M.R. Goldfried (Ed.). *Converging themes in psychotherapy*. Nueva York. Springer.
- Goldstein, A.P. (1962): *Therapist-patient expectancies in psychotherapy*. Nueva York. Pergamon.
- Greenberg, L. (1986): Change Process Research. En A.E. Kazdin (Ed.) Special issue: psychotherapy research. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 54, 1. 4-9.
- Greenson, R.R. (1967): *The technique and practice of psychoanalysis* (vol.1). International University Press.
- Haaga, D.A. (1986): A review of the common principles approach to integration of psychotherapies. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 5, 527-538.
- Haynes, S.C.; Nelson, R.O. y Jarret, R.B. (1987): The treatment utility of assessment: A functional approach to evaluating assessment quality. *American Psychologist*, 42, 963-974.
- Henrick, R. (1980): *The psychotherapy handbook*. Nueva York. Academic Press.
- Jacobson, N.S.; Follette, W.C. y Revenstorf, D. (1984): Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Kazdin, A.E. (1983): Treatment research: the investigation and evaluation of psychotherapies. En M. Hersen, A. Kazdin y A. Ballack (ed). *The clinical psychology handbook*. Nueva York. Pergamon.
- Kazdin, A.E. (1978): *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao. DDB.
- Kazdin, A.E. y Wilson, G.T. (1978): *Evaluation of behavior therapy: issues, evidence and research strategies*. Cambridge. Ballinger.
- Korchin, S.J. y Sands, S.H. (1983): Principles common to all psychotherapies. En C.E. Walter (Ed.) *The Handbook of Clinical Psychology* (Vol. 1) Nueva York. Jones-Irwin.
- Labrador Encinas, F.J. (1986): Controversia sobre una posible convergencia entre los distintos acercamientos terapéuticos o de intervención. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 3, 259-302.
- Latimer, P.R. y Sweet, A.A. (1984): Cognitive versus behavioural procedures in cognitive-behavior therapy: A critical review of evidence. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 1. 9-22.
- Lazarus, A.A. (1977): Has behavior therapy outlived its usefulness? *American Psychologist*, 32, 550-554.
- Luborsky, L. (1976): Helping alliances in psychotherapy. En J.L. Claghorn (Ed.).

*Successful psychotherapy*. Nueva York. Brunner-Mazel.

- Luborsky, L.; Singer, B. y Luborsky, L. (1975): Comparative studies of psychotherapy: Is it true that "everyone has won all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Marmor, J. (1976): Common operational factors in diverse approaches to behavior change. En A. Burton (Ed.) *What's makes behavior change possible?*. Nueva York. Brunner-Mazel.
- Marmor, J. y Woods, S.M. (1980): *The interference between the psychodynamic and behavior therapies*. Nueva York. Plenum.
- Marks, I. (1986): *Tratamiento de las neurosis*. Barcelona. Martínez Roca (org. 1981)
- Parloff, M.B. (1979): Can psychotherapy research guide the policymaker?. A little knowledge may be a dangerous thing. *American Psychologist*, 3, 296-306.
- Parloff, M.B.; London, P. y Wolfe, B. (1986): Individual psychotherapy and behavior change. *Annual Review of Psychology*, 37, 321-349.
- Parloff, M.B.; Waskow, I.E. y Wolfe, B.E. (1978): Research on therapist variables in relation to process and outcome. En S.L. Garfield and A.E. Bergin (Ed.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York. Wiley.
- Pelechano, V. y López, M.C. (1980-81): *Psicoterapia y Modificación de Conducta*. Valencia. Mineo.
- Pérez Alvarez, M. (1991a): El sujeto en la Modificación de Conducta. Un análisis conductista. En V.E. Caballo (Ed.) *Manual de técnicas de terapia y Modificación de Conducta*. Madrid. Siglo XXI (pp.69-74).
- Pérez Alvarez, M. (1991b): Prehistoria de la Modificación de Conducta. En V.E. Caballo (Ed.) *Manual de técnicas de terapia y Modificación de Conducta*. Madrid. Siglo XXI (pp. 51-68).
- Pérez Alvarez, M. (1991c): Ciencia y sentido común en psicología clínica. *Clínica y Salud*, 2, 1. 39-49.
- Persons, J.B. (1991): Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy. A proposed remedy. *American Psychologist*, 46, 2, 99-106.
- Prigleau, L.; Murdock, M. y Brody, N. (1983): An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *Behavioral and Brain Sciences*, 6, 275-310.
- Rachman, S. y Philips, C. (1980): *Psychology and Behavioral Medicine*. Nueva York. Cambridge University Press.
- Rachman, S.J. y Wilson, G.T. (1980): *The effects of psychological therapy*. Oxford. Pergamon.
- Raju, N.S.; Burke, M.J.; Normand, J. y Langlois, G.M. (1991): A new meta-analysis approach. *Journal of Applied Psychology*, 3, 432-446.
- Robinson, L.A.; Berman, J.S. y Neimeyer (1990): Psychotherapy for treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research.

- Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Rogers, C. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychological*, 21, 95-103.
- Rosenzweig, S. (1936): Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Ryle, A. (1978): A common language for the psychotherapies. *British Journal of Psychiatry*, 132, 585-594.
- Schaffer, N. (1982): Multidimensional measures of therapist behavior as predictors of outcome. *Psychological Bulletin*, 92, 3, 670-681.
- Schwartz, G.E. (1983): Alteraciones psicósomáticas y biofeedback: Un modelo psicobiológico del desarreglo. En J.D. Maser y M. Seligman (Ed.). *Modelos experimentales en psicopatología*. Madrid. Alhambra.
- Searles, J.S. (1985): A methodological and empirical critique of psychotherapy outcome meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 4, 453-463.
- Shapiro, D. (1989): Outcome Research. En G. Parry y N. Watts (Ed). *Behavioral and mental health research: A handbook of skills and methods*. London. Lawrence Erlbaum Ass.
- Shapiro, D. (1985): Recent applications of meta-analysis in clinical research. *Clinical Psychological Review*, 5, 1, 13-34.
- Shapiro, D. y Morris, L.A. (1978): Placebo effects in medical and psychological therapies. En S.L. Garfiels y A.E. Bergin (Ed). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York. John Wiley and sons.
- Shapiro, D. y Shapiro, D. (1983): Comparative therapy outcome research: methodological implications of meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 42-53.
- Sloan, R.B.; Staples, F.; Cristol, A.; Yorkston, N. y Whipple, K. (1975): *Psychotherapy versus behavior therapy*. A Commonwealth Found Publication. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Smith, D. (1982): Trends in consulting and psychotherapy. *American Psychologists*, 37, 7, 802-809.
- Smith, M.L. y Glass, G.V. (1977): Meta Analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologists*, 32, 752-760.
- Smith, M.L.; Glass, G.V. y Miller, T.I. (1980): *The benefits of psychotherapy*. Baltimore. Johns Hopkins University Press.
- Stiles, W.; Shapiro, D. y Elliot, R. (1986): Are all therapies equivalent? En G.R. Vanden Bos (Ed). Special Issue: Psychotherapy Research. *American Psychologists*, 41, 2, 165-180.
- Strupp, H.H. (1976): The nature of the therapeutic influence and its basic ingredients. En A. Burton (Ed.) *What makes behavior change possible?*. Nueva York. Brunner-Mazel.
- Strube, M.J. y Hartman, D.P. (1983): A critical appraisal of meta analysis. *Journal*



*Consulting and Clinical Psychology*, 51, 14-27.

Truax, C.B. y Mitchell, K.M. (1971): Research on certain therapist-interpersonal skills in relation to process and outcome. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Ed.). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. Nueva York. John Wiley and sons.

Vandenbos, G.R. y Pino, C.D. (1980): Research on the outcome of psychotherapy. En G.R. VandenBos (Ed.). *Psychotherapy: Practice, Research, policy*. Beverly Hills. Sage.

Wachtel, P.L. (1977): *Psychoanalysis and behavior therapy*. Nueva York. Basic Books.

Weiner, I.B. (1983): Theoretical foundation of clinical psychology. En M. Hersen; A. Kazdin y A. Ballack (Ed). *The clinical Psychology Handbook*. Nueva York. Pergamon.

Weiss, J. (1990): El funcionamiento del inconsciente. *Investigación y Ciencia*, 164, 5-11.

Wilkins, W. (1973): Expectancy of therapeutic gain: An empirical and conceptual critique. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 40, 69-77.

Wilson, G.T. (1982): Psychotherapy process and procedure: The behavioral mandate. *Behavior Therapy*, 13, 291-312.

Wilson, G.T. y Rachman, S.J. (1983): Meta-analysis and the evaluation of psychotherapy outcome: limitations and liabilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51. 1, 54-64.