

INVESTIGACION CLINICA Y PRACTICA PSICOTERAPEUTICA: UN ABISMO QUE SALVAR

Pio Scilligo
Università di Roma

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ALGUNOS ASPECTOS DE LA INVESTIGACION CLINICA A DEBATE

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

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

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

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

NUDOS POR DESHACER

Investigación basada en grupos.

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

El mito de la significación estadística.

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

La indefinición de los tratamientos.

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

Generalizaciones inadecuadas.

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

La marginación simplista de la interacción.

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

Rigidez de planificación en la investigación de grupo.

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

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

Aislamiento de las unidades experimentales.

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

Inseguridad respecto a la eficacia de la intervención.

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

El mito del efecto específico y del efecto común.

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

El mito de la varianza específica.

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

El reduccionismo técnico.

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

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

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

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

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

Problemas de definición.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMO VALIDAR LA INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LA METAFISICA EN LA INVESTIGACION CIENTIFICA

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

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

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

"Si llueve, la calle se moja

Es así que la calle no está mojada,

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

por tanto, no llueve".

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

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

No 0

Por tanto no (T y H1 y H2Hn)

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

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

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

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

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

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

O bien

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

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

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

POSIBLES ESTRATEGIAS DE ENCUENTRO

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

metafísica como la mejor o la única posible.

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

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

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

CONCLUSION

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

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

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

TABLA I

Metafísica A	Metafísica B
1. Mide los efectos sobre unos pocos casos exitosos.	1. Recoge observaciones sobre datos de casos claramente exitosos.
2. Subdivide o coloca en orden los casos que tienes.	2. Confronta los casos claramente exitosos con los demás.
3. Haz previsiones de diferencias entre tratamientos y controles.	3. Haz previsiones entre casos exitosos y casos no exitosos.
4. El grupo de tratamiento define la psicoterapia.	4. Define el proceso psicoterapéutico utilizado.
5. Somete a prueba el método terapéutico.	5. Somete a prueba los procesos internos al método.
6. Trata las variables del terapeuta o del cliente como válidas por sí mismas.	6. Identifica y estudia la naturaleza de los procesos interactivos.
7. Define únicamente el tipo de proceso usado en el interior del modelo sin tomar en cuenta la eficacia de su aplicación.	7. Define el proceso del modelo y lo eficazmente que ha sido aplicado.
8. Llama los "procesos" efectos a pequeña escala.	8. Distingue las medidas de los procesos de las de los efectos.
9. Pon a prueba tu estilo personal.	9. Especifica una versión aceptada y utilizable para todos.
10. Verifica sin explorar.	10. Explora primero, verifica después.
11. Haz previsiones relativas a las diferencias individuales, antes que prestar atención al porqué un proceso no funciona con ciertas personas.	11. Aplica el proceso de modo que dé los resultados previstos.
12. Utiliza indicios o definiciones operativas existentes (por ejemplo, escalas de ansiedad existentes).	12. Define la nueva variable según la hipótesis hecha.
13. Utiliza variables omnicomprendivas.	13. Utiliza variables que representen microprocesos.
14. Mantén la investigación alejada de la práctica y de la formación.	14. Utiliza los mismos aspectos examinados en la investigación, en la práctica y en la formación.
15. Estudia la terapia hecha en los estudios profesionales.	15. Estudia siempre los microprocesos como tales.
16. Aísla las variables: las bioquímicas de las psicológicas y sociales.	16. Utiliza controles adecuados y estudia conjuntamente las variables.
17. Une las variables sin cambiarlas (igual dosis farmacológica con la misma modalidad terapéutica).	17. Deja que las combinaciones cambien su modalidad de aplicación (por ejemplo: cambia las modalidades terapéuticas según las condiciones sociales que se producen, o intermitentemente con psicofármacos).
18. Separa el pensamiento del sentimiento, de la fantasía y de la acción.	18. Estudia cómo se portan juntos.

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

Traducción: Manuel Villegas Besora

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

Referencias bibliográficas

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

- DERNER, G.F. (1965), Graduate education in clinical psychology, in B.B. Wolman (ed.), *Handbook of clinical psychology*, New York, McGraw Hill.
- DUHEM, P. (1962), *The aim and structure of physical theory* (P.P. Weiner Trans.), New York, Atheneum.
- ELLIOTT, R. (1983), Fitting process research to the practicing psychotherapist, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20: 47-55.
- EMMELKAMP, P.M. (1981), The current and future status of clinical research, *Behavioral Assessment*, 3: 249-253.
- EYSENCK, H.J. (1952), The effects of psychotherapy: An evaluation, *Journal of Consulting Psychology*, 16: 319-324.
- FISKE, D., HUNT, H., LUBORSKY, L., ORNE, M., PARLOFF, M., REISER, M., TUNA, A. (1970), Planning of research on effectiveness of psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 22: 22-32.
- FRANK, J.D. (1974), Therapeutic components of psychotherapy, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159: 325-342.
- FRANK, J.D. (1979), The present status of outcome studies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47: 310-316.
- FRANK, J.D. (1973), *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (2nd ed.). Baltimore (MD), Johns Hopkins.
- FRANK, J.D., HOEHN-SARIC, R., IMBER, S.D., LIBERMAN, B.L., STRONG, R. (1978), *Effective ingredients of successful psychotherapy*, New York, Brunner/Mazel.
- FREUD, S. (1957[1904]), On Psychotherapy, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London, Hogarth, 255-268.
- FREUD, S. (1963a[1917]), Analytic therapy, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London, Hogarth, VI: 448-463.
- FREUD, S. (1963b[1917]), Transference, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, London, Hogarth, XVI: 31-447.
- GARFIELD, S.L., BERGIN, A.E. (1978), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.), New York, Wiley.
- GARFIELD, S.L., KURTZ, R. (1976), Personal therapy for the psychotherapist: some findings and issues, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13: 188-192.
- GENDLIN, E.T. (1986), What comes after traditional psychotherapy research?, *American Psychologist*, 41: 131-136.
- GOEBEL, J.B. (1981), Keeping up with the information explosion in psychotherapy research, *The Psychotherapy Bulletin*, 15: 21-22.
- GREENBERG, L.F., SAFRAN, J.D. (1987), *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*, New York, Guilford.
- GREENSON, R. (1967), *The technique and practice of psychoanalysis* (vol. 1), New York, International University Press.
- HAYES, S.C., NELSON, R.O. (1981), Clinically relevant research: Requirements, problems, and solutions, *Behavioral Assessment*, 3: 209-215.
- HOROWITZ, L.M., SAMPSON, H., SIEGELMAN, E.Y., WOLFSON, A. & WEISS, J. (1975), On the identification of warded of mental contents, *Journal of Abnormal Psychology* 84: 545-558.
- HOROWITZ, L.M., MARMAR, C., KRUPNICK, J., WILNER, N., KALTREIDER, N., WALLERSTEIN, R. (1984), *Personality styles and brief psychotherapy*, New York, Basic Books.
- KAZDIN, A. (1980), *Research design in clinical psychology*, New York, Harper & Row.
- KELLY, E.L., GOLDBERG, L.R., FISKE, D.W., KILKOWSKI, J.M. (1978), Twenty-five years later: A follow-up study of the graduate students in clinical psychology assessed in the VA section research project, *American Psychologist*, 33: 746-755.
- KIESLER, D. (1981), Empirical clinical psychology: Myth or reality?, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49: 212-215.
- KIELSER, D.J. (1966), Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm, *Psychological Bulletin*, 65: 110-136.
- KIESLER, D.J. (1971), Experimental designs in psychotherapy research, in A.E. Bergin & S.L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, New York, Wiley: 36-74.
- KIRK, S.A., FISCHER, J. (1976), Do social workers understand research?, *Journal of education for Social Work*, 12: 63-70.
- KIRK, S.A., OSMALOV, M.J., FISCHER, J. (1976), Social workers' involvement in research, *Social Work*, 21: 121-124.

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

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



