

INVESTIGACION EN PSICOTERAPIA

Orlando L. Villegas, M.A.

El artículo reflexiona sobre la psicoterapia como ciencia y como arte, su definición, las consideraciones éticas y metodológicas de la investigación en psicoterapia, incluyendo variables del terapeuta, del paciente, del proceso y del diseño.

Se presentan, además resultados de una revisión de investigaciones sobre el método terapéutico, sobre el paciente, sobre el terapeuta y sobre el tiempo como variables independientes, arribándose a una serie de conclusiones.

The article comprises a reflection on psychotherapy as an art and as science its definition and the ethical and methodological issues with regard to psychotherapy research, including the therapist's and patient's variables, process variables and design variables.

A review of results from research on the therapeutic method, the patient, the therapist and time as independent variables, arriving to a series of conclusions.

Introducción

Psicoterapia ¿arte o ciencia? La respuesta podría conducirnos a una discusión sin limite. Ser terapeuta requiere la sensibilidad, flexibilidad y creatividad que caracteriza al mejor de los artistas. Al mismo tiempo, requiere el conocimiento científico de la teoría y la técnica que emanan y evolucionan dentro del quehacer científico. Si se trata de una conversación filosófica, el debate puede concluir aceptando cualquiera de las dos opciones y posiblemente la conclusión no afectara el trabajo del terapeuta. Sin embargo, si enfocamos la psicoterapia como un servicio en favor de la salud mental, un servicio en el cual un individuo espera lograr cierto bienestar físico y emocional a partir de su interrelación con otro ser humano calificado como psicoterapeuta, creo que la conclusión del debate puede afectar este invalorable servicio.

Para los que consideramos la psicoterapia como una ciencia que requiere la sensibilidad del mejor de los artistas, nuestra tarea más importante es adquirir el mejor de los conocimientos sobre conducta humana, la mayor información posible acerca de emociones, afectos, sentimientos, recursos intelectuales y pasiones que son propias de nuestra condición humana.

El artista puede jugar con su creación, puede borrar y recrear, puede desaparecer su primer bosquejo y volver a comenzar. El artista puede guiarse simplemente por el mejor de sus instintos o dejarse guiar por el más fuerte de sus impulsos y el producto final lo reflejará tal como él es. Estos y muchos otros privilegios del artista no corresponden al terapeuta. El artista se recrea a si mismo en su obra mientras que el terapeuta debe respetar el proceso de recreación que el individuo en terapia decide a partir de su relación con el terapeuta. El artista selecciona y decide los colores en su obra, el terapeuta acompaña al paciente en sus propias decisiones. El artista selecciona su arte y le impone su personalidad; el terapeuta es seleccionado por el paciente quien busca encontrar o redefinir su propia personalidad.

Las tarea artística y científica requieren sensibilidad y conocimiento pero, sólo el científico cuestiona su conocimiento y la validez y utilidad del mismo. En este punto arte y ciencia se separan. El que practica ciencia debe cuestionar

su ciencia. El conocimiento y quehacer científico no es estático, evoluciona, crece, cambia, se contradice y produce nuevas ideas. Este proceso de evolución requiere de una metodología que le permita verificar la validez del conocimiento actual y preparar los cambios requeridos para mejorar el producto que resulta de ese conocimiento.

Para los que consideramos la psicoterapia como una ciencia nos debe preocupar la validez de nuestra ciencia, nos debe preocupar la utilidad de la misma, nos debe preocupar cómo mejorar nuestro conocimiento. Somos responsables de introducir mejoras en el servicio que proporcionamos. Esta es la única forma en que podemos incrementar las posibilidades de nuestros pacientes para lograr el ansiado bienestar físico y emocional que debe emanar de la relación terapéutica. Al igual que en cualquier otra ciencia, la metodología requerida se enmarca dentro del contexto de la investigación científica. La investigación permite el cuestionamiento. La investigación permite la verificación de la validez del conocimiento. Sin investigación el progreso es limitado. Sin investigación la idealización e idolatría de ideas y teorías se convierte en práctica cotidiana. Sin investigación no hay ciencia y sin ciencia sólo queda arte que resulta del capricho personal del artista.

Definir una metodología para la investigación científica de la psicoterapia es una tarea difícil. Mucho antes de delinear el diseño de investigación debemos proporcionar respuestas a cuestionamientos básicos tales como... ¿Qué se entiende por psicoterapia?, ¿Cómo aplicar el rigor científico a las emociones, a los afectos? Estos y muchos otros interrogantes requieren de una seria reflexión. Una reflexión en la que debemos buscar, y muchas veces crear, el método adecuado y el instrumento de medida que se ajuste al objeto de investigación. Finalmente, como resultado de esta reflexión debemos obtener respuestas al “cómo” “qué” y “para qué” investigar en el terreno de la psicoterapia. Dicha reflexión nos permitirá el cuestionamiento de principios y así facilitar la flexibilidad, creatividad y sensibilidad propias del terapeuta que aspira a producir resultados positivos en su relación con el paciente. Esta creatividad, flexibilidad, y sensibilidad difieren de la cualidades del artista. En el artista dichas cualidades dan origen y persisten durante el desarrollo de la obra artística y eventualmente algún conocimiento técnico y científico puede ser añadido. En el trabajo terapéutico dichas cualidades deben nacer del conocimiento científico de la conducta humana y nunca le debe anteceder.

Consideraciones Generales

Comencemos por tratar de definir los dos conceptos básicos del presente artículo. Reisman (1966) sugiere la presencia de mas de 31 distintas definiciones para el término psicoterapia. Meltzoff y Kornreich (1970) sugieren que el término de psicoterapia cubre muchos enfoques y esa es la razón por la cual

es casi imposible proporcionar una definición que sea aceptada como válida por la mayoría de psicoterapeutas. Para fines prácticos del presente artículo entendemos por psicoterapia el proceso de interrelación entre una persona calificada como psicoterapeuta y una o más personas que tienen la expectativa de lograr un mejor entendimiento y/o alivio de un malestar emocional. Con respecto a la noción de investigación podemos definirla como “el estudio científico de una condición o situación”. Dada las definiciones, podemos entonces sugerir que investigación en psicoterapia comprende el estudio científico del proceso de relación interpersonal entre terapeuta y paciente(s).

Stiles (1988) sugiere que en psicoterapia se busca un resultado positivo y específico para un paciente determinado. Sin embargo la noción de “resultado positivo” es subjetiva ya que el término “positivo” implica un juicio evaluativo y la pregunta sería qué tipo de resultados son considerados positivos y quién tiene la autoridad para llamarlos positivos. Strupp (1973b) sugiere que cada terapeuta está convencido que sus pacientes mejoran debido al trabajo terapéutico. Sin embargo, se hace difícil especificar aquellos factores directamente responsables por la mejoría. Dicha mejoría puede ser el resultado de la utilización de una técnica específica, como puede ser el resultado de los factores no específicos tales como fe en el terapeuta, esperanza por obtener mejoría, etc.

Podemos afirmar que existe una infinidad de variables que juegan roles importantes en el proceso terapéutico. Dichas variables serán discutidas más adelante bajo el rubro de variables envueltas en el proceso de investigación. Strupp (1986) sugiere que el objetivo final de este tipo de investigación es promover nuevos conocimientos que brinden soporte al quehacer terapéutico.

Consideraciones Éticas e Investigación en Psicoterapia

Imber y colaboradores (1986) sugieren dos tipos de consideraciones éticas. En primer lugar, Imber habla de consideraciones referidas al diseño de investigación. En segundo lugar, se consideran las implicancias del trabajo en equipo para fines de investigación.

En referencia al diseño de investigación, Imber propone las siguientes sugerencias:

1. En investigación, las disposiciones del investigador deben primar por encima de las consideraciones del terapeuta. Mientras que el investigador busca la cuantificación de los conceptos abstractos envueltos en el proceso terapéutico, el terapeuta se orienta a una aproximación diagnóstica y al ofrecimiento de un “tratamiento efectivo”.
2. La investigación se debe llevar a cabo de acuerdo a las especificaciones propuestas por una teoría o por un enfoque terapéutico. La flexibilidad del juicio clínico no debe orientar dicha investigación. De ser así, puede in-

terferir con la adecuada definición de variables y con los métodos estadísticos de medida. Por ejemplo, la noción de "empatía" debe ser claramente definida y con posibilidades de cuantificación, al menos para los fines de un estudio específico.

3. La asignación de tratamientos específicos debe ser al azar y las preferencias del investigador deben ser dejadas de lado. Las muestras, previamente seleccionadas, serán asignadas al azar a uno u otro tipo de tratamiento o formaran parte del grupo control. De ser posible, sólo un grupo reducido de miembros del equipo de investigación conocerán qué grupo estará bajo qué condiciones. Dicha asignación será desconocida para aquellos miembros del equipo de investigación que tendrán intervención directa con las muestras.
4. El equipo de investigación discutirá las implicancias del uso de "placebo" o "situaciones placebo". Al respecto, Newlin y Thomson (1987) comparan los diferentes usos de placebo-control en diseños de investigación en psicoterapia.
5. Si los investigadores consideran la utilización de un grupo control que formara parte de la "lista de espera" para tratamiento, las nociones de necesidad inmediata de tratamiento y de posibles efectos de la situación de espera, deben ser detenidamente discutidas de manera que la situación actual de la salud mental de los miembros del grupo control no se vea afectada al no recibir tratamiento inmediato. Budman y Springer (1987) realizaron extensos trabajos de investigación para evaluar los efectos de la condición "en lista de espera" en psicoterapia individual y de grupos.
6. Una vez finalizada una investigación, los investigadores son responsables por un seguimiento de los miembros participantes para fines de prever efectos secundarios como resultado del diseño de investigación.
7. Los investigadores deberán prestar especial atención a aquellos individuos cuya colaboración, a pesar de ser voluntaria, fue acompañada de constantes quejas acerca del tratamiento propuesto. Especial atención es igualmente requerida para aquellos miembros que proporcionaron evidencias contrarias a las expectativas propuestas en la hipótesis de investigación.

Con referencia a las consideraciones éticas del trabajo en equipo, se proponen alguna sugerencias de las cuales presentamos tres:

- a) Las responsabilidades del grupo como unidad y las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo de investigación debe ser previamente establecida de manera tal que el control de variables y su medición sea lo más exacto posible.

- b) El consentimiento por parte de los individuos incluidos en las muestras debe ser explícito. Dichos individuos serán previamente informados del tipo de participación que se espera de ellos y de los posibles efectos de dicha participación. Con referencia a posibles efectos perjudiciales, Callis (1967) habla de las responsabilidades éticas de los investigadores en diseños que implican algún riesgo para los miembros participantes.
- c) La confidencialidad debe ser prioritaria en cualquier trabajo de investigación. Tanto la identidad de los participantes como los resultados individuales obtenidos serán conocidos exclusivamente por los miembros del equipo de investigación. En casos de excepción dichos resultados individuales se harán públicos con la debida autorización de los individuos involucrados. La presentación de resultados para fines de enseñanza deberá considerar el criterio de confidencialidad en términos de identificación del individuo cuyos resultados serán expuestos.

Alford y Johnson (1984) discuten las nociones de protección, preservación, respeto y dignidad por la vida humana. Ellos recuerdan el Código de Nuremberg que representa el primer documento que explicita normas y reglas para la investigación con seres humanos. De los diez puntos discutidos en este código, cinco parecen resumir los conceptos básicos:

- I. La participación debe ser voluntaria. El individuo deberá otorgar su libre consentimiento de participación.
- II. El individuo será libre de abandonar el proyecto en cualquier momento o fase del mismo.
- III. Los riesgos de participación deben ser reducidos al mínimo posible.
- IV. Los beneficios que se buscan con la participación de individuos deben ser mayores que los riesgos que envuelvan su participación.
- V. Exclusivamente investigadores capacitados, con los conocimientos y experiencia requerida, podrán conducir investigaciones con seres humanos.

Una información bastante completa relacionada a los problemas éticos envueltos en la investigación en psicoterapia es propuesta por Schuler (1982) en su libro Problemas Eticos en la Investigación Psicológica.

Consideraciones Metodológicas en Investigación en Psicoterapia

Son dos las consideraciones metodológicas más importantes. En primer lugar, las variables envueltas en el proceso de investigación, y en segundo lugar, el diseño mismo de investigación.

- *Variables en el proceso de investigación:*

La variable que está siendo investigada es identificada como variable independiente. Myers (1966) diferencia la variable independiente de forma cuantitativa de la variable independiente de forma cualitativa. En el primer grupo identificamos una misma variable que difiere en grados de intensidad; por ejemplo, intensidad de sonido. Mientras que en el segundo grupo ubicamos variables que difieren en cualidad; por ejemplo, castigo y recompensa. El resultado final o efecto del diseño de investigación es definido como variable dependiente. Un tercer tipo de variable es definido como interviniente y su presencia afecta la variable dependiente, pero por diferentes razones no es evaluada o estudiada (como es el caso de los efectos de la temperatura ambiental en un experimento de aprendizaje de palabras sin sentido).

En investigación en psicoterapia hablamos en términos de factores específicos y factores no específicos. Jones, Cumming y Horowitz (1988) definen factores específicos como aquellos elementos en el diseño de investigación que son enteramente conocidos y manipulados conscientemente por el experimentador. Algunos ejemplos de factores específicos serían: interpretación, desensibilización sistemática y relajación. Factores no específicos se refieren a cualidades inherentes a cualquier relación humana positiva y que afecta expectativas y moral.

Butler y Strupp (1986) proponen que la división de factores específicos y no específicos tiene su origen en las investigaciones sobre psicoterapia sistemática, donde Rosenthal y Frank (1956) hablaban de los efectos del placebo en investigación. Butler y Strupp consideran como factores específicos los lineamientos teóricos adoptados por el terapeuta así como las técnicas basadas en la misma teoría. Factores no específicos serían los elementos involucrados en la relación terapéutica y que no son específicos de una u otra teoría, pero que intervienen activamente en el proceso curativo.

La efectividad del proceso terapéutico puede ser atribuida indistintamente a cualquiera de estos dos factores. Sin embargo, si la intención es incrementar efectividad, los factores específicos deben ser claramente identificados y los no específicos deben ser "controlados". Strupp (1973a) sugiere que los factores no específicos son más notorios en terapias breves, cuando el paciente está en estado de estrés y se encuentra altamente motivado para la mejoría. El mismo Strupp (1973b) propone que los efectos de toda forma de psicoterapia son reductibles a factores no específicos tales como el nivel de atención y soporte proporcionado por el terapeuta y que estimulan la recuperación del paciente. Strupp sugiere que los cambios promovidos por los factores específicos y los resultantes de factores no específicos son identificables ya que difieren en calidad y cantidad. Wallerstein (1989), como resultado de múltiples investiga-

ciones sobre resultados de procesos terapéuticos, concluye que los mecanismos de soporte proporcionados (factor no específico) en cualquier tipo de terapia son responsables de la mayoría de los resultados positivos obtenidos.

Hablando de otras variables que afectan el resultado final del proceso terapéutico, Meltzoff y Kornreich (1970) mencionan de la necesidad de prestar atención a las siguientes variables:

- *Variables propias del terapeuta:*

Sexo, edad, religión, tipo de personalidad, preferencias personales (gustos y aficiones), etc. Barret y Wright (1984) consideran variables tales como terapia personal en el terapeuta, raza y años de experiencia. McConaughy (1987) propone que el tipo de enfoque terapéutico deviene como resultado de la personalidad misma del terapeuta, su desarrollo personal, su estilo de relación interpersonal y sus experiencias de vida. Este investigador sugiere que las variables antes mencionadas determinarán el clima en que se desenvolverá la relación terapéutica y la forma de aplicación de los conocimientos teóricos que posee el terapeuta.

- *Variables involucradas en el proceso terapéutico:*

Tipo de terapia (individual o de grupo), sustento teórico (analítica, conductual, existencial, etc), tipo de estructuración, y otras.

- *Variables propias del paciente:*

Sexo, edad, tipo de personalidad (incluyen rasgos de normalidad y patología), religión, hábitos, situaciones especiales (pacientes con sordera, dificultades de comunicación, etc.). Lambert y Asay (1984) incluyen entre estas variables motivación, expectativas, tipo de participación en terapia y compatibilidad terapeuta-paciente.

Cada una de las variables antes mencionadas afectan en mayor o menor medida los resultados finales del proceso terapéutico y deben ser tomadas en consideración en la investigación científica de dicho proceso.

- *Variables en el diseño de investigación:*

Un diseño de investigación o diseño experimental es un plan para llevar a cabo un experimento. Existe una gran diversidad de diseños de investigación y la selección del mas apropiado no es siempre tarea sencilla. Myers (1966) sugiere tener en consideración tres variables en la selección del diseño apropiado:

- a) *Información:* El tipo de información que se busca obtener definirá finalmente el diseño a emplear. Por ejemplo, si lo que se busca es investigar

los efectos de la variable “tiempo”, un diseño de mediciones sucesivas es requerido. Si el investigador hipotetiza que el efecto de la variable independiente cambiará de acuerdo a ciertas características en los sujetos de la muestra; un proceso de apareamiento de dichas características debe darse como parte integral del diseño.

- b) *Modelo de investigación*: la validez de las inferencias del análisis estadístico depende de la validez asumida para la teoría que soporta en diseño global.
- c) *Disponibilidad de recursos*: consideraciones acerca del tiempo disponible para la investigación y el número de sujetos para la muestra son dos de las tantas consideraciones que finalmente definen el diseño final a ser usado.

Meltzoff y Kornreich (1970) sugieren el siguiente procedimiento para reducir los efectos de otras variables intervinientes en el diseño:

1. Reducción de la muestra por homogeneidad: Limitar la muestra a un grupo que es homogéneo en variables que eventualmente podrían introducir variaciones en la variable dependiente. La homogeneidad puede reducir el error debido a la varianza, pero la posibilidad de generalización de resultados se afecta.
2. Apareamiento: Ya sea individuo por individuo o apareamiento de grupos según una o dos variables. Consecuentemente, diferencias detectadas entre los grupos pueden atribuirse al diseño de investigación.
3. Combinaciones de agrupamientos de individuos serán asignados al azar a los diferentes tipos de tratamiento empleados. Al interior de cada agrupamiento los individuos compartirán una variable en común.

Finalmente, consideramos de importancia incluir algunos breves comentarios relacionados a la influencia de las “preferencias”, “parcialidad”, “predisposición”, o “prejuicio” en el trabajo de investigación. Meltzoff y Kornreich (1970) mencionan que no se requiere de mayor talento para alterar los resultados de un diseño de investigación según las preferencias o prejuicios. Estos investigadores proponen la existencia de preferencias o prejuicios en el investigador, en la muestra, en los pacientes envueltos en tratamiento, en los entrevistadores, en los que aplican los tests, en los jueces, en el análisis de datos, en la interpretación de datos, en los que publican resultados, en los que leen dichos resultados, etc. Dichas preferencias o prejuicios pueden conducir a la sobreestimación o subestimación de resultados parciales. Las mismas preferencias pueden llevar al entrevistador a “interpretar” los resultados obtenidos según su propia orientación teórica y apartarse de los lineamientos del diseño original de investigación. El control total de dichas preferencias es prácticamente imposible. En algunas ocasiones tal control se hace innecesario, sin embargo la imparcialidad del director de un proyecto de investigación y de sus más

inmediatos colaboradores permitirán las condiciones requeridas para un trabajo científico orientado a la búsqueda de la siempre cuestionable verdad científica.

Resultados de Investigación en Psicoterapia

En esta segunda parte del artículo presentaremos algunos resultados de investigaciones realizadas en el campo de la psicoterapia.

La revisión del trabajo de Eysenck en 1952 (Eysenck 1952) nos sirve de marco introductorio. Eysenck comparó los resultados de pacientes en psicoterapia con individuos que no recibieron ningún tipo de tratamiento. En su investigación Eysenck utilizó reportes de otros terapeutas; sin embargo, su línea de base fue dada básicamente por dos grupos de estudios previos. Un primer grupo de trabajos referido al porcentaje de pacientes neuróticos dados de alta anualmente después de experimentar mejoría de los hospitales estatales de la ciudad de New York en los Estados Unidos. Un segundo grupo de estudios involucró 500 individuos que se presentaron para tratamiento debido a diferentes síntomas neuróticos y que fueron asistidos en consultorios de medicina general recibiendo sedativos o medicamentos de efectos similares. Eysenck consideró este segundo grupo como individuos sin tratamiento psicoterapéutico. El criterio de mejoría empleado fue el siguiente:

1. reincorporación a una actividad productiva remunerada por espacio mínimo de cinco años luego del alta clínica;
2. ausencia de quejas por malestares psiconeuroticos;
3. adecuado ajuste social.

Eysenck comparó los datos aparecidos en 19 reportes sobre resultados en pacientes que recibieron uno de dos tratamientos: psicoterapia psicoanalítica o tratamiento ecléctico, durante su estadía en los hospitales de la ciudad de New York. Eysenck encontró que el 44% de pacientes con tratamiento psicoanalítico experimentó mejoría, mientras que el 64% de los que recibieron un tratamiento ecléctico experimentó la misma mejoría. En el segundo grupo de reportes, Eysenck encontró que un 72% de los individuos que fueron atendidos en servicios de medicina general experimentaron mejoría. Eysenck concluyó en la existencia de una relación inversa entre la intensidad del tratamiento y el porcentaje de mejoría. Los reportes utilizados por Eysenck pertenecieron a Fenichel (1930), Kessel y Hyman (1933), Jones (1936), Alexander (1937), y Knight (1941).

Sin lugar a dudas el trabajo de Eysenck carece del rigor científico exigido en los trabajos de investigación actual. La falta de control de un sinnúmero de variables nos permite cuestionar los resultados obtenidos. Sin embargo, el

trabajo es digno de mención dada la calidad de novedoso para su época y pionero en el campo de investigación psicoterapéutica.

A continuación se presentan algunos resultados tomando como variable independiente diferentes factores o condiciones.

Método Terapeutico como Variable Independiente

Terapia individual vs. Terapia grupal:

- Barren y Leary (1955) compararon los resultados de 85 individuos que recibieron terapia de grupo y 42 individuos que recibieron terapia individual. Ambos grupos presentaron una reducción significativa en los puntajes de las siguientes escalas en el MMPI; depresión, hipocondría, y escala de mentira. Igualmente ambos grupos incrementaron fortaleza yoica. Los individuos en terapia grupal decrecieron puntajes en las escalas de paranoia y sicastenia, mientras que los que recibieron terapia individual incrementaron puntaje en la escala K. Las similitudes en los resultados obtenidos en los dos grupos fueron mayores que las diferencias observadas.
- Frank y colaboradores (1959) trabajaron con 54 adultos que presentaban psiconeurosis o desórdenes de personalidad. Dichos pacientes fueron asignados al azar a terapia individual o de grupo. Cambios en escalas de malestar personal e ineffectividad social fueron independientes del tipo de terapia recibida.
- Thorley y Craske (1950) compararon la efectividad de los dos tipos de tratamiento con una variedad de diagnósticos. La gran mayoría de pacientes padecía de estados de ansiedad y depresión. Los pacientes fueron asignados en rotación a terapia individual o de grupo. La terapia individual fue descrita como no analítica, mientras que la grupal fue definida como educacional. Una vez finalizados los tratamientos, los investigadores enviaron cuestionarios de seguimientos a los ex-pacientes. Dichos cuestionarios contenían preguntas en las áreas de salud general, síntomas, tratamientos adicionales recibidos después del tratamiento original y condiciones de trabajo. Entre las respuestas se encontró que aproximadamente la mitad de los pacientes en ambos grupos reportó mejoría general. En un seguimiento posterior de 62 de los 216 pacientes originales, los investigadores encontraron que del grupo sometido a terapia individual, 62% reportaba mejoría (asintomáticos), mientras que el 52% en terapia grupal se reportaba como asintomático. Los investigadores concluyeron que no había diferencia significativa entre los resultados obtenidos por los dos tipos de tratamiento.
- Novick (1965) comparó los resultados de 20 niños en terapia individual con 24 niños en terapia grupal. El tratamiento individual fue descrito como amistoso,

permisivo, flexible, y empático. El trabajo grupal fue descrito como de soporte, de entendimiento, y de motivación/aliento. Después de veinte sesiones, Novick no encontró diferencias significativas entre los niños en ambos grupos terapéuticos.

- Paul y Shannon (1966) trabajando con 20 estudiantes que presentaban estados de ansiedad, asignaron al azar 10 a terapia individual y 10 a terapia grupal. Diferencias no significativas se encontraron en los resultados de ambos grupos.
- Gelder y colaboradores (1967) compararon terapia conductual y analíticamente orientada en tratamientos individuales y de grupo. Para ambas escuelas, los resultados obtenidos en el enfoque individual fueron ligeramente superiores a los obtenidos en el enfoque grupal.
- Hazelring y colaboradores (1987), revisando resultados de procesos terapéuticos, concluyen que la terapia de familia resulta mas efectiva que el no tratamiento, y más efectiva que otros enfoques en el tratamiento de problemas de integración familiar.

Escuelas terapéuticas:

- Heine (1950) no encontró diferencias significativas entre los resultados obtenidos por pacientes sometidos a terapia no directiva, terapia psicoanalítica y terapia Adleriana.
- Ellis (1957) comparó tres escuelas. Revisó los reportes de 78 pacientes en terapia analítica, 78 reportes de pacientes en terapia racional emotiva, y 16 reportes de individuos en terapia analítica ortodoxa. Los grupos fueron apareados por diagnóstico, sexo, edad, y nivel de educación. Su resultados fueron como sigue:

ESCUELA	Poca o no mejoría	Mejoría	Mejoría significativa
Análisis ortodoxo	50%	37%	13%
Terapia analítica	37%	45%	18%
Terapia racional-emotiva	10%	46%	44%

- Paul (1966) comparó los efectos de tratamiento para la reducción de ansiedad por hablar en público. Utilizó cuatro tipos de enfoque psicoterapéutico:

a) con bases neo-freudianas y rogerianas, b) desensibilización sistemática y relajación progresiva, c) atención-placebo, d) sin tratamiento. Como resultados, Paul encontró que el 100% de los pacientes sometidos a desensibilización sistemática resultaron asintomáticos, mientras que el 47% de pacientes en los grupos a- y c- dejaron de presentar síntomas. Para el grupo sin tratamiento la mejoría observada fue para el 17% de los sujetos.

- Sloane y colaboradores (1975) completaron un minucioso estudio donde se comparó los efectos de terapia conductual y terapia psicoanalíticamente orientada. Noventa y nueve pacientes con diagnósticos de desórdenes de personalidad (33%) y neurosis (67%) fueron incluidos en la muestra junto con un grupo control que no recibió ningún tipo de terapia. Diferencias no significativas fueron encontradas en los resultados de ambos grupos terapéuticos. Sin embargo, la reevaluación de resultados algunos años después de finalizadas las sesiones reveló que el grupo de pacientes en terapia psicoanalítica reportó mejoras ligeramente superiores a las reportadas por el grupo de pacientes en terapia conductual. Diferencias significativas fueron encontradas entre los grupos de tratamiento y el grupo control.

- Tongas (1979) reportó los resultados de tratamiento para detener el hábito de fumar. Su programa incluyó cuatro enfoques o condiciones: a) condicionamiento aversivo, b) condicionamiento encubierto, c) terapia conductual en grupo, y d) grupo de tratamientos combinados. Tonga trabajó con 38 hombres y 34 mujeres con historias de fumar al menos dos y media cajetillas al día, por espacio de 30 años. Los resultados fueron como sigue:

	CONDICION			
	Aversivo	Cubierto	Grupal	Combinado
Sujetos que comenzaron tratamiento.....	16	16	19	21
Sujetos que terminaron tratamiento.....	14	9	13	13
Abstinentes después de 6 meses.....	8 (57%)	6 (67%)	2 (15%)	10 (77%)
Abstinentes después de 12 meses.....	5 (36%)	5 (66%)	2 (15%)	10 (77%)
Abstinentes después de 24 meses.....	3 (21%)	3 (33%)	1 (8%)	8 (72%)

- DiLoreto (1981) condujo un estudio de comparación entre terapia racional-emotiva, terapia centrada en el cliente, desensibilización sistemática, atención-placebo, y sin tratamiento. La muestra estaba representada por pacientes con síntomas de ansiedad social. El investigador cruzó las variables de tipo de tratamiento con las dimensiones de personalidad introversión y extraversión. La muestra fue representada por 42 hombres y 58 mujeres en sus primeros años de estudios universitarios (college). Terapia racional-emotiva y terapia centrada en el cliente fueron más eficaces con estudiantes introvertidos, mientras que desensibilización sistemática fue igualmente efectiva con introvertidos y extrovertidos. Los tres enfoques terapéuticos produjeron resultados significativamente favorables.
- Snyder y Wills (1989) compararon los resultados de terapia de insight y terapia conductual en el tratamiento de desajuste conyugal. Un total de 74 parejas que buscaban tratamiento para aliviar situaciones de estrés en la relación fueron asignadas al azar a uno de los dos tratamientos y a lista de espera. Los resultados fueron evaluados hacia el final de los tratamientos y seis meses después. Concluyen que ambos enfoques producen resultados igualmente positivos, 74% para el grupo de insight y 62% para el grupo conductual, especialmente en lo referido a la capacidad de las parejas para llegar a acuerdos. En la reevaluación de resultados en el año 1991 Snyder y Wills (Snyder 1991) reportaron que mientras que el 3% de parejas en terapia de introspección se habían divorciado, el 38% de parejas del grupo conductual había tomado la decisión de separación.
- Wallerstein (1989) investigó los resultados de tratamiento psicoanalítico y terapia psicoanalíticamente orientada en 42 pacientes. La evaluación de resultados se produjo hacia el fin de los tratamientos y a los dos años subsecuentes a dicha finalización. Para algunos de los casos Wallerstein pudo obtener reevaluaciones luego de 30 años de finalizados los tratamientos. Como resultados, Wallerstein informó que los pacientes en psicoanálisis obtuvieron menos beneficios de los esperados al inicio del tratamiento. Los pacientes en psicoterapia psicoanalíticamente orientada reportaron beneficios superiores a los esperados.
- Selmi y colaboradores (1990) reportaron los resultados de tres grupos de pacientes con síntomas depresivos. El primer grupo fue sometido a terapia cognitiva proporcionada por un terapeuta de la especialidad. El segundo grupo trabajó con un programa computarizado de terapia cognitiva. El tercer grupo fue puesto en lista de espera. Como resultado de la investigación, Selmi y colaboradores reportaron que los pacientes en los dos primeros grupos experimentaron mejoría mientras que los sujetos en el tercer grupo (control) no reportaron mejoría. La diferencia entre los resultados obtenidos por los dos primeros grupos no fue significativa.

- O'Leary y Beach (1990) investigaron los resultados de terapia conductual y terapia cognitiva con parejas de casados que experimentaban síntomas depresivos. Como resultados, los investigadores reportaron que los pacientes en terapia conductual experimentaron mejoría en las áreas de: intercambio verbal positivo, sentimientos de cercanía y resolución de problemas en disputas conyugales. El grupo en terapia cognitiva reportó mejoría en memoria selectiva, en distorsiones cognitivas acerca de la relación de pareja y en autoconcepto.

Psicoterapia vs. Medicamentos:

- Klerman y colaboradores (1974) investigaron la eficiencia de antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) y psicoterapia en la prevención de recaída o vuelta de síntomas en mujeres con historia de depresión neurótica. Doscientas setenta y ocho mujeres con dichos síntomas recibieron entre 100 y 200 mg/día de amitriptilina por espacio de 4 a 6 semanas, 150 mujeres que presentaron una reducción de síntomas del 50% (según medición proporcionada por la escala de depresión de Raskin) fueron asignadas a uno de seis grupos de tratamiento:

1. amitriptilina y psicoterapia
2. amitriptilina y no psicoterapia
3. placebo y psicoterapia
4. placebo y no psicoterapia
5. no medicina y psicoterapia
6. no medicina y no psicoterapia

Como resultados, Klerman encontró que los grupos 1 y 2 mostraron similares porcentajes de recaída, 12.5% y 12%. Los grupos 3 y 4 mostraron similares porcentajes de recaída, 28% y 30.8%. En el grupo 5 la recaída fue experimentada por el 16.7% de la muestra. Finalmente, en el grupo 6 el 36% de la muestra experimentó reagudización de síntomas.

- Rush y colaboradores (1977) compararon los efectos de la terapia cognitiva de Aaron Beck con los efectos de antidepresivos tricíclicos (imipramine) para el tratamiento de pacientes con depresión no cíclica. Cuarenta y un pacientes fueron asignados al azar a uno de dos condiciones; a) terapia cognitiva (19), y b) imipramine (22). Como resultados obtenidos al seguimiento, después de algunos meses de terminados los tratamientos, Rush encontró que el 79% de los pacientes que recibieron terapia cognitiva seguían libres de síntomas depresivos, mientras que de los que recibieron imipramine, el 23% se reportó libre de síntomas.

- Blackburn y colaboradores (1981) encontraron que la combinación de terapia cognitiva y medicinas producía mejores efectos que cualquiera de los dos tratamientos aplicados en forma independiente. Estos resultados se hacen extensivos tanto al tratamiento en hospitales como en práctica privada.

- Rush y colaboradores (1982) encontraron que la terapia cognitiva resulta más efectiva que el tratamiento con medicamentos.
- Hollon y colaboradores (1991) reportaron que el uso de terapia cognitiva en conjunción con farmacoterapia proporcionaba resultados que no diferían significativamente de los resultados obtenidos por el uso independiente de terapia o medicación. Un resultado similar fue obtenido por Whisman y colaboradores (1991).

El Paciente como Variable Independiente

Antes de proporcionar una breve revisión de resultados tomando al paciente como variable independiente, consideramos de importancia citar a Hans Strupp (1990) quien, como resultado de una amplia experiencia en el campo de la investigación en psicoterapia, propone que la mayoría de pacientes que asiste a psicoterapia no presenta síntomas definidos. Es por esta razón que muchos de ellos obtendrían los mismos beneficios obtenidos en sesiones de psicoterapia a través de su participación en tratamientos con enfoque psicosocial.

Los resultados a continuación han sido agrupados según diagnóstico, edad, inteligencia, sexo, estado civil y estrato social.

Según diagnóstico:

Depresión:

- Weissman (1979) concluye luego de diversos estudios que el tratamiento psicoterapéutico es más efectivo que la ausencia total de tratamiento.
- Elkin y colaboradores (1989) trabajando para el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos realizaron investigaciones sobre la efectividad de diferentes enfoques para el tratamiento de la depresión. Concluyen que lo más efectivo es el uso de imipramine en conjunción con manejo clínico. Lo menos efectivo era el uso del placebo. Entre estos dos enfoques se encuentran los resultados de terapia interpersonal y terapia cognitiva-conductual, con una mínima superioridad de la primera sobre la segunda.
- Shea y colaboradores (1990) utilizando diferentes tratamientos con pacientes depresivos concluyen que los resultados obtenidos con terapia cognitiva-conductual, terapia interpersonal, imipramine más manejo clínico, y placebo más manejo clínico presentaban diferencias no significativas. Todos los tratamientos proporcionaron resultados positivos.
- Gallagher-Thompson (1990) reportó los resultados del tratamiento de pacientes con desórdenes depresivos mayores. Los tratamientos utilizados fueron

de orientación conductual, cognitiva y psicoanalítica. Los resultados fueron evaluados a la terminación del tratamiento, a los 12 meses de la terminación y a los 24 meses de la terminación. La tabla siguiente indica los porcentajes de pacientes que experimentaron mejoría según tiempo de evaluación y enfoque utilizado:

TIEMPO DE EVALUACION	Enfoque Utilizado		
	Conductual	Cognitiva	Psicoanalítica
Al término	57%	52%	47%
A los 12 meses	54%	68%	52%
A los 24 meses	63%	69%	79%

• McLean y Hakstian (1990) trabajaron con pacientes depresivos y utilizando diferentes enfoques terapéuticos. La tabla que continua presenta el porcentaje de pacientes que reportó mejoría según el área de mejoría y el enfoque utilizado:

AREA DE MEJORIA	Enfoque Utilizado			
	Psicoterapia	Relajación	T. Conductual	Medicación
+Cognición	65.41%	63.30%	66.60%	65.09%
+Res.Prob.(*)	65.11%	60.88%	65.63%	64.76%
+Rel.Soc (**)	59.33%	56.36%	64.91%	59.31%
+Est.Animo(***)	67.05%	65.35%	72.19%	67.59

* = Resolución de problemas

* = Relaciones sociales

*** = Estado de animo

• Sotsky y colaboradores (1991) basados en estudios sobre pacientes depresivos, concluyen que los resultados de tratamiento están vinculados a diferentes variables. Pacientes que generalmente responden positivamente a terapia cognitiva son aquellos con las siguientes características: con mínima o moderada distorsión cognitiva acerca del origen de la depresión, con depresión de corta duración, sin historia familiar de parientes depresivos, y casados. Los pacientes que responden positivamente a terapia interpersonal presentan las siguientes carac-

terísticas: mínima o moderada dificultad para la interacción social, socialmente orientados, y moderada o elevada sensibilidad puesta en la relación interpersonal. Finalmente, los pacientes con grandes dificultades para el ajuste al trabajo se verán beneficiados con el uso de tratamiento clínico incluyendo medicación.

- Jacobson y colaboradores (1991) reportaron que la terapia cognitiva proporcionaba los mismos beneficios que la terapia conductual en el tratamiento de parejas depresivas que experimentaban estrés. Jacobson sugiere, como resultado de su investigación, que la terapia conductual era menos efectiva que la terapia cognitiva con parejas con bajo nivel de estrés.

Desordenes de pánico:

- Klosko y colaboradores (1990) reportaron los siguientes porcentajes de recuperación en pacientes que experimentaban ataques de pánico:

87% de pacientes que recibieron terapia conductual,
50% de pacientes que recibieron alprazolam (Xanax)
36% de pacientes que recibieron placebo
33% de pacientes que estuvieron en lista de espera.

Esquizofrenias:

- O'Brien y colaboradores (1972) compararon resultados de terapia grupal con resultados de terapia individual en el tratamiento ambulatorio de pacientes esquizofrénicos. Concluyeron que para fines de ajuste social, el tratamiento grupal era más efectivo que el individual.
- Dreiblat y Weatherley (1965) demostraron los beneficios de contactos breves con pacientes esquizofrénicos hospitalizados por períodos de tres a seis semanas. Dichos contactos consistían en sesiones de 5 a 10 minutos, durante las cuales se mantenía una conversación amigable, fluida, e informal.

Fobias:

- Gelder (1967) comparó desensibilización sistemática con psicoterapia individual y de grupo. Concluyó que desensibilización sistemática fue tan efectiva como la terapia individual pero más efectiva que la terapia de grupo.
- Klein (1983) comparó los resultados de tres enfoques para el tratamiento de fobias; terapia conductual con imipramina, terapia conductual con placebo, y terapia de soporte con imipramina. Como resultado, Klein observó que los tres grupos mostraron el mismo nivel de recuperación.

Psiconeurosis y desórdenes de personalidad:

- Morton (1955) investigó los efectos de terapia individual breve y terapia individual prolongada. Morton concluyó que la terapia individual breve era más efectiva que terapias más prolongadas.
- Exner (1966) encontró que terapias con un promedio de duración de 42 semanas resultaban más efectivas que terapias con duración mas prolongada. Las mejorías fueron observadas tanto en cuestión de síntomas como en el pronóstico.

Según edad:

- Gluck y colaboradores (1964) concluyen que niños menores de seis años presentaban alivio de síntomas con mayor frecuencia que lo ocurrido en niños entre seis y doce años. Síntomas en niños entre trece y diecisiete son los más persistentes y requieren terapias más prolongadas.

Según inteligencia:

- Cabeen y Coleman (1962) trabajando con presos, no encontraron correlación entre coeficiente intelectual y alivio de síntomas psiquiátricos.
- Meltzoff y Kornreich (1970) concluyen que inteligencia superior o inferior no necesariamente representa un factor definitivo para fines pronósticos.

Según sexo:

- Meltzoff y Kornreich (1970) concluyen que hay una la pobre correlación entre el género del paciente (sexo) y los resultados de tratamiento psicoterapéutico.

Estado marital:

- Diener y Young (1961) determinaron que pacientes varones que asumen roles adultos, tales como contraer matrimonio y/o tener hijos, son más propensos a buscar ayuda terapéutica que aquellos que mantienen otros roles tales como mantenerse soltero o continuar cohabitando con los padres.

Estrato social:

- Rosenthal y Frank (1958) reportaron que la mayoría de pacientes que aceptaban tratamientos psicoterapéuticos tenían más años de educación que aquéllos que tendían a rechazar tal tipo de tratamiento. Dichos investigadores reportaron igualmente una correlación positiva entre aceptación de tratamiento psicoterapéutico e ingresos económicos.

- Kamin y Caughlan (1963) reportaron que entre los pacientes que buscaban atención psicoterapéutica aquellos pertenecientes a clases bajas eran mantenidos más tiempo en listas de espera que los pacientes pertenecientes a las clases altas.
- Albronda, Dean y Starkweather (1964) reportaron que la gran mayoría de referencias venían de la clase alta y muy pocas de la clase baja.
- Jones y Kahn (1964) evaluaron las actitudes de 55 pacientes hospitalizados. Como resultado encontraron que los miembros de las clases altas presentaban actitudes más flexibles que las presentadas por miembros de las clases bajas en referencia al tratamiento psicológico y psiquiátrico recibido.
- Gallagher, Sharaf, y Levinson (1965) completaron un estudio en el Centro de Salud Mental en Massachusetts, Estados Unidos, en el que concluyeron que pacientes de las clases altas eran asignados a tratamientos de psicoterapia más frecuentemente que los pacientes pertenecientes a clases bajas a los que generalmente se les asignaba otros tipos de tratamiento.
- Baker y Wagner (1966) trabajando en la clínica psiquiátrica para niños del hospital de Washington, Estados Unidos, no encontraron diferencias significativas en las diferentes clases sociales entre aceptantes y no aceptantes de tratamiento psicoterapéutico. Los mismos investigadores reportaron la existencia de diferencias no significativas entre los resultados obtenidos en psicoterapia por pacientes de las clases alta y baja.

El Terapeuta como Variable Independiente

- McNair, Lorr, y Callahan (1963) encontraron diferencias no significativas entre los resultados obtenidos por terapeutas con y sin terapia personal. Los mismos investigadores encontraron que terapeutas con más de cuatro años de experiencia mantenían el 72% de los pacientes que atendían a una primera consulta, mientras que aquellos terapeutas con menos de cuatro años de experiencia lograban mantener el 60% de los pacientes que atendían a una primera consulta.
- Poser (1966) comparó los resultados de tratamientos proporcionados por profesionales en el campo de salud mental y por no profesionales trabajando en el área de salud mental. Poser encontró que los pacientes tratados por profesionales presentaron mejores resultados en cuatro de seis test de personalidad aplicados, mientras que los tratados por no profesionales presentaron mejores resultados en sólo dos de los seis tests de personalidad aplicados.
- Jones, Krupnick, y Kerig (1987) demostraron que el sexo del terapeuta influenciaba tanto el proceso como el resultado final de terapias breves y psicoanalíticamente orientadas. Dichos investigadores trabajaron principalmen-

te con pacientes que sufrían desórdenes de estrés como consecuencia de eventos traumáticos.

- Phillip y colaboradores (1990) como resultado de investigaciones en psicoterapia de familia sugieren que la experiencia y el entrenamiento del terapeuta son mas importantes que su orientación profesional.

Tiempo como Variable Independiente

- Frank (1974) sugiere que los efectos de terapias breves y prolongadas se mantienen por períodos similares de tiempo.
- Garfield (1978) investigó el tiempo de permanencia de pacientes en sesiones de psicoterapia. Concluye que la mayoría de pacientes atendían regularmente a las primeras seis sesiones. Para la sesión número diez, dos terceras partes de los pacientes abandonaban tratamiento.
- Koss (1979) condujo un estudio con 100 sujetos que buscaron atención psicoterapéutica y que atendieron por lo menos a una sesión durante el año 1975 (46 mujeres y 54 varones, con edad media de 35.5 años). El 86% de estos pacientes experimentaban moderados desórdenes neuróticos o trastornos de personalidad mientras que el 14% eran psicóticos o padecían cuadros orgánicos. Koss encontró que los pacientes atendieron un promedio de ocho sesiones en un espacio de 2.5 meses. La mitad de los pacientes fueron dados de alta hacia la décima sesión, mientras que el 66% fue dado de alta hacia la sesión número 15. Solamente el 20% de los pacientes permaneció en tratamiento por mas de 25 sesiones.
- Cummings y Van Debos (1979) como resultado de varios estudios sugieren que la terapia breve es el tratamiento de preferencia para aproximadamente el 85% de individuos que buscan asistencia psicoterapéutica.
- Howard y colaboradores (1986) recolectaron datos sobre sesiones terapéuticas de aproximadamente 2,400 pacientes. En sus resultados dichos investigadores informan que el 50% de los pacientes empezaron a mostrar mejoría luego de las primeras 8 sesiones, mientras que para la sesión número 26 el 75% de los pacientes reportaban mejoría significativa.
- Budman y Springer (1987) investigaron el impacto de la permanencia en lista de espera para tratamiento psicoterapéutico en el resultado final y satisfacción experimentada por pacientes en terapia individual y de grupo. Dichos investigadores encontraron que pacientes en lista de espera prolongada mostraron menos satisfacción con los resultados de la terapia individual que aquellos que empezaron terapia inmediatamente después de solicitarla. En relación a los pacientes en terapia grupal, los investigadores encontraron una diferencia no

significativa en los niveles de satisfacción entre los de lista de espera prolongada y los que iniciaron tratamiento inmediatamente.

Otros trabajos de investigación que no pueden ser ubicados dentro de las categorías anteriormente definidas se mencionan a continuación.

- Pope y colaboradores (1986) investigaron la atracción experimentada por terapeutas hacia sus pacientes. La investigación incluyó terapeutas en práctica privada. Entre los encuestados 286 terapeutas eran menores de 46 años, mientras que 299 tenían 46 o más años de edad. De un total de 585 terapeutas, 508 reportaron haber sentido algún tipo de atracción hacia algún o algunos pacientes. De estos 508, 488 reportaron sentimientos implacenteros, culpa, y/o ansiedad por tal atracción. 55% de los terapeutas encuestados reportaron no haber recibido ningún tipo de información o educación formal referida a la atracción sexual por pacientes. Más terapeutas varones que terapeutas mujeres reportaron atracción por pacientes del sexo opuesto. Más terapeutas jóvenes que de mayor edad reportaron dicha atracción. Ciento cuatro terapeutas, mayormente varones, consideraron (conducta no actuada) algún tipo de relación sexual por pacientes, mientras que solo 37 terapeutas reportaron algún tipo de actividad sexual con pacientes.
- Mosen y colaboradores (1989) trabajando con 25 pacientes, con edades entre 20 y 60 años, y con diagnósticos de psicosis, encuentra que psicoterapia intensiva por espacio de 25 meses produjo mejoría significativa en el 76% de los pacientes. Dicha mejoría fue atendida como cambios positivos en la personalidad y adecuado funcionamiento psicológico.
- Talley y colaboradores (1990) encuentran que el resultado de la terapia se ve afectado por la interacción entre el autoconcepto del paciente y el autoconcepto del terapeuta. Los mismos investigadores sugieren que la autoestima del terapeuta y su percepción positiva o negativa de la conducta del paciente afectan los resultados finales del proceso terapéutico.

Conclusiones

Strupp (1989) menciona el hecho que muchos psicoterapeutas cuestionan la utilidad práctica de la investigación en psicoterapia y piensan que dicha investigación tiene muy poco que ofrecer al profesional. Sin duda, muchos terapeutas pueden justificar dicho escepticismo. Sin embargo, cuando se escuchan los comentarios de pacientes que no se beneficiaron de tratamiento psicoterapéutico nos preguntamos sobre la posibilidad de resultados diferentes si el profesional tuviera conocimiento de los factores específicos y no específicos con probada eficiencia en cualquier tipo de tratamiento terapéutico. Este tipo de conocimiento sólo puede ser proporcionado por la investigación científica de la psicoterapia.

La significativa discrepancias entre muchos de los resultados obtenidos, lejos de restarle validez a los mismos, nos recuerda la complejidad de la conducta humana. Seres humanos comparten algunas características, pero ciertamente son más las particularidades de cada uno que las similitudes con el resto. Esta realidad, aparentemente, atenta contra la posibilidad de generalización de resultados y en cierta medida esto es cierto. Por mas grande que sea nuestra muestra difícilmente podemos generalizar los hallazgos a otras poblaciones. No podemos hablar de la "psicología del hombre peruano". Podemos tentar hipótesis sobre el costeño que habita el norte del país, o podemos hacer inferencias acerca del indígena que habita la Sierra Central. En todo caso, la Psicología como ciencia requiere de un estudio serio de su objeto de investigación, objeto que difiere en muchos aspectos de otros similares. La psicoterapia como ciencia con aplicación práctica exige diversidad para poder abarcar diferentes muestras. Dicha diversidad empieza con la teoría pero se verifica en la realidad práctica. Tal verificación no puede ser proporcionada por la misma teoría. De ser así, estamos creando la imagen del terapeuta perfecto, que nunca se equivoca, que cuando el paciente no mejora es porque, según la teoría, se resiste al cambio o no tiene la disposición para aprender una nueva conducta. Al igual que cualquier otro mortal, los terapeutas nos equivocamos pero... en la privacidad de nuestro consultorio quién lo sabe. Es muy fácil explicar resultados no favorables a partir de simples conceptos teóricos. Es muy fácil marginarnos de la responsabilidad que nos compete de estar cada vez mejor preparados. Esta preparación debe incluir la verificación de la validez de nuestro enfoque para realizar los ajustes necesarios.

Con referencia a la comparación entre las diferentes escuelas terapéuticas Stiles y colaboradores (1986) informan que la mayoría de los estudios de comparación demuestran que las diferencias en efectividad entre las diferentes escuelas es no significativa. Masling y Cohen (1987) proponen que los diferentes enfoques psicoterapéuticos producen resultados similares en términos de efectividad. Esto no cuestiona las diferencias existentes entre los diferentes enfoques, pero si enfatiza la importancia de los factores no específicos en el proceso psicoterapéutico. Lo importante no es la escuela de afiliación, lo importante es la responsabilidad por ofrecer el mejor de los servicios basados en los últimos conocimientos a nuestro alcance. Leonardo De Vinci podría resucitar y su arte hoy en día sería motivo de fascinación. Su creatividad e imaginación como artista serían aún dignos admiración. Sin embargo, sus ideas acerca de aparatos tales como las máquinas voladoras han sido superadas. Una vez más, encontramos la diferencia entre arte y ciencia.

Referencias

- Albondra, H., Dean, R., and Starkweather, J. (1964). Social class and psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 276-283.
- Alexander, F. (1937). *Five-year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932-1937*. Chicago.
- Alford, G., and Johnson, W. (1984). Ethical issues. En M. Hersen, L. Michelson, and A. Bellack (Eds.), *Issues in psychotherapy research* (pp. 393-406), New York: Plenum Press.
- Baker, J., and Wagner, N. (1966). Social class and treatment in a child psychiatric clinic. *Archives of General Psychiatry*, 14, 129-133.
- Barren, F., and Leavy, T. (1955). Changes in psychoneurotic patients with and without psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 19, 239-245.
- Barrett, C., and Wright, J. (1984). Therapist variables. En M. Hersen, L. Michelson, and A. Bellack (Eds.), *Issues in psychotherapy research* (pp. 361-391), New York: Plenum Press.
- Blackburn, I., Bishops, S., Glen, A., Whaley, L., y Christie, J. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- Butler, S., and Strupp, H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23, (1)30-40.
- Budman, S., and Springer, T. (1987). Treatment delay, outcome, and satisfaction in time-limited groups and individual therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(6), 647-649.
- Cabeen, C., and Coleman, J. (1962). The selection of sex offenders patients for group psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*, 12, 326-334.
- Callis, R. (1967). Discussion of Krumboltz's Future Directions for Counseling Research chapter. In J. M. Whiteley (Ed.), *Research in Counseling* (pp. 204-207). Ohio: Charles E. Merrill Publishing Co.
- Cummings, N., and VanDenbos, G. (1979). The general practice of psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 10(4), 430-439.
- Diener, R., and Young, H. (1961). Factors contributing to request mental hygiene treatment by veterans with psychiatric disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 17, 397-399.
- DiLoreto, A. (1981). *Comparative psychotherapy: An experimental analysis*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Dreiblatt, I., and Westherley, D. (1965). An evaluation of the efficacy of brief-contact therapy with hospitalized psychiatric patients. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 513-519.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J., Imber, S., Sotsky, S., Collins, J., Glass, D., Pilkonis, P., Lebr, W., Docherty, J., Fiester, S., and Parloff, M. (1989).

- National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Project. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-983.
- Ellis, A. (1957). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 344-350.
- Exner, J. Jr. (1966). Therapist attendance as variable in group psychotherapy. In G. E. Stollak, B. G. Guernef, and M. Rothberg (Eds.), *Psychotherapy Research*. Ancaya: Rand McNally and Co.
- Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fenichel, O. (1930). *Statistischer Bericht ueber die therapeutische tatigkeit 1920-1930. Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut*. Viena: Inc. Psychoanalytische Verlag.
- Frank, J., Gleidman, L., Imber, S., Stone, A., and Nash, E. Jr. (1959). Patients' expectancies and relearning as factors determining improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 115, 961-962.
- Frank, J. (1974). Therapeutic components of psychotherapy: A 25-year progress report of research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 325-342.
- Gallagher, E., Sharaf, M., and Levinson, D. (1965). The influence of patients and therapist in determining the use of psychotherapy in a hospital setting. *Psychiatry*, 28, 297-310.
- Gallager-Thompson, D., Hanley-Peterson, P., and Thompson, L. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 371-373.
- Garfield, S. (1978). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield and A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Gelder, M., Marks, I., Wolf, H., y Clarke, M. (1967). Desensitization and psychotherapy in the treatment of phobic states: A controlled inquiry. *British Journal of Psychiatry*, 113, 53-73.
- Gluck, M., Tanner, M., Sullivan, D., and Erickson, P. (1964) Follow-up evaluation of 55 child guidance cases. *Behavioral Research and Therapy*, 2, 131-134.
- Hazelrigg, M., Cooper, H., y Borduin, Ch. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 101(3), 428-442.
- Heine, R. (1950). *Investigation of the relationship between change in personality from psychotherapy as reported by patients and the factors seen by patients as producing change*. Tesis doctoral. Universidad de Chicago.
- Hollon, S., Shelton, R. y Loosen, P. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 88-89.
- Howard, K., Kopta, S. Krause, M., and Orlinsky, D. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. Special issue: Psychotherapy research. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.

- Imber, S. Glanz, L. Elkin, I., Sotsky, S., Boyer, J., and Leber, W. (1986). Ethical issues in psychotherapy research: Problems in collaborative clinical trials study. *American Psychologist*, 41(2), 137-146.
- Jacobson, N., Dobson, K., Fruzzetti, A., Schmalings, K., and Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(4), 547-557.
- Jones, E. (1936). *Decennial report of the London Clinic of Psychoanalysis, 1926-1936*. London.
- Jones, N., and Kahn, M. (1964). Patients attitudes as related to social class and other variables concerned with hospitalization. *Journal of Consulting Psychology*, 28, 403-408.
- Jones, E., Krupnick, J., and Kerig, P. (1987). Some gender effects in a brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 24(3), 336-352.
- Jones, E., Cumming, J., and Horowitz, M. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 48-55.
- Kamin, I., and Caughlan, J. (1963). Subjective experiences of outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 17, 660-668.
- Kessel, L., y Hyman H. (1933). The value of Psychoanalysis as a therapeutic procedure. *Journal of Americal Medical Association*, 101, 1621-1615.
- Klein, D., Zitrin, C., Waerner, M., and Ross, D. (1983). Treatment of phobias: 2. *Archives of General Psychiatry*, 40, 139-145.
- Klerman, G., DiMascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., y Paykel, E. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 131, 186-191.
- Klosko, J., Barlow, D., Tassinari, R., and Cerney, J. (1990). A comparison of Alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(1), 77-84.
- Knight, R. (1941). Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 98, 434-446.
- Koss, M. (1979). Length of psychotherapy for clients seen in private practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(1), 210-212.
- Lambert, M., y Asay, T. (1984). Patient characteristics and their relationship to psychotherapy outcome. En M. Hersen, L. Michelson, and A. Bellack (Eds.), *Issues in psychotherapy research* (pp. 313-359). New York: Plenum Press.
- Masling, J., and Cohen, I. (1987). Psychotherapy, clinical evidence, and the self-fulfilling prophecy. *Psychoanalytic Psychology*, 4(1), 65-79.
- McConaughy, E. (1987). The person of the therapist in psychotherapeutic practice. *Psychotherapy*, 24(3), 303-314.
- McLean, P., and Hakstian, R. (1990). Relative endurance of unipolar depression treatment effects: Longitudinal study follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4), 482-488.

- McNair, D., Loor, M., and Callaham, M. (1963). Patients and therapist influences on quitting psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 10-17.
- Meltzoff, J., and Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton Press.
- Morton, R. (1955). An experiment in brief psychotherapy. *Psychological Monographies*, 69, N° 386.
- Mosen, J. Odegard, P., and Melgard, T. (1989). Major psychological disorders and changes after intensive psychotherapy: Findings from the Toyen Project, Oslo. Third European Conference on Psychotherapy Research (1989, Bern, Switzerland). *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 7(2), 171-180.
- Myers, J. (1966). *Fundamentals of experimental designs*. Boston: Allyn and Bacon.
- Newlin, D., and Thompson, J. (1987). New directions in the psychotherapy placebo design. *Psychotherapy*, 24(3), 421-426.
- Novick, J. (1965). Comparison between short-term group and individual psychotherapy in effecting change in nondesirable behavior in children. *International Journal of Group Psychotherapy*, 15, 366-373.
- O'Brien, C., Hamm, K., Ray, B., Pierce, J., Luborsky, L. and Mintz, J. (1972). Group versus individual psychotherapy with schizophrenics. *Archives of General Psychiatry*, 27, 474-478.
- O'Leary, K. D., y Beach, S. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *The American Journal of Psychiatry*, 147(2), 183-186.
- Paul, G. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. California: Stanford University Press.
- Paul, G., y Shannon, D. (1966). Treatment of anxiety through systematic desensitization in therapeutic groups. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 124-135.
- Phillip, R., Cohen, J., Gelcer, E., and Steinhauer, P. (1990). Family therapy training: Quo Vadis?. *Canadian Psychology*, 31(1) 83-88.
- Pope, K., Keith-Spiegel, P., and Tabachnick, B. (1986). Sexual attraction to clients. The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. Special issue: Psychotherapy research. *American Psychologist*, 41(2), 147-158.
- Poser, E. (1966). The effect of therapist's training on group therapeutic outcome. *Journal of Consulting Psychology*, 30, 283-289.
- Reisman, J. (1966). *The development of clinical psychology*. New York: Appleton Century Crofts.
- Rosenthal, D., and Frank, J. (1956). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53, 294-302.
- Rosenthal, D., and Frank, J. (1958). The fate of psychiatric clinic outpatients assigned to psychotherapy. *Journal of Nervous Mental Disease*, 127, 330-343.

- Rush, A., Bech, A., Kovacs, M., y Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Rush, A., Bech, A., Kovacs, M., Weissenburger, J., y Hollon, S. (1982). Comparison of the effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on hopelessness and self-concept. *American Journal of Psychiatry*, 139, 862-866.
- Selmi, P., Klein, M., Greist, J., Sorrell, S., y Erdman, H. (1990). Computer-administered cognitive-behavioral therapy for depression. *The American Journal of Psychiatry*, 147(1), 51-56.
- Shea, T., Pilkonis, P., Beckhan, E., Collins, J., Elkin, I., Sotsky, S., and Docherty, J. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the INMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *The American Journal of Psychiatry*, 147(6), 711-718.
- Schuler, H. (1982). *Ethical problems in psychological research*. New York: Academic Press.
- Sloane, B., Staples, F., Cristol, A., Yorkston, N., y Whipple, K. (1976). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Snyder, D., y Wills, R. (1989). Behavioral versus insight-oriented marital therapy: Effects on individual and interspousal functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(1), 39-46.
- Snyder, D., Wills, R., Grady-Fletcher, A. (1991). Long term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 138-141.
- Sotsky, S., Glass, D., Shea, T., Pilkonis, P., Collins, J., Elkin, I., Watkins, J., Imber, S., Leber, W., Moyer, J., y Oliveri, M. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the INMH Treatment of depression Collaborative Research Program. *The American Journal of Psychiatry*, 148(8), 997-1008.
- Stiles, W. (1988). Psychotherapy process-outcome correlations may be misleading. *Psychotherapy*, 25(1), 27-35.
- Stiles, W., Shapiro, D., y Elliot, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?". Special issue: Psychotherapy research. *American Psychologist*, 41(2), 165-180.
- Strupp, H. (1973a). On the basic ingredient of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 1-8.
- Strupp, H. (1973b). *Psychotherapy: Clinical, research, and theoretical issues*. New York: Jason Aronson, Inc.
- Strupp, H. (1986). Psychotherapy: Research, practice, and public policy (How to avoid dead ends). *American Psychologist*, 41(2), 120-130.
- Strupp, H. (1989). Psychotherapy: Can the practitioner learn from the research?. Meeting of the American Psychological Association (1988, Atlanta, Georgia). *American Psychologist*, 44(4), 717-724.

- Strupp, H. (1990). If this be research... rejoinder. *American Psychologist*, 45(5), 671-672.
- Talley, P., Strupp, H., and Morey, L. (1990). Matchmaking in psychotherapy: Patient-therapist dimensions and their impact on outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(2), 182-188.
- Thorley, A., y Craske, N. (1950). Comparison and estimate of group and individual methods of treatment. *British Medical Journal*, 1, 97-100.
- Tongas, P. (1979). The Kaiser-Permanente Smoking Control Program: Its purpose and implications for an HMO. *Professional Psychology: Research and Practice*, 10(4), 409-418.
- Wallerstein, R. (1989). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 195-205.
- Weissman, M. (1979). The psychological treatment of depression: Evidence for the efficacy of psychotherapy alone, in comparison with, and in combination with pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1261-1269.
- Whisman, M., Miller, I., Norman, W., and Keitner, G. (1991). Cognitive therapy with depressed inpatients: Specific effects on dysfunctional cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 282-288.