

INTEGRACION EN PSICOTERAPIA

**EDITOR
ROBERTO OPAZO**

IVAN BOSZORMENYI-NAGY
JORGE GISSI
HECTOR FERNANDEZ-ALVAREZ
ANA MARIA MARCHETTI
DANIEL O'LEARY
ALEXANDER KALAWSKI
JUAN FRANCISCO JORDAN
EUGENIO SUAREZ
CESAR OJEDA
MARIA ISABEL LIRA
MICHAEL PLAUT
HUMBERTO MATURANA
ALFONSO LUCO
VERONICA BAGLADI
HERBERT CHAPPA
IGOR SAAVEDRA
CATHERINE DUCOMMUN
FERNANDO CODDOU
RAUL SCHILKRUT
FERNANDO ALLIENDE
JORGE NAZAR
HUMBERTO GIANNINI
HERNAN DAVANZO
HECTOR CALAS
LOLA GOMEZ
JOSE MIGUEL IBAÑEZ
JAIME BOETSCH
XIMENA ROJAS
JAIME COLOMA
EDUARDO CARRASCO
MANUEL GUERRA
SERGIO BERNALES
ANA MARIA NOE
RAFAEL PARADA
ALFREDO RUIZ
CLAUDIO CONCHA
MARCO ANTONIO CARBONETTI
FERNANDO OYARZUN
HERNAN SILVA
CARMEN LUZ MENDEZ
HUGO HIRSCH
ROBERTO OPAZO



CAPITULO 36
FUERZAS DE CAMBIO EN PSICOTERAPIA
UN MODELO INTEGRATIVO

Roberto Opazo*

1. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA PSICOTERAPIA

El ámbito de la Psicoterapia es muy dinámico y creativo. Permanentemente se están proponiendo conceptos y estrategias clínicas de la más variada índole. Los interesados en el tema, estamos sometidos a un constante bombardeo de información de calidad muy disímil. En medio de tanta información, con frecuencia contradictoria, se nos hace cada vez más difícil orientarnos en la dirección correcta.

Y puesto que resulta fácil equivocarse, es necesario que nos planteemos oportunamente las preguntas más de fondo, aquellas cuyas respuestas contribuirán a orientarnos.

Han transcurrido ya más de cien años desde los primeros trabajos de Freud en psicoterapia. El lapso parece suficiente como para hacer un alto en el camino e intentar decantar un poco lo que ha sido este trayecto. ¿Cuánto ha avanzado la psicoterapia desde los tiempos de Freud? ¿Cuánto hemos progresado en el plano conceptual? ¿Hacemos en la actualidad mejores psicoterapias que las que él hacía, cien años atrás? ¿Qué podemos esperar de la evolución futura de la Psicoterapia?

1.1 Fortalezas de la Psicoterapia

La profesión de psicoterapeuta es una de las más difíciles. Plantea altas exigencias de capacidad, estudio y desarrollo personal. La evolución de un terapeuta implica una dialéctica constante entre teoría y práctica, en un camino lleno de altibajos. Cuando un aspecto comienza a aclararse, empiezan a oscurecerse otros.

A nivel experiencial, el terapeuta suele trabajar bajo fuerte presión emocional, derivada de exigencias, auto-exigencias, inseguridades y dudas. De lo planteado en el Capítulo de Jaime Boetsch se desprende que la experiencia de ser un terapeuta es a la vez apasionante y estresante.

Son muchos los terapeutas esforzados y responsables que han aportado al desarrollo de esta disciplina. Durante estos años, no ha faltado esfuerzo, talento y creatividad. Tampoco ha faltado vocación, en una tarea no siempre bien comprendida.

¿En qué aspectos de fondo se ha logrado avanzar?

Considero necesario ante todo el distinguir lo que es progreso en psicoterapia de lo que es el desarrollo de la psicología científica. La psicoterapia apunta a un conocimiento clínico aplicado, no procura tan sólo la búsqueda del conocimiento en el dominio de la psicología general.

En el plano *conceptual* los aportes son tantos que se hace preciso sintetizar mucho. En mi opinión, esenciales aportes conceptuales son los paradigmas causales, es decir el aporte que han significado los paradigmas biológico, clásico, operante, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. Son ellos el fundamento conceptual básico sobre el cual se han construido tantas teorías y estrategias clínicas. Más adelante me extenderé en este tema tan significativo.

En el plano del *diagnóstico clínico*, considero un evidente progreso la evolución de los Manuales de Diagnóstico y Estadística de la Asociación de Psiquiatría Norteamericana. Desde los importantes

pero discutidos aportes de Kraepelin (1902), Schneider (1931), Sheldon (1940), Kanfer y Saslow (1965) y tantos otros, se ha podido ir generando cierta convergencia en terrenos tradicionalmente tan divergentes. Se está comprendiendo que no llegaremos lejos, mientras cada autor proponga una clasificación diagnóstica diferente y una terminología diferente. Paulatinamente, en el ámbito del diagnóstico, se está posibilitando el uso de un lenguaje conceptual común.

En lo relativo a los *resultados terapéuticos*, son innumerables las investigaciones que informan éxitos terapéuticos en prácticamente todos los desajustes imaginables. En un intento por decantar los reales avances, es posible sostener que, en términos generales, la psicoterapia tiende en forma consistente a ser superior al no tratamiento. Los más serios estudios sobre resultados terapéuticos así lo concluyen. (Bergin y Lambert, 1978; Elkin et al. 1989). En una revisión realizada por Toksoz, Byram y Karasú (1984) informan que hay 475 estudios que comparan psicoterapia con no tratamiento; al analizarlos encontraron que el 80% de los pacientes que recibieron terapia mejoraron en comparación con los que no la recibieron. De este modo, a través de estos años, son muchas las personas que se han visto beneficiadas por su psicoterapia.

En un nivel de análisis más específico, considero importante el consenso que se está alcanzando respecto al rol de la *relación paciente - terapeuta*. Van quedando atrás los tiempos en los que muchos clínicos estimaban que si la técnica era la correcta, la relación terapéutica era poco relevante.

Hace algunos años, la revista *Cognitive Therapy and Research* entrevistó a destacados terapeutas de diferentes orientaciones. El objetivo era aportar al esclarecimiento de los principios efectivos en psicoterapia. Entre los terapeutas entrevistados estuvieron Arnold Lazarus, Víctor Raimy, Julián Rotter, Jerome Frank, Hans Strupp, etc. En las respuestas hubo un claro consenso en enfatizar el rol de la relación paciente - terapeuta en el cambio en psicoterapia. En las palabras de Jerome Frank: "La relación paciente - terapeuta es el fundamento central de toda terapia. Sin una buena relación terapéutica, cualquier procedimiento fracasará. Con una buena relación, en la mayoría de los pacientes, cualquier procedimiento tendrá éxito". (1980, p. 288).

Años más tarde, la revista *Terapia Psicológica* organizó un interesante Foro bajo el título "Psicoterapia". Fuí invitado a participar junto a destacados terapeutas; entre los clínicos participantes estuvieron Alexander Kalawski, Fernando Coddou, Liliana Pualuán y Lola Hoffman. Una vez más hubo acuerdo respecto a la importancia de la relación paciente - terapeuta. En las palabras de Alexander Kalawski: "la relación paciente - terapeuta es la base sobre la que descansa la psicoterapia y sin la cual ésta no podría existir" (1986, p. 50).

Otro aspecto en torno al cual tiende a producirse cierta convergencia entre los psicoterapeutas es acerca del rol de la *empatía* en la relación paciente - terapeuta. Tiende a imponerse una valoración de la capacidad de empatía por sobre otras variables tales como la calidez, autenticidad y aceptación incondicional. (Rogers, 1959; Lambert y Bergin, 1983; Kohut, 1984; Lafferty, 1989).

En un plano aún más específico, son muchas las *técnicas* aportativas que se han desarrollado a través de estos años. Se trata de procedimientos prácticos y específicos, descritos de un modo preciso y con secuencias especificadas, orientados a tratar desajustes psicológicos de tipo más bien sintomático. La efectividad de una técnica se evalúa en contextos específicos y en problemas clínicos específicos. En la evaluación de una técnica es importante esclarecer quién la aplica en qué problemas, con qué objetivos y cómo.

Ejemplos de técnicas que se han mostrado aportativas a través de las investigaciones son la exposición in vivo en pacientes agorafóbicos (Emmelkamp et al., 1978). La focalización sensorial en pacientes con desajustes sexuales (Masters y Johnson, 1966, 1970), la economía de fichas en pacientes crónicos hospitalizados (Paul Lentz, 1977), la técnica de la silla vacía en conflictos internos (Greenberg, 1984), el modeling participativo en pacientes fóbicos (Bandura, 1979), la técnica de compresión en pacientes con eyaculación precoz (Masters y Johnson, 1970), la inoculación de rabia en pacientes agresivos (Novaco, 1976), la exposición y prevención de respuesta en pacientes obsesivo-compulsivos (Foa, Steketee y Ozarow, 1985), la intención paradójica en problemas de ansiedad (Asher, 1985), el ensayo conductual en pacientes con ansiedad social (Barlow, 1988), la intención paradójica en procastinadores (Shoham - Salomon et al., 1989), etc. En general este tipo de técnicas no sólo supera ampliamente al no tratamiento, sino también al efecto placebo. Desafortunadamente, muchos problemas de los pacientes no son abordables por vía técnica; además, no está en absoluto claro el por qué son aportativas aquellas que sí lo son.

(*) El autor desea agradecer el aporte que directa o indirectamente han hecho al presente trabajo los psicólogos Ana María Marchetti, Eugenio Suárez, María Amelia Andreani, Fernando Alliende, Verónica Bagladi y Eduardo Barriga y los psiquiatras Lister Rossel y Ximena Rojas.

Otro aspecto que considero de avance es el refinamiento que se está alcanzando en la *metodología* de la investigación en psicoterapia. La tendencia es a valorar cada vez más la precisión, el rigor y la especificidad. Se está empezando a comprender en forma creciente, que cien estudios deficientes aportan menos que un solo estudio bien diseñado. Un buen ejemplo de esto lo constituye el Programa Colaborativo de investigación para el Tratamiento de la Depresión, realizado bajo el auspicio del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (1985 - 1989). Aunque en la actualidad este tipo de estudios rigurosos son muy escasos, la tendencia pareciera apuntar a continuar en esa dirección.

Por los objetivos del presente trabajo, no me extenderé en cada una de las áreas de progreso que he señalado. Al respecto no pretendo ser exhaustivo; lo que sí deseo es dejar constancia de la existencia de estas áreas y de su importancia. Deseo manifestar también mi respeto y valoración hacia el trabajo abnegado de tantos terapeutas, que dedican gran parte de sus vidas a una actividad muy sacrificada y estresante, en la difícil tarea de aportar realmente a sus pacientes.

1.2 Debilidades de la Psicoterapia

Las "fortalezas" señaladas anteriormente se pierden de vista fácilmente cuando emerge el cúmulo de problemas y hechos negativos de la psicoterapia. Por doquier surgen voces críticas y actualmente constituye un lugar común referirse a la *crisis* de la psicoterapia. ¿Existe tal crisis?, ¿cuáles son las debilidades más relevantes de la psicoterapia?

Se ha señalado que uno de los signos de nuestro tiempo es que tenemos más preguntas que respuestas. En las etapas más primitivas de nuestro desarrollo como especie, teníamos respuesta para todo... aunque muchas de esas respuestas tuvieran un carácter "mágico" o fueran simplemente erróneas. Con la evolución, hemos progresado en rigor y en precisión; las respuestas mágicas no nos tranquilizan y las respuestas erróneas no nos satisfacen. Con la evolución vamos aprendiendo a reconocer nuestros límites y vamos aprendiendo a decir *no sé*. Es así que muchas preguntas van quedando sin respuesta.

Este aporte evolutivo no pareciera haber llegado al ámbito de la Psicoterapia. En este ámbito, son muchas más las respuestas que las preguntas, y las palabras no lo sé se pronuncian poco.

Una de las debilidades más importantes de la psicoterapia es que las hipótesis son tomadas como evidencias. No hemos aprendido la *diferencia entre enunciar y demostrar*. Esto se ha traducido en la acumulación de miles de hipótesis y teorías cuya validez real se desconoce. Y hay adeptos para cada hipótesis y para cada teoría.

En el contexto señalado, no resulta sorprendente que a su vez se acumulen enfoques psicoterapéuticos. Es así como Harper (1959) identificó 36 distintos sistemas de psicoterapia. Un tiempo después Parloff (1976) describió más de 130. Por su parte Herink (1980) detectó 250. Más recientemente Karasú (1986) informó de más de 400. Aunque estas cifras estuvieran exageradas en una dirección "apocalíptica", lo evidente es que en el panorama no reinan los acuerdos. De mantenerse este ritmo de reproducción de enfoques, hacia el año 2300 habría en el mundo más enfoques que habitantes.

A su vez cada enfoque aporta diversas técnicas y estrategias clínicas de las más variadas características. Y desde las técnicas más serias a las más disparatadas, todas cuentan con entusiastas adeptos.

Lo anterior pone de manifiesto un problema de fondo. Si se mantienen vigentes tantas respuestas a las mismas preguntas, es porque *no está claro cuales son las mejores respuestas*. Aunque resulte sorprendente, a muchos clínicos esto parece inquietarles muy poco. ¿Para qué buscar respuestas únicas cuando se pueden tener tantas? ¿Qué puede ser más flexible y maduro que la tolerancia en la divergencia?

En los hechos, ningún enfoque terapéutico ha logrado alcanzar una definitiva superioridad. Enfoques tan importantes como el psicoanálisis, la terapia conductual, el humanista - experiencial o el sistémico, han debido resignarse a una popularidad compartida. Y no se vislumbra como probable el que alguno de estos enfoques alcance una aceptación generalizada en el futuro.

A su vez, las promesas iniciales de cada enfoque se han cumplido muy poco. A comienzos de los años 70 Joseph Wolpe nos hablaba de 90% de éxitos al aplicar desensibilización sistemática. Por

esos años Eric Berne sostenía que el análisis transaccional aportaría una inusitada potencia terapéutica. Y los rogerianos nos decían que la calidez, autenticidad y empatía resolverían gran parte de nuestros problemas clínicos. A comienzos de los años 80 Aaron Beck nos aportaba evidencias según las cuales la terapia cognitivo - conductual superaba consistentemente a los fármacos en depresión. La experiencia ha mostrado que faltó cautela en esas aseveraciones. Peor aún, la experiencia ha mostrado que los optimismos iniciales se han desvirtuado siempre.

El ciclo de auge y "caída" de los enfoques se ha repetido demasiadas veces. En la etapa de auge terapeutas carismáticos anuncian la nueva "revolución" y muestran entusiastamente teorías y estrategias clínicas novedosas. Esta "revolución" puede ser conductual, gestáltica, transaccional, cognitiva, sistémica, etc. Una audiencia impresionada es informada de los éxitos del nuevo sistema, de los muchos éxitos que vendrán y de lo poco perspicaces que han sido hasta ahora los psicoterapeutas. Cuando los éxitos comienzan a no llegar, una parte de la audiencia se decepciona e inicia su desplazamiento hacia nuevos rumbos. Y como el ciclo se ha repetido tanto, un sector importante de la audiencia se está cansando y se está tornando crecientemente escéptica a nuevas promesas paradigmáticas y terapéuticas.

El grado de dificultades que afectan a la psicoterapia es de tal magnitud, que se hace difícil que los problemas se mantengan bajo "secreto profesional". Es así que los problemas han trascendido al público por diversos medios. Revistas de gran difusión a nivel mundial, que habitualmente han mostrado una actitud favorable hacia la psicoterapia, han comenzado a publicar reportajes bastante críticos.

En su número del 2 de abril de 1979 la revista TIME abordó in extenso el tema de la psicoterapia. Bajo el sugerente título "La Psiquiatría en el Diván" el artículo sostiene que la psicoterapia está en crisis, que ha sido incapaz de mostrar buenos resultados y que su futuro se vislumbra como problemático. Luego de señalar que las promesas hechas por los psicoterapeutas no se han cumplido, el artículo concluye cifrando las esperanzas futuras en el desarrollo de la genética, en la investigación de los neuroreguladores y en el progreso de los psicofármacos.

El artículo de TIME ha sido seguido por muchos otros. Un amplio reportaje de la revista Newsweek, realizado en su número del 21 de diciembre de 1981, termina también cifrando las esperanzas futuras en el desarrollo de los psicofármacos. Luego de sostener que la psicoterapia convencional es un proceso costoso y prolongado, de resultados inciertos y poco demostrables, plantea que "muchos analistas creen que el futuro de la terapia pertenecerá principalmente a los neuroquímicos, quienes tendrán la oportunidad de terminar el incompleto 'aparato mental' de Freud".

En su número de febrero de 1981 la revista Psychology Today publicó un extenso trabajo de los psiquiatras Paul Wender (Universidad de Utah) y Donald Klein (Universidad de Columbia). Bajo el título de "La Promesa de la Psiquiatría Biológica" los autores destacan el acelerado desarrollo de la farmacoterapia, relegando a segundo plano a la psicoterapia. "Al encarar el problema de la enfermedad mental, los eruditos de la psiquiatría de la primera mitad del Siglo XX creyeron que la teoría freudiana aportaría las respuestas. Sin embargo, en la segunda mitad del siglo la investigación científica ha descubierto evidencia que los diferentes funcionamientos biológicos son centrales en la enfermedad mental y que mucho de lo sostenido por la hoy arrinconada teoría psicodinámica es irrelevante e incluso engañoso".

En su número del 14 de julio de 1984 la revista Science News informa a sus lectores de los problemas de la psicoterapia. En un artículo titulado "La Psicoterapia en el Banquillo: Mezclando Arte y Ciencia", enfatiza la falta de acuerdos y evidencias con respecto a cuales enfoques son más aportativos y en qué tipos de problemas. Sobre esta base finaliza: "Esto lleva a los críticos a la tentación de concluir que los pacientes están meramente arrendando un amigo y que muestran mejoría porque alguien les está prestando atención y no a causa de las técnicas o habilidades de los terapeutas".

Más recientemente, en enero de 1990, la revista "Vogue" publicó un breve artículo en el que también se enfatiza los progresos de la farmacoterapia en desmedro implícito de la psicoterapia. Se sostiene que la psiquiatría moderna ha abandonado el diván por el laboratorio, en sus intentos por comprender y tratar la enfermedad mental. El artículo concluye que "la efectividad, eficiencia y el reducido costo de los nuevos tratamientos agrada a muchos pacientes".

En nuestro medio y en fecha aún más reciente, la revista "Paula" de noviembre de 1991 ha abordado el tema del cuestionamiento de la psicoterapia. Una vez más el título del artículo resulta sugerente: "Adiós al psicoanálisis. Bienvenidos fármacos". En el artículo el psiquiatra Sergio Peña y Lillo se refiere a una gran revolución dentro de la psiquiatría, según la cual la biografía pierde terreno frente a la biología. Enfatiza el rol de las disposiciones constitucionales y genéticas. Enfatiza también el aporte de la farmacoterapia relegando a la psicoterapia a un segundo plano claramente irrelevante. "Las llamadas psicoterapias no son verdaderas terapias sino simplemente métodos de ayuda psicológica para personas sanas que tienen inmadurez de su conducta o de su personalidad". A partir de lo planteado por Peña y Lillo la Directora de la revista señala en la página Editorial: "Entender y aceptar a estas alturas de la vida y habiendo sido formados casi al alero del psicoanálisis, que la biografía personal no tiene relación con los trastornos psíquicos y que la psicoterapia no es la forma de curar estas enfermedades, no es tarea fácil".

El denominador común de los reportajes precedentes es una fuerte confianza en la farmacoterapia y una marcada crítica y desconfianza hacia la psicoterapia, en sus distintas versiones. Por estar más difundido a nivel social, es al psicoanálisis a quien apuntan las principales críticas.

En el plano social, otros hechos han contribuido a lesionar el prestigio de la psicoterapia. Un ejemplo de este tipo de hechos lo constituye el caso de Patricia Hearst. El 14 de febrero de 1974 Patricia fue secuestrada y encerrada durante 57 días en un closet. Acosada física y psíquicamente, abandonó el lugar convertida en guerrillera y con un odio fuerte hacia su propia clase social. A continuación, en colaboración con sus captores, participó en orgías, asaltos, consumo de drogas y crímenes, por un período de un año. Durante el juicio, un equipo de psicólogos y psiquiatras apoyó a la defensa, sosteniendo que Patricia tenía síndrome de Stockholm en virtud del cual la víctima va adquiriendo una relación de dependencia afectiva de sus captores. Otro equipo de psicólogos y psiquiatras discrepó fuertemente con este diagnóstico. El caso fue muy reportado por diarios, revistas, radio y televisión. Al final, quedó la idea que los especialistas habían aportado muy poco y que se habían contradicho en exceso.

Más recientemente otro caso clínico impactó a la opinión pública de los Estados Unidos. El Dr. Rafael Osheroff, médico de 42 años, fue ingresado a la Clínica Chestnut Lodge en Maryland el 2 de enero de 1979. Desde hacía 2 años el Dr. Osheroff venía sufriendo de síntomas ansiosos y depresivos. El paciente permaneció en la clínica durante 7 meses; durante ese tiempo fue tratado exclusivamente con psicoterapia individual 4 veces a la semana. Perdió 40 libras de peso, experimentó un fuerte insomnio y empezó a mostrar una severa agitación psicomotora. Su agitación se traducía en un incesante caminar y sus pies fueron dañados al punto de requerir atención médica. A pesar de las presiones de la familia, asesorada por psiquiatras no pertenecientes a la clínica, el staff de Chestnut Lodge se negó a modificar el tratamiento, el cual continuó sobre la base exclusiva de psicoterapia. Puesto que el estado del paciente siguió empeorando, la familia lo retiró de la clínica y lo internó en la Silver Hill Foundation, en Connecticut. El nuevo tratamiento con fenotiazinas y tricíclicos, se tradujo en mejorías a las 3 semanas y en alta a los 3 meses. En 1992 el Dr. Osheroff inició acciones legales en contra de Chestnut Lodge. Aunque finalmente se logró un acuerdo extrajudicial, el caso puso de manifiesto múltiples desacuerdos diagnósticos y terapéuticos entre los clínicos. En el debate del caso Osheroff han participado connotados especialistas tales como Gerald Klerman, Donald Klein, Alan Stone y Roger Greenberg, entre muchos otros. Así, muy destacados terapeutas han mostrado públicamente sus desacuerdos conceptuales y clínicos en niveles de fondo. El caso ampliamente divulgado por los medios de comunicación, ha contribuido a lesionar el prestigio de la psicoterapia. Opiniones sobre el caso, emitidas por destacados terapeutas, han sido recogidas por el American Journal of Psychiatry en sus números de abril de 1990 y de enero de 1991; por supuesto las discrepancias son múltiples en todos los aspectos.

Las debilidades de la psicoterapia han sido conocidas también en esferas políticas. Ya en 1978 el Comité de Finanzas del Senado de los Estados Unidos comenzó a cuestionar la ayuda financiera a los tratamientos psicoterapéuticos. Junto con concluir que el panorama de la psicoterapia era sumamente confuso, los senadores y asesores se plantearon preguntas del tipo: ¿cuán útil es la psicoterapia?, ¿qué enfoques aportan más?, ¿cuáles merecen ayuda financiera?

En esa época el Jefe del Comité de Salud del Senado, Jay Constantine, cuestionó directamente los estudios existentes sobre la efectividad de la psicoterapia. En carta dirigida al Dr. Gerald

Klerman, Jefe de la Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, señala: "Basado en evaluaciones de la literatura y de los testimonios, parece claro para nosotros que virtualmente no existen estudios clínicos controlados, conducidos y evaluados de acuerdo con principios científicos generalmente aceptados, que confirmen la eficacia, seguridad y adecuación de la psicoterapia tal como es conducida hoy en día".

Constantine propuso que las terapias fueran evaluadas durante 5 años. De este modo a partir de 1984 el reembolso federal se limitaría sólo a aquellas terapias que hubieran sido aprobadas luego de una evaluación científica. La fuerte oposición de los especialistas en salud mental impidió que esto se llevara a la práctica. Los planteamientos de Constantine, sin embargo, han estimulado el desarrollo de importantes y serias investigaciones sobre resultados en psicoterapia.

Si se escribiera el libro "Acuerdos en Psicoterapia" tendría muy pocas páginas. No así el de los desacuerdos. Estos abarcan también aspectos epistemológicos, metodológicos y paradigmáticos.

Casi no existe ningún tema relevante para la psicoterapia, que no sea objeto de discusiones y desacuerdos múltiples. Conceptos tales como el de normalidad, causalidad, enfermedad mental, personalidad, etc. han sido fuente de interminables polémicas.

En el ámbito *epistemológico* podría decirse que, salvo en el último tiempo, la mayoría de los terapeutas no se ha interesado mucho en el tema. A la hora de la toma de posiciones, los desacuerdos emergen prontamente. Las discrepancias se centran en las posibilidades de acceso a la realidad, en la confianza que merecen los datos empíricos, en el rol de la actividad del sistema nervioso en el conocimiento, etc.

A nivel *metodológico* el consenso es menor aún y no hay acuerdo respecto a qué métodos posibilitan la obtención de conocimientos válidos en psicoterapia. Unos privilegian la introspección y el método fenomenológico, otros las observaciones clínicas, otros las observaciones empírico-experimentales.

Por lo tanto, los datos de la investigación empírico-experimental son aceptados por unos y rechazados por otros. Y las investigaciones a su vez entregan todo tipo de resultados, como para avalar cualquier hipótesis. Sin embargo, si a la complejidad de la conducta humana le agregamos imprecisión en los estudios de investigación, el resultado equivale a apagar un incendio con bencina. Es lo que han hecho miles de estudios mal diseñados y laxamente realizados.

Tan efectivo es lo anterior que se ha constatado que la orientación teórica de los investigadores permite predecir casi invariablemente cual enfoque terapéutico arrojará los mejores resultados (Smith, et al. 1980; Berman, Miller y Massman, 1984). De este modo si el investigador adscribe al enfoque cognitivo conductual, éste enfoque resultará exitoso. Otro tanto ocurrirá si el investigador es de orientación gestáltica, psicodinámica, etc. Cada cual demuestra lo que desea demostrar, sin mayores ruborizaciones. Todo un sesgo al autoservicio realizado por los expertos en sesgos.

Como vemos en la psicoterapia los desacuerdos teóricos se presentan en todos los niveles. Esto ha facilitado que entre los conductistas, los psicoanalistas, los sistémicos, etc., se estén perfilando con cierta frecuencia muchos "sub-enfoques" nuevos. Por ejemplo, recientemente Dobson (1988) estimó que en la actualidad existen no menos de 22 variedades de terapia cognitiva. Lo que está claro es que ninguna teoría ha logrado satisfacer y unificar a los clínicos y que, por el contrario, parece existir una creciente desilusión con los sistemas teóricos existentes (Beitman, Goldfried y Norcross, 1989). Esta desilusión se traduce en la creación de nuevos enfoques o en una prescindencia de la teoría en pro de posturas pragmáticas a nivel terapéutico. El problema es que, como lo señalara tempranamente Guthrie (1946): "A menos que los psicólogos mantengan un interés en la teoría general, los campos de la psicología llegarán a ser colecciones crecientemente independientes de información indigesta" (pp. 19-20).

Consistente con lo anterior, en el ámbito de los *paradigmas* causales los desacuerdos tampoco han sido escasos. Unos clínicos enfatizan el rol de las variables biológicas, otros el de las cogniciones; unos el de las variables inconscientes, otros el del ambiente, o el rol del sistema familiar, etc. Tras éstas discrepancias paradigmáticas, los terapeutas adscriben también a diferentes modelos de lo que es el ser humano. Se ha planteado, por ejemplo, que el enfoque conductual tendría una perspectiva "alegre" del funcionamiento humano, la cual se reflejaría en la creencia que la felicidad puede ser obtenida si se identifican y remueven barreras ambientales. Por contraste, los psicoanalistas optarían por un enfoque "trágico" que reconoce y asume limitaciones inherentes a la condición humana (Messer y Winokur 1984).

Como si las debilidades de la psicoterapia no fueran suficientes, las evidencias más serias muestran que en términos generales, los resultados terapéuticos tienden a ser *pobres*.

Como lo he señalado, son muchas las investigaciones que respaldan la efectividad de la psicoterapia en relación al no tratamiento. (VandenBos y Pino, 1980; De León et al., 1983; Toksoz, Byran y Karazú, 1984). Sin embargo, aquellos estudios que han comparado la psicoterapia con un grupo control placebo, han encontrado que a la psicoterapia le resulta difícil superar significativamente al placebo. Al respecto Eysenck (1985) ha sostenido que, con la sola excepción de las técnicas conductuales, todas las psicoterapias han sido incapaces de mostrar resultados significativamente superiores a los controles placebo. En apoyo de estas conclusiones cita estudios de Smith, Glass y Miller (1980), Prioleau, Murdock y Brody (1983), Critelly y Neumann (1984).

El problema se profundiza aún más cuando se intenta una comparación entre los diversos enfoques de la psicoterapia. Puesto que no existen evidencias claras en favor de un enfoque, ha venido quedando un amplio espacio para el debate y las discusiones interminables. Como una forma de poner término a la polémica, se ha tendido a transar en una especie de conclusión salomónica: todos los enfoques son eficientes y ninguno es más eficiente que otro. En suma, una declaración de igualdad muy coherente con la celebración de los 200 años de la revolución francesa.

Esta suerte de "empate" terapéutico, se expresa en la conocida hipótesis de los tercios. Cualquiera sea el enfoque terapéutico que se aplique, en el supuesto que el clínico se maneje "adecuadamente", la tercera parte de los pacientes progresará notablemente, otra tercera parte progresará parcialmente y el último tercio simplemente no progresará. Esta hipótesis tiene la ventaja de dejar amplio espacio para la libre elección; si todos los enfoques son igualmente eficientes, cada terapeuta puede elegir el que mejor se acomode a sus preferencias y a su personalidad. Es decir, a la igualdad le agregamos libertad.

Hace ya algunos años Luborsky, Singer y Luborsky (1975) ejemplificaron estupendamente el supuesto "empate" entre los enfoques. Valiéndose de un pasaje de "Alicia en el País de las Maravillas" de Lewis Carol, enfatizaron el llamado veredicto del dodo. Alicia y una extraña variedad de animales habían caído en un charco de agua y necesitaban secarse. Como una forma de facilitar el proceso de secado, el ratón había iniciado una larga y aburrida lectura acerca de Guillermo el Conquistador. Pero el secado no progresaba. Fue entonces cuando el pájaro dodo propuso la adopción de medidas más enérgicas: una carrera colectiva. "Primero trazó una pista para la carrera, más o menos un círculo, y después todo el grupo se fue colocando aquí y allá a lo largo de la pista. No hubo el 'a la una, a las dos, a las tres, ya sino que todos empezaron a correr cuando quisieron". Cuando llevaban corriendo más o menos media hora, el dodo gritó súbitamente: ¡la carrera ha terminado! Los sorprendidos animales le preguntaron quién había ganado. Luego de largas cavilaciones el dodo pronunció su veredicto: "Todos han ganado y todos tienen que recibir premios" (Carol 1965/1984, pp. 47-48).

Lo que establece el veredicto del dodo es que, en promedio, los resultados terapéuticos de los diferentes enfoques no muestran diferencias significativas. Los buenos y malos terapeutas, los buenos y malos tratamientos se distribuirán de un modo relativamente uniforme entre los enfoques. El veredicto del dodo, que concluye que la psicoterapia es efectiva pero que no se evidencian diferencias significativas entre los enfoques, es apoyado por un amplio margen de investigadores. (Bergin y Lambert, 1978; Smith, Glass y Miller, 1980; Garfield, 1983; Michelson, 1985; Stiles, Shapiro y Elliot, 1986). Más recientemente se ha planteado que, "con escasas excepciones, existe poca evidencia confiable para recomendar el uso de una psicoterapia sobre otra, en el tratamiento de problemas específicos". (Beitman, Goldfried y Norcross, 1989, p. 140).

La aceptación del veredicto del dodo facilita la convivencia pacífica entre los enfoques. Pierde sentido la lucha por establecer superioridad y a cada enfoque le queda un espacio vital disponible. Por supuesto, el veredicto del dodo deja abierta las puertas a que todo sea válido, todo aceptable y a legitimar cualquier cosa.

En el supuesto que el veredicto del dodo fuera correcto, sus consecuencias para la terapia serían enormes. Implicaría que los desarrollos conceptuales, teóricos y paradigmáticos, no aportarían *nada* al cambio en psicoterapia. Implicaría también que las estrategias clínicas específicas de los distintos enfoques, tampoco aportarían *nada* al cambio terapéutico. En suma, implicaría que desde los tiempos de Freud no habríamos progresado *nada*. El hecho que la psicoterapia supere

al no tratamiento, se debería a variables inespecíficas relacionadas con el paciente, con el terapeuta y con la relación paciente - terapeuta.

De ser correcto el veredicto del dodo significaría que los conceptos específicos constituirían esfuerzos inútiles. La mayor o menor formación de un terapeuta sería irrelevante. El que un terapeuta domine bien sus teorías y técnicas no aumentaría significativamente su potencia terapéutica. Tampoco sería muy relevante el que fuera activo o pasivo, directivo o no directivo. Bastaría con una cuota de sentido común, de calidez, de capacidad para escuchar, de aptitudes interpersonales. Al carecer de importancia las variables específicas de cada enfoque, los esfuerzos de superación no se justificarían, cualquiera podría ser terapeuta y la psicoterapia dejaría de ser una especialidad. Bien podría decirse que todos los enfoques habrían sido "vencidos".

En la actualidad, el ya citado Programa Colaborativo de Investigación para el tratamiento de la Depresión (NIMH), es ampliamente valorado como el mejor estudio que se ha realizado sobre resultados de la psicoterapia (Elkin et al., 1989). En este estudio 250 pacientes fueron asignados a una de cuatro condiciones de tratamiento de 16 semanas: psicoterapia interpersonal, terapia cognitivo conductual, imipramina más manejo clínico y placebo más manejo clínico. Los pacientes de los cuatro grupos mostraron una reducción significativa de los síntomas depresivos y una mejoría en el funcionamiento a través del curso del tratamiento. Al término, hubo un orden consistente en la efectividad de los tratamientos con el grupo imipramina en el mejor lugar y el grupo placebo en el peor; las psicoterapias se ubicaron entre ambos. "Comparando cada una de las psicoterapias con la condición de placebo más manejo clínico, hubo limitada evidencia de la efectividad específica de la psicoterapia interpersonal y ninguna para la terapia cognitivo - conductual" (Elkin et al., 1989 p. 971).

En líneas generales diría que el estudio NIMH recientemente citado tiende a apoyar el veredicto del dodo, al no mostrar diferencias significativas entre los dos grupos de psicoterapia. Tiende a apoyar también lo que he señalado anteriormente, en el sentido que a la psicoterapia le resulta muy difícil superar al efecto placebo. En las palabras de Irene Elkin: "Estos hallazgos son consistentes con muchos informados en la literatura de la psicoterapia en términos de una general falta de diferencias en los resultados entre diferentes formas de psicoterapia. La carencia general de diferencias entre las dos psicoterapias, junto con los buenos resultados para el grupo placebo, sugiere la importancia de factores comunes a los diferentes tipos de tratamiento mediados psicológicamente" (1989, p. 979). Naturalmente el estudio NIMH no constituye la última palabra y el tema dista de estar agotado.

Los propios psicoterapeutas han comenzado a cuestionar a la psicoterapia. Aunque habitualmente los psicoterapeutas se presentan como exitosos y satisfechos de sus aportes a los pacientes, no pocos se enfrentan con fuertes dudas al respecto. En algunos casos las dudas se explicitan abiertamente. Hace algunos años participé en un Coloquio sobre el tema "Tratamiento de los Trastornos de la Personalidad". El psicoterapeuta que moderaba, señaló que, a medida que progresaba en conocimientos y en experiencia, se había ido volviendo más pesimista respecto a las posibilidades de éxito terapéutico en trastornos de personalidad. Quienes compartíamos la mesa tendimos a estar de acuerdo con él. Se podría hipotetizar que, a mayor inexperiencia del clínico, mayor entusiasmo con respecto al aporte de la psicoterapia. (*)

Las críticas de los propios psicoterapeutas son cada vez más ácidas. En su libro "El Encogimiento de América" el psicólogo Bernie Zilberg (1980) afirma que los cambios psicoterapéuticos son pocos y de corta duración y concluye que el principal beneficio de la terapia surge de hablarle a una persona que escucha con simpatía. En apoyo de su conclusión cita un estudio realizado por el psicólogo Hans Strupp de la Universidad de Vanderbilt; en esta investigación psicoterapeutas profesionales tuvieron igual éxito que profesores de College, sin entrenamiento alguno en psicoterapia.

(*) Coloquio realizado en 1987 durante el 2º Encuentro de la Sociedad Chilena de Salud Mental. El Coloquio fue conducido por el psiquiatra Mario Gomberoff y participaron los psiquiatras Otto Dörr, Jacobo Numhausser, Rogelio Aravena y Rafael Parada, además del autor del presente capítulo.

En el último tiempo, el más fuerte cuestionamiento a la psicoterapia ha sido planteado por Jeffrey Masson en su libro "Juicio a la Terapia" (1991)(*). Masson es Ph.D de la Universidad de Harvard y se graduó como psicoanalista y miembro de la International Psychoanalytical Association en 1978. En su libro, Masson cuestiona y descalifica al psicoanálisis, a los psicoanalistas, a la psicoterapia en general. Entre los fuertemente descalificados están Freud, Ferenczi, Jung, Rosen, Rogers, Erickson, Perls, etc. Al preguntarse Masson si en sus años de psicoanalista logró ayudar realmente a sus pacientes, la respuesta es rotundamente negativa. Señala que con facilidad podría haber cambiado de lugar con los pacientes y que no estaba en posición de ayudarlos eficientemente. "Cualquier consejo que pudiera entregar no era superior al que les daría un amigo bien informado... y el mío resultaba mucho más oneroso" (p. 263). La tesis fundamental de Masson es que cualquier forma de psicoterapia es en sí misma fraudulenta y nunca es honesta. El interés por el dinero o por ejercer poder predominaría siempre en el terapeuta por sobre un auténtico interés por el paciente.

He mostrado suficientes "debilidades" de la psicoterapia y no es necesario seguir abundando al respecto. A la pregunta inicial en relación a la posible existencia de una crisis en la psicoterapia, la respuesta es un sí contundente. Esta crisis abarca niveles epistemológicos, metodológicos, paradigmáticos y terapéuticos. Aunque algunos aceptan este panorama como algo natural o incluso deseable, desde mi punto de vista se trata de una crisis profunda que amerita y exige respuestas también profundas.

2. LA RESPUESTA IMPOSTERGABLE: INTEGRACION

El panorama anterior no resulta alentador. Una comparación entre fortalezas y debilidades de la psicoterapia entrega un balance negativo. Por muy favorable que pudiera ser nuestra actitud, no se puede soslayar el hecho que la psicoterapia se encuentra sumergida en una crisis profunda y que evoluciona en una dirección predominantemente entrópica, es decir hacia un desorden creciente.

De este modo, estamos viviendo una época de grandes definiciones para la psicoterapia. De nuestras decisiones y respuestas dependerá la construcción de una real especialidad y de una respetable profesión. Los próximos años nos mostrarán qué fuimos capaces de hacer, quiénes respondieron a la exigencia de los tiempos y quiénes se mantuvieron impertérritos ante tantas señales de advertencia.

Así, frente al panorama descrito se puede reaccionar de muy diversas maneras. Algunos considerarán que se ha exagerado lo negativo. Otros valorarán la existencia de divergencias. A no pocos la supuesta crisis los dejará indiferentes. No faltarán quienes asuman una mera conciencia intelectual de "enfermedad". Ese tipo de respuestas no contribuirán a modificar el panorama.

En mi opinión, lo que las circunstancias exigen es una nítida y potente egodistonia, una conciencia del problema a nivel intelectual y afectivo, una conciencia movilizadora de cambios. Se presenta aquí lo que pudiera constituir una primera oportunidad de integración, esta vez entre el awareness psicodinámico y la acción pragmática de los conductistas. En las palabras de Wachtel (1987): ¿qué pasaría si agregamos acción al insight o insight a la acción?

Un insight movilizador nos conduce a indagar acerca de las causas del panorama existente, en el entendido que la identificación de causas fortalece las opciones de cambio.

2.1 Causas de la Crisis de la Psicoterapia

Los factores que están a la base de la crisis de la psicoterapia son múltiples. Sólo consideraré aquellos que me parecen más relevantes.

A la base de todos nuestros problemas está, antes que nada, la *dificultad de la tarea*, la cual identificaría como la "causa" esencial de nuestra crisis. Si el conocer al hombre constituye una tarea tremenda, el pretender que cambie lo es más aún. En la Sección I señalaba que la tarea del conocimiento del hombre se dificulta por la complejidad del mundo psicológico, la multitud de variables involucradas, lo cambiantes de éstas y lo inobservables que son muchos de sus procesos psicológi-

cos. Ahora bien, la tarea del cambio terapéutico agrega a las dificultades mencionadas, los obstáculos que aportan la biología, la historia personal y el contexto social. De este modo, el conocimiento para el cambio resulta menos accesible que el conocimiento puro.

La idea que "todo puede ser" ronda permanentemente en torno a los psicoterapeutas. "La condición vital humana proporciona suficiente experiencia y la conducta está suficientemente multideterminada como para mantener el empleo de un gran número de terapeutas de diferentes persuasiones". (Donald Meichenbaum, 1977, p. 27).

Lo anterior exigiría una especial meticulosidad en la *metodología* de investigación. Puesto que tal meticulosidad no ha existido y en el panorama existen "hallazgos" para todos los gustos, considero a las deficiencias metodológicas como una segunda gran causa. Muchos investigadores necesitan publicar por razones de exigencias de su trabajo; esto ha contribuido a que existan miles de publicaciones que a su vez aportan datos de muy dudosa calidad. Y entre esta marejada de datos, cada terapeuta escoge aquellos que mejor se avengan con su leal saber y entender.

Considero que en el ámbito de la psicoterapia existe un marcado *predominio del estilo de pensamiento analógico*, supuestamente típico del hemisferio derecho. Si bien esto ha sido muy aportativo, particularmente en lo referente a creatividad, intuición, flexibilidad e imaginación, ha resultado a la vez sumamente perjudicial. En el predominio del estilo de pensamiento analógico identifico una cuarta causa de nuestra crisis de la psicoterapia. Explicitaré por qué.

Se ha constatado que, como era de esperar, en una escuela de ingeniería predomina el estilo de pensamiento analítico y en una escuela de arte el estilo analógico (Altemeyer, 1966). Un típico curso de ingeniería conduce hacia la *convergencia*, hacia iguales respuestas a las mismas preguntas. Un típico curso de arte conduce a la *divergencia*, a respuestas personales ante las preguntas. (Leavitt, 1988). Puesto que el ámbito de la psicoterapia está poblado de divergencias y de respuestas "personales", y puesto que tanta respuesta divergente incomoda poco a muchos, se fortalece la hipótesis del predominio del hemisferio derecho.

Durante las 2as. Jornadas Clínicas CECIDEP realizadas en abril de 1991, el 62,6% de los psicólogos, psiquiatras y estudiantes de psicología que respondieron la encuesta, optaron por el predominio del hemisferio derecho; sólo el 28,7% prefirió el estilo de pensamiento del hemisferio izquierdo. La hipótesis de CECIDEP es que esta tendencia se mantiene a nivel internacional.

De verificarse la hipótesis CECIDEP, se explicaría el hecho que en psicoterapia se planteen tantas teorías, muchas veces en forma difusa y ambigua. Se explicaría el escaso interés por verificarlas y la predominante confusión entre enunciar y demostrar. El demostrar no constituye una inquietud importante para el estilo de pensamiento analógico. Si en el ámbito de la psicoterapia predominara el estilo de pensamiento analógico, el panorama sería... muy similar al existente. No deja de ser una coincidencia sugerente. Por supuesto, no se trata de abogar por un predominio del hemisferio izquierdo. La integración interhemisférica pareciera constituir un mejor camino.

Un aspecto adicional que ha contribuido a la crisis de la psicoterapia es la excesiva confianza en *paradigmas únicos*; cada enfoque ha adscrito con demasiado entusiasmo a sus particulares teorías y estrategias clínicas, a la vez que ha descalificado a las otras. "La rivalidad entre orientaciones teóricas tiene una larga historia en la psicoterapia, desde los tiempos de Freud" (Beitman, Goldfried y Norcross, 1989, p. 138). Es así como compromisos dogmáticos han contribuido a teñir el panorama de descalificaciones mutuas que han generado profundas antipatías. Al interior de su propia trinchera, cada enfoque ha desarrollado su propio lenguaje conceptual, su propio ambiente semántico y muchas veces su propio modelo de hombre. Un terreno muy poco apto para acuerdos, colaboración y convergencias.

Finalmente, considero como una quinta causa esencial de nuestra crisis el que *los resultados terapéuticos no hayan sido mejores*. Obviamente el panorama tendría un cariz más positivo si la potencia de la psicoterapia fuera mayor. En tal caso, las divergencias se centrarían preferentemente en los mecanismos de cambio. En el contexto actual, hay muy poco que celebrar y demasiado que discutir.

2.2 La Integración como Respuesta

De lo expuesto anteriormente se desprende que la política de dogmatismos, fanatismos y agresiones mutuas ha rendido sus frutos: divergencias múltiples y crisis profunda de la psicoterapia.

(*) El título original del libro en inglés es aún más fuerte: "Against Therapy".

Afortunadamente los tiempos están cambiando y las beligerancias disminuyen. "La última década en particular ha sido testigo de intentos de acercamiento y de la declinación de la guerra fría ideológica" (Beitman, Goldfried y Norcross, 1989 p. 138). Resta por saber ahora a dónde puede conducirnos una política de coexistencia pacífica y de mutua colaboración. Resta por explorar, por ejemplo, qué puede aportarnos la integración en psicoterapia.

Integrar es construir un todo con partes distintas. Es un proceso de unificación de entidades que incluso pueden haber sido antagónicas. A nivel de la psicoterapia, la integración implica una síntesis conceptual de diversos sistemas teóricos. En su acepción más ambiciosa implica crear algo nuevo, un paraguas super ordenador, una gestalt teórica coherente, una estructura metateórica o una terapia conceptualmente superior (Beitman y Maximn 1984).

La búsqueda de integración en psicoterapia se inició hace mucho. Autores como Dollard y Miller (1950), Frank (1960), Lazarus (1967), han hecho aportes en diferentes niveles. Más recientemente Wachtel (1977), Bergin (1982) y especialmente Goldfried (1982, 1990), entre muchos otros, han desplegado significativos esfuerzos por la integración.

La historia muestra que cada cosa tiene su momento y el actual pareciera ser propicio para la integración. De este modo, los vientos de integración soplan fuerte, y son muchos los factores que contribuyen a que así ocurra.

Por una parte el desalentador panorama que presenta la psicoterapia no constituye un grato telón de fondo. La idea de que "algo hay que hacer" constituye una invitación abierta para la integración.

Otro factor que ha contribuido es la insatisfacción existente hacia las teorías únicas. En la práctica ningún enfoque ha satisfecho las expectativas, ninguno posee toda la verdad y ninguno se ha mostrado aportativo con todo tipo de pacientes. En suma, ningún enfoque ha sido lo que pudo haber sido.

Peor aún. Ningún enfoque ha sido capaz de mostrarse superior a los otros. El veredicto del dodo constituye una verdadera injuria narcisística a todos los enfoques. Cada enfoque está siendo situado en una posición de voluntaria o involuntaria modestia. Sobre la base del conocimiento existente, no hay razones para que los cognitivistas o los humanistas o los psicoanalistas, se presenten con particular ínfulas. Sin embargo, existen innumerables razones para que se presenten con una especial cautela y con una renovada humildad. Esto se hace extensivo a cada enfoque y a cada terapeuta.

La presión social constituye una implícita fuente de integración. Por una parte la gente difícilmente entiende el panorama casi caótico que presenta la psicoterapia. Por otra, surgen crecientes presiones para que la psicoterapia dé cuentas de su real utilidad. De esto se desprende una idea en forma casi natural: si solos hemos tenido poca fuerza de cambio tal vez juntos logremos una mayor potencia. "Hemos alcanzado el punto en el desarrollo de la psicoterapia en el que la honestidad intelectual y profesional exige de cada uno de nosotros, cualquiera sea la orientación, reconocer lo que podemos hacer exitosamente y lo que no podemos. Y al hacer este reconocimiento, deberíamos también abrirnos a la posibilidad que nuestras áreas de debilidad pudieran ser complementadas por un área de fortaleza proveniente de otra orientación" (Goldfried, 1982, p. 587).

En la práctica clínica las restricciones teóricas tienden a operar poco. En un survey realizado por Larson (1980) encontró que a pesar de sus preferencias teóricas, el 65% de los psicoterapeutas reconoció utilizar aportes de otros enfoques. A ello hay que agregar que entre el 30 y el 60% de los terapeutas se definen a sí mismos como eclécticos (Garfield y Kurtz, 1976; Norcross, 1988; Watkins et al., 1986), lo cual implica ausencia de restricciones teóricas y una apertura asistemática a los diversos enfoques. En suma, en la actualidad son pocos los terapeutas que se mantienen 100% "fieles" a un enfoque, y son muchos los que de algún modo están abriéndose a la integración.

Es así que la tendencia a la integración se está fortaleciendo y se está expresando con una fuerza creciente. En 1983 se creó la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (S.E.P.I.), entidad a la que han ingresado muy destacados psicoterapeutas a nivel mundial. Por otra parte, a partir de 1985 la Erickson Foundation comenzó a organizar enormes congresos bajo el título "Evolución de la Psicoterapia"; aunque no se ha procurado la integración, se ha logrado que trabajen juntos especialistas destacados en el plano mundial, de las más variadas orientaciones. (Y que anteriormente han tenido entre sí frecuentes conflictos interpersonales). En marzo de 1991 se publicó

el primer número del Journal of Psychotherapy Integration con artículos de excelente calidad. Integran su Comité Editorial terapeutas tan destacados como Marvin Goldfried, Paul Wachtel, John Norcross, Diane Arnkoff, James Coyne, Irene Elkin, Leslie Greenberg, Arnold Lazarus, Perry London, Michael Mahoney, James Prochaska, Donald Meichenbaum, Jeremy Safran y Hans Strupp.

A nivel de América Latina, en abril de 1991 CECIDEP organizó en Santiago un amplio evento bajo el título "Integración en Psicoterapia". En 1991 la S.E.P.I. designa al psicólogo Héctor Fernández Alvarez de Argentina, como coordinador de sus actividades en Sudamérica. En noviembre de 1991 en la ciudad de Mar del Plata, la Asociación Psiquiátrica Argentina organiza el Panel "De la Ortodoxia a la Integración" dentro del marco del III Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Son pequeños grandes pasos hacia una creciente Integración.

Ahora bien, ¿qué podría aportar la Integración como respuesta a la crisis de la psicoterapia?

En el primer número del Journal of Psychotherapy Integration su Editor, Hal Arkowitz, expresa lo siguiente: "En la integración en psicoterapia, representantes de diferentes enfoques terapéuticos han mostrado un deseo de mirar más allá de los conflictos de sus propias orientaciones, con el objeto de descubrir qué puede ser aprendido a partir de otras formas de pensar acerca de la psicoterapia y el cambio. En su sentido más general, la integración en psicoterapia alienta una actitud de apertura y exploración para ayudar a comprender por qué la gente cambia, cómo cambia y cómo mejor ayudarla a cambiar, sin las restricciones impuestas por la adhesión a un enfoque o teoría particular" (1991, p. 1).

En mi opinión una integración bien planteada puede ser de crucial significación. Una mal planteada, se limitará a trasladar de escenario los mismos problemas. Entre los aportes posibles y esperables está un mayor sentimiento de *unidad* entre los psicoterapeutas y un menor desgaste en rencillas inconducentes. También es posible avanzar en libertad, en el sentido de apertura teórica y en la investigación; una libertad que permita valorar en igual forma los hallazgos aportativos, cualquiera sea el marco teórico del cual provengan. La integración puede aportar un *lenguaje conceptual común* y ayudar a superar las barreras semánticas. La integración puede permitir aunar fuerzas para una *investigación* bien orientada y bien ejecutada. La integración puede contribuir a *potenciar* las fuerzas de cambio en psicoterapia, en el supuesto que seamos capaces de ir más allá de las variables inespecíficas en el cambio terapéutico. Finalmente, la integración puede significar un *paradigma conceptual común*, capaz de acoger realmente los mejores desarrollos conceptuales existentes y de orientar nuevos desarrollos.

El camino de la integración es aparentemente fácil y en el fondo muy difícil. Requiere, entre muchas cosas, superar múltiples obstáculos. Las dificultades que plantean estos obstáculos son de tal magnitud, que pueden hacer imposible toda integración. Estas dificultades para la integración han sido recogidas por diversos autores. "Una integración que implique una coherencia conceptual a través de todas las técnicas aún se echa de menos, y se echa de menos por una buena razón: puede no ser posible" (London, 1988, p. 10).

Existe cierto consenso en considerar que lo más difícil de lograr es una integración a nivel conceptual y teórico. Esto fue tempranamente planteado por Lazarus (1967) a través del concepto "eclecticismo técnico". El concepto planteaba que técnicas de diversos sistemas terapéuticos podían ser usadas por los clínicos, sin aceptar necesariamente los fundamentos teóricos asociados con esos métodos. El eclecticismo técnico era entonces una forma de soslayar los desacuerdos teóricos.

Esos desacuerdos teóricos se plantean desde los niveles conceptuales concretos hasta los más abstractos, como lo son los desacuerdos en torno a la naturaleza humana y al modelo de hombre. Puesto que no es esperable que tales desacuerdos desaparezcan abruptamente, el punto puede resultar letal para la integración. "Desafortunadamente, incompatibilidades teóricas y filosóficas fundamentales entre los enfoques, pueden impedir el desarrollo de un modelo unitario integrado para la teoría y la práctica de la psicoterapia" (Duncan, Parts, y Rusk, 1990, p. 568).

Un camino alentador para superar los obstáculos señalados, es el camino de la hiper-flexibilidad y de una apertura total hacia cualquier concepto y hacia cualquier estrategia clínica. "A veces, la sugerida integración pareciera estar basada en el deseo de fusión de todas las escuelas, como si se arrojaran en un gran canasto los conceptos de todos los autores" (Iván Boszormenyi Nagy, 1991, p. 18). Obviamente, eso es exactamente lo que la integración no puede ser.

A la hora de la toma de posiciones, muchos entusiastas integracionistas procuran realizar una

especie de "fagocitación" de los demás enfoques lo cual tampoco procede. La integración entonces no puede ser la imposición de un enfoque sobre los otros sobre la base de una re-interpretación. No es cosa de integrar, por ejemplo sobre la base del paradigma cognitivo, e intentar dar explicaciones cognitivas para los paradigmas clásico, operante, etc. Esto no solo no sería integrar, sino que no tendría fundamentos suficientes como para merecer intentarlo.

Tampoco resulta deseable intentar caminos de integración sobre la base que todos los enfoques aportan méritos similares. Tan salomónica actitud sería pan para hoy y hambre para mañana. A la larga solo conduciría a profundas frustraciones. El movimiento integrativo no puede constituir una alternativa de relaciones públicas ni de igualitarismos mal entendidos. Se trata de construir una alternativa fundamentada, sólida y decidida, que permita identificar, reconocer e integrar los verdaderos aportes.

En realidad son muchos los que desean la integración pero muy pocos los que tienen una idea acerca de cómo hacerlo. Me atrevería a decir que está relativamente claro por qué integrar. Lo que está bastante oscuro es el qué integrar y cómo.

Es aquí cuando surge en todo su vigor la necesidad de un supra paradigma, es decir de un modelo integrativo que sirva de marco conceptual orientador. "Lo que se necesita es un sistema comprensivo y abarcativo, que incluya una teoría y una filosofía integradoras y principios y técnicas relacionados con ellas" (Patterson, 1989, p. 433).

La importancia y significación de un paradigma, para el desarrollo de una disciplina científica, ha sido enfatizada por Kuhn (1962). Para este autor, un paradigma es un marco orientador basado en logros científicos universalmente reconocidos. "Los hombres cuya investigación está basada en paradigmas compartidos están comprometidos con las mismas reglas y estándares para la práctica científica. Ese compromiso y el aparente consenso que produce, son pre-requisitos para la ciencia normal, por ejemplo, para la génesis y continuación de una particular tradición de investigación" (Kuhn, 1962, p. 11). Por supuesto, desde la perspectiva de Kuhn un modelo implica convergencia, y a la vez aporta a la génesis de nuevas convergencias y acuerdos y al desarrollo de nuevos hallazgos científicos.

En el ámbito de la psicoterapia, la fundamental necesidad de un paradigma integrativo es ampliamente reconocida (Goldfried, 1982; Murray, 1986; Beitman et al., 1989). Hasta ahora, sin embargo, tal modelo integrativo no ha sido propuesto, ya sea porque nadie lo ha elaborado o bien porque nadie se atreve a proponerlo.

En el contexto de dificultades que he mostrado, resulta evidente que ningún paradigma será capaz de aportar la respuesta, ni de generar el suficiente consenso. En el contexto descrito cualquier proposición de un paradigma integrativo tiene las máximas probabilidades de ser muy descalificado, sobre la base de discrepancias epistemológicas, paradigmáticas, etc. El problema es que sobre esta base, la espera se puede prolongar demasiado, y las cosas no están para grandes esperas.

Hace algunos años Goldfried (1982) señalaba: "Debería ser la esperanza de cualquier profesional serio y dedicado, que un día la práctica de la psicoterapia esté guiada por un paradigma nuevo y más comprensivo" (p. 587). Recientemente el mismo Goldfried (1991) agrega: "Deseo que finalmente alguien llegue con la respuesta de cómo integrar mejor las terapias; también temo que alguien haga el intento. Como una manera de resolver este conflicto interno he llegado a reconocer que en esta etapa es el proceso de exploración el que es más importante que cualquier otro intento, el cual puede ser una solución prematura (p. 6).

Coincido con Goldfried en el sentido que ningún paradigma aportará la solución. Ningún paradigma logrará rescatarnos de las innumerables dificultades que enfrentamos. Más aún, los primeros intentos inevitablemente serán "prematurados" y muy cuestionados. En mi opinión, sin embargo, ya se ha explorado suficientemente. En las palabras de Rodolfo Llinas (1985): "No se diga que para alcanzar esta nueva etapa habría que acumular más datos. Hace millones de años que venimos observándonos y hace un siglo o más que venimos haciendo observaciones neuroanatómicas y neurofisiológicas. Lo que se necesita con urgencia son modelos teóricos" (p. 145). Y puesto que se ha esperado demasiado, me inclino claramente por iniciar los intentos, en el entendido que se trata de proposiciones tentativas, evolutivas y modificables. Así, un modelo integrativo se plantea en un contexto dialéctico; nace a partir de la investigación y de los hallazgos existentes, orienta nuevos hallazgos y a su vez pasa a ser modificado por éstos. De éste modo, un modelo integrativo no puede ser pre-

sentado como una respuesta final acabada. Por el contrario, un modelo integrativo necesariamente será dinámico, flexible y abierto a los nuevos hallazgos.

Karl Popper ha señalado que la expectativa adecuada para el conocimiento científico es rechazar una teoría para que pueda ser reemplazada por una mejor. Pero para que una teoría pueda ser rechazada, primero tiene que ser formulada. En este contexto, plantear un modelo integrativo en forma seria y fundamentada, permitiría constatar puntos de mayor convergencia o divergencia y recoger retroalimentación al respecto, tanto positiva como negativa. A la vez, constituye una invitación para que otros presenten alternativas que permitan progresar. En mi opinión una proposición, aunque sea errónea, aporta más que la confusión existente. Como lo ha señalado Francis Bacon: "La verdad emerge más rápidamente del error que de la confusión" (1969, p. 210).

En la "Estructura de las Revoluciones Científicas" Tomas Kuhn (1970) plantea que el surgimiento de un nuevo paradigma siempre es precedido por un período de crisis. Si así fuera, los terapeutas hemos hecho méritos más que suficientes para el surgimiento de un modelo integrativo.

3. BASES PARA UNA INTEGRACION EFECTIVA: UN MODELO INTEGRATIVO

El conocimiento científico evoluciona desde la precisión de variables a observar a la formulación de hipótesis acerca de sus posibles relaciones. Las hipótesis verificadas van siendo organizadas en teorías. Y aunque las fronteras entre los conceptos de hipótesis, ley, teoría, etc., no son rígidos, cada paso va implicando un nivel más alto de abstracción.

Una teoría científica implica un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones relacionados entre sí, y que permiten la explicación y predicción de los fenómenos estudiados. La teoría por una parte surge de la investigación; por otra, permite orientar nueva investigación (Marx y Hillix, 1964).

En el siguiente nivel de abstracción, superior a hipótesis, leyes y teorías, se ubican los modelos. "Para nosotros un modelo en uso por parte de un científico es el conjunto de supuestos o postulados más generales que sostiene, tanto en relación con la realidad que investiga, como con los métodos para abordarla" (Neddler, 1971, p. 347). A diferencia de las hipótesis y teorías, normalmente los modelos no son puestos a prueba por el científico, o por la comunidad de científicos que comparten el modelo. De este modo el modelo pasa a ser una especie de constitución política, que enmarca y orienta la investigación, y que solo de vez en cuando requiere de modificación.

Cuando un modelo es amplio y abarcativo recibe el nombre de paradigma. Como lo he señalado, para Kuhn (1962) un paradigma es una serie de postulados básicos que enmarcan el universo de la investigación científica, especificando tanto los conceptos que se han de considerar legítimos como los métodos que se pueden utilizar para recolectar e interpretar los datos. Los paradigmas especifican qué problemas investigarán los científicos y la manera en que llevarán a cabo sus investigaciones. La noción de paradigma corresponde a un consenso en la evolución de una disciplina en el cual la acumulación de conocimientos y de descubrimientos científicos universalmente reconocidos, aporta líneas de solución a los problemas de esa disciplina. El ejemplo clásico de paradigma en ciencia lo aporta Copérnico en la astronomía; como consecuencia de los planteamientos de Copérnico se evolucionó desde el paradigma de Ptolomeo que consideraba a la tierra como el centro del universo, hacia un paradigma diferente, según el cual el sol desplazaba a la tierra de su rol protagonista.

¿Hasta qué punto es importante el que una disciplina logre converger hacia un modelo común?

Desde la perspectiva de Kuhn hasta que no se alcanza consenso en torno a un paradigma, no hay realmente ciencia. La actividad de quienes trabajan en una disciplina pre-paradigmática es una especie de guerra de todos contra todos en la que cada cual intenta imponer sus puntos de vista. En esta etapa, llamada prehistórica por Kuhn, no hay posibilidad de discutir problemas profundos ya que constantemente hay que discutir cuestiones de fundamento, cuestiones epistemológicas sobre el valor de cada teoría. Estas discusiones constituyen una especie de necesidad para la comunicación, puesto que cada persona tiene sus propias teorías, métodos y conceptos que es necesario explicar en cada oportunidad.

El perfil que Kuhn hace de la época pre-histórica o pre-paradigmática de una disciplina, representa una fiel descripción del panorama actual de la psicoterapia. En esto de crear conceptos, métodos y teorías no hemos sido muy recatados. El problema es que esto ha desembocado en un panorama casi caótico, que está cansando a algunos, tal vez a muchos. Es precisamente éste agotamiento de tanto lenguaje diferente, de tantas discrepancias y de tanta discusión, el que nos puede aportar motivaciones para buscar puntos de convergencia.

Una actitud innovadora pasa a ser entonces el buscar con apertura, decisión y entusiasmo puntos de encuentro. Este primer cambio de actitud constituye una necesidad imperiosa e implica enfatizar los acuerdos por pequeños que estos sean. No es posible partir con un gran acuerdo acerca de la naturaleza humana o acerca del libre albedrío. Los acuerdos hay que irlos construyendo entre todos, paso a paso.

Ningún modelo y ningún investigador lograrán consenso respecto a discrepancias que se arrastran por siglos. De este modo, un modelo integrativo no puede pretender aportar todas las respuestas ni generar todos los consensos. La tarea de un modelo integrativo es buscar puntos de confluencia, en el máximo de aspectos que sea posible, desde aspectos concretos a aspectos abstractos, sobre la base del conocimiento existente en la actualidad. Sin embargo, la tarea primordial de un modelo integrativo no es buscar consensos sino caminos conducentes, sobre bases sólidas.

Se trata entonces de generar el máximo consenso posible pero priorizando el conocimiento sobre el consenso, la definición por sobre el consenso. No se trata de buscar el consenso a cualquier precio; sí se trata de buscar el mejor camino para la psicoterapia, por alto que sea el precio.

Un segundo cambio de actitud se refiere a asumir un punto de vista integrativo, capaz de trascender las fronteras de los enfoques. Jaspers (1963) hablaba de alcanzar un "punto axial", aquel en el cual se busca una nueva altura de visión. En nuestro caso, se trata de elevar la mirada y lograr una panorámica de buena calidad. Se trata al mismo tiempo de privilegiar el valor del conocimiento y del aporte terapéutico de cualquier enfoque particular. Se trata de trascender las rivalidades entre los enfoques. Los posibles triunfos de un enfoque constituyen aspectos irrelevantes en relación con la envergadura de la tarea.

La tarea entonces, es construir convergencias sobre bases conceptuales sólidas en niveles epistemológico, metodológico, paradigmático y clínico. Pequeños o grandes acuerdos, sobre la base de una perspectiva de análisis integrativa, capaz de trascender fronteras y superar pequeñeces. Muchos dirán que ello no es posible; algunos dirán que sí lo es.

3.1 El Modelo Integrativo a Nivel Epistemológico

Por orden "natural" o por secuencia lógica, el tema epistemológico constituye un primer aspecto a abordar. Desafortunadamente, ello implica encontrarse de inmediato en un terreno particularmente propicio para las dudas y discrepancias. Puesto que por vía argumentos filosóficos se puede "demostrar" cualquier cosa, no resulta sorprendente el nivel que alcanzan las discrepancias en el ámbito epistemológico.

Las fronteras de la epistemología no son demasiado claras. En un sentido genérico se la considera una rama de la filosofía, que se preocupa por la teoría del conocimiento. Esto incluye indagar acerca de la naturaleza del conocimiento, acerca de su génesis y de sus formas de validación. Y puesto que la epistemología investiga los fundamentos del conocer humano, se la ha denominado la ciencia de las ciencias.

Por su parte cada disciplina va delimitando sus específicas bases epistemológicas, lo cual implica sus reglas del juego en la validación de sus conocimientos. El objetivo epistemológico entonces, es la clasificación e investigación del proceso por el cual las teorías y estrategias pueden crecer y progresar (Popper, 1979).

El término conocimiento hace referencia a ganar información acerca de algo. Sócrates decía que conocer algo es haber logrado las respuestas al qué, cuándo, cómo y por qué de ese algo. Conocer implica adquirir creencias verdaderas (Russell, 1948), es decir adquirir información sometida a crítica (Popper, 1979). De este modo, adquirir conocimiento implica un progreso en relación al estado anterior: "todo conocimiento es siempre un devenir que consiste en pasar de un conocimiento menor a un estado más completo y eficaz" (Piaget, 1968, p. 13). Para algunos el conocer

implica comunicación, acción o bien éxito conductual en algún sentido: "Nuestro punto de partida para generar una explicación validable científicamente, es el entender el conocer como acción efectiva, acción que permita a un ser vivo continuar su existencia en un medio determinado al traer allí su mundo a la mano". (Maturana y Varela, 1984, p. 15).

Desde los tiempos de la filosofía clásica, se han venido perfilando distintas actitudes epistemológicas fundamentales. La posición *idealista*, sustentada inicialmente por Platón y modificada posteriormente por Leibniz y Hegel, privilegia el mundo de las ideas por sobre el mundo de lo material. Postula que nunca conocemos seres independientes del conocimiento; lo que hace de objeto del conocer no posee otra existencia que la meramente ideal y solo conocemos ideas sin correlato real. Por su parte el *realismo* postula que el objeto del conocimiento lo constituyen auténticas realidades, seres capaces de existir independientemente del conocimiento. Para los empiricistas, por ejemplo, el mundo material es cognoscible a través de la acción de nuestros mecanismos cognoscitivos fundamentales: sensación y percepción. El escepticismo absoluto o *agnosticismo*, como su nombre lo indica, postula la imposibilidad del conocimiento.

Prácticamente en todas las sociedades ha tendido a predominar el realismo. A su vez, la evolución del conocimiento ha estado marcada por fuertes altibajos respecto a qué conocemos y en qué medida. Esto queda bien ilustrado a través de un poema anónimo citado por Bertrand Russel (1948):

*La naturaleza y las leyes de la naturaleza se escondían en la noche.
Dios dijo "Que Newton sea" y todo se iluminó.
Sin embargo no duró.
El diablo gritando "Oh, que Einstein sea",
todo lo oscureció.*

Según el historiador Paul Johnson, el relativismo ha tendido a predominar en el Siglo XX. En su opinión, Marx, Freud y Einstein formularon un mensaje con un importante contenido común: el mundo no era lo que parecía. La repercusión social de esto sería una especie de crisis moral y valórica, según la cual el bien y el mal pierden mucha vigencia. "La expresión que la gente extraña de Einstein, la de un universo en que todas las expresiones de valor eran relativas, vino a confirmar esta visión de anarquía moral que desalentó y al mismo tiempo exaltó" (1988, p. 23).

El movimiento en la línea de la relatividad del conocimiento ha venido adquiriendo una fuerza creciente. La influencia de conceptos derivados de la física ha sido importante al respecto. Al ya mencionado relativismo que Einstein introdujo en los conceptos de espacio y tiempo, es preciso agregar relativismos derivados de la física cuántica. En niveles cuánticos, ha resultado imposible la predicción, mecanismo esencial para el conocimiento científico. Además, en la investigación cuántica se ha constatado que la frontera entre sujeto y objeto pasa a ser cambiante y arbitraria; a su vez, el instrumento de medida inevitablemente interfiere en el proceso. Todo esto ha derivado en actitudes de creciente escepticismo cognoscitivo. Según la tesis del destacado físico Niels Bohr (1935), ningún objeto físico, ni microscópico ni macroscópico, tiene una realidad en sí o independiente; por lo tanto, considera que la meta de la ciencia es el conocimiento no de la naturaleza sino de aquello que podemos decir sobre la naturaleza.

Niels Bohr propuso una interpretación de la mecánica cuántica que suele llamarse interpretación de Copenhague, la cual ha sido adscrita por el propio Heisenberg, por Born, Pauli y otros destacados físicos. La interpretación de Copenhague puede ser enunciada así: "El objeto físico carece de existencia independiente del sujeto de conocimiento u observador. Lo que existe es una unidad sellada compuesta por el observador, sus instrumentos de observación y el objeto de observación. La distinción entre los tres componentes de este sistema no es inequívoca y objetiva sino que queda al arbitrio del sujeto, quien puede incorporar el objeto al aparato o considerar a éste último como una prolongación de sí mismo" (Bunge 1985, p. 86).

Más recientemente el distinguido físico británico Denys Wilkinson (1989) ha declarado: "Las leyes de la naturaleza no son entidades objetivas. Por el contrario, ellas son creaciones del hombre, por lo tanto existen en su mente y su verdad se define, en una medida importante, por ese sentimiento que llamamos belleza" (p. 4).

Se podría decir que en el ámbito de la psicoterapia se está produciendo también un cambio epistemológico en el sentido de un alejamiento del realismo. El ámbito de la psicoterapia tradicionalmente ha funcionado sobre la base de un realismo más o menos explícito. El conductismo clásico puede ser considerado un representante extremo de esta actitud realista que suele ser etiquetada como realista ingenua. Esta perspectiva sostiene que las cosas "son" lo que percibimos que son por nuestros sentidos. El postulado epistemológico básico sería en este caso la existencia de un mundo real, el cual es fuente de conocimiento, y el cual va siendo conocido en la medida que avanza la investigación científica. Según este planteamiento, habría acceso a un conocimiento objetivo y el problema sería el ir creando una metodología adecuada para alcanzarlo.

Por supuesto que la adscripción al realismo no ha sido ni remotamente consensual. Posturas más subjetivas, habitualmente ligadas a enfoques fenomenológicos, han tenido fuerte significación en el ámbito de la psicoterapia. Es así como al preguntarse cómo conocemos, Carl Rogers sostiene que el conocimiento descansa en lo subjetivo: "Yo experiencio, en esta experiencia existo, al existir así en cierto sentido conozco, tengo una 'seguridad sentida'. Todo conocimiento, incluyendo el científico, es una inmensa pirámide invertida que descansa sobre esta pequeña base personal subjetiva" (1965, p. 40).

La actitud epistemológica realista, sin embargo, ha constituido una especie de telón de fondo de gran parte del quehacer psicoterapéutico, aunque es importante señalar que la mayoría de los psicoterapeutas tradicionalmente se han desentendido de la epistemología. Sólo en fechas recientes ha habido una especie de auge epistemológico, derivado principalmente de los aportes del *constructivismo* (Weimer, 1977) y de la *teoría biológica del conocimiento* (Maturana y Varela, 1984). Por su trascendencia, haré una muy breve síntesis de los planteamientos de cada uno. (*)

En un sentido genérico podría decirse que ambas epistemologías representan propuestas "relativistas" o, si se prefiere, ambas implican un cuestionamiento al conocimiento objetivo. Sobre la base de las teorías motoras de la percepción, el constructivismo ha planteado que el sistema nervioso es un activo participante en la gestación de nuestra propia experiencia (Weimer, 1977; Popper, 1974). Para Weimer, por ejemplo, la realidad no está "allá afuera" sino "aquí dentro" puesto que sería el sistema nervioso humano quien activamente participa en crear la estimulación a la cual es responsable. El constructivismo no cuestiona radicalmente el supuesto "simplista" de que el orden con que contactamos pertenece efectivamente a la realidad (Hayek, 1952). Este cuestionamiento involucra todo un vuelco epistemológico. "Todo esto, por supuesto, implica un cambio dramático en nuestro punto de vista tradicional de la relación entre conocimiento y realidad" (Guidano, 1987, p. 7). En términos epistemológicos, el conocimiento no es visto ya como una aproximación a la verdad; el conocimiento solo expresa una específica relación entre conocedor y conocido (Sameroff, 1982). El conocimiento pasa a ser tan solo una teoría acerca del ambiente puesto que, en sentido estricto, no tenemos acceso a la realidad sino tan solo a nuestro propio sistema nervioso. En suma, los constructivistas sostienen que los individuos no descubren "realidad", más bien la inventan. "La realidad es evidente a través de significados construidos los cuales configuran y organizan la experiencia. Puesto en términos más simples, el significado es la realidad" (Duncan et al., 1990, p. 569).

En el ámbito psicoterapéutico el planteamiento constructivista, con variantes individuales, ha sido asumido por destacados terapeutas, como es el caso de Michael Mahoney, Vittorio Guidano y Paul Watzlawick. Al respecto Watzlawick (1979) ha formulado la pregunta "¿es real la realidad?" respondiendo que no, en una línea asimilable al constructivismo. Watzlawick adscribe al principio general que afirma que "toda percepción y todo pensamiento son relativos y operan por comparación y contraste" (1976, p. 21).

Otro desarrollo epistemológico que ha adquirido importancia para el conocimiento en psicoterapia es la teoría biológica del conocimiento (Maturana y Varela, 1984; Maturana, 1985; Maturana, 1990). Desde esta perspectiva toda experiencia cognoscitiva involucra al que conoce de una manera personal, enraizada en su estructura biológica. Si se interfiere la biología se interfiere el conocer, no

se puede conocer desde la no biología. El observador que está conociendo, en tanto que ser vivo, tiene una estructura que determina lo que ocurre en él, determina qué será una perturbación y qué una interacción destructiva. En este contexto, un agente externo solo puede gatillar en el observador un cambio de estado o una desintegración que está determinada en su estructura (Maturana, 1985). Al estar determinados estructuralmente por nuestra biología, nada externo puede especificar lo que nos pasa. En la medida que esto es así, es necesario aceptar la pregunta por el observador y no partir del postulado que el observador es capaz de captar realidades. "Cuando acepto la pregunta por el observador, me doy cuenta que la existencia depende de lo que el observador hace" (Maturana, 1990 p. 22). El observador carece de mecanismos que le permitan concluir que tal proposición es válida, y en la experiencia directa es incapaz de distinguir entre ilusión y percepción. De este modo, al fenómeno de conocer no se lo puede tomar como si hubieran "hechos" u objetos allá afuera, que uno capta y se los mete en la cabeza (Maturana y Varela, 1984). El cómo estamos hechos es lo que determina lo que pasa en nosotros, por lo cual es vital comprender el cómo estamos hechos. Desde un punto de vista estructural, somos sistemas cerrados y nada externo a nosotros puede determinar lo que nos pasa.

Desde el momento que la existencia depende del observador, Maturana (1990) propone poner la objetividad en paréntesis: "Reconozco que no tengo ningún fundamento para suponer que puedo hacer referencia a entes que existirían con independencia de mí, reconozco que la existencia depende de lo que yo hago" (1990, pp. 22-23). Plantea que la objetividad en paréntesis no es lo mismo que subjetividad, sino que no se puede hacer referencia a entidades independientes del observador para validar su explicación. La validez del conocimiento no se establece en función de su objetividad como una realidad en sí, independiente del observador; la validez del conocimiento está en función de cierta operacionalidad según criterios de validación acordados. "Ustedes notarán que yo no hice ninguna referencia a que la ciencia nos dijese cosas de un mundo objetivo independiente de nosotros, y que todo el tiempo estuve diciendo que las afirmaciones científicas son válidas como afirmaciones científicas en el dominio de experiencias de los observadores que pueden satisfacer su criterio de validación. El postulado de la objetividad no es un postulado constitutivo del quehacer científico" (1985, p. 132).

La teoría biológica del conocimiento ha sido muy difundida y ha tenido una fuerte repercusión en algunos medios psicoterapéuticos, particularmente en el ámbito del enfoque sistémico. El Instituto de Terapia Familiar de Santiago, por ejemplo, ha venido desarrollando todo un enfoque teórico-clínico sobre la base de estos fundamentos epistemológicos.

¿Qué es posible pensar acerca de todo esto? ¿Es posible alguna convergencia en términos epistemológicos?

Antes que nada señalaría que no hay forma de dilucidar estos temas sobre una base de certeza. Son dudas que acompañan a la humanidad desde hace mucho y no se podría pretender una clarificación consensual. La pregunta acerca de la verdadera realidad de las cosas ha sido considerada el "problema crítico" de la filosofía.

En un sentido estricto no es demostrable la existencia de la realidad; tampoco es demostrable su no existencia. En estricto sentido ni el realismo ni el idealismo son demostrables ni refutables. Tan solo son argumentables. Ningún evento describible, ninguna experiencia imaginable pueden *demostrar* uno u otro. De este modo, si nos movemos en una búsqueda de certezas, la respuesta pertinente es no sé o mejor dicho no sabemos. Con certeza no lo sabemos y reconocerlo explícitamente constituye todo un avance, dada la dificultad que los psicoterapeutas han mostrado para pronunciar las palabras no sé. Lo que ha ocurrido hasta ahora es que, al no haber una base sólida para inclinar la balanza, ésta ha sido inclinada en función de emociones y deseos subjetivos, los cuáles han ido creando abismos y desacuerdos con fuerte arraigo emocional, que se han tornado insalvables. Un *no lo sé con certeza*, compartido por todos, debería atenuar la profundidad de los abismos y abrir opciones de acercamiento.

Compartimos el hecho de no saber con certeza cuán real es la realidad. Con certeza nadie lo sabe. Propongo entonces que, al menos en esto, nos pongamos de acuerdo.

Un segundo terreno de acuerdos se refiere al *rechazo del así llamado realismo ingenuo*. Es preciso reconocer que el nombre que se le viene dando a esta aproximación no resulta particularmente atractivo para captar adeptos. Pero el problema vá más allá de los nombres. Sobre la base del conoci-

(*) Al respecto existen múltiples publicaciones que explicitan estas teorías y sus fundamentos, a las cuales el lector puede recurrir. En este mismo libro los Capítulos del Dr. Maturana y del psicólogo Alfredo Ruiz son muy aportativos al respecto.

miento existente en la actualidad, no es posible postular un acceso "puro" y aséptico a la realidad. No es posible construir fotocopias internas de la supuesta realidad externa. No es posible, porque no podemos escapar de la "influencia constructiva" de nuestro sistema nervioso. Percibimos a través de modalidades perceptivas que median con lo percibido. Como si esto no fuera suficiente, nuestros deseos modifican lo percibido, nuestros valores modifican lo percibido, nuestras emociones modifican lo percibido, nuestras experiencias pasadas modifican lo percibido. De hecho estamos bombardeados por influencias que nos alejan de la opción del conocimiento "objetivo". Esta conclusión es compatible con el conocimiento actual, con los enfoques del constructivismo y de la teoría biológica del conocimiento, y con lo que los psicoterapeutas aportamos desde nuestra experiencia clínica.

Alcanzar otras convergencias en estos ámbitos se dificulta en forma creciente. Tal vez sería oportuno aceptar la sugerencia de Piaget y soslayar los temas más polémicos. Al respecto Piaget (1966) ha sugerido posponer la discusión de los grandes problemas que nos separan, y dedicarnos a buscar acuerdos y a "acumular hechos verificables y unánimemente reconocidos a propósito de cada problema bien delimitado" (p. 122).

Desafortunadamente considero poco variable la estrategia de Piaget. ¿Cómo nos pondremos de acuerdo en los hallazgos si no acordamos previamente lo que vamos a considerar un hallazgo y la forma de obtenerlo y validarlo? De este modo, si lo que procurara fueran prioritariamente consensos, debería detener aquí estas consideraciones epistemológicas.

Un modelo integrativo, sin embargo, no puede soslayar temas epistemológicos esenciales. De este modo, los acuerdos son importantes pero no lo más importante. Lo que es más esencial es aportar un modelo valioso, aunque no fuera compartido por nadie. Como se ha señalado: "el que se haya obtenido consenso de ningún modo demuestra que la comunidad científica tiene la razón. Y la prueba es que muchas veces una teoría tuvo que ser abandonada como completamente errónea a pesar de que obtuvo el mejor de los consensos" (Klimovsky, 1986 p. 22). De este modo aunque el consenso es muy deseable y necesario en psicoterapia, el valor de una teoría no puede ser trasado por una búsqueda de consensos.

Sobre la base que epistemológicamente no nos movemos en un ámbito de certezas, considero que en lo referente a relativismos resulta fácil exagerar la nota en una verdadera espiral relativista, una especie de póker relativista del tipo "tu relativismo y dos más". El primer aspecto que cuestionaría se refiere al grado en que es posible dudar de nuestro conocimiento. Si nuestro entendimiento es esencialmente inepto para conocer, a continuación carece de sentido pretender conocimiento alguno. Si nuestro entendimiento no es capaz de conocer, deja de ser apto para evaluar el conocimiento, es decir deja de ser apto para la epistemología. Una vez que le hemos quitado a nuestro conocimiento todo acceso a la realidad, lo que afirmamos a continuación empieza a valer bastante menos.

Agregaría que si nuestro entendimiento no es capaz de acceder a conclusiones acertadas o más verdaderas, carece de sentido el hablar de falsedad o error. Cuando criticamos ciertos conocimientos postulamos el acceso a un conocimiento mejor, el cual se transforma en una verdad relativa frente al conocimiento cuestionado. Si se acepta que todo es según el cristal con que se mira, se acepta que todo vale igual y que es imposible el conocimiento. En el ámbito de la psicoterapia tal conclusión sería letal y el número de enfoques igualmente válidos abarcaría cifras siderales.

Siempre en el entendido que no nos movemos en un terreno de certezas, el realismo pasa a ser argumentable sobre una base de *probabilidades*. Curiosamente Karl Popper, connotado autor constructivista, se muestra entusiásticamente en favor del realismo. "El peso de los argumentos está abrumadoramente en su favor" (Popper 1972 p. 38). Entre los argumentos que plantea Popper están el sentido común, el que prácticamente todas las teorías físicas, químicas y biológicas válidas implican realismo, el que la racionalidad, el lenguaje, la argumentación, son todos acerca de una realidad y se dirigen a una audiencia, todo lo cual pre-supone realismo.

Resulta paradójico que quien planteó la teoría de la relatividad haya sido connotadamente realista. Luego de un cuidadoso análisis de las críticas formuladas por Bertrand Russell al realismo, Albert Einstein escribe: "No veo ningún 'peligro metafísico' en nuestra aceptación de las cosas, esto es de los objetos físicos, junto con las estructuras espacio-temporales a las cuales pertenecen" (1944, pp. 290-291). Muy interesante resulta otro pasaje de otra carta de Einstein a su colega

Max Born: "Usted cree en un Dios que juega a los dados y yo creo en la ley y el orden totales en un mundo que existe objetivamente y que, de un modo absurdamente especulativo, intento aprehender. Yo creo firmemente, pero abrígo la esperanza que alguien descubrirá un modo más realista o más bien una base más concreta que la que me ha tocado en suerte hallar". Este pasaje ilustra la posición realista de Einstein e ilustra también lo que señalaba anteriormente: se trata de un terreno de creencias y no de certezas. Hasta hoy nadie ha aportado las certezas buscadas por Einstein.

El connotado estadista Winston Churchill ha tenido también algunas incursiones epistemológicas muy valoradas por Popper (1972). Tras un amplio análisis de la polémica idealismo - realismo, ironiza en los siguientes términos: "Reafirmo con énfasis que el sol es real y que también lo es su calor, de hecho tan intenso como el mismísimo infierno. Aquellos metafísicos que lo duden, deberían ir allá y ver" (1944, p. 131).

La ironía anterior pone de manifiesto un hecho importante. Resulta difícil vivir en forma consecuente con planteamientos agnosticistas o idealistas. Lo probable es que ningún epistemólogo cuestionador del realismo acepte la sugerencia de Churchill. Es que en la práctica todos nos movemos "como si" fuera real la realidad. Cuando huimos de un camión amenazante no arrancamos de nuestro propio sistema nervioso ni ponemos entre paréntesis la objetividad del camión. Simplemente actuamos en forma consecuente con un planteamiento realista. Este tipo de contradicciones fue señalado más de 2000 años atrás cuando Aristóteles cuestionaba a los idealistas: "¿Por qué se pone en marcha el sofista camino de Megara en vez de seguir tendido, simplemente soñando que se va?"

Algo parecido ocurre respecto al problema del acceso a la realidad objetiva. Es difícil comportarse "como si" no existiese objetividad alguna. En la práctica connotados cuestionadores del conocimiento objetivo suelen ser muy taxativos y enfáticos en sus afirmaciones. Es lo que se les ha cuestionado a los Dres. Dell y Maturana en los siguientes términos: "La contradicción consiste en hacer, por una parte, planteamientos de realidad acerca de la naturaleza de la observación/cognición del ser humano —planteamientos perfectamente generales acerca de cómo la cognición/observación humanos funcionan, sin importar dónde y cómo sean ejercitados— y por otra parte insistir en que ésta función es tal que nunca puede en principio hacer nada sino crear su propia realidad" (Held y Polls, 1987 p. 466). Esta crítica es cuestionable sobre la base que las afirmaciones tajantes no pretenden objetividad sino la aceptación de la comunidad científica en función de los criterios de validación que esa comunidad establece y en función de la coherencia y operacionalidad de las afirmaciones. Aún así, el ejemplo ilustra lo difícil que resulta mostrarse consecuente en el cuestionamiento de la objetividad.

Una insuficiente comprensión de la postura del Dr. Maturana conduce a poner paréntesis arbitrarios en función de las conveniencias de cada uno. Una insuficiente comprensión del constructivismo conduce al idealismo y a negar la existencia de la realidad. Así, ambos planteamientos sobre-enfatizados o insuficientemente comprendidos, pueden contribuir a ahondar aún más la crisis actual de la psicoterapia, sobre la base que todo es relativo y todo es válido.

En términos epistemológicos me inclino en favor del *realismo crítico y de un constructivismo moderado*. El realismo crítico constituye una especie de integración del idealismo y del realismo. Es idealista en el sentido que solo podemos conocer lo intrapsíquico. Es realista en el sentido que acepta la existencia de un mundo transubjetivo el cual sería cognoscible en forma indirecta. Suscribo plenamente la siguiente afirmación planteada por Guidano y Liotti (1983): "Cada unidad de conocimiento, lejos de ser una copia del mundo real, debería ser siempre considerada un producto de la interacción entre el sujeto cognoscente y el objeto conocido, ambos igualmente reales (Lorenz, 1973)". (P. 5). Desde esta perspectiva, no habría un conocimiento puro de la realidad, ni habrían certezas ni objetividades plenas. Pero sí existiría una realidad independiente de nosotros, hacia la cual podemos orientar nuestro conocimiento en algún grado. Se trata entonces de una postura alejada del solipsismo, del idealismo y del agnosticismo.

Por otra parte, no suscribo posturas constructivistas radicales, excesivamente subjetivistas. Una cosa es conocer la realidad en forma imperfecta e indirecta, otra es no tener acceso alguno a la realidad. Cuando Einstein investigaba y verificaba tan meticulosamente su teoría de la relatividad, no estaba inventando leyes o percibiendo tan solo su propio sistema nervioso; para ello, no habría sido necesario tomarse tantas molestias.

Es efectivo que toda nuestra vida puede ser un sueño sin correlato real. Es efectivo también

que nuestros sentidos pueden estar aportándonos solo datos engañosos. Puede que nuestro aparato cognoscitivo simplemente no sirva para conocer y que Dios o la evolución o ambos nos tengan sumergidos en un profundo engaño, al hacernos creer que captamos realidades o segmentos de realidades. Puede que estemos engañados también cuando creemos que a mayor conocimiento mayor supervivencia y que el conocimiento nos permite desenvolvernos mejor en un mundo real. Puede ocurrir todo eso y que seamos víctimas de engaños múltiples. Puede... pero es poco probable.

Es efectivo que podemos estar atrapados por nuestra propia biología sin acceso real a nada más. Es efectivo que podemos ser un sueño en la mente de alguien que alguna vez despertará. Es cierto que incluso podemos no existir en modo alguno. Es cierto que podemos dudar de todo y luego dudar de nuestras dudas en un proceso interminable que Descartes recorrió hace ya mucho. En el intertanto, sin embargo, alguien tiene que ocuparse de las personas y de sus problemas aún asumiendo el riesgo que los problemas sean ficticios y que las personas ni siquiera existan.

De este modo, aunque no tenemos certezas, no estamos en cero. Podemos creer en un conocimiento parcial de la realidad y a su vez parcialmente objetivo. Podemos creer en ello sobre la base de las probabilidades. No solo de nuestros meros deseos. Es efectivo que nunca conocemos la realidad pura, que no nos podemos desembarazar de nuestro sistema nervioso y que este "inventa" más de lo que creíamos. Es efectivo también que el mundo exterior solo puede activar en nosotros aspectos que pertenecen a nuestra estructura biológica y que de ello no podemos escapar. De esto no se sigue, sin embargo, que lo que nuestra biología nos dice acerca del mundo externo no merece credibilidad alguna.

Así, cuando decimos que ahí hay una silla lo probable es que sí haya una silla. Y aunque existan mil maneras de percibir la silla y aunque no tengamos acceso a la silla en sí más allá de nosotros y de nuestras formas de conocer, sí podemos creer que lo probable es que allí exista algo a lo que hemos acordado en denominar silla y a la cual podemos usar con cierta confianza. No nos da lo mismo sentarnos cuando vemos que hay una silla que cuando percibimos que no la hay.

Considero que nuestros contenidos de conciencia se mueven dentro de un continuo entre dos polos: objetividad - subjetividad. Y así como nunca un contenido de conciencia es plenamente objetivo, nunca es plenamente subjetivo. Somos a la vez descubridores de realidades y constructores de realidades. Nunca solo descubridores y nunca solo constructores. Nuestros contenidos de conciencia son productos integrados compuestos por una combinación de realidad y sistema nervioso; estos productos integrados pueden acercarse en mayor o menor medida a la realidad, sin jamás alcanzarla en plenitud. Tenemos acceso entonces a una objetividad relativa. "El concepto de objetividad a que aludimos se refiere al logro de un conocimiento que sea un resultado combinado de la influencia del objeto a conocer y las condiciones del instrumento con que se logra" (Coloma, 1989, p. 10). De este modo, aunque ningún conocimiento capta y representa la realidad en plenitud, no todo conocimiento se acerca en igual medida a la realidad. No tengo certeza de que esto sea así. Es una creencia, pero sobre la base de lo probable.

Cuando afirmo que allí hay una silla y todos perciben una silla, estoy accediendo a un conocimiento parcialmente objetivo. Digo parcialmente porque jamás accedo a la silla en sí, más allá de mí. Cuando sostengo que la silla es hermosa, estoy ingresando a un terreno de menor objetividad comparativa. Y en términos epistemológicos, es importante saber en qué nivel de objetividad relativa nos estamos moviendo. Sobre ésta base es posible lograr acuerdos epistemológicos que permitan ir validando conocimientos. Nuestras verdades son verdades comparativas, de objetividad relativa, pero no da lo mismo cualquier "verdad".

Considero evidente que sólo podemos conocer desde nuestra estructura biológica y que ésta no puede ser actualizada más allá de sus propias potencialidades. Así, no nos podemos desprender de nuestra biología en el conocimiento y sólo podremos conocer con las modalidades que nuestra biología nos permite. No se sigue de ello, sin embargo, que no tenemos acceso alguno a la realidad. Poder conocer desde una modalidad es diferente a no poder conocer. Cada ser conoce desde su propia estructura y, a mayores limitaciones de ésta, menores serán las opciones de conocimiento. No obstante, si para conocer requiriéramos poseer todas las modalidades posibles, tan solo a Dios le sería factible el conocimiento.

La verdad en ciencia es probabilística; siempre es reemplazable por una "verdad" más probable. Pero el científico lucha por acercarse en la mayor medida posible a cómo las cosas son. No

comparto la tesis del Dr. Maturana respecto a que la objetividad no sea esencial para la ciencia, para el conocimiento científico y para los científicos. Si se nos retira el acceso a cierta objetividad, la ciencia se transforma en otra cosa, aunque se pudiera seguir aplicando la misma metodología científica. De hecho creo que nadie o casi nadie desearía seguir aplicándola. No creo que los científicos se esforzarían sobre la base de un deseo de satisfacer los criterios de la ciencia, acordados con otros científicos. Más bien creo lo contrario; los criterios científicos de predicción, réplica, verificación, observaciones independientes, etc. constituyen esfuerzos denodados para ganar en objetividad. La búsqueda de objetividad es así la esencia del conocimiento científico. Un agnosticismo respecto a la objetividad, quita todo sentido profundo al conocimiento. El reconocimiento de otros científicos, que no tienen acceso alguno a la realidad, constituiría un reconocimiento vacío, desprovisto de toda esperanza real. El aplauso de mil ciegos difícilmente le resultaría satisfactorio a ningún color.

Lo anterior queda bastante ejemplificado en el siguiente pasaje citado por Juan Gallardo (1991): "La ciencia se perdería si no siguiese apoyándose en la creencia trascendental de que existen la verdad y la realidad y si renunciase a la interacción fundamental entre los hechos y las construcciones que se dan aquí, y el reino de las ideas intuidas por allá" (Philosophy of Mathematics and Natural Sciences, prólogo IV).

Mis conclusiones epistemológicas implican entonces la aceptación de no certezas y su reemplazo por probabilidades. Implican un rechazo al así denominado realismo ingenuo e implican aceptar que el conocimiento plenamente objetivo es imposible. Implican también aceptar que existe una realidad independiente a nosotros e implican reconocer que nuestras facultades cognitivas solo pueden acercarnos parcialmente a la realidad y a la objetividad. Finalmente, implican todo un desafío para procurar conocer en la mejor forma posible aquella porción de realidad a la cual tan sólo tenemos un acceso indirecto. Esta postura epistemológica me parece compatible con los datos existentes en la actualidad y con lo que constituye nuestro devenir profesional. A su vez, me parece una postura que aporta un fundamento para organizar y ordenar el progreso del conocimiento en el ámbito de la psicoterapia.

No estoy en condiciones, y probablemente nadie lo está, de "demostrar" que mis proposiciones epistemológicas son las correctas. Sólo considero que son las más probables. En todo caso, no veo grandes ventajas en prolongar una discusión a la que la filosofía ha dedicado siglos sin llegar a conclusiones definitivas. Y, aunque considero muy importantes los fundamentos epistemológicos de la psicoterapia, la toma de posiciones siempre implicará una base de incertidumbre. Al ser esto así, las discusiones sobre el tema se podrían prolongar indefinidamente... y nuestros pacientes no disponen de tanto tiempo.

La tarea entonces consiste en ganar el mayor terreno posible en la línea de la objetividad relativa. Para ello es preciso establecer una metodología adecuada, la más adecuada que nos resulte posible. Sin un cambio profundo en nuestras actitudes y procedimientos metodológicos, sólo logramos ir incrementando el desorden existente a nivel de la psicoterapia.

3.2 El Modelo Integrativo a Nivel Metodológico

Del análisis epistemológico precedente, se desprende que sólo podemos aspirar a alcanzar un cierto grado de objetividad relativa en nuestro conocimiento. No obstante, ello implica que existe conocimiento de mejor calidad que otro, por lo cual el desafío siguiente es generar una metodología consistente para lograrlo. Una metodología coherente y consistente con los fundamentos epistemológicos de la psicoterapia.

¿Cómo se pueden lograr conocimientos confiables en psicoterapia? ¿Es posible alcanzar un acuerdo con respecto a qué conocimientos consideramos válidos?

Un método puede ser descrito como un procedimiento regular, explícito y repetible para alcanzar conclusiones válidas y compartidas. Puesto que tal tipo de conclusiones son muy escasas en psicoterapia, he señalado que las deficiencias metodológicas constituyen una causa esencial de la crisis que nos afecta.

La psicología ha sido por siglos una rama de la filosofía. Durante siglos ha utilizado los métodos de la filosofía, eminentemente especulativos. Y así como en la filosofía, las divergencias han proli-

ferado entre nosotros. Al no existir un método preciso para establecer acuerdos, la filosofía ha derivado en discusiones interminables sin que se alcancen convergencias. "En realidad la ciencia avanza mientras que la filosofía, o da vueltas constantemente sobre sí misma, o se beneficia del avance de las soluciones particulares para extraer de ellas nuevos procedimientos de reflexión" (Piaget 1966 p. 121).

En el ámbito de la psicoterapia el *método fenomenológico* puede ser considerado el más cercano al proceder filosófico; ello, a pesar de que surgió como una forma de reacción a las eternas discusiones de la filosofía. Husserl, considerado como el fundador de la fenomenología, la concibió como una investigación de la esencia de las cosas, en la que se hace abstracción de su existencia (Foulquié, 1948). En una búsqueda de renunciar a las discusiones estériles propias de la filosofía, la fenomenología procura entregarse al estudio de lo dado en el conocimiento: el fenómeno. Para el fenomenólogo, lo absoluto es la representación subjetiva del fenómeno, y las cosas del mundo exterior tienen tan sólo una existencia relativa al fenómeno. La verdadera realidad, la única que nos es dado alcanzar, es de orden psíquico, en lo cual hay un encuentro con la actitud constructivista. Las experiencias de la conciencia constituyen la base esencial de nuestro conocimiento de la realidad, la cual en sí misma es inalcanzable. Husserl propone no pronunciarse acerca de la realidad o irrealidad del mundo, propone poner esa realidad entre paréntesis en una actitud que denomina reducción fenomenológica. El paso siguiente, denominado reducción eidética, procura reducir lo dado en la conciencia a su forma esencial, a su idea; la fenomenología se mueve en el ámbito de la conciencia a través de una especie de introspección sistematizada.

En términos metodológicos entonces, las diferentes formas de introspección y auto observación reconocen un parentesco más cercano o más lejano con la fenomenología. En un sentido genérico, se trata de una avenida metodológica que permite un acceso directo a los aspectos más esenciales del ser humano: sus motivaciones, emociones y pensamientos. Podría decirse que se trata de una metodología que nos permite el acceso a nuestros aspectos más profundos.

La metodología llamada científica o *empírico-experimental*, ha constituido una alternativa completamente diferente de la fenomenología. Sobre una base filosófica positivista, pragmática y objetivista, derivada parcialmente del pensamiento de Comte, se recoge la metodología estructurada por Bacon y Galileo, en una búsqueda de conocimientos acumulables, observables, replicables y verificables directamente. Pavlov indirectamente y Watson más directamente, ingresan en el ámbito de la psicoterapia en una búsqueda de lo verificable objetivamente y como una especie de reacción en contra de una psicología subjetivista, basada en la introspección. La observación natural y fundamentalmente la observación experimental, constituyen los pilares de esta perspectiva metodológica. Interesa la acumulación de conocimientos precisos y confiables, acumulables y verificables, sobre la base de observaciones y experimentos replicables. El objetivo fundamental es entonces la comprensión, explicación, predicción y cambio de los hechos psicológicos.

La psicología en general y la psicoterapia de un modo muy acentuado, han aportado los escenarios para una pugna metodológica que se ha prolongado a través de todo el Siglo XX. Los distintos enfoques de la psicoterapia, se han venido nutriendo de hallazgos más introspeccionistas o más empírico-experimentales en una pugna que ha resultado poco conducente.

Digo poco conducente, porque cada una de estas perspectivas metodológicas aporta muchos alcances y muchas limitaciones. Al momento de decantar, podría decirse que la fenomenología ha llegado más lejos, a niveles más profundos, pero en forma muy desordenada e imprecisa; son pocos los conocimientos en psicoterapia, precisos y válidos, derivados de la fenomenología y de la introspección. Por su parte, la metodología empírico-experimental ha aportado precisión y validez en ámbitos más bien simples y comparativamente menos relevantes; en los hechos, muchas veces ha procurado sobre-reducir el mundo psicológico a términos simples y observables, con la consiguiente "rebelión" del mundo psicológico.

En mi opinión, las limitaciones del método introspectivo se han visto acentuadas por el predominio del pensamiento analógico de quienes lo aplican. Me inclino a pensar que en los enfoques "fenomenológicos" predomina un estilo de pensamiento de hemisferio derecho, lo cual introduce una limitación adicional en términos de imprecisiones y desorden. Como lo he venido señalando, ha predominado un interés por enunciar hipótesis, habitualmente en términos bastante difusos. Los procesos de verificación han motivado poco y han descansado sobre bases excesivamente subje-

tivas. El hecho que en la psicoterapia exista un superávit de creatividad y un déficit de rigurosidad avala lo señalado. Existe también una tendencia a la impaciencia y al pensamiento holístico, muy típico del estilo de pensamiento analógico. En las palabras de Piaget: "Se requiere de un trabajo de minuciosa investigación que sólo muy lentamente podría vencer nuestros hábitos orientados hacia la especulación totalizadora" (1966, p. 126). Así, rápidamente damos por demostrado lo no demostrado y extraemos conclusiones globales a partir de "evidencias" muy restringidas.

En una especie de "síntesis de predominancias" diría que en el ámbito de la psicoterapia ha predominado una metodología introspectiva, aplicada predominantemente por personas con predominio de hemisferio derecho. Desearía ilustrar esto a través de un ejemplo expuesto por Klimovsky (1986), aunque él lo expone en un contexto diferente.

Goethe tenía una teoría cualitativa de los colores, la cual discrepaba radicalmente con la teoría de los colores de Newton; en realidad Goethe estaba furioso con Newton en relación a este tema. La molestia de Goethe se centraba en el hecho que Newton pretendiera cuantificar un tema tan espiritual y cualitativo como el de los colores. Imponer medidas, cantidades y números a los colores, donde debería haber cualidad y espíritu, era como introducir números en cuestiones de amor. Al final, las ecuaciones de Newton arrasaron completamente con la disputa y la teoría de Goethe quedó en el olvido.

El ejemplo anterior no pretende llevar aguas hacia el molino cuantitativo. Lo que deseo señalar es que, con una muy alta probabilidad, la mayoría de los psicoterapeutas habrían sido entusiastas partidarios de Goethe en esa disputa. La idea Kantiana de que el hombre no es susceptible de estudios cuantitativos tiene un fuerte arraigo entre los terapeutas. Así, lo que constituye investigación sistemática, cuantitativa y evaluativa suele ser objeto de desconfianzas múltiples, por decir lo menos. "La literatura indica que el científico que se focaliza en los aspectos clínicos de la psicología es un héroe trágico cuyos esfuerzos rara vez son apreciados por sus colegas. La mayoría de los clínicos pareciera creer que los aspectos clínicamente relevantes no pueden ser abarcados por la investigación" (Newman y Howard, 1991, p. 8).

De este modo, la pugna metodológica ha implicado que una de las alternativas ha pretendido sobresimplificar el psiquismo humano, en una actitud reduccionista, en ocasiones incluso burda. La otra alternativa, ha aportado poca vocación hacia la precisión y la verificación, ha aportado laxitud, impaciencia y una actitud negligente hacia el desorden existente.

Todo lo anterior ha contribuido a que los terapeutas nos encontremos cazados en lo que he denominado *trampa metodológica esencial*. Intentaré delimitar sus características e importancia.

El primer peldaño hacia la trampa metodológica lo constituye el hecho que el psicoterapeuta se acerca a su práctica clínica con un fuerte *compromiso emocional* hacia su enfoque teórico y clínico. Este compromiso afectivo implica la presencia de un fuerte sesgo que guiará sus procesos de atención, sus percepciones y sus conclusiones (Taylor y Crocker, 1981; Turk y Salovey, 1985). Y a mayor compromiso afectivo con un enfoque, mayor será el peligro de que opere este mecanismo de sesgo.

El segundo peldaño hacia la trampa metodológica lo constituye el hecho que el accionar clínico del terapeuta se da en un contexto de *sobre aceptación* por parte del paciente. Este aspecto es de la mayor importancia. En términos generales los pacientes tienden a ser aceptativos y complacientes con los terapeutas y a encontrar adecuadas muchas cosas, a veces demasiadas. A modo anecdótico, recuerdo el caso de un terapeuta que se quedó dormido en medio de una sesión; tras largos minutos de reflexiones y dudas, el paciente se decidió a despertarlo. Junto con hacerlo dijo: "no se preocupe Doctor, le encuentro toda la razón en que se durmiera... yo estaba hablando puras leseras". Esta historia me fue revelada por el propio terapeuta. En una ocasión llegó a consultarme un paciente que había sido atendido por un terapeuta que estaba en... ipleno brote psicótico! El terapeuta ponía un dibujo encima del escritorio y luego paciente y terapeuta iniciaban un poco afinado cántico; el terapeuta iba marcando el ritmo musical y el paciente debía seguirlo durante la "sesión". El paciente, que aunque no resulte creíble tenía coeficiente intelectual normal, demoró varias "sesiones" antes de cuestionarse esta atípica modalidad de "musicoterapia".

Podría pensarse que las anteriores golondrinas no hacen verano. Sin embargo, hay más golondrinas. En su libro "Locura y Curación" el psicoterapeuta Robert Langs informa de un estudio realizado con 20 pacientes que habían estado en tratamiento con un total de 47 terapeutas de los

más variados enfoques. A partir de los informes de los pacientes quedaba claro que las conductas de los terapeutas debajan mucho que desear. Un terapeuta le suspendió el tratamiento a una paciente por rehusar casarse con el padre de la guagua que estaba esperando. Otro le ordenó a un paciente abstenerse de sexo durante un año como forma de adquirir autocontrol. A pesar de múltiples errores terapéuticos de este tipo, la tendencia general de los pacientes fue a proseguir dócilmente con su tratamiento.

Ya en los años 50 David Rosenthal, luego de investigar ampliamente el punto, concluyó que los pacientes aceptan los valores de sus terapeutas incluso en desmedro de los propios. En su autobiografía, Fritz Perls cuenta la historia de cómo peleó físicamente con una mujer en uno de sus grupos, botándola tres veces al suelo a puñetazo limpio. Perls señala que la volvió a derribar y le dijo, jadeando: "He golpeado a más de una perra en mi vida". Ella se levantó, lo abrazó y le dijo: "Fritz te amo". Por otra parte, los pacientes tienden a aportar elementos que avalen las tesis de sus terapeutas. Según Klimowsky, esta actitud complaciente de los pacientes tiende a ser muy acentuada: "ha llamado la atención que los sueños de los pacientes se adecúen a veces al estilo del psicoanalista, como una especie de flor onírica que el paciente ofrece en homenaje a su terapia" (1986 p. 40).

La actitud de los pacientes contribuye a que el terapeuta se sienta en el enfoque correcto, dado lo bien acogidas que son sus teorías, interpretaciones y técnicas. Esta actitud reforzante de los pacientes tiende a ser confirmatoria de las teorías y técnicas del terapeuta, cualquiera ellas sean. Ya sea por necesidades afectivas, por sumisión, por idealización, por resolver disonancias cognitivas o por mil otras razones, los pacientes tienden a "aplaudir" en exceso a los terapeutas y en forma indiscriminada. Y aunque muchos pacientes pueden actuar en una dirección incluso contraria, la tendencia predominante es ésta. Es así que después de una amplia revisión del tema Turk y Salovey (1985) concluyen: "el clínico puede decir a su cliente casi cualquier afirmación razonable, altamente probable sobre su personalidad o hacer una interpretación terapéutica y en muchos casos será aceptado por el cliente" (p. 26). Este mecanismo contribuye a validar casi cualquier teoría o técnica en psicoterapia.

El tercer peldaño hacia la trampa metodológica está constituido por el *efecto de las variables inespecíficas* en psicoterapia. Hemos visto que, en términos generales, las investigaciones muestran que el cambio terapéutico es atribuible a variables inespecíficas del paciente, del terapeuta y de la relación; el aporte del enfoque, es decir de las teorías y estrategias clínicas específicas, tiende a acercarse a cero. Esto se desprende del análisis de las mejores evidencias existentes en la actualidad.

El terapeuta constata progreso terapéutico; sin embargo frecuentemente no lo atribuye a la acción de las variables inespecíficas sino a méritos propios y de sus teorías y técnicas específicas. Puesto que cualquier terapeuta puede hacer esto, cualquier enfoque puede verse "beneficiado" por los errores atribucionales de sus terapeutas; así, cualquier teoría y/o estrategia clínica pueden emerger artificialmente fortalecidas. Este proceso se ve facilitado por el hecho que los seres humanos tendemos a generar y a aceptar atribuciones erróneas, sin percatarnos de ello (Nisbett y Wilson, 1978).

El cuarto peldaño hacia la trampa metodológica es que terapeuta y paciente tienden a observar mayor progreso terapéutico que el realmente existente (Feifell y Eells, 1963; Gillan y Rachman, 1974). Este proceso de *magnificación de los éxitos terapéuticos* se puso de manifiesto claramente en el famoso estudio Cambridge - Somerville, realizado entre 1935 - 1945 en Massachusetts, Estados Unidos. En ese estudio, el grupo de 325 jóvenes tratados evaluó como muy positivo el tratamiento. Un total de otros 325 jóvenes fue usado como grupo control sin tratamiento. Lo crucial es que un seguimiento realizado 30 años después por el sociólogo Joan McCord demostró que las personas tratadas prácticamente *no mostraban diferencias conductuales con el grupo control*. Más aún, la probabilidad de que hubieran cometido un crimen era mayor en el grupo de los tratados; otro tanto ocurría con el alcoholismo y con el desarrollo de problemas psiquiátricos. De este modo, si no se hubiera realizado el seguimiento, el programa habría seguido siendo considerado un éxito completo; el éxito lo habían construido las percepciones de deseo de pacientes y terapeutas, quienes habían magnificado gruesamente los beneficios de la terapia.

En este caso ni siquiera lo habían magnificado a partir del progreso debido a las variables inespecíficas; simplemente habían inventado un progreso inexistente. Una especie de complicidad

involuntaria e inconsciente, entre pacientes y terapeutas, sobre la base de los wishfull de ambos.

El quinto peldaño hacia la trampa metodológica es que el psicoterapeuta *tiende a no explorar en la dirección de explicaciones alternativas* a las derivadas de sus teorías. Así, el terapeuta cognitivo busca y encuentra causas cognitivas. El psicodinámico busca y encuentra fundamentos inconscientes de los conflictos. Con excesiva frecuencia no se explora en otras direcciones. El proceso entonces es del tipo "busca y encontrarás" todo con la anuencia y la aprobación de los pacientes. En este proceso causamos la causalidad al explorar sólo en una línea explicativa, al conformarnos con un tipo de relaciones causales y al aceptar como validante la actitud asentidora de los pacientes.

La acción eficiente de la trampa metodológica puede ser ilustrada a través del siguiente ejemplo. No hace mucho asistí a una reunión social a la cual asistió también una mujer de mediana edad, quien se dedicaba a ejercer como "terapeuta de colores". Sin profesión ni mayores estudios, tenía una influyente personalidad y creía firmemente en sus teorías y estrategias clínicas. La base del procedimiento era que a cada persona le corresponde un color y un número, los cuales deben ser descubiertos. Para ello usaba diferentes procedimientos "diagnósticos". Una vez descubiertos era fundamental que la persona los asimilara a través de la piel para lo cual ella utilizaba una música ad hoc, relajación y diferentes "mensajes terapéuticos". Los "pacientes" respondían muy bien en la terapia y a su vez le enviaban nuevos pacientes. En nuestra reunión social, con muchos profesionales presentes, la acogida fue más bien positiva. Al ser preguntada la señora señaló que por este método curaba angustias, depresiones, insomnios, etc. Sólo logró recordar un caso de "fracaso terapéutico".

Luego de recorrer los cinco peldaños que he explicitado, quedamos cazados en esta trampa metodológica, la cual mantiene atrapados prácticamente a todos los enfoques. Cada enfoque vé fortalecidas sus teorías y estrategias clínicas, a través de un constante recorrido por los cinco peldaños de la trampa metodológica. Es así que cada enfoque se percibe como muy aportativo. En mi opinión, el liberarnos de esta trampa resulta crucial para el futuro progreso de la psicoterapia. A contrario sensu, mientras nos mantengamos atrapados, no existe opción de progreso alguno para la psicoterapia. Prácticamente todas las teorías y técnicas serán válidas y eficaces. Todos los enfoques tendrán una buena autoimagen, construida a través de la acción de la trampa metodológica.

La investigación empírico-experimental ha implicado un intento de escapar de la que he denominado trampa metodológica. El supuesto ha sido que la metodología científica, evaluativa, con grupos de control placebo, réplicas, etc. ayudaría a ganar en objetividad.

Como hemos visto, en la práctica esto ha sido así sólo en un grado menor, pues incluso ésta metodología ha dejado una ventana ancha para que cada uno concluya lo que desea concluir. Se ejemplifica el hecho que la metodología sola no basta, se requiere de una *vocación* para aplicarla bien. Así, muchas veces la investigación científica ha sido sólo una forma de presentar con solemnidad datos que representan tan sólo los deseos de los investigadores. En este contexto, no es extraño lo que he señalado inicialmente, es decir, que el mejor predictor del resultado de una investigación sea la orientación teórica del investigador (Smith et al., 1980; Berman, Miller y Massman, 1984).

Lo anterior puede explicitarse aún más desde otra perspectiva. Hace ya algunos años Bandura señalaba: "Entre más estrictas y satisfactorias son las mediciones de mejoría empleadas, los efectos de los tratamientos son relativamente menos positivos" (1969, p. 55). Esto es coherente con lo que he venido exponiendo; entre más laxas sean las mediciones, más influyen los deseos del investigador en la construcción de los resultados. No resulta sorprendente entonces que en los últimos años las investigaciones más rigurosas hayan constatado esto y que muestren que el progreso terapéutico es menor que lo que se pensaba (Kazdin, Bass, Siefel y Thomas, 1989). El propio estudio NIMH (Elkin, et al., 1989) confirma plenamente esta hipótesis. No extraña entonces que se haya sugerido que la celebración de éxitos de la psicoterapia ha sido prematura puesto que "la información a partir de estos análisis adicionales generalmente ha llevado a conclusiones más modestas en relación con la eficacia de los tratamientos en cuestión" (Jacobson y Truax, 1991, p. 17).

La meta fundamental de la investigación clínica es determinar a cual conjunto específico de tratamientos deberían ser asignados los futuros pacientes (Newman y Howard, 1991). En el ámbito de la metodología empírico-experimental, se ha venido comprendiendo de un modo creciente que gran parte de los estudios de investigación existentes sólo aportan confusión. En los hechos el rigor de las investigaciones ha tendido a aumentar sustancialmente, en términos de mayor precisión en

la formulación de hipótesis, uso de doble ciego, grupos control placebo, seguimientos prolongados, etc. Recientemente se han venido introduciendo también criterios más sofisticados para evaluar lo que constituye un progreso terapéutico, una mantención de dicho progreso, etc. (Jacobson et al., 1984; Michelson y Mavissakian, 1985). Todo esto resulta bastante promisorio.

El problema de fondo, sin embargo, tiende a subsistir. La mayoría de los psicoterapeutas hacen lo que quieren y suelen creer lo que quieren. Suelen también descalificar a las investigaciones empíricas, bajo el supuesto de que son simplistas; en el mejor de los casos se mantienen indiferentes respecto a las investigaciones sobre resultados de la psicoterapia.

Cuando los "empiricistas" argumentan que sin investigación rigurosa es imposible el progreso, tienen razón. Cuando los "fenomenólogos" sostienen que sólo es cuantificable lo simple, también tienen razón. ¿Qué hacer entonces?

La respuesta obvia va en la línea de lo que podría denominarse integración inter-hemisférica, es decir integración de la creatividad del hemisferio derecho y del rigor del izquierdo. La idea sería el ir construyendo una ciencia para el hombre, que recoja los aportes de cada hemisferio y mantenga bajo control los defectos. Como ha señalado Norbert Wiener, creador de la cibernética moderna: "La ciencia, para alcanzar el éxito, necesita de la fantasía y el sueño... pero manteniendo sus pies en el suelo conocido y cuidando de no perder de vista la luz orientadora de los faros matemáticos" (1954).

En una imaginaria asignación de tareas podría proponerse que los analogógicos formularan las hipótesis y los analíticos las verificaran. El problema, sin embargo, no es tan simple. El problema consiste en establecer fundamentos que aporten orientación para una integración metodológica.

¿Sobre qué bases metodológicas podemos validar el conocimiento en psicoterapia?

Hace algún tiempo el cable nos trajo la noticia de un ciudadano ruso que practicaba la telekinesia. Para demostrar su poder telekinético, decidió pararse en la línea del ferrocarril a objeto de detener su marcha vía telekinesia; puesto que sus tentativas fallaron, lo atropelló el tren el cual demostró que los poderes no eran tantos. Me atrevería a sostener que si los terapeutas verificáramos nuestras teorías en la línea del tren, habría una fuerte disminución de la cantidad de terapeutas. Sin embargo, al no ser aceptable este camino para los problemas de la psicoterapia, será preciso buscar otras formas de generar bases sólidas para demostrar nuestro conocimiento.

El dirimir cual conocimiento será válido, cuál teoría será considerada correcta o cual estrategia clínica será considerada efectiva, no puede lograrse sobre la base de una discusión teórica o de un análisis lógico. El panorama que muestra la filosofía es suficientemente ilustrativo como para concluir que por esa vía no se dirimen nuestros desacuerdos. No es cuestión de establecer quién argumenta mejor o quien presenta mejor los argumentos. Se trata de establecer criterios de demostración.

Se tiende a compartir y a aceptar un concepto de ciencia según el cual ésta procura la descripción, comprensión, explicación, predicción y control de los hechos que estudia. Lo que resulta difícil, sin embargo, es establecer cuando ha habido comprensión y qué será aceptado como explicación.

Una explicación es una reformulación aclaratoria que debe satisfacer ciertas exigencias. Con frecuencia, las explicaciones en psicoterapia involucran acudir a teorías explicativas, las cuales a su vez son muy discutibles. Por esa vía, la re-formulación sólo satisface criterios muy laxos y las "explicaciones" terminan por explicar muy poco.

Para soslayar el tener que acudir a teorías explicativas discutibles, se puede optar por acudir más directamente a una explicación causal. Esto, sobre el supuesto que explicar es conocer por las causas. En nuestro ámbito, sin embargo, esto tiende a ser extremadamente cuestionado.

La idea subyacente es que tanto las causas como las leyes sólo son precisables en los fenómenos simples. "El concepto de 'causa', como ocurre en el trabajo de la mayoría de los filósofos, es uno que aparentemente no es usado en ninguna ciencia avanzada" (Russell, 1948, p. 453). Peor aún es el caso de las leyes: "la búsqueda y el descubrimiento de leyes no es un sello apropiado del conocimiento científico, sino meramente una característica de las teorías de los fenómenos simples" (Hayek, 1967 p. 42). Podríamos decir que en el último tiempo muchos hemos extendido certificados de defunción a la realidad, objetividad, causalidad y leyes y que la pena ha sido escasa en los funerales.

Hace ya bastantes años Grünbaum señalaba: "Si la conducta humana, lo mismo la individual que la social no exhibe sucesiones de causa - efecto, el método científico es en esencia inválido" (p. 12). Sin causalidad no tienen sentido la explicación causal ni la predicción. Si concluimos que el principio de causalidad está abolido, no tiene sentido el estudio de la psicoterapia ni el intento de predecir cuales estrategias clínicas funcionarán mejor. Sin causalidad cualquier predicción es imposible.

En las ciencias físico-matemáticas el concepto de causalidad ocupa un lugar central. Como lo han señalado Ruch y Zimbaro: "el punto de partida de todo científico, cualquiera sea su campo, es la suposición de un universo ordenado. Esto conduce a aceptar la doctrina del determinismo causal que, expresada por John Stuart Mill, dice que en la naturaleza existen casos paralelos y lo que sucede una vez, en circunstancias con un grado suficiente de semejanza, volverá a suceder" (1897, p. 23).

En términos simples una causa es un hecho específico que precede a un efecto, también específico, al cual *produce* inevitablemente. Si se suprime la causa se suprime el efecto y la causa siempre precede al efecto. Este tipo de relación causal se denomina causalidad necesaria y suficiente e implica que el antecedente tiene que estar presente y basta para producir el evento. Sobre la base de este modelo de causalidad, se derivan múltiples tipos de causas, como lo son las causas necesarias y no suficientes, las suficientes, las eficientes, las finales, etc.

La aplicabilidad del principio de causalidad al ámbito psicológico viene siendo cuestionada desde hace mucho. Ya Dilthey (1884) señalaba que explicamos la naturaleza pero que comprendemos lo anímico. A su vez Jaspers (1963) ha planteado que comprendemos las relaciones anímicas desde dentro como sentido y que las explicamos desde fuera como simultaneidad y sucesión. El propio Skinner evitaba hablar de causas y prefería referirse a "relaciones funcionales" entre las variables independiente y dependiente. Así "la antigua relación causa-efecto se convierte en una relación funcional. Estos nuevos términos no indican cómo la causa produce su efecto; se limitan simplemente a afirmar que hechos diferentes tienden a producirse juntos en un cierto orden" (Skinner, 1953, p. 50).

En mi opinión este tema es de máxima importancia y se presta a enormes confusiones. En el fondo creo que en alguna medida se tiende a confundir complejidad con inexistencia. Es cierto que la causalidad psicológica rara vez opera de un modo lineal, simple, expedito, en términos de lo que se denomina causalidad estilo bola de billar. Rara vez también es demostrable con precisión. Pero de ahí a abolir el principio de causalidad en psicoterapia existe una gran diferencia. Sin causalidad en el ámbito de lo psicológico sólo nos resta dedicarnos a otra cosa. En un sentido estricto no podríamos dedicarnos a cosa alguna, dado que la convivencia humana sería caótica.

En mi opinión, el concepto de causa pasa a ser aceptable siempre y cuando se tenga presente el conjunto de complejidades señaladas y el hecho que nunca existe certeza que tal evento fue el que produjo el efecto. Esto fue sostenido hace mucho en los siguientes términos: "No tengo objeción en usar las palabras causa o causación en el entendido que nunca nos lleven a imaginar que nuestro conocimiento involucra certeza. Repito que si una causa es una condición necesaria e invariable de un evento, nunca podemos saber con certeza si la causa existe o no" (Javons, 1874, p. 224).

De este modo, el problema fundamental con el principio de causalidad no es si rige o no; el problema está en la dificultad para descubrir y precisar las reales causas. No es de extrañar entonces que el concepto sea soslayado y los autores prefieran referirse a la explicación, a relaciones funcionales, etc., es decir a términos menos comprometedores.

Un problema metodológico de máxima importancia es que muchas causas abiertas y observables sólo producen efectos encubiertos e inobservables, a veces encubiertos incluso para quien sufre el efecto. A su vez muchas causas son encubiertas, y muchos efectos actúan sobre sus causas, en una modalidad que se ha denominado causalidad circular. Por otra parte, en el ámbito psicológico, a diferencia de lo que ocurre en física, la causalidad no requiere de un contacto físico directo para ser ejercida. Además, en el marco de las ciencias sociales pocos fenómenos de interés dependen de una sola causa. "Los fenómenos en ciencia social usualmente involucran muchos tipos diferentes de eventos, determinados por un número de cosas diferentes, cada una afectando un número de otras cosas. Redes de relaciones causales en las cuales muchas variables diferentes están ligadas entre sí

son denominadas sistemas" (Heise, 1975, p. 27). Esta dinámica multifacética con que se presenta la causalidad en los fenómenos psíquicos, ha llevado a la siguiente e importante afirmación: "Quizás por ser tan multifacética la conducta humana, casi cualquier enunciado que exprese una relación entre supuestas causas y efectos patológicos, ha encontrado apoyo en algún lugar" (Sandler y Davidson, 1973, p. 23).

Así, la causalidad psicológica es de muy difícil investigación, si no se quiere caer en la simplificación o en la sobresimplificación. Lo crucial, sin embargo, es que el principio de causalidad opera dado que, si no operara, observaríamos un panorama caótico y nuestro quehacer profesional carecería de sentido.

Si la causalidad opera, cobran algún sentido la explicación causal y la predicción. Se hace posible entonces un conocimiento que se demuestre efectivo en la predicción y en el cambio terapéutico. El valor del conocimiento puede así establecerse no ya sobre la base de discusiones teóricas o lógicas sino sobre la base de la acción, es decir de su aporte para la predicción y para el cambio terapéutico. Así, propongo que se considere a la *predicción* y al *cambio terapéutico* como los pilares sobre los cuales se puede construir la metodología de investigación en psicoterapia. Estos parámetros pueden permitir establecer cuál es la estatura real de un conocimiento en psicoterapia. Ello nos posibilitará escapar tanto de las discusiones interminables como de la trampa metodológica.

Asumo plenamente el hecho que la predicción de la conducta de un sistema complejo como lo es el psicológico, es una tarea tremendamente compleja. Asumo también que la evaluación de los resultados de la psicoterapia es a su vez complejísima y en la actualidad es un camino que recién se inicia con el rigor requerido. No obstante predicción y cambio constituyen los aspectos constatables de nuestro conocimiento; si renunciamos a ellos, nos quedamos sin parámetros para establecer qué es lo que realmente sabemos. Postular que la "coherencia interna" de una formulación o su consistencia lógica pueden constituir pruebas, es dejar a la psicoterapia sin opción a un conocimiento progresivo. Sobre estas bases las discusiones y desacuerdos serían interminables.

De este modo, suscribo plenamente la siguiente afirmación de Bandura: "El poder explicativo de una teoría psicológica está relacionado con diferentes aspectos. Primero, las teorías deben demostrar poder predictivo. Segundo, los métodos que las teorías arrojen deben ser capaces de efectuar cambios significativos en el pensamiento, afecto y acción humanos. La debilidad en las teorías se manifiesta rápidamente cuando son puestas a trabajar y pueden ser juzgadas por los resultados que producen. Uno puede producir y cambiar eventos sin conocer las bases para el éxito. Por lo tanto tercero, las teorías deben identificar los determinantes de la conducta humana y los mecanismos intervinientes por los cuales producen sus efectos. Pero aquellas explicaciones que no tengan valor predictivo serán pseudo-explicaciones" (1986, p. 3).

Lo anterior, sin embargo, requiere de una precisión. Aunque resulta muy deseable y necesario el precisar los mecanismos de cambio y las causas de los cambios en psicoterapia, queda claro la complejidad que adquieren estas causas y la imposibilidad de tener certeza de que tal antecedente produjo tal consecuencia. Sobre esta base, es fundamental estudiar en la mejor medida posible los mecanismos de cambio.

Si en general el conocimiento es acción, lo es más en el ámbito de la psicoterapia. Podría decirse entonces que en el ámbito de la psicoterapia "el conocimiento se demuestra andando", es decir en su capacidad activa de predicción y cambio.

Esto puede sonar presuntuoso, dada la anteriormente señalada dificultad que implica predecir el comportamiento de sistemas complejos. Se podría argumentar que así como ha resultado difícil la predicción del comportamiento atmosférico y del clima, con mayor razón lo es la conducta y el cambio en psicoterapia. Una vez más, sin embargo, se trata de ganar en poder predictivo no de alcanzar un infalible poder predictivo. Así como la teoría de Einstein involucró un aumento de poder predictivo con respecto a la de Newton, también en psicoterapia es posible ganar en predictividad en términos comparativos. Aunque este camino pueda resultar cuestionable yo preguntaría: ¿qué alternativa tenemos?

Al igual que lo que señalaba en relación con la objetividad relativa, ocurre algo similar con respecto a la predicción y al cambio. Tal vez nunca logremos predicciones perfectas ni cambios terapéuticos óptimos. Se trata, sin embargo, de orientarnos hacia la mayor predicción relativa posible y hacia el mejor cambio terapéutico relativo posible. Predicción y cambio deberían constituirse en

faros orientadores en una psicoterapia que ha navegado sin rumbo por demasiado tiempo. Son nuestros mejores pilares y nuestras mejores opciones. El que la perfección no nos sea alcanzable no puede constituir un pretexto para seguir por el camino entrópico por el que hemos estado transitando.

Es así que la predicción y el cambio aportan criterios de validación que nos permiten trascender un conocimiento estático y encapsulado. En psicoterapia el conocimiento no sólo hay que discutirlo, hay que demostrarlo. Más aún, sostengo que sin una profunda aceptación del valor de la predicción y del cambio en psicoterapia, nos mantendremos sumergidos en un debate inoperante acerca de "conocimientos" cuyo valor real será siempre una incógnita.

Se trata entonces de ir descubriendo el máximo de regularidades y causas lo cual constituirá un aporte a la predicción.

En este contexto metodológico adquieren especial relevancia preguntas predictivas del tipo ¿qué condiciones específicas deben reunirse para que se produzca tal desajuste psicológico específico?, ¿cuáles procedimientos clínicos específicos producirán tales efectos específicos en tales desajustes específicos?, ¿cuáles desajustes específicos tenderán a ser refractarios a cualquier tipo de intervención clínica?, ¿qué factores específicos permiten predecir una recaída o una sustitución de síntomas? Se trata de preguntas predictivas cuyas respuestas permiten ir evaluando la estatura real de cada paradigma y de cada enfoque terapéutico.

La posibilidad de converger y lograr acuerdos al respecto se facilita por el hecho que el valor de una teoría o de una estrategia clínica, no dependerá de su procedencia fenomenológica o empírica. Toda teoría o estrategia clínica, cualquiera sea su paradigma o su enfoque de origen, podrá demostrar su valor en la medida que aporte realmente a la predicción y al cambio terapéutico.

Esto plantea algunas exigencias metodológicas básicas. Se requiere entonces de una metodología que enriquezca nuestros conocimientos predictivos y que clarifique los específicos aportes al cambio terapéutico. Implica entonces que las teorías y estrategias deben ser formuladas con la precisión suficiente que permita esclarecer cual es realmente su valor predictivo y su aporte al cambio. Enunciados vagos y no verificables no aportan nada a nadie y nos perjudican a todos.

Sobre la base de estos fundamentos metodológicos es posible ir afinando aspectos más concretos en relación a cómo investigar.

No es del caso entrar aquí en detalles metodológicos que por lo demás requerirían de la asesoría de los metodólogos. Lo que sí es claro es que será importante converger respecto a qué consideraremos cambio terapéutico, qué consideraremos fracaso terapéutico y qué consideraremos éxito. Y será importante converger en el sentido que sin una investigación sistemática, precisa y sofisticada que permita delimitar los efectos de variables inespecíficas y de las específicas, y mantener a raya nuestros "wishfull", no nos será posible progresar. Así, la evaluación del cambio terapéutico deberá realizarse sobre bases metodológicas que permitan eludir la trampa metodológica explicitada anteriormente. De este modo, sin grupos de control que vayan aislando el rol de las variables inespecíficas, y sin jueces independientes que no sean el paciente y su terapeuta, la acción de la trampa metodológica se mantendrá.

Por otra parte, es posible que un acceso a las variables inconcientes, que sea metodológicamente aceptable, demore mucho o incluso no sea posible; pero hay que intentarlo. Es posible, como señala Ana María Marchetti, que sea difícil o imposible evaluar la cuota de arte que aporta el terapeuta en su accionar clínico; pero hay que intentarlo. Hay que intentarlo sin reducir ni simplificar, siempre con la predicción y el cambio validando los hallazgos.

De este modo, en el ámbito metodológico propongo aceptar el principio de causalidad con las complejizaciones correspondientes, propongo tender puentes de integración "inter-hemisférica" sobre la base de la predicción y el cambio terapéutico. Propongo que la predicción y el cambio constituyan los pilares que aporten el fundamento de nuestro accionar metodológico. Propongo asumir la importancia de la trampa metodológica "egodistómicamente", y desplegar todos los esfuerzos correspondientes para desentramarnos.

Por sobre todo, sin embargo, propongo un profundo cambio de actitud en relación con la investigación. No se trata de ser mecanicista, reduccionista o simplista. Tampoco se trata de tener un estilo de pensamiento científico o cuantificador. Más aún, es posible también reconocer que muchos aspectos pueden incluso no ser estudiables en términos predictivos y de cambio. De lo que

si se trata, es de asumir que sin investigación que nos permita corregir la enormidad de problemas que nos afectan, no habrá opción futura para la psicoterapia. Se requiere de una actitud nueva, que implique pensar mucho y precisar mucho, antes de enviar un concepto nuevo al "mercado". Una actitud nueva de mucha paciencia para ir construyendo paso a paso los progresos terapéuticos. Se trata entonces de construir una buena evolución y de desconfiar de cualquier nueva revolución.

Una actitud nueva no sólo requiere de una valoración de la investigación en psicoterapia, sino de contribuir a exigir precisión y no dejarse impresionar por cualquier hallazgo. De este modo, una ciencia para el estudio del hombre la podemos ir creando entre todos sobre una base de apertura, flexibilidad, imaginación, profundidad y creatividad, y en un trasfondo de conocimientos cuyo valor objetivo siempre será relativo. Sin embargo, y aunque a muchos no nos guste, sobre una base de rigurosidad, sin la cual la psicoterapia irá muriendo poco a poco, ahogada y bajo el peso de sus miles de hipótesis y teorías. Un camino metodológico de estas características permitirá que en el futuro no se pueda afirmar, como lo hacía el escritor argentino Jorge Luis Borges, que las teorías de la psicoterapia eran una rama más de la literatura fantástica.

Con este marco epistemológico y metodológico es posible abordar ahora el tema de las fuerzas de cambio en psicoterapia.

3.3 El Modelo Integrativo a Nivel Paradigmático: Fuerzas de Cambio en Psicoterapia

Como lo he señalado, la identificación de las causas de los desajustes psicológicos o la identificación de las causas del cambio terapéutico, ha constituido una tarea particularmente compleja. Evaluar si ha habido cambio terapéutico o no, ha resultado lo suficientemente difícil; esclarecer cuales han sido los mecanismos que han producido el cambio, ha resultado aún más difícil.

Existen múltiples problemas metodológicos en la investigación de causas en los sistemas complejos. Como hemos visto, el modelo lineal tipo "bola de billar" rara vez se da en forma pura o simple; además, muchas "causas" son inobservables y muchos efectos son encubiertos también. Una complejidad adicional se refiere al carácter dinámico del mundo psicológico, cuya movilidad se traduce en que lo que en un momento fue causa, al momento siguiente puede ser efecto. Las secuencias temporales no se mantienen en espera de que nosotros las investiguemos.

Al ser difícil de precisar cuál es el evento antecedente y cuál el efecto o consecuente, se hace casi imposible establecer cuál es el mecanismo que *produce* el efecto. En suma, el estudio de los mecanismos de cambio en psicoterapia, presenta todo tipo de obstáculos metodológicos, los cuales dificultan la predicción y la evaluación de los cambios.

Como lo he planteado anteriormente, las dificultades señaladas pueden llevarnos a la conclusión que el principio de causalidad no opera en psicología o en psicoterapia. No obstante, considero de fundamental importancia hacer la distinción entre complejidad y dificultad de estudio, por una parte, e inexistencia o inoperancia, por otra. El principio de causalidad opera en psicoterapia, aunque de un modo particularmente complejo y difícil de esclarecer.

Concientes de lo anterior, los investigadores en psicoterapia tienden a soslayar el concepto de causa por muy diversos medios. A las ya mencionadas relaciones funcionales de Skinner se podría agregar las relaciones comprensivas de Dilthey y Jaspers o la causalidad circular del enfoque sistémico. De un modo u otro, todos buscan evitar sobresimplificaciones y utilizar conceptos más a tono con la complejidad de los fenómenos estudiados.

El problema, sin embargo, es que a mayor imprecisión causal menor predicción y menor potencia en el cambio terapéutico. En un sentido inverso, entre mejor conozcamos las causas, mejor podremos predecir el cambio terapéutico y en mejor forma podremos utilizar las fuerzas de cambio para potenciar el cambio. Por lo tanto, todo hace aconsejable el procurar el máximo avance posible en el estudio causal, de los mecanismos de cambio, de las fuerzas de cambio en psicoterapia. El máximo avance siempre que no sobresimplifiquemos ni desvirtuemos las características de la dinámica psicológica. Renunciar a esto involucra conformarnos con conocimientos vagos y difusos, de los que será muy difícil derivar predicción y potencia para el cambio terapéutico. Así, enunciados profundos y hermosos en una dirección "anti-causal", en definitiva pueden aportar muy poco a la acumulación de conocimientos confiables y a potenciar la predicción y el cambio en psicoterapia.

El objetivo de producir cambios suele ser difícil de alcanzar, incluso en el ámbito de los fenómenos físicos. Ya la inercia de los cuerpos físicos representa una clara manifestación de "resistencia al cambio". Para producir cambios físicos se hace necesario superar la resistencia que presenta la inercia, para lo cual se requiere de la participación de fuerzas lo suficientemente potentes. En física se reconoce ampliamente que, sin la acción de fuerzas lo suficientemente potentes, simplemente no hay cambio.

En psicoterapia, la producción de cambios presenta más dificultades que en física. La "inercia psicológica" suele oponer una mayor resistencia; esta resistencia frecuentemente es activa y los mecanismos de cambio enfrentan una dura tarea. En el ámbito de la psicoterapia, las dimensiones simples que definen una fuerza en física —energía, dirección y sentido— se hacen notoriamente insuficientes. Sería preciso agregar a las dimensiones mencionadas, el rol del significado en psicoterapia, el cual genera la necesidad de ir más allá de lo cuantitativo al conceptualizar y al evaluar las fuerzas de cambio. Habría que agregar también la presencia de procesos autorregulatorios, lo cual hace necesario el acceso a las fuerzas de cambio que operan "desde dentro" del sistema psicológico. Puesto que inobservable es distinto de inoperante, muchas causas y muchos efectos se presentan en un nivel encubierto. De este modo, existen diferencias sustanciales entre las fuerzas físicas y las fuerzas de cambio en psicoterapia. Lo que sí constituye un factor común a los hechos físicos, fisiológicos, psicológicos y psicoterapéuticos, es que si no actúan fuerzas de cambio de potencia suficiente, el cambio no se produce.

Es posible concluir entonces que cualquier cambio en psicoterapia, sea éste hacia el alivio de síntomas, la modificación de rasgos de personalidad o el desarrollo personal, no será posible si no actúan fuerzas capaces de producirlo. Por lo tanto, si podemos ir identificando aquellas fuerzas de cambio que resultan más potentes en determinadas circunstancias, podremos aspirar a producir un mayor cambio terapéutico, en un menor tiempo y con un menor costo energético y económico. Todo esto sobre la base que un estudio causal siempre es probabilístico, puesto que nunca tendremos la certeza que tal fuerza produce tal efecto.

¿Cuál es el status actual del conocimiento acerca de las fuerzas de cambio en psicoterapia?

Decir que el panorama es confuso y que pocas cosas están claras, constituye a estas alturas un lugar común. Las fuerzas de cambio en psicoterapia se presentan entremezcladas, en "totalidades"; sobre esta base muchos terapeutas estiman que es inútil intentar aislar y especificar causas o fuerzas de cambio específicas. A esta dificultad es preciso agregar el carácter encubierto de muchos procesos, la ya mencionada dinámica de los procesos psicológicos y el hecho que las secuencias causales tienden a presentarse en cadenas sin fin; y no es deseable soslayar el hecho que los efectos pueden actuar sobre sus causas transformándose a su vez en "causas". No es de extrañar entonces que, en medio de este cúmulo de dificultades, el interés por la precisión causal sea débil entre los psicoterapeutas, quienes tienden a estimar que se trata de una pesquisa inútil.

El problema de fondo, sin embargo, apunta en una dirección diferente. Implica hacerse cargo de las consecuencias de renunciar a un estudio causal; consecuencias para la predicción, para la potenciación, y para la economía en el cambio terapéutico. Por lo demás, y en consecuencia con lo que he venido planteando, la posición al respecto no puede ser a priori. Dada la importancia que implica el conocimiento de las fuerzas de cambio, todo aconseja estudiarlas al máximo y evaluar el aporte de este estudio a la predicción y al cambio en psicoterapia. Si dicho aporte resulta escaso, se podrá ir renunciando a posteriori a perseverar en esto, en el entendido que esto nos dejaría sumidos en una nebulosa y sería dramático para el posible progreso de la psicoterapia.

¿Existen fuerzas de cambio identificadas en el ámbito de la psicoterapia?

Cuando se hace referencia a variables inespecíficas, se está hablando al mismo tiempo de fuerzas de cambio inespecíficas, es decir no específicas a ningún enfoque en particular. A partir de lo revisado anteriormente, se puede concluir que las fuerzas de cambio inespecíficas se han mostrado como particularmente poderosas en el proceso de cambio. Por lo tanto, se hace necesario abordar con alguna detención el tema de las fuerzas de cambio inespecíficas en psicoterapia.

¿Qué ocurre a nivel de las fuerzas de cambio específicas?

Hemos visto que las fuerzas de cambio específicas postuladas y utilizadas por los diferentes enfoques, no han logrado demostrar su potencia en el cambio terapéutico. No obstante, me parece prematuro concluir que no existen fuerzas de cambio específicas en psicoterapia, y que efectivamente el aporte de los enfoques es nulo.

Puesto que no es procedente analizar las fuerzas de cambio de cada uno de los 300 ó 400 enfoques psicoterapéuticos existentes, parece más aconsejable estudiar los paradigmas sobre los cuales se sustentan los diversos enfoques. Un estudio de los principales paradigmas causales permitirá establecer cuáles son sus probables aportes como fuerza de cambio.

En las líneas siguientes, me detendré en el tema de las fuerzas de cambio inespecíficas en psicoterapia. A continuación, revisaré los que en mi opinión son los principales paradigmas causales, es decir los paradigmas biológico, clásico, operante, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. El análisis de lo que cada uno de estos paradigmas aporta como fuerza de cambio, nos ayudará a clarificar el panorama respecto a la medida en la que nos puede enriquecer un camino integrativo. Si los paradigmas aportan fuerzas de cambio, el integrarlos será enriquecedor. Si carecen de fuerza de cambio, carece a su vez de sentido integrar aproximaciones paradigmáticas cuya fuerza de génesis y/o de cambio es nula.

3.3.1 Fuerzas de Cambio Inespecíficas

Las fuerzas de cambio inespecíficas han mostrado su potencia a través de diversos estudios. En particular, el ya citado estudio Colaborativo NIMH para la Depresión, lleva a la conclusión que la fuerza de cambio de las variables inespecíficas es poderosa.

¿Cuáles son las fuerzas de cambio inespecíficas?, ¿cuáles de ellas son las más potentes?, ¿es posible potenciar aún más su aporte al cambio en psicoterapia?

Son muchos los factores inespecíficos que se asocian al cambio en psicoterapia. Revisaré los más significativos siguiendo la secuencia fuerzas de cambio del paciente, fuerzas de cambio del terapeuta y fuerzas de cambio de la relación.

3.3.1.1 Fuerzas de Cambio del Paciente

Se ha postulado que una parte significativa del cambio terapéutico se debe a la acción de diversas variables del paciente.

El escritor norteamericano Henry Miller ha sostenido que "el único modo en que alguien puede dirigirnos es restableciéndonos la fe en nuestra propia guía (1954, p. 30). Este principio es importante en psicoterapia; si el paciente no aprende a autodirigirse, muchos cambios no se mantendrán a futuro. Así, la psicoterapia requiere de una participación activa del paciente.

Podría decirse que la terapia comienza antes de comenzar. Al decidir ingresar a terapia o al pedir hora, el paciente activa un conjunto de expectativas acerca de lo que ocurrirá. Después de revisar 15 estudios que incluían 2.400 pacientes Howard (1984) encontró que el 15% informaba sentirse mejor antes de la primera sesión. Obviamente, este cambio "terapéutico" no constituye mérito alguno de la psicoterapia ni del enfoque correspondiente. Incluso aunque hubiera existido una óptima conversación telefónica con el terapeuta, lo habitual es que ésta sea breve y muy poco ligada a teorías o técnicas específicas. De este modo, es posible sostener que cada proceso terapéutico comienza con una especie de "punto base" que son estas expectativas de cambio que muchos pacientes se autogeneran.

El denominado efecto placebo está muy ligado con las expectativas del paciente, aunque no existe mucho acuerdo en términos conceptuales. "La confusión conceptual respecto al constructo placebo ha impedido el desarrollo de una investigación significativa sobre las influencias en el tratamiento de variables tales como la sugestión, las demandas sociales y la persuasión" (Zane, 1989 p. 234).

Como es ampliamente sabido, en medicina el placebo es una "medicación" inocua e inactiva, prescrita para influir positivamente en el paciente, sin tratar directa y activamente la enfermedad o el desajuste. Los estudios han mostrado que los placebos ayudan a alrededor de un 30% de los pacientes con enfermedades "reales" tales como dolor post-operatorio, migrañas, mareos, jaquecas, artritis, úlceras, etc. En psiquiatría, un "fármaco" placebo puede tener una gran influencia si es prescrito de una forma adecuada. Es lícito postular además, que el principal mecanismo de acción del placebo es la expectativa que genera en el paciente.

Es posible entonces plantear una distinción entre las expectativas previas a la terapia y las expectativas generadas por el efecto placebo de la psicoterapia misma. Así, las expectativas de cambio del paciente pueden verse fortalecidas por variables tales como el encuadre terapéutico, la seguridad del terapeuta, la confianza del paciente en el terapeuta, etc. "Cualquier técnica puede ser efectiva, total o parcialmente, si es presentada con una gran seguridad y si se generan expectativas de mejoría" (Thoresen y Mahoney, 1974 p. 28). De ahí que se haya sostenido que resulta esencial que un tratamiento psicoterapéutico sea comparado con un placebo *creíble* antes de concluir que es eficaz (Murray y Jacobson, 1978).

A la base del efecto placebo están las expectativas de cambio y las creencias del paciente en su terapeuta. No basta que el terapeuta sea adecuado o que la terapia esté bien planteada; lo esencial es que el paciente lo perciba así. De este modo, las cualidades de la terapia adquieren valor y fuerza de cambio en la medida que el paciente las percibe y valora (Wender y Klein, 1981). En mi opinión, funciona mejor una técnica inadecuada percibida como buena por el paciente, que una técnica adecuada percibida como mala.

En el meta-análisis de Smith, Glass y Miller (1980), se encontró que el efecto placebo daba cuenta de alrededor de 50% del cambio, en comparación con los tratamientos más "activos", es decir más conductuales. En términos generales, lo habitual parece ser que los grupos de control placebo tiendan a superar significativamente a los grupos no-tratamiento (Waskow, 1984). Lo que no resulta tan habitual es que la psicoterapia supere significativamente al efecto placebo.

El efecto placebo plantea un importante problema metodológico para los terapeutas. Por una parte resulta crucial aislar dicho efecto, por otra resulta muy difícil construir una psicoterapia placebo creíble. En medicina, en medicina inocua es útil como placebo; en psicoterapia, se hace difícil establecer cómo sería una psicoterapia inocua e inactiva. ¿En qué momento una psicoterapia se transforma en activa?, ¿cuáles son las fronteras de una psicoterapia placebo?

Este problema metodológico y conceptual es de tal magnitud, que incluso el estudio Colaboratorio NIMH en depresión hubo de conformarse con utilizar una píldora placebo. "A pesar de los denodados esfuerzos, ninguna condición de psicoterapia placebo pudo ser diseñada para este estudio que satisficiera los requerimientos éticos y que no constituyera en sí misma un nuevo "tratamiento" más que un "placebo" (Elkin et al., 1989 p. 973).

En cierto modo el efecto placebo es algo perteneciente a la terapia, en la medida que se va configurando con ella. Sin embargo, lo que se requiere es que se generen expectativas de cambio en el paciente. Al respecto se ha señalado que el ideal es que las expectativas de cambio de los pacientes sean moderadas. Las expectativas irrealistamente altas o excesivamente bajas, no potenciarían adecuadamente el efecto placebo (Goldstein, 1962). Una especie de ley Yerkes - Dodson del manejo de las expectativas de cambio.

Así, las expectativas pre-psicoterapia y las expectativas generadas vía placebo, constituirían importantes fuerzas de cambio inespecíficas. A ellas es preciso agregar la motivación hacia la terapia y hacia el cambio personal.

Al respecto se ha señalado que para que un paciente cambie, el primer requisito es que quiera cambiar. El lema de trasfondo sería: "Si quieres cambiar, cambiarás". Tal vez una formulación más apropiada sería: "Sólo si quieres cambiar se hará *posible* que cambies"; el querer cambiar es entonces una condición necesaria pero rara vez suficiente.

Es así que los psicoterapeutas están enfatizando cada vez más la necesidad de que el paciente asuma desde un comienzo un fuerte compromiso con el cambio terapéutico. Más aún, que se comprometa a participar activamente en el proceso de cambio y que no espere pasivamente a que lo cambien "desde fuera" (Harcum, 1989).

En realidad una cosa es tener motivación para asistir a terapia y otra es tener motivación para cambiar. Prácticamente todos los terapeutas tenemos la experiencia de pacientes que asisten religiosamente a sesiones, muestran mucho entusiasmo por el proceso, pero que en el fondo no están motivados a cambiar.

Incluso la denominada "resistencia al cambio" puede estar parcialmente relacionada con factores motivacionales. Una fuerte y estable resistencia al cambio puede bloquear por completo el proceso terapéutico (Orlinsky y Howard, 1977).

No conozco estudios que relacionen directamente motivación al cambio con resultados tera-

péuticos. Futuros estudios al respecto podrían ayudar a esclarecer el valor de la motivación al cambio, como fuerza de cambio en psicoterapia. Desde una perspectiva "especulativa" todo hace suponer que la motivación al cambio constituye una fuerza de cambio fundamental en psicoterapia.

Otra variable del paciente que incidirá sustancialmente en el grado en que se logrará éxito psicoterapéutico, es el tipo de desajuste que presenta y las características de personalidad del paciente. Ambos aspectos influirán sustancialmente en el éxito terapéutico. La severidad del diagnóstico se relacionará con una mayor resistencia al cambio terapéutico. Y, más allá de la severidad del diagnóstico, ciertas características de personalidad influirán también como fuerzas de cambio. Se puede hipotetizar, por ejemplo, que los pacientes con locus interno de control se beneficiarían más con terapias no directivas (Winkler et al., 1989 p. 36).

Así, diversas variables del paciente tales como motivación al cambio, sentimientos hacia el terapeuta, expectativas de cambio, creencias acerca del terapeuta y la terapia, etc., constituirán una fuerza de cambio fundamental en psicoterapia. Aunque no existen investigaciones precisas sobre el tema, se ha llegado a plantear que 2/3 del cambio en psicoterapia serían atribuibles al paciente y sólo 1/3 al terapeuta. Esta conclusión ha sido apoyada por Bergin y Lambert (1978): "Creemos que la mayor parte del resultado de la terapia se debe a factores pre-existentes en el cliente, tales como motivación para el cambio, etc. Factores personales del terapeuta darían cuenta de la segunda mayor proporción del cambio con las variables técnicas llegando a un distante tercer lugar" (p. 181).

3.3.1.2 Fuerzas de Cambio del Terapeuta

Así como muchos consideran que lo esencial para el éxito terapéutico reside en variables del paciente, otros enfatizan la fuerza de cambio de las variables del terapeuta. "La clave de cualquier psicoterapia parece estar en ciertas características personales del terapeuta" (Harcum, 1989, p. 205).

Al igual que en el caso del paciente, son muchas las variables del terapeuta que pueden aportar fuerzas de cambio. Es el caso de las variables "rogerianas" calidez, empatía, autenticidad y capacidad de aceptación incondicional del otro. Junto a éstas, se ha enfatizado también el rol de la seguridad, experiencia, consistencia, inteligencia, dinamismo, flexibilidad, simpatía, capacidad para comprometerse con el paciente, objetividad, creatividad, intuición, etc.

Una lista exhaustiva sería interminable. De todas las variables del terapeuta, tal vez la que más se ha valorado por su aporte al cambio sea la empatía. El propio Rogers (1981) sostenía que un buen terapeuta ante todo debía ser empático. Se trataría de una condición necesaria aunque no suficiente. "Sin una comprensión empática del mundo del cliente y de sus dificultades tal como él las vé, no hay base para la ayuda" (Carkhuff, 1969, p. 173).

El rol de la calidez también ha sido destacado. Se ha señalado al respecto que así como el ser humano tiende a responder a la hostilidad con hostilidad, también tendería a responder al calor con calor (Truax y Carkhuff, 1976).

No resulta probable que las características de los terapeutas se distribuyan uniformemente entre los distintos enfoques. Considero poco probable que un terapeuta de estilo de pensamiento analógico decida ser conductista ortodoxo o bien que un analítico opte por el enfoque gestáltico. Se ha constatado, por ejemplo, que los terapeutas conductuales se evaluaron a sí mismos como más activos, más inclinados a tomar iniciativas, más prácticos, asertivos y dominantes que lo que se auto-evaluaron los terapeutas eclécticos y psicoanalistas (Kleinman, Almagor y Den-Porath, 1989). Esto vendría a confirmar hallazgos previos similares (Patterson, et al., 1971; Weiss, 1973; Sloane et al., 1975). Al parecer los terapeutas tienden a escoger enfoques según su personalidad.

A la hora de las evidencias respecto a la influencia precisa de ciertas variables del terapeuta, una vez más el panorama se torna oscuro. Las "evidencias" son de todo tipo. Por ejemplo, hay estudios que muestran que la experiencia es importante, otros muestran que los inexpertos lo hacen incluso mejor. En este ámbito las contradicciones son incluso más acentuadas que en otros (Cristoph y Mintz, 1991).

En un estudio con una muestra de 30 terapeutas, Lafferty Beutler y Crago (1989) encontraron que los terapeutas más efectivos tendían a ser más empáticos, menos apoyadores y a valorar significativamente más las metas intelectuales. Por supuesto, algunos enfoques se prestan más que otros

para que las variables del terapeuta sean más relevantes.

Las variables "rogerianas" en general tienden a relacionarse con los resultados terapéuticos de un modo significativo (Patterson, 1984). Lo que parece ser claro es que la empatía, calidez y autenticidad del terapeuta, constituyen condiciones necesarias (al menos en muchos pasajes de la terapia), pero no suficientes. Además, es preciso que éstas características del terapeuta sean percibidas por el paciente, no basta con que existan.

Aunque las evidencias acerca de la influencia específica de ciertas variables del terapeuta pueden ser deficientes, la significativa influencia de estas variables puede quedar más clara en una especie de reducción al absurdo. Así, no me parece probable que obtuviera buenos resultados terapéuticos un terapeuta frío, inauténtico, rígido, antipático, ignorante, inseguro, egocéntrico y tonto.

Un aspecto que deseo enfatizar finalmente, se refiere al hecho que ni las variables del paciente ni las del terapeuta operan estáticamente en compartimentos estanco. Operan a través de la relación terapéutica, la cual puede aportar una sintonía propicia para que las fuerzas de cambio individuales operen, o puede aportar un escenario que obstaculice dicha operación.

3.3.1.3 La Fuerza de Cambio de la Relación Paciente - Terapeuta

La psicoterapia es un proceso interaccional en el que cada estrategia clínica influye en y es influida por la relación paciente - terapeuta. "Aunque uno hable de 'tareas del paciente' separadas de las 'técnicas del terapeuta', cada variable implícitamente incluye ambas partes" (Gendlin, 1986, p. 132).

En líneas anteriores he señalado que prácticamente todos los enfoques valoran la importancia de la relación terapéutica, de lo que algunos denominan alianza terapéutica. Asumiendo que la relación terapéutica es una variable esencial en toda psicoterapia, se ha enfatizado la actitud del paciente hacia la relación terapéutica: "el hecho que el cliente se involucre positivamente en la relación es indudablemente un factor facilitador en el logro de los objetivos de la terapia" (Guidano, 1987, p. 220). Para otros, la relación terapéutica aporta una oportunidad para experiencias emocionales correctivas (Alexander, 1944) o para elaborar la transferencia como lo plantea en general el enfoque psicodinámico.

En general, el rol de los afectos en la relación ha sido muy enfatizado por los clínicos: "Dado que una importante parte de cualquier relación interpersonal son los sentimientos que uno tiene acerca de sí mismo y del otro en la relación, la oportunidad para los clientes de tener una relación honesta y abierta en la cual puedan verdaderamente tratar con estos sentimientos, muchos de los cuales les han sido problemáticos, es una experiencia potencialmente invaluable" (Greenberg y Safran, 1987, p. 204).

No obstante las dificultades de evaluación, se ha señalado que "una alianza de trabajo colaborativa, medida en las primeras sesiones, ha mostrado asociaciones positivas con los resultados terapéuticos" (Kiesler y Watkins, 1989, p. 183). Se ha comprobado también que una buena relación potencia las técnicas específicas. Ya los gatos de Masserman (1944) se recuperaban mejor de la neurosis experimental, cuando tenían una buena relación con el experimentador. Se ha constatado también que la desensibilización sistemática se potencia cuando la relación es buena (Morris y Suckerman, 1974).

En un sentido inverso, una deficiente relación terapéutica no sólo deriva en fracaso terapéutico, sino frecuentemente en la interrupción de la terapia. Y una relación terapéutica podrá ser deficiente por múltiples factores, del paciente, del terapeuta o de ambos. Por ejemplo, es probable que la relación sea deficiente cuando el terapeuta tiende a ser categórico y presionador, restándole al paciente sus espacios básicos de libertad (Brehm, 1966).

Se ha sostenido que terapeutas competentes de todas las orientaciones teóricas, son capaces de establecer un sentido de colaboración mutua con sus clientes (Stiles, Shapiro y Elliot, 1986). No obstante, cada enfoque tiende a delimitar sus reglas del juego de lo que considera una buena relación terapéutica. Así, la actitud más bien impersonal de un psicoanalista clásico tiende a ser muy diferente de las actitudes activamente hostiles que suele adoptar Ellis, o del empiricismo colaborativo y socrático de Beck.

3.3.1.4 Fuerzas de Cambio Inespecíficas: alcances y limitaciones

Del análisis precedente se desprende una conclusión bastante clara. Por el tipo de variables de que se trata, lo probable es que las variables inespecíficas constituyan importantes fuerzas de cambio en psicoterapia. Si a este análisis reflexivo-deductivo agregamos las evidencias disponibles, la aprobación de la hipótesis se ratifica.

Se puede sostener entonces, en términos de fuerza de cambio y de los mecanismos causales involucrados, que algunos antecedentes "inespecíficos" tales como expectativas, motivación al cambio, etc.; probablemente producen efectos de cambio en psicoterapia. De este modo, la presencia o ausencia de estas variables inespecíficas, determinará que el cambio sea mayor o menor e influirá también en los aspectos cualitativos de dicho cambio.

Aunque queda claro que las variables inespecíficas constituyen importantes fuerzas de cambio en psicoterapia, queda menos claro cuáles son las más importantes. Esto sobre la base que en cada caso clínico la significación de las distintas fuerzas tenderá a ser diferente. A partir de los antecedentes disponibles postularía que las expectativas de cambio, la motivación al cambio, la capacidad empática del terapeuta y su capacidad de "sintonizar" con el paciente, se ubican entre las fuerzas de cambio más significativas.

Si retomamos el veredicto del dodo del "empate" terapéutico, tendríamos que suponer que la capacidad empática y de contacto interpersonal tendería a distribuirse uniformemente entre los terapeutas de los diferentes enfoques; a su vez, las variables del paciente se distribuirían uniformemente también. Ello permitiría explicar el "empate" terapéutico sobre la base de las variables inespecíficas.

Lo anterior, sin embargo, es muy poco probable. Más bien creo que cada enfoque realiza una especie de manejo específico de las variables inespecíficas. Por ejemplo, la motivación al cambio por parte del paciente puede ser mejor estimulada por un enfoque que por otro; es decir una parte de la motivación "se trae" y otra "se extrae". Otro tanto ocurriría con las expectativas acerca de la terapia; ciertos encuadres terapéuticos se prestan más para despertar expectativas que otros. Incluso es muy poco probable que la capacidad de empatía se distribuya uniformemente entre los terapeutas de los diferentes enfoques.

De este modo, considero que es poco probable que las fuerzas de cambio inespecíficas sean administradas en forma análoga por los diferentes enfoques. Ello abre la posibilidad de que el ampliamente respaldado veredicto del dodo sea inexacto. Más aún, es probable que una evaluación más minuciosa de la psicoterapia vaya arrojando resultados diferenciales entre los enfoques, aunque es probable también que dichas diferencias no sean muy acentuadas.

Otra consideración importante se refiere a optimizar el aporte terapéutico de las fuerzas de cambio inespecíficas. ¿Cuál es la mejor forma de generar expectativas de cambio y motivación al cambio? ¿Cómo se puede elaborar un programa de entrenamiento en empatía? Si tales fuerzas son relevantes, todo hace aconsejable optimizar su aporte.

Pero así como podemos procurar optimizar el aporte de las fuerzas de cambio inespecíficas, es posible explorar la forma de enriquecer el aporte de las fuerzas de cambio específicas. De lograrse aquello, el veredicto del dodo del "empate" terapéutico podría irse desvirtuando paulatinamente. Esto nos conduce de lleno al análisis de los paradigmas causales, es decir, al análisis de las fuerzas de cambio específicas en psicoterapia.

3.3.2 Fuerzas de Cambio Específicas

Hemos visto que las fuerzas de cambio inespecíficas aportan mucho al cambio terapéutico, y que se ha planteado incluso que es lo único que aporta al cambio terapéutico. Hemos visto también que es posible hacer un manejo específico de las variables inespecíficas y que ello potenciaría la psicoterapia. No obstante todo esto implica que las teorías y estrategia específicas de los enfoques van quedando postergadas como fuerzas de cambio.

Cuando es éste el panorama que nos ofrece la investigación, resulta paradójico recoger el énfasis con el que cada paradigma causal ha venido abogando en favor de su potencia de cambio. De un

modo u otro quienes han adscrito a los paradigmas biológico, ambientalista, cognitivo, inconsciente, etc., han tendido a atribuir una extraordinaria potencia a las fuerzas de cambio ligadas a su paradigma. Mas aún, muchas veces nos encontramos con fuertes afirmaciones *monocausales* según las cuales la gran causa es cognitiva o bien inconsciente, o biológica, etc. De ello se deriva que la "mejor" psicoterapia será psicoanalítica o cognitiva, etc. Al confrontar este tipo de afirmaciones con los resultados de las evaluaciones de las psicoterapias, las imágenes no calzan en lo más mínimo. Es imposible dejar de concluir que alguien está muy desorientado; o los resultados terapéuticos son mejores que lo que muestran las evidencias, o quienes adscriben a paradigmas específicos están habitando un mundo de fantasía(*).

En las líneas siguientes revisaré los principales paradigmas causales, procurando poder establecer cuál es, a la luz de la evidencia existente, el aporte efectivo que cada paradigma hace a la predicción y al cambio en psicoterapia.

3.3.2.1 La Fuerza de Cambio de la Biología: el Paradigma Biológico

a) Una Delimitación Conceptual

Los destacados psiquiatras Paul Wender y Donald Klein han expuesto el caso de Mary J., de 33 años, quien sufría una serie de ataques de pánico. Diversos especialistas no pudieron detectar ninguna razón física para sus ataques. Se le hizo un diagnóstico vago de "nervios" o "un virus" y se le prescribió Valium y descanso. A medida que los pánicos continuaron Mary empezó a dejar de andar en metro o en buses, y a preferir los taxis; comenzó a sentarse en la parte de atrás de los cines y de la iglesia, preparándose para un rápido escape. En vista de todo esto decidió buscar un psicoanalista; sobre la base de asociaciones libres e interpretaciones de sueños, comenzó a sospechar que los pánicos podrían estar relacionados con un problema amoroso. Seis semanas antes de que los ataques comenzaran, su amante se había trasladado a otra ciudad. "El analista se aproximó a esta posibilidad con penetrantes preguntas. ¿Se había sentido libre de culpas sexuales después que había comenzado el affair? Su temor a estar en la calle ¿no podía reflejar sus dudas inconscientes acerca de su autocontrol sexual? Por cuatro años Mary J. re-trabajó tales estructuras, mientras su problema de pánico por períodos aumentaba y por períodos decrecía. Los meses libres de pánico le restituían su confianza, pero eran invariablemente seguidos por recaídas. El analista interpretaba las recaídas como resistencia. Finalmente, ciertos problemas financieros y cierta desilusión con la terapia alentaron a la paciente a cambiar hacia un tratamiento más breve y económico: terapia conductual. La paciente hizo ejercicios de relajación y visitas a lugares públicos que fueron diseñados para "desensibilizar" gradualmente su miedo a los estímulos. Por un tiempo experimentó alivio, pero su progreso terminó abruptamente en una cadena de ataques de pánico en rápida sucesión. Esto desesperó a Mary y a su familia. Sin embargo, un año más tarde ella estaba viviendo sola en un departamento, había regresado a su antiguo trabajo y estaba pensando en un posible matrimonio. Esto, como consecuencia de haber participado en un experimento de control de fobias, que requirió que ella tomara un fármaco anti-depresivo. Una psicoterapia de apoyo la ayudó a controlar su ansiedad anticipatoria y a reasumir sus actividades normales. Después de 6 meses, Mary J. dejó los medicamentos y los síntomas fóbicos no han re-aparecido (Wender y Klein 1981 p. 31).

El caso anterior nos puede servir como introducción para aproximarnos al paradigma biológico. El caso ilustra la importancia de la farmacoterapia y además ilustra las limitaciones de la psicoterapia en diferentes modalidades.

La biología es la ciencia que estudia la vida, su organización y sus leyes. Desde una perspectiva monista, se podría decir que todos los procesos del ser humano son, en último término, biológicos. Los procesos psicológicos, es decir cognitivos, afectivos, conductuales, etc., en un sentido estricto

(*) En el último tiempo muchos terapeutas consideran que todos los enfoques son "buenos" y que es preciso ser tolerantes. Otros consideran que el propio es el "bueno" y que los otros son "menos buenos". Muy pocos, o casi nadie, consideran que son todos "malos" incluido el propio.

serían psico-biológicos. Así, los cambios neuroquímicos subyacen a la base de los procesos de aprendizaje (Mahoney, 1983).

Por lo tanto, existen procesos que son exclusivamente biológicos, no psico-biológicos. Es el caso de, cambios endocrinos, funcionamiento de neurotransmisores, la dotación genética, lesiones cerebrales, tumores, etc. Estos procesos son esenciales en el operar del paradigma biológico.

En síntesis, el paradigma biológico implica que cambios o alteraciones cuantitativos y/o cualitativos a nivel anatómo-fisiológico del organismo, producen desajustes en el plano psicológico. Cambios o alteraciones genéticos, endocrinos, en neurotransmisores, etc. producirían desajustes afectivos y conductuales. Por supuesto, ésta "producción" puede ser total o parcial (co-producción). El factor tiempo es también de gran importancia; una predisposición biológica de larga data, puede generar un desajuste psicológico a partir de una o muchas experiencias desencadenantes. O bien un traumatismo encefalo-craneano puede bastar para precipitar en forma cuasi inmediata múltiples desajustes psicológicos.

Cuando señalo que las causas biológicas pueden implicar cambios cuantitativos, me refiero a la acción de factores afines a los que actúan en los procesos "normales", los cuales se presentan en forma más acentuada. Por otra parte, cambios cualitativos tales como tumores, lesiones cerebrales, etc., implican un tipo de causalidad biológica distinta de la que opera para el desarrollo del comportamiento "normal" (Nias, 1976).

Quienes adscriben al paradigma biológico aceptan que rara vez una causa biológica "sola" basta para desencadenar un desajuste psicológico. Esto sólo ocurriría en casos excepcionales como en la fenilketonuria o en el Córea de Huntington. En la gran mayoría de los casos, sin embargo, la causalidad biológica operaría vía co-causalidad, aunque su rol se postula como muy relevante por sus adherentes.

En el ámbito de la psicoterapia, tiende a haber una aceptación generalizada para la relevancia de la etiología biológica en los desajustes psiquiátricos severos tales como la esquizofrenia, el mongolismo, la psicopatía, la psicosis maníaco-depresiva y obviamente, en los daños orgánicos cerebrales. Para desajustes menos severos, lo habitual ha sido postular diversas etiologías psicógenas.

¿Cuál es la importancia real de las causas biológicas de los desajustes psicológicos? ¿En qué tipos de desajustes esta influencia causal tiende a ser mayor?, ¿cómo se expresa el paradigma biológico en la psicoterapia, es decir a nivel de las fuerzas de cambio en psicoterapia?

b) El Paradigma Biológico en la Práctica Clínica

En la historia clínica de los pacientes, aspectos hereditarios, problemas perinatales, enfermedades físicas, traumatismos encefalocraneanos, etc., requieren de una particular atención en términos diagnósticos. En ocasiones es muy importante la realización de exámenes médicos tales como scanner, electroencefalogramas, estudios endocrinológicos, etc.; todos ellos pueden aportar datos esenciales a los especialistas.

En el ámbito diagnóstico se ha mostrado particularmente importante la evaluación de los índices de neuroticismo de los pacientes. La vulnerabilidad biológica a la ansiedad puede constituir una importante limitante para la psicoterapia y su evaluación permite ir fijando objetivos terapéuticos más realistas. Por el contrario, la no evaluación de los niveles de neuroticismo, puede traducirse en una excesiva prolongación del tratamiento en una búsqueda de objetivos poco alcanzables.

Uno de los aportes más sustanciales que se derivan del paradigma biológico, se refiere a la farmacoterapia. En la práctica clínica, cada vez es más frecuente el trabajo en equipo entre farmacoterapeutas y psicoterapeutas y muchos clínicos consideran que el actuar así está resultando especialmente aportativo. En casos algo más excepcionales, los pacientes requieren de tratamientos endocrinológicos o de otro tipo de tratamientos médicos.

Evidentemente no me corresponde explicitar los diversos tipos de tratamientos médicos que pueden beneficiar a los pacientes. Lo que sí es claro es que el psicoterapeuta debe estar favorablemente inclinado a solicitar las interconsultas correspondientes. En todo caso, el lector puede revisar en este mismo libro los Capítulos del Dr. Raúl Schilkrot y del Dr. Hernán Silva, relacionados con farmacoterapia y tratamientos médicos.

c) La Fuerza de Cambio de la Biología: Evidencias

Considero de máxima importancia lo que está ocurriendo a nivel de las evidencias respecto al rol de la etiología biológica. En el último tiempo, ha existido un verdadero "bombardeo" de evidencias en favor del rol de los factores biológicos. De un modo implícito, tales evidencias están poniendo en serios aprietos a las múltiples teorías causales psicógenas formuladas por los psicoterapeutas.

Como señalaba previamente, un terreno más bien de acuerdos se refiere a que se reconoce un rol relevante a las variables biológicas en la génesis de los desajustes psiquiátricos "severos". Prácticamente todos los psicoterapeutas reconocen una importante participación de la biología en la etiología de las psicosis, epilepsias, ciertas oligofrenias, etc.

En la imposibilidad de realizar aquí una amplia revisión de las evidencias, me detendré en aquellos aspectos que considero más relevantes para la psicoterapia.

Como es ampliamente sabido, la genética del comportamiento estudia las diferencias de conducta que se pueden atribuir a diferencias en la constitución genética. Un concepto central en esta perspectiva es el de genotipo (predisposiciones a un nivel heredado) cuyo resultado final dependerá también de la experiencia (fenotipo). Es preciso enfatizar las dificultades metodológicas para estudiar el genotipo, dado el hecho que los factores biológicos y sociales están constantemente interactuando entre sí. Además, los desajustes psiquiátricos presentan particulares problemas para la investigación genética: heterogeneidad etiológica, expresividad variable, etc. (Pardes et al. 1989).

A nivel de las llamadas enfermedades mentales, los factores genéticos se han postulado como causa de la esquizofrenia, de la epilepsia, de la psicopatía, del alcoholismo, de los desajustes depresivos bi-polares, de algunos tipos de debilidad mental, etc. En realidad no sería correcto decir que estas enfermedades son directamente hereditarias. Lo que puede heredarse son los genotipos relativos a estos desórdenes, y el que estos genotipos engendren o no el desajuste psicológico propio del genotipo dependerá, en mayor o menor medida, de la experiencia. De este modo, se heredan más bien pre-disposiciones y no un desorden en sí (Davison y Neale, 1974). Por lo tanto, los factores hereditarios facilitan más que determinan; contribuyen a la "elección" del desajuste que la persona hará (Depue, 1979).

Sobre la base que existe cierto acuerdo respecto a la influencia de disposiciones genéticas en muchos cuadros psiquiátricos, no me detendré en el tema; sí lo haré en aspectos que pudiéramos denominar más "sutiles" de la influencia genética. Esto, por su gran relevancia para la psicoterapia.

¿Qué ocurre a nivel de la influencia genética en problemas neuróticos tales como las neurosis depresivas, histéricas y obsesivo-compulsivas?

Los psicoterapeutas tradicionalmente han considerado que estos desajustes neuróticos derivan de hechos biográficos, particularmente de experiencias en etapas infantiles.

Luego de un estudio en una muestra muy amplia, Mai y Merskey (1980) encontraron que las personas hijas de padres histéricos tenían 12 veces más probabilidades de desarrollar histeria que aquellas nacidas de padres no histéricos. Sin embargo, estudios en gemelos, desarrollados por Slater (1961) y Torgensen (1986), no encontraron apoyo para una transmisión genética de la histeria.

En lo relativo a la depresión existe amplia evidencia que respalda la influencia hereditaria sobre la depresión bipolar (Angst, 1966; Perris, 1968; Allen, 1976; Nurnberger y Gershon, 1982). Por ejemplo Allen (1976) encontró que los gemelos dicigóticos tenían un 11% de concordancia en depresión unipolar y los monocigóticos un 40%. A su vez los dicigóticos tenían un 14% de concordancia en bipolar y los monocigóticos un 72%. Por su parte Shapiro (1970), Kendler et al., (1986) y Wierzbicki (1987) han encontrado evidencias de influencias genéticas sobre los síntomas depresivos. Puntajes de la Escala de Depresión del MMPI han mostrado coeficientes de heredabilidad estadísticamente significativos (Gottesman, 1965; Reznikoff y Honeyman, 1967). En una interesante investigación Wierzbicki (1986) encontró una moderada evidencia para la influencia genética en niveles *sub-clínicos* de depresión.

La psicóloga Laura Baker (1989) de la University of Southern California, encontró que los gemelos idénticos correlacionaban mucho más que los fraternos en infelicidad sub-clínica. Por su parte Auke Tellegen de la Universidad de Minnesota, encontró que el nivel de infelicidad era similar en una muestra sub-clínica de gemelos criados juntos y criados aparte.

En el ámbito de los desórdenes obsesivo-compulsivos, la investigación sugiere que las obsesiones y compulsiones severas tienen raíces biológicas: "la enfermedad es más prevalente entre los parientes de las personas con desorden obsesivo-compulsivo que entre la población general, sugiriendo una posible causa genética" (Rapaport, 1989, p. 65). Se sospecha que deriva de alteraciones en los ganglios basales, aquella porción del cerebro primitivo que sirve como estación de relevo entre sensaciones y funciones motoras, y funciones de alto nivel en el córtex (King, 1989). En relación a la causalidad de los desórdenes obsesivo-compulsivos Ashoka Jahnavi concluye: "No existe una condición clínica neurológica que invariablemente genere este patrón de desorden psiquiátrico. Sin embargo, la región del cerebro más comúnmente implicada es sub-cortical, incluyendo áreas tales como los ganglios basales y elementos del sistema límbico" (1989, p. 71).

En trastornos de ansiedad las evidencias de influencias genéticas son de importancia. Por ejemplo Torgersen (1979), concluyó que los factores genéticos son muy importantes en la génesis de miedos fóbicos. La influencia genética sobre los desajustes de ansiedad ha sido documentada también por Salter y Cowie (1971) y por Gordon (1982). Para el factor neuroticismo, que implica vulnerabilidad a la angustia, Eysenck y Eaves (1974) encontraron una correlación de 0,49.

De gran relevancia clínica es el hecho que el factor neuroticismo tiende a superponerse con un factor "depresivismo" concebido como una disposición hacia la depresión (Eaves, Eysenck y Martin, 1989). Más significativo aún es el hecho que la influencia genética pareciera ser igualmente importante en trastornos psiquiátricos severos y "suaves". Al respecto se ha señalado que "los diversos análisis de los datos australianos (que se refieren a una población no seleccionada por desajustes psiquiátricos) sugiere que el componente de variación genético en la sintomatología suave no es más pequeño que el que se liga a la psicopatología severa" (Eaves, Eysenck y Martin, 1989, p. 313).

La investigación con nuestra propia muestra en CECIDEP, lleva a la conclusión que los altos índices de neuroticismo, a su vez con fuerte respaldo genético, correlacionan con la severidad de los desajustes psicológicos. En un sentido contrario, los desajustes severos no tienden a presentarse en ausencia de una disposición significativa en términos de neuroticismo.

En un reciente estudio sobre la génesis de la tensión psicológica, se encontró también una importante contribución del factor neuroticismo. "Estos hallazgos sugieren que disposiciones temperamentales son más poderosas que factores ambientales en la predicción de la tensión psicológica" (Ormel y Wohlfarth, 1991, p. 744).

Con respecto a la timidez Kagan, Raznick y Snidman (1988) de la Universidad de Harvard, han hecho hallazgos notables. En una investigación que se inició en 1979, hicieron un seguimiento de niños de 2 años; los niños fueron divididos en dos grupos, siendo uno el de los extremadamente inhibidos y el otro el de los niños desinhibidos. En las evaluaciones diagnósticas hicieron mediciones fisiológicas y de la conducta de los niños en situaciones nuevas. Luego de un seguimiento de 5 años, los autores concluyeron que los niños que eran muy tímidos a los 2 años, tendían a mantenerse tímidos en el futuro. Concluyen que "factores temperamentales contribuyen al desarrollo de la ansiedad social y a los síntomas de pánico y agorafobia, los cuales tempranamente en el siglo fueron clasificados como componentes de la histeria" (1988, p. 171). Adicionalmente sugieren que el constructo introversión puede contribuir a diferenciar entre timidez temperamental y aprendida.

En relación con la timidez extrema, Robert Plomin 1987 de la Pennsylvania State University y David Rowe (1987) de la University of Oklahoma encontraron que pares de gemelos monocigóticos son particularmente inclinados a reaccionar de un modo similar frente a los extraños.

De especial interés es el estudio acerca de influencias genéticas sobre la conducta homosexual. Michael Bailey (1991) de la Northwestern University encontró que en el 52% de los casos ambos gemelos monocigóticos eran homosexuales; en el caso de los di-cigóticos sólo el 22% lo era, y sólo el 11% de hermanos adoptivos compartía la orientación homosexual. Estos datos vienen a agregarse a los aportados por el neurocientista Simón Le Vay (1991) del Salk Institute de San Diego, California. Este investigador encontró que uno de los núcleos del hipotálamo denominado INAH-3, era más pequeño en la mayoría de los homosexuales que en los heterosexuales; de hecho era de igual tamaño que el de las mujeres. La investigación la realizó utilizando cerebros de 19 hombres homosexuales que habían muerto de SIDA. Aunque él sugiere que este factor puede ser causal, la evidencia actual es aún insuficiente. Sobre la base de las investigaciones con animales y de sus propias deducciones, Le Vay ha declarado que está convencido que la influencia hipotalámica es causal y no consecuencia

de la homosexualidad. Luego de analizar los datos, el neurocientista Dick Swaab del Institute for Brain Research de Amsterdam ha declarado que la diferencia entre homosexuales y heterosexuales "debería estar en el cerebro, no en el corazón" (1991, p. 957).

En fechas recientes se han venido aportando crecientes evidencias en apoyo del rol de las variables biológicas en la génesis de impotencia sexual (Goldstein, 1988), del autismo (Courchesne, 1989), de la criminalidad (Fisher y Gottesman, 1991), de los déficit atencionales (Faraone et al., 1991), de la alexitimia (Zeitlin et al., 1989), de la bulimia (Donohoe, 1984), etc.

Las investigaciones en alexitimia, por ejemplo, merecen ser destacadas, una vez más por su relevancia para la psicoterapia. El citado estudio de Zeitlin et al., (1989) mostró que la eficiencia de la comunicación inter-hemisférica era un predictor significativo del grado de alexitimia. "Estos datos sugieren que al menos algunas formas de alexitimia pueden estar mediadas por un déficit en la comunicación inter-hemisférica" (1989, p. 1434).

Desde las investigaciones de Sperry (1976) en especialización hemisférica, la fundamentación biológica de los estilos cognitivos ha venido siendo estudiada. Más allá de los predominios hemisféricos en los estilos cognitivos, se ha establecido también que existen diferencias hombres/mujeres en relación al tipo de pensamiento. Mientras las mujeres obtienen mejores resultados en expresión verbal, los hombres obtienen ventajas en habilidades espaciales y cuantitativas (Maccoby y Jacklin, 1974). Se ha sostenido incluso que las mujeres tendrían mejores habilidades "masculinas" en los períodos del mes en que sus niveles de estrógenos son más bajos (Kimura y Hampson, 1989 de la Universidad de Western Ontario).

Así como la predominancia hemisférica se expresa en ámbitos cognitivos y afectivos, lo probable es que algo análogo ocurra respecto a las predominancias hormonales. No obstante el generalizado deseo que las diferencias sexuales no impliquen diferencias psicológicas entre los sexos, todo parece indicar que las diferencias sí existen; por lo demás de no ser así sería sorprendente. También en este terreno a medida que progresa la investigación, los reclamos sobre igualdades psicológicas pierden apoyo. Sin embargo una cosa es reconocer diferencias derivadas de la biología de ambos sexos, y otra es considerar que las diferencias favorecen a algún sexo en particular. Diversos investigadores han venido constatando las diferencias: es así que Reinish (1992) del Kinsey Institute ha constatado la relación entre testosterona y agresividad. Silverman y Eals (1992) de la York University encontraron que las mujeres mejoraban entre 50 y 100% sus puntajes en un test de rotación mental, cuando estaban menstruando y sus niveles de estrógeno estaban en su punto más bajo. A su vez Kimura (1992) encontró que en ese mismo test los hombres obtenían mejores puntajes en la primavera, cuando sus niveles de testosterona son más bajos. En suma, como lo señala Janice Juraska de la Universidad de Illino: "las hormonas afectan las cosas, es absurdo negarlo" (1992, p. 38).

En relación con la farmacoterapia, el cúmulo de evidencias en relación a su aporte es enorme. Su análisis está más allá de los objetivos del presente trabajo. Es importante dejar constancia de su existencia y de que, incluso en el estudio NIMH en depresión, el grupo de farmacoterapia fue el que obtuvo los mejores resultados. A partir de la evidencia existente, es posible concluir que la farmacoterapia constituye una potente fuerza de cambio en la práctica clínica; además, su evolución ha implicado un progreso constante lo cual resulta a su vez muy promisorio.

En relación con el conjunto de evidencias explicitadas debo decir que muchas de las evidencias presentadas requieren a su vez de réplicas y de otras evidencias. Esto es particularmente acentuado en el caso de las diferencias sexuales. Lo importante de estas últimas investigaciones se relaciona con la posibilidad de establecer influencias biológicas significativas más allá de los desajustes psiquiátricos más severos.

d) El Paradigma Biológico: Alcances y Limitaciones

Puesto que la biología está a la base de los procesos psicológicos, carece de sentido discutir la importancia del paradigma biológico. El punto a analizar se refiere al rol de los factores biológicos en la génesis de los desajustes psicológicos y en el cambio terapéutico.

En la imposibilidad de analizar todas las evidencias existentes relativas a la influencia causal de los desbalances endocrinos, de los neurotransmisores, de las lesiones cerebrales, etc., opté por pri-

vilegiar el acercamiento a las influencias genéticas. Aún así, las evidencias presentadas son incompletas e insuficientes. No obstante, considero que ellas están mostrando una tendencia bastante definida: las fuerzas biológicas "puras" muestran una mucho mayor potencia que la que los psicoterapeutas tendíamos a atribuirles. Esta especie de "perfil direccional" se manifiesta con mucha claridad en el caso de las influencias genéticas.

En mi opinión, va quedando de manifiesto otro sesgo en la manera de pensar de los psicoterapeutas. Este sesgo implica una tendencia a atribuir a causas psicógenas todo aquello en lo cual aún no se ha demostrado la relevancia de los factores biológicos. Nuestra literatura está llena de teorías sobre lo esenciales que son los factores psicológicos en la génesis de la impotencia, de las compulsiones, de la depresión, de la timidez, etc. La tendencia es a considerar a lo psicógeno como lo esencial, lo cual operaría sobre la base de una biología con influencia causal menos relevante. (Salvo en los casos de desajustes psiquiátricos severos). De este modo, nuestra involuntaria "estrategia" ha implicado que cuando vemos el terreno libre de evidencias pro-biológicas, nos apresuramos a llenar ese espacio con todo tipo de teorías psicógenas. No resulta extraño entonces que, a medida que la investigación biológica progresa, nuestras teorías van siendo relegadas a un segundo plano o simplemente se van derrumbando. En el mejor de los casos, se va constatando que el rol que le asignábamos a lo psicógeno es en los hechos muy inferior. Es así que el amplio predominio que se tendía a atribuir a los factores psicógenos en la impotencia, está siendo relegado a alrededor de un 25% de los casos. A su vez, la amplia vigencia de lo psicógeno en la homosexualidad está más que cuestionada; otro tanto ocurre en la depresión, timidez, compulsiones, etc. La pregunta relevante entonces pasa a ser: ¿Cuántas de nuestras teorías sobrevivirán cuando la ciencia biológica haya avanzado sustancialmente en sus hallazgos?

Por supuesto podemos apelar al recurso que las evidencias son insuficientes, que también existen sesgos "pro-biológicos", etc. Los datos aún nos dejan la opción para ese tipo de lecturas. Considero, sin embargo, que hacer esto es muy poco aconsejable. Lo que sí es aconsejable, una vez más, es que cambiemos de actitud. Y el cambio de actitud puede traducirse en una apertura psicológica hacia la importancia de los factores biológicos. Antes de lanzarnos en la elaboración de tantas teorías una pregunta previa debiera ser obligatoria: ¿cuánto estarán influyendo las disposiciones, biológicas en esto?

Lo anterior es de la mayor importancia ya que las evidencias son bastante coincidentes en el sentido que los factores biológicos no operan vía todo/nada sino vía *continuos*. No se trata entonces, que sólo influyan en desajustes extremos tales como esquizofrenias o depresiones bipolares. Al parecer influyen, y bastante, en los problemas neuróticos, en los estilos afectivos, en los síntomas "menores", etc. Más aún, en mi opinión esto explica en gran medida el poco éxito de muchas psicoterapias. No aportamos más al cambio en neurosis de carácter, en neurosis sintomáticas y en otros desajustes de mediana severidad, porque allí también los factores biológicos son muy relevantes y oponen una gran resistencia al cambio terapéutico. Aunque tal vez pocos psicoterapeutas compartan esta conclusión, considero que el perfil de los hallazgos apunta claramente en esa dirección.

Por supuesto no se trata de asumir una postura "biologicista" que desconozca los aportes de las experiencias en la génesis de trastornos obsesivos, impotencias, alteraciones en la orientación sexual, etc. El problema reside en no atribuirle a lo psicógeno un rol excesivo, por el sólo hecho que las influencias biológicas tiendan a hacerse menos manifiestas.

El que los factores biológicos se muestren como muy importantes, incluso en desajustes menos severos, tienen una gran repercusión para la psicoterapia. ¿Cuántos pacientes con alexitimia de origen biológico habrán sido sometidos a años de psicoterapia infructuosa?, ¿cuántos con inhibición social de origen biológico predominante?, ¿cuántos con altos índices de neuroticismo habrán acudido a largos procesos psicoterapéuticos sin mayores resultados? Así, el conocer la relevancia de los factores biológicos puede ayudarnos a establecer metas más realistas para la psicoterapia.

Por ejemplo, considero crucial evaluar los niveles de neuroticismo e introversión de los pacientes. Ello permite esclarecer, al menos en parte, cual es la "materia prima" que aporta el paciente en sus disposiciones hacia la ansiedad o hacia la inhibición social. Más que una evaluación médica del paciente, lo cual por supuesto puede ser en ocasiones muy necesario, se requiere ganar en sutileza en la evaluación de aspectos tales como antecedentes hereditarios, problemas peri-natales, trauma-

tismos encefalocraneanos, sensibilidad a los estímulos, "depresivismo", "agresivismo", "timidismo", etc., como disposiciones biológicas en esas direcciones.

Resulta lamentable que, en ausencia de mecanismos autocorrectivos, sea la investigación biológica la que nos corrige. Lo probable es que la investigación biológica futura nos aporte nuevas "injurias narcisísticas" en contra de nuestras teorías. Como lo he señalado, Jorge Luis Borges decía que las teorías de los psicoterapeutas eran una rama más de la literatura fantástica. Desde la biología nos están diciendo algo semejante. Nuestras teorías se están mostrando como muy vulnerables y no resulta sorprendente que la psicoterapia vaya siendo considerada en términos crecientemente peyorativos. Para las teorías psicógenas hemos dispuesto de un espacio aparente muy superior al espacio real. Y no sólo no nos hemos dado cuenta de ello; no nos hemos percatado tampoco que tarde o temprano se nos limitarán los espacios y nuestras teorías tendrán el hábitat que realmente merecen.

Lejos van quedando los tiempos en que los fármacos eran un paliativo y la psicoterapia era el verdadero tratamiento, el profundo. La relación tiende a invertirse. Tiende a imponerse la idea que la psicoterapia es un apoyo o un paliativo del verdadero tratamiento, el cual es la farmacoterapia. "Existe mucha evidencia que la psicoterapia trabaja oponiéndose a los efectos desmoralizadores de estar enfermo. Desde este punto de vista es la psicoterapia la que es superficial, la que constituye un tratamiento sintomático cuando es aplicada a una enfermedad con un importante componente biológico" (Wender y Klein, 1981, p. 40).

Lo anterior tiene una mayor vigencia para los desajustes psiquiátricos severos. Sin embargo, la farmacoterapia ha mostrado una enorme fuerza de cambio y progresa a un ritmo muy superior a la psicoterapia. Incluso en desajustes neuróticos no muy severos, como los depresivos unipolares del estudio NIMH, muestra todo lo aportativa que puede ser. De este modo, va quedando claro que las fuerzas biológicas son muy importantes en la génesis de los desajustes psicológicos y que la farmacoterapia aporta una significativa fuerza de cambio en el ámbito clínico.

No obstante todo lo señalado, el aporte de la psicoterapia puede ser relevante. Asumiendo que en los desajustes psiquiátricos severos lo predominante es la farmacoterapia y los tratamientos médicos, en terrenos de severidad "intermedia" la combinación farmacoterapia/psicoterapia parece ser indispensable. Por ejemplo, la psicoterapia puede contribuir a mejorar la actitud del paciente hacia la farmacoterapia y a potenciar los efectos de los medicamentos. No hace mucho una paciente con crisis de pánico, a la cual atiendo en equipo con un médico psiquiatra, me contaba que tuvo un ataque de pánico el cual no podía explicarse dado lo bien que había estado. Juntos concluimos que el problema derivaba del hecho que ese día se había tomado el propanolol, pero de un laboratorio diferente al usual; puesto que ella desconfió fuertemente del medicamento, ello la dejó muy vulnerable.

Pero la psicoterapia puede ir mucho más allá de lo señalado. Puede fortalecer estructuras psicológicas, enriquecer repertorios conductuales, modificar procesamientos de información, prevenir recaídas, favorecer el desarrollo personal, etc. Así, una adecuada psicoterapia podría ser la compañera perfecta de una adecuada farmacoterapia. Y en los casos menos severos, es la psicoterapia la que adquiere un rol predominante. El problema es que hay que generar bases sólidas para desempeñar bien ese rol.

El paradigma biológico se relaciona significativamente con otros paradigmas. Los estímulos ambientales impactarán más si hay mayor sensibilidad y tendencia a la *magnificación biológica*. Las disposiciones biológicas pueden y suelen favorecer formas de pensar y de sentir; en ocasiones dicha influencia puede ser muy fuerte.

En términos de fuerzas de cambio, lo que es claro es que las fuerzas biológicas son muy relevantes para el cambio terapéutico y que ésta relevancia se manifiesta en términos de predicción y cambio. Queda claro también que su rol etiológico es mayor que el que quisimos atribuirles, y que ello nos aporta dificultades para el cambio en psicoterapia. Finalmente, queda claro que si el camino se nos torna más difícil debido a obstáculos biológicos, deberemos prepararnos mucho mejor para poder recorrerlo.

3.3.2.2 La Fuerza de Cambio del Ambiente

a) Una Delimitación Conceptual

"Si el planeta tierra súbitamente desarrollara 'una conciencia'. ¿Podría salir de su órbita sin ayuda externa? ¿No tendería la tierra a explicar su viaje alrededor del sol en términos 'inútiles' tales como 'tengo un deseo innato tan fuerte de orden y regularidad que me fuerzo a mí misma a permanecer en órbita alrededor del sol?'. Y si quisiéramos cambiar la órbita de la tierra. ¿Trataríamos de persuadirla de que cambiara su punto de vista acerca de sí misma o aplicaríamos una fuerza exterior para vencer las leyes de la gravedad que actúan sobre la tierra?" (Skinner citado por McConnell, 1978, p. 524).

El pasaje anterior ilustra bien lo que sería la formulación de un paradigma ambientalista. Según éste, el locus de control de nuestros pensamientos, emociones y conductas es externo, está en el ambiente con el cual interactuamos. Un paradigma ambientalista postula que la génesis de los desajustes psicológicos dependerá de las características del ambiente que ha tenido y tiene la persona. A su vez, las fuerzas de cambio en psicoterapia residirán en la implementación de características nuevas en el ambiente actual de la persona.

El ambiente puede influir de múltiples maneras. Aporta variadas experiencias y oportunidades de aprendizaje contribuyendo así a configurar nuestro lenguaje, conceptos, creencias, valores, etc. Aporta "materia prima" para la asociación y la interpretación. Aporta opciones de satisfacción y de frustración, de placer y de displacer.

En el ámbito psicológico los paradigmas más nítidamente ambientalistas son el clásico y el operante. En ellos se concibe al ambiente operando en forma "pura" sobre nosotros de una manera automática; nuestras interpretaciones sobre el ambiente carecerían de influencia causal relevante. A partir del paradigma clásico de Pavlov, tempranamente Watson planteaba un taxativo énfasis ambientalista: "Denme una docena de niños saludables y un ambiente adecuado que yo escogeré, y prometo tomar uno al azar y prepararlo para cualquier disciplina que Uds. elijan" (1926, p. 10). En una dirección análoga, aunque con un énfasis en el paradigma operante, Skinner ha señalado: "Las variables independientes, las causas de la conducta, son las condiciones externas de las cuales la conducta es una función" (1953, p. 60).

De este modo, ambos paradigmas comparten el énfasis en las variables ambientales y la búsqueda de conocimientos observables y verificables de acuerdo con la metodología empírico-experimental. Ambos paradigmas plantean que los desajustes psicológicos se generan de acuerdo con los mismos principios que rigen para la conducta adaptativa; este planteamiento ha recibido el nombre de Modelo Psicológico para la génesis de los desajustes psicológicos (Ullman y Krasner, 1965).

Ambos paradigmas son ampliamente conocidos. En el *paradigma clásico*, estímulos neutros adquieren el poder de elicitar respuestas, luego de ser asociados con estímulos incondicionados. Dicha asociación puede surgir de una sola experiencia (por ej. experiencia traumática) o bien de una sumatoria de experiencias (por ej. subtraumáticas). El epicentro causal en el condicionamiento clásico, reside en la formación de un enlace neural entre el estímulo y la respuesta. "El ambiente está lleno de objetos y de estímulos sensoriales que comprometen una conducta organizada más allá del reflejo, a través de un proceso de asociación" (Turkkan, 1989, p. 169).

¿Cómo se generarían los desajustes psicológicos de acuerdo con el paradigma clásico?

Pavlov consideraba que gran parte de la conducta patológica estaba causada por: a) La ruptura en la discriminación clásica (neurosis experimental). b) Por un alargamiento del tiempo en los intervalos entre estímulo condicionado y estímulo incondicionado. c) Por la aplicación de un estímulo condicionado "fuerte" luego de haber aplicado uno débil.

En fechas más recientes Wolpe (1958, 1973) y Eysenck (1952, 1982), han adscrito al paradigma pavloviano. Sostienen que la ansiedad se genera básicamente por asociaciones entre estímulos incondicionados y condicionados. Una vez generada, la ansiedad producirá a su vez conductas de evitación y escape, lo cual daría origen a otros desajustes psicológicos tales como depresión. Todas las neurosis humanas, al igual que las neurosis animales, están producidas por situaciones que evocan elevadas intensidades de ansiedad" (Wolpe 1958, p. 78). En términos de fuerzas de cambio para la

psicoterapia, el cambio derivará de la inhibición o de la extinción de la ansiedad condicionada, que está supuestamente a la base de todo desajuste.

El *paradigma operante* es también ambientalista. Según éste, el epicentro causal está localizado en las consecuencias de la conducta. Diversos estímulos discriminativos (E^D , E^A), pueden servir como claves que anticipan posibles consecuencias reforzantes o castigadoras. Estos estímulos discriminativos previos a la conducta, ejercerían un rol de ocasión, es decir de aquello que induce a la causa a actuar. De este modo, "la esencia de la aproximación operante está en la modificación de la probabilidad de la respuesta, a través de la explicación diferencial de diversos estímulos consecuentes" (Kendall y Hollon, 1979, p. 449).

En relación con la génesis de los desajustes psicológicos, el paradigma operante sostiene que un alto porcentaje de los desajustes psicológicos sería el resultado de fallas en las contingencias ambientales, es decir en la historia de reforzamientos y castigos. Se plantea entonces que las diferencias entre conducta adaptada y desadaptada "a menudo están en función de las diferencias existentes en la historia de reforzamiento de los pacientes" (Sandler y Davidson 1977, p. 81). Así, los desajustes depresivos derivarían de déficits de reforzamientos, los problemas de asertividad de excesos de amenazas y castigos, los problemas delictuales de ambigüedades en los programas de contingencias, etc. En general, las conductas desajustadas tenderían a ser mantenidas por normas de refuerzo más directas e inmediatas que las conductas adaptadas (Ullman y Krasner, 1965). La persona se regiría por el "pan para hoy" representado por la droga, el robo, la violación, la agresión, el consumo de alcohol, etc., sin visualizar ni asumir el "hambre para mañana" representado por contingencias futuras tales como desprestigio, soledad, deterioro, cárcel, etc.

En términos de fuerzas de cambio en psicoterapia, lo fundamental será la modificación de las contingencias ambientales. "Una persona no actúa sobre el mundo, el mundo actúa sobre ella" (Skinner, 1971, p. 211). El paradigma operante plantea también que no interesa cambiar pensamientos o sentimientos sino el ambiente del cual derivan: "El sentimiento o estado mental parece ser un eslabón necesario de una cadena de causas, pero el hecho es que cambiamos la conducta al cambiar el ambiente y, al hacerlo, cambiamos lo que se siente. Los sentimientos y los estados mentales no son causas sino productos secundarios" (Skinner, 1971, p. 472). Según esto, una conducta desajustada podrá ser modificada cambiando los estímulos antecedentes (E^D , E^A), cambiando o entrenando al organismo en discriminación, cambiando el tipo de consecuencias, la calidad e intensidad de éstas, su distribución temporal, etc.

b) El Paradigma Ambiental en la Práctica Clínica

A partir de los paradigmas clásico y operante se han derivado múltiples técnicas terapéuticas.

El paradigma clásico ha centrado su accionar clínico en el descondicionamiento de la ansiedad, postulada como la fuerza etiológica fundamental. La exposición in vivo constituye una técnica clásica de gran aplicación y valoración. La desensibilización sistemática en imaginación es menos valorada pero muy utilizada por su fácil aplicabilidad.

El aporte del paradigma operante a la práctica clínica, tiene como objetivo central el aumentar las operaciones de reforzamiento positivo y el disminuir las de castigo. Para ello se utilizan diversas técnicas de entrenamiento en discriminación, se hace una utilización clínica del refuerzo positivo, de la extinción operante vía omisión y reforzamiento de conductas alternativas, se realizan moldeamientos de conductas (Shaping), se utilizan procedimientos de desvanecimiento (Fading), de castigo, de control ambiental por parte del paciente, etc. El ensayo conductual puede contribuir a enriquecer el repertorio conductual con el consiguiente incremento en el acceso a operaciones de reforzamiento. En ambientes grupales o institucionales las técnicas operantes han sido utilizadas en el manejo en la sala de clases, en pacientes psiquiátricos crónicos (en particular la economía de fichas), etcétera.

En un plano menos técnico y específico, el condicionamiento operante puede utilizarse sobre la base de los principios "refuerza y te reforzarán" y "siembra viento, cosecha tempestades". Ello puede motivar a los pacientes a un mejor despliegue conductual. En la relación paciente - terapeuta, se suele enfatizar el entrenamiento del terapeuta como agente reforzador verbal y no-verbal en

sesión. En pacientes depresivos, por ejemplo, se plantea que es aportativo el reforzar las verbalizaciones no depresivas del paciente. En general, se postula que el control de las consecuencias tiene una mayor fuerza de cambio que el control de estímulos.

Así como los principios del reforzamiento, omisión, etc. pueden ser utilizados flexiblemente en sesión, algo análogo ocurre con el principio de inhibición recíproca postulado por Wolpe (1958). Según este principio, si se evoca una respuesta incompatible con la ansiedad (por ejemplo relajación o rabia) en presencia de estímulos desencadenantes de ansiedad, disminuirá el nexo entre el estímulo y la respuesta ansiosa. Wolpe postula este principio para la desensibilización sistemática, pero lo hace extensivo en general para las sesiones terapéuticas. De este modo, la situación terapéutica tendería a generar un ambiente propicio para el descondicionamiento, dadas las características de acogimiento que suele tener el setting terapéutico.

c) La Fuerza de Cambio del Ambiente: Evidencias

Una vez más deseo destacar el hecho que un análisis exhaustivo de las evidencias está más allá de los objetivos de este trabajo. Lo que deseo es esclarecer si existen evidencias que avalen suficientemente estos paradigmas en la génesis de los desajustes psicológicos y como fuerzas de cambio en psicoterapia.

Que el ambiente influye en nuestros pensamientos, emociones y conductas no requiere de mayores demostraciones. El punto está en cuánto influye y cómo.

Desde una perspectiva más bien general, múltiples factores ambientales psico-sociales se consignan en el D.S.M. III (1980) como fuentes de problemas emocionales. Entre ellos se señala la pérdida de un familiar cercano, el divorcio, la cesantía y los problemas económicos, etc. En suma, se postula implícitamente que las experiencias de frustración tenderán a generar desajustes emocionales aunque no se descarta el rol de los procesamientos cognitivos de estas experiencias.

Incluso el ambiente físico y climático puede ejercer una significativa influencia causal. Investigaciones recientes enfatizan el rol de las estaciones del año en la *acentuación* del ánimo depresivo (Wehr y Rosenthal, 1989). Influencias socioculturales y económicas surgen del nivel de desarrollo de la sociedad en que se vive. Por ejemplo, se postula que culturas en tempranas etapas de su desarrollo tienen una actitud más restrictiva hacia el suicidio la cual a su vez se traduce en tasas de suicidio más bajas (Bayet, 1992; Diekstra, 1989). Según cifras de la World Health Organization (WHO) publicadas en 1987, algunos índices de suicidio en hombres son (medidos por millón de población): Finlandia, 430; Austria, 421; Dinamarca, 351; Francia, 331; Suiza, 330; Alemania Federal, 266; Suecia, 250; Estados Unidos, 197; Inglaterra, 121; Chile, 107; Argentina, 105; Venezuela, 76; Paraguay, 33; Méjico, 25. Son cifras que estimulan la reflexión con respecto a la influencia de la cultura y del nivel socio-económico en la conducta suicida. Una vez más, la influencia de la sociedad podrá estar mediada también por el procesamiento que cada persona haga de estas influencias.

Aunque resulta un tanto paradójico, las investigaciones sobre influencias genéticas aportan a su vez datos sobre la influencia ambiental. Curiosamente los estudios en gemelos tienden a mostrar una mayor influencia del ambiente individual de cada gemelo por sobre la influencia del ambiente que comparten (Loehlin, 1989; Reiss et al., 1991). Luego de revisar múltiples investigaciones sobre influencias genéticas Plomin (1989) establece una especie de conclusión general: "Sí, las influencias genéticas son importantes y sustanciales, pero las influencias ambientales son igualmente importantes" (p. 110). Una conclusión que abre espacios para la psicoterapia.

Más específicamente en relación a la influencia ambiental vía condicionamientos quisiera relatar una "evidencia" más bien anecdótica. En un conocido curso de entrenamiento en comunicación social suele pedirse a los alumnos que vayan subiendo uno a uno a un estrado. Cuando la persona en el estrado hace el saludo cesareano con el pulgar hacia arriba, los demás alumnos de la sala aplauden; cuando pone el pulgar hacia abajo, pifian. A pesar que este gesto es un ejercicio y que la respuesta del público no se relaciona con méritos o fracasos, típicamente los alumnos en el estrado se sienten estupefactos cuando los aplauden y pésimo cuando los pifian. ¿Actúan los aplausos y pifias vía asociación clásica, vía refuerzo - castigo operantes o vía significación cognitiva? Si lo fundamen-

tal fuera la significación cognitiva el saber que los aplausos/pifias no se relacionan con aciertos o fracasos, debería bastar para acallar la respuesta emocional.

A nivel de los hallazgos de la investigación, una pregunta de excepcional importancia se refiere al hecho de si las influencias mecánico - asociativas se presentan como causas efectivas en los seres humanos. ¿Tenemos instancias de funcionamiento asociativo o siempre operamos en un "mejor nivel"? ¿Operan en nosotros fuerzas de cambio meramente asociativas que no requieren de nuestra actividad más compleja o nuestro awareness?

Se ha postulado que el condicionamiento clásico se presenta a través de todas las especies y que no es necesaria la participación de corteza (Van Sommers, 1976). Se ha informado de condicionamiento clásico incluso en protozoos (Hannessey et al., 1979). Por otra parte ya Bromiley (1948) había informado del condicionamiento clásico de un perro decorticado. A su vez García y Rusimack (1980) lograron un completo condicionamiento clásico de náuseas en un animal completamente anestesiado.

En seres humanos, sin embargo, el condicionamiento clásico tiende a mostrar diferencias con los animales en los incrementos y en los decrementos de las respuestas. Al respecto se postula que el awareness y las expectativas de la contingencia EC - EI, influyen en el responder humano y no en el responder animal ni en el pre-verbal (Brewin, 1988). En apoyo de esta idea, las evidencias han mostrado que la adquisición y extinción de reacciones condicionadas en niños pre-verbales, es más similar a la mostrada en animales que a la mostrada en hombres adultos (Lowe, 1983). De este modo, se podría concluir que, aún cuando la cognición no es condición necesaria en el condicionamiento clásico, al haber cognición, tiende a influir en el proceso.

Algo análogo ocurriría a nivel operante. En una controvertida investigación Greenspoon (1955), logró que estudiantes universitarios modificaran su lenguaje, sobre la base de reforzamientos de los cuales no tenían conciencia. Los hallazgos de Greenspoon mostraron que menos del 15% de las personas que se habían condicionado, se habían enterado de las contingencias experimentales esenciales. No obstante, experimentos posteriores han mostrado una mayor incidencia del darse cuenta. El extremo opuesto a los hallazgos de Greenspoon lo constituye el experimento de Dulany (1961); este investigador encontró que todos los sujetos que habían mostrado condicionamiento se habían enterado de las contingencias experimentales.

Según Skinner, "el organismo debe ser estimulado por las consecuencias para que el condicionamiento tenga lugar" (1953, p. 88). Sin embargo, plantea que el awareness de las contingencias no constituye una condición necesaria para que el condicionamiento operante tenga lugar.

En general las evidencias muestran que el darse cuenta influye en los condicionamientos clásico y operante de los seres humanos (Kanfer y Phillips, 1970; Maraton, 1966; Paul, Eriksen y Humphreys, 1962). Lo que ha resultado más difícil de constatar, es lo relativo a condicionamientos exclusivamente asociativos en seres humanos.

En relación con la génesis de desajustes psicológicos, Watson y Rayner (1920) informaron el conocido y discutido caso de Albertito, de 11 meses de edad, quien adquirió un miedo fóbico a una rata blanca cuando en el laboratorio se le enseñó a asociarla con un ruido fuerte. Por la edad de Albertito, se puede asumir que se trata de un aprendizaje asociativo, pre-verbal, sin mayor participación del awareness.

Los problemas éticos involucrados, no permiten ir "produciendo" desajustes a nivel experimental. Por lo tanto, gran parte de las evidencias emergen de la observación de circunstancias naturales. Evidencias acerca de la génesis clásica de fobias han sido aportadas por Rimm et al., (1977) y por Ost y Hugdahl (1981). En un estudio retrospectivo más reciente, Craske et al., (1989) encontraron fuerte evidencia para la génesis clásica de la ansiedad. En general el condicionamiento de fobias tiende a ser mayor en personas introvertidas y con neuroticismo alto (Eysenck, 1982).

De particular interés considero el hecho que la génesis clásica de ansiedad suele requerir más de una experiencia y que las experiencias vicarias pueden ser relevantes al respecto (Merckelbach et al., 1989). Contrariamente a lo planteado por Rachman (1977), la génesis clásica de la ansiedad parece emerger fortalecida en el último tiempo.

En laboratorio, se ha hecho una génesis y extinción posterior de fetichismo, vía asociación/extinción clásicas (Rachman, 1966). Se han generado ataques de asma en laboratorio, vía asociaciones clásicas que apareaban un alérgeno con un solvente neutro (Dekker et al., 1957). En otro

estudio de laboratorio con humanos Campbell, Sanderson y Laverty (1964) generaron un miedo fóbico a un tono utilizando escolina como estímulo incondicionado; esta droga produce una parálisis casi completa de la musculatura esquelética y una interrupción de la respiración por cerca de dos minutos. Las personas permanecieron concientes durante la parálisis, pero describieron la experiencia como horripilante, por la incapacidad para controlar la respiración o hacer algo sobre ello. Los posteriores ensayos de extinción clásica tendieron a ser muy inefectivos, lo cual incrementa aún más los cuestionamientos éticos que merecen este tipo de experimentos.

La génesis operante de algunos desajustes psicológicos ha sido informada en diversas investigaciones. Harris et al., (1964) generaron aislamiento y pasividad vía reforzamiento positivo. Flanagan et al., (1959) generaron tartamudez vía reforzamiento negativo. Haughton y Ayllon (1965) generaron conducta compulsiva en una paciente esquizofrénica a través de reforzamiento positivo con cigarrillos.

El tema de la génesis operante de los desajustes depresivos ha sido muy discutido. Al respecto Lewinsohn (1973) ha postulado que la carencia de habilidades sociales produce depresión, al estar opciones de reforzamiento social. Por su parte Coyne (1984) ha sugerido que es la depresión la que reduce la habilidad social y no al revés. Un reciente estudio de Cole y Milstead (1989) tiende a aclarar el punto; encontraron que la depresión lleva a déficit en habilidades sociales, tal como lo sugiere el modelo de Coyne; la falta de habilidades sociales no tuvo un efecto causal sobre la depresión, lo cual cuestiona el modelo operante de Lewinsohn.

En relación con la fuerza de cambio en psicoterapia, ambos paradigmas aportan técnicas potentes. Por ejemplo, la exposición in vivo parece constituir un aporte sustancial en el tratamiento de muchas fobias (Emmelkamp et al., 1978). Al respecto Barlow (1988) señala que la exposición in vivo tiene en promedio una tasa de éxito de 60 - 70%. Sin embargo, el promedio de abandonos del tratamiento no resulta despreciable: alrededor de un 12% según cifras aportadas por Jansson y Ost (1982). Técnicas operantes como el moldeamiento y la economía de fichas, tienden a estar bien respaldadas por las evidencias (Martin, 1983). Algo similar ocurre con la asignación graduada de tareas que implica a su vez el moldeamiento de conductas (Beck, 1979). En general, la fuerza de cambio de las estrategias clásicas y operantes tiende a ser ampliamente reconocida. "Un supuesto básico del enfoque del aprendizaje social es que mientras los mecanismos cognitivos son postulados para explicar el desarrollo y mantención de la conducta anormal, las técnicas que más aportan al cambio son aquellas que se basan en la intervención conductual directa" (Wilson y O'Leary, 1980, p. 267).

d) El Paradigma Ambiental: Alcances y Limitaciones

La génesis de desajustes psicológicos vía paradigmas clásico y operante no resulta difícil de aceptar sobre la base de la evidencia disponible. Por supuesto resta por saber cuál es el rol de estos paradigmas en la génesis de muchos desajustes. Por ahora sólo está claramente establecido su rol en algunos.

Tampoco resulta difícil admitir la fuerza de cambio que aportan algunas técnicas clásicas y operantes. En suma, en términos de predicción y cambio, el paradigma ambientalista, en los términos que lo he delimitado, emerge como bien respaldado por la investigación.

De lo anterior se desprende que todo aconseja conocer y saber aplicar los hallazgos clásicos y operantes. En el contexto que he venido mostrando, la psicoterapia no se encuentra en posición de desechar las fuerzas de cambio derivadas de estos paradigmas. Lo que sí se hace necesario es ampliar el rango de aplicaciones clínicas del enfoque, más allá de las técnicas específicas. Estas técnicas, por eficientes que sean, son aplicables más bien a problemas sintomáticos de menor frecuencia. El desafío futuro será la aplicación eficiente de las fuerzas de cambio clásicas y operantes, en el contexto flexible de la relación paciente - terapeuta.

Un punto de particular importancia en relación con un modelo integrativo se refiere al rol de las causas asociativas. Al respecto considero que las causas asociativas operan en los seres humanos, aunque tal vez no muy ampliamente. El hecho, por ejemplo, que el condicionamiento clásico se presente a través de toda la escala zoológica, avala ésta posibilidad, al hacer innecesaria la cognición. El hecho que se ha demostrado el condicionamiento clásico en infantes pre-verbales aporta eviden-

cias adicionales. Aún así, cuando existe un mayor desarrollo cognitivo, éste tiende a inmiscuirse restando automatismo a los condicionamientos.

De este modo, la ya antigua discusión entre asociacionistas y cognitivistas, puede superarse sobre la base de aceptar un *continuo* entre los polos asociación - significación. Algunos condicionamientos clásicos serán más asociativos, otros más significativos. Algunos refuerzos actuarán más automáticamente que otros. Así, "la evidencia general parecería indicar que el aprendizaje puede llevarse a cabo sin awareness, aunque a una tasa lenta. Sin embargo, la representación simbólica de las contingencias de reforzamiento de la respuesta pueden acelerar considerablemente la responsividad apropiada" (Bandura, 1969, p. 577).

Con respecto a la relación del paradigma ambientalista con otros paradigmas, es importante enfatizar sus conexiones con el paradigma biológico. En términos generales el ambiente no puede estimularnos más allá que lo que nuestra estructura biológica lo permite. Así, nuestro genotipo determina cuales ambientes podremos experimentar y también cuáles ambientes buscaremos para satisfacer nuestras necesidades (Scarr y McCartney, 1983).

En una aproximación más específica, la mayor o menor condicionalidad del organismo influye significativamente favoreciendo u obstaculizando el condicionamiento clásico; ésta condicionalidad sería medible indirectamente vía evaluación de los índices de introversión y neuroticismo. Las facilitaciones biológicas de los condicionamientos clásicos se expresan también en el hecho que ciertas fobias parecieran estar evolutivamente "preparadas" y los seres humanos nos condicionamos con mayor facilidad a aquellos estímulos que han sido más amenazantes en nuestra evolución como especie (Seligman, 1971).

Los estímulos incondicionados establecen una clara relación ambiente - biología. Por nuestra estructura biológica, ciertos estímulos del ambiente tienen de suyo una gran significación para nuestro organismo, tienen así gran significación biológica. Otros estímulos del ambiente, poco significativos para la mayoría de los seres humanos, pueden también tener una gran significación biológica para un organismo específico, cuya biología específica lo lleva a magnificar el significado por vía biológica. Es la situación de los antes mencionados casos de neuroticismo alto o de "depresivismo" altos, los cuales por vía biológica aumentan el valor de angustia o de tristeza de ciertos estímulos, para un individuo determinado. No siempre los psicoterapeutas están concientes de ésta opción.

Las relaciones paradigma operante - biología se pueden constatar en el impacto de placer - displacer que tendrán ciertos estímulos. Es decir desde la biología se puede aumentar o disminuir el valor reforzador o castigador de ciertos estímulos. Esto es concordante con los hallazgos de Sechzer (1977) quien ha señalado que los niños con disfunción cerebral suben su umbral al placer y al dolor, y pierden sensibilidad a refuerzos y castigos.

Con respecto a las relaciones del paradigma ambientalista con el cognitivo, es de interés destacar el hecho que el cambio cognitivo puede derivar del cambio conductual en forma relativamente "automática". Es el caso de muchos pacientes agorafóbicos sometidos a exposiciones in vivo; a medida que su conducta de aproximación progresa y su ansiedad disminuye, se van modificando sus pensamientos en una dirección más "realista". Se aplicaría así lo señalado por Paul Bourget: "Quien no vive como piensa termina pensando como vive".

En el ámbito de los mecanismos de cambio resulta ilustrativo lo que ocurre con la desensibilización sistemática de Wolpe. En general se considera que tiene fuerza de cambio y que se puede predecir su utilidad para muchos casos específicos. No obstante, no se ha logrado acuerdo alguno con respecto a cuales son los mecanismos que producen el cambio. El ejemplo ilustra el hecho que, en general, resulta más fácil esclarecer valores predictivos o de cambio, que esclarecer aspectos causales o mecanismos de cambio en psicoterapia.

En aspectos metodológicos, los paradigmas clásico y operante logran la precisión que deriva de trabajar sistemáticamente con hechos observables. Así, las evidencias existentes son de buena calidad, aunque frecuentemente las conclusiones van más allá que lo que permiten los datos. Como con todos los enfoques, se puede aplicar aquí el sesgo "busca y encontrarás" del cual he hablado anteriormente. Si sólo se estudian refuerzos y castigos, por ejemplo, sólo se podrá encontrar evidencias para refuerzos y castigos; jamás para el rol de las variables mediacionales. "Si los esfuerzos de la investigación se restringen a investigar cómo la conducta es afectada por refuerzos y castigos, uno

encontrará amplia evidencia de que las acciones humanas son sin duda afectadas por estos hechos" (Bandura 1986 p. 1).

Es importante señalar, a nivel de las limitaciones del paradigma, que como fuerza de cambio el paradigma no es capaz de potenciar el valor positivo del mismo ambiente. Al no enfatizar el cambio de significados, sólo queda cambiar el ambiente. Otra limitación surge cuando se pretende explicar todo el psiquismo humano sobre la base de asociaciones clásicas y operantes; en este contexto ambos paradigmas se tornan reduccionistas. Así, las asociaciones constituyen una parte del aprendizaje y muchas veces "aquello que es aprendido no es una sucesión mecánica de respuestas sino más bien aquello que hay que hacer para obtener algún acontecimiento final" (Breger y McGaugh 1965, p. 168). Esto nos conduce de lleno al paradigma cognitivo.

3.3.2.3 La Fuerza de Cambio de la Cognición: el Paradigma Cognitivo

a) Una Delimitación Conceptual

En su poema "Humorada" el poeta español don Ramón de Campoamor (1817 - 1901) nos dice:

*"En este mundo traidor
nada es verdad ni mentira
todo es según el color
del cristal con que se mira".*

Los cognitivistas nos dirán que el color del cristal es cognitivo. Las cogniciones nos harán ver el mundo de un color o de otro. Y cuando el lente cognitivo es muy oscuro, surgirán los desajustes psicológicos. "Los hombres no están perturbados por las cosas en sí mismas, sino por la visión que se forman de ellas" (Epíctetus, Siglo I D.C.).

El concepto de cognición implica *información*, la cual se concibe como cualquier evento que reduce la incertidumbre (Whittig, 1982). Al otorgar un significado a los hechos, al interpretar lo que ocurre, se está procesando cognitivamente esos hechos.

Algunos autores consideran que una información, por elemental que ésta sea, será cognición (Lazarus, 1982). Para otros, la cognición involucra algo más, exige una participación más activa por parte de la persona. "El input sensorial 'puro', no transformado y de acuerdo a un código más o menos fijo, no es cognición. Es sólo sensación 'pura'. La cognición no necesita ser deliberada, racional o consciente pero debe involucrar algún mínimo de 'trabajo mental' ". (Zajonc 1984, p. 18).

Las cogniciones son procesos mediacionales privados, que nos permiten identificar información, trasladarla, codificarla, almacenarla, recuperarla, relacionarla, crear nueva información, etc. Las cogniciones varían en "precisión", grado de conciencia, complejidad, estabilidad, arraigo afectivo, etcétera.

En nuestra interacción con el ambiente las experiencias simples y elementales llamadas sensaciones, aportan la "materia prima" que es interpretada por medio de la percepción. La percepción aporta significación, sentido, coherencia y unidad a la información sensorial. La información puede ser relacionada y elaborada a través de procesos cognitivos más complejos, llamados pensamientos. Estos se presentan sólo en un grado avanzado de desarrollo evolutivo; la palabra es la base del pensamiento digital y facilita el trascender las impresiones del momento. La imagen es la base del pensamiento analógico y facilita el manejo de la información afectiva.

Como lo hemos visto, las cogniciones sólo representan la realidad de un modo indirecto. La precisión cognitiva plena es inalcanzable. "Más bien las representaciones del pasado involucran procesos constructivos. Los eventos estímulo son filtrados a través de significados y sesgos personales y son transformados en pensamiento proposicional. Los residuos cognitivamente procesados pueden diferir notoriamente de los input de estímulo" (Bandura, 1984, p. 510). Los constructivistas agregarán que los input de estímulo son en gran medida construcciones de nuestro sistema nervioso y que jamás representan fielmente al estímulo. "Los seres humanos no responden "directamente" a sus mundos, sino a las siempre cambiantes representaciones de esos mundos" (Mahoney, 1988 p. 358).

En el ámbito clínico la causalidad cognitiva de los desajustes psicológicos encuentra una expresión fundamental en la teoría A - B - C de Ellis (1977). Esta teoría ha tenido una gran influencia en muchos autores cognitivistas y constituye tal vez la esencia del paradigma cognitivo. En el esquema A - B - C la letra A se refiere a alguna experiencia de la vida real. C se refiere a las emociones o conductas que muchas veces pueden ser desadaptativas. B sería el procesamiento cognitivo mediacional; en B actuarían pensamientos frecuentemente irracionales, que producirían desajustes emocionales y conductuales en C. "Una vez que Ud. acepta que los eventos externos contribuyen significativamente pero no causan sus sentimientos, y que Ud. en gran medida siente en función de lo que piensa, Ud. incrementa enormemente su poder sobre sus emociones" (Ellis, 1977, p. 8).

Así, el epicentro causal en el paradigma cognitivo está en los procesamientos cognitivos que se realizan en B. Este procesamiento cognitivo podrá estar distorsionado por la influencia de estructuras cognitivas estables y profundas tales como las ideas irracionales (Ellis, 1958), los esquemas subyacentes (Beck, 1979), las estructuras cognitivas (Meichenbaum, 1977). En suma, organizaciones cognitivas complejas y estables, de grado de conciencia variable, podrán influir sistemáticamente distorsionando la información y magnificando el impacto emocional de los estímulos.

Una opción adicional de génesis cognitiva de desajustes psicológicos, se refiere al aprendizaje observacional. Cuando una persona observa la conducta de un modelo, pero no ejecuta ninguna respuesta abierta, puede adquirir las respuestas modeladas mientras ocurren sólo en forma cognitiva, representacional (Bandura, 1969). Cuando el modelo es desajustado, la persona puede generar desajustes por vía observacional y no conductual, es decir por vía cognitiva.

¿En qué rango de amplitud operaría el paradigma cognitivo?

Inicialmente los autores cognitivistas tendieron a postular una especie de "pancognitvismo", una monocausalidad cognitiva omnipresente. "El primer principio de la terapia cognitiva es que todos sus afectos son creados por sus 'cogniciones' o sus pensamientos" (David Burns 1980, p. 23). Con el tiempo, el tono de las afirmaciones causales se ha venido moderando en forma importante. "Consideramos que la patología primaria o disfunción durante una depresión o desajuste de ansiedad, está en el aparato cognitivo. Sin embargo, esto es completamente diferente de la noción que la cognición causa estos síndromes" (Beck, 1985, p. 85). En estricto sentido Beck estaría enfatizando la necesidad del cambio terapéutico de las cogniciones disfuncionales, no así su rol etiológico original.

En realidad existen muchas imprecisiones y variaciones individuales respecto al rol asignado a la cognición. En los hechos, sin embargo, se ha postulado todo tipo de causalidad cognitiva. Que los desajustes depresivos derivan de errores en expectativas y estilos atribucionales (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), que los desajustes de ansiedad derivan de bajas expectativas de auto-eficacia (Bandura, 1977), que las ideas irracionales generan los desajustes emocionales (Ellis, 1977), que los auto-diálogos lesionan la capacidad de enfrentar (Meichenbaum, 1977), que los esquemas desadaptativos tempranos generan desajustes (Young, 1987), etc. De este modo, muchos autores postulan causalidad cognitiva en los desajustes psicológicos. "Evocando pensamientos acerca de ineptitud, los individuos pueden llevarse a sí mismos a elevados niveles de ansiedad que exceden con mucho el temor experimentado durante la real situación amenazante" (Bandura, 1977, p. 199).

Un aspecto esencial del paradigma cognitivo es que implica un cambio de fondo en relación con los paradigmas clásico y operante. Se enfatiza el *locus de control interno* y la persona es concebida como activa frente al ambiente. Emerge así un modelo diferente de persona, una imagen diferente de sus potencialidades. "Esta imagen es la de un ser humano activo, alerta a la solución de problemas, capaz de beneficiarse de una enorme cantidad de experiencias y capacidad cognitivas, teniendo gran potencial para la salud y para la enfermedad, construyendo activamente su mundo psicológico e influenciando su ambiente, pero también siendo influenciado por éste" (Mischel, 1977, p. 257).

b) Las Fuerzas Cognitivas en la Práctica Clínica

Dentro del marco del paradigma cognitivo, el objetivo terapéutico central es el cambio de aquellas estructuras cognitivas que están sistemáticamente distorsionando la información. Se postula que estas estructuras cognitivas profundas contribuyen a generar eventos cognitivos transitorios y disfuncionales como lo serían los pensamientos automáticos autoderrrotantes o las autoinstrucciones

negativistas. El objetivo entonces es una reestructuración cognitiva, que enriquezca la precisión cognitiva a través del cambio final de las estructuras de fondo.

En los primeros tiempos de la terapia racional emotiva, la re-estructuración cognitiva apuntaba al cambio de ideas irracionales, las cuales eran cuestionadas y desafiadas por el terapeuta. De este modo, el procedimiento básico de Ellis (1958) era la persuasión verbal; se trataba de inducir al paciente, mediante argumentos, a cambiar las ideas irracionales subyacentes.

Aunque Ellis utilizaba métodos verbales bastante presionadores, la práctica clínica pronto fue mostrando que esto era insuficiente. En forma creciente se empezaron a utilizar técnicas conductuales, manteniéndose el objetivo final del cambio cognitivo. A su vez, la persuasión verbal fue adquiriendo otros matices, con el fin de conseguir la colaboración activa del paciente.

Es así que se fue procurando que el propio paciente cuestionara sus esquemas cognitivos desadaptativos, por ejemplo evaluando los pro y los contra de ciertas cogniciones. En este contexto la pregunta ¿hay otra forma de verlo? adquirió relevancia, y el paciente fue siendo invitado a moverse flexiblemente de un punto de vista a otro.

El uso de auto-registros ayudó a ganar awareness, sobre la relación conducta consecuencias, y sobre el rol supuestamente causal de algunas cogniciones. A su vez el mayor awareness aportaba nuevos objetivos terapéuticos e invitaba al uso de nuevas estrategias clínicas.

Respecto a las ideas irracionales, se procuraba el cambio del "tengo" al "quiero" en una búsqueda por esclarecer cuáles constituirían necesidades reales y cuáles sólo deseos prescindibles. Para Ellis, gran parte de los desajustes derivarían del hecho que las personas transforman los meros deseos prescindibles, en necesidades que imperativamente deben ser satisfechas.

Otras estrategias cognitivas relevantes han sido el entrenamiento auto-instruccional, el cambio atribucional, el fortalecimiento de expectativas de auto-eficacia, la modificación de errores cognitivo y de pensamientos automáticos, la modificación de esquemas desadaptativos tempranos, etc. Todos estos procedimientos han tenido en común la búsqueda de una reestructuración cognitiva, en pro de una mayor precisión cognitiva. Se ha postulado que la precisión cognitiva se traducirá en emociones menos disfóricas y en conductas menos desajustadas.

Una adecuada evaluación del sistema cognitivo del paciente permitirá al clínico detectar cuáles estructuras cognitivas están gruesa y sistemáticamente distorsionando el procesamiento de la información. Ello contribuirá a su vez a esclarecer cuándo es más importante un cambio ambiental y cuándo se requiere preferentemente de una re-estructuración cognitiva. En los casos en que el ambiente por significación biológica es negativo, requiere de modificación. Cuando el paciente está haciendo un mal uso de sus *espacios de significación cognitiva* (Opazo, 1988), lo principal será la re-estructuración cognitiva.

En el último tiempo, en el paradigma se le está otorgando una creciente importancia teórica y psicoterapéutica al concepto de self o concepto de sí mismo. Este concepto fue tempranamente descalificado por Skinner: "el sí mismo es simplemente una concepción para representar un sistema de respuestas funcionalmente unificado" (1953, p. 285). Poco a poco el concepto ha venido ganando adeptos, aunque las precisiones conceptuales son escasas en este tema.

La idea que se tiende a compartir es la de un principio integrador de la experiencia, concebido como sistema del self. Se postula que en cada experiencia el auto-concepto está involucrado de un modo u otro. Lo que no queda claro, es lo referente a los límites conceptuales del sistema del self. "Las definiciones abundan y existe un amplio rango de diferencias en los supuestos acerca de la naturaleza del self y sus operaciones psicológicas" (Mahoney, 1990, p. 230). Existen así múltiples conceptualizaciones (Baumeister, 1987; Broughton, 1986; Doi, 1985; Guidano, 1987; Herre, 1984, etc.) y cada autor enfatiza aspectos diferentes.

En un sentido genérico, el concepto de self se relaciona con actitudes hacia sí mismo, con auto-concepto, con un sistema de organización de la experiencia, con una estructura interna integrada, activa y organizada. Se plantea que el sistema humano de conocimiento posee una complejidad organizada y auto-referente, cuyo sello distintivo es su habilidad de auto-organización (Guidano, 1987). La mantención de la propia organización es crucial para la persona. El "sí mismo" se va desarrollando en el tiempo. Por ello, aprender a ser un sí mismo representa el proceso básico a través del cual el organismo aprende a reconocerse, unifica progresivamente su conocimiento sobre él mismo en una auto-identidad definida y sitúa eventualmente su auto-identidad en el centro de la realidad, esto es

en el centro de su conocimiento (Popper y Eccles, 1977).

En el ámbito clínico, resulta crucial que el paciente vaya siendo capaz de reconocer los aspectos de sí mismo que lo definen e identifican como persona. Para Rogers (1952), el remover obstáculos permite que actúen las tendencias al crecimiento, con el consiguiente desarrollo del sí mismo.

El auto-concepto constituye una especie de plataforma de despegue de emociones y conductas. Cuando el auto-concepto no es bueno, el despegue se dificulta, los afectos disfóricos emergen y el despliegue conductual se inhibe. Por lo tanto, en la práctica clínica resulta crucial fortalecer las expectativas de auto-eficacia, la auto-imagen, la auto-estima y el auto-conocimiento, sobre bases realistas. En este contexto, será necesario ir precisando un concepto de self que unifique la multiplicidad conceptual existente y que enriquezca su aplicabilidad en la práctica clínica. Así como es deseable la integración o consistencia interna del self de los pacientes, es deseable una integración conceptual que permita utilizar el concepto de self en un sentido menos equívoco. Por ahora, es posible concebir el self como un principio central de procesamiento de la información, que organiza y otorga sentido a los inputs, jerarquizando su importancia y manteniendo a la vez la propia identidad de la persona.

c) La Fuerza de Cambio de la Cognición: Evidencias

En relación con los paradigmas clásico y operante, el estudio de las cogniciones ha significado incursionar dentro de la "caja negra", conducta tan indeseable a juicio de los skinnerianos. Al momento de las evidencias, las preguntas centrales son si las cogniciones causan, si causan desajustes psicológicos, y si aportan fuerzas de cambio para la psicoterapia.

Velten (1968) verificó que la lectura de auto-juicios negativos causaba afecto depresivo. Esta investigación fue replicada exitosamente por Cohnman (1975) y por Teasdale y Bancroft (1977). Más recientemente Share y Lisman (1984) constataron también la efectividad del método de Velten.

Aunque el método de Velten demuestra que el afecto depresivo puede generarse por vía cognitiva, los auto-juicios negativos se han mostrado, a estos efectos, menos potentes que la inducción de ánimo por vía musical (Albersnagel, 1988) y por vía simulación de fracasos (Charlier y Ranieri, 1989).

En una interesante investigación O'Hara y Rehm (1979) pidieron a estudiantes que durante un mes prestaran atención preferencial a los eventos negativos. La hipótesis, basada en los planteamientos de Beck, fue que el ánimo disfórico aumentaría. Esta hipótesis no se corroboró.

Sin embargo Ingram (1987) constató que los depresivos sí atienden preferentemente a lo negativo. La comparación de este hallazgo con el de O'Hara y Rehm (1979) lleva a concluir o bien que la atención selectiva es una causa necesaria pero no suficiente para generar depresión, o que constituye más bien una consecuencia del ánimo depresivo.

Por su parte Brown y Beck (1989) investigaron el posible rol causal de los imperativos postulados por Ellis. Para ello se basaron en la siguiente hipótesis de Ellis: "Cuando la gente meramente desea, prefiere o quiere alcanzar ciertas metas, tiende a sentirse triste pero no deprimida cuando no las alcanza. Cuando consciente o inconscientemente se convencen que *deberían o tienen* que lograr el éxito, se construyen ellos mismos una depresión" (1987, p. 123). En sus hallazgos, Brown y Beck no encontraron especificidad para los imperativos (Shoulds) en depresivos; sí encontraron que la desesperanza y el bajo auto-concepto eran específicos de los depresivos; no así de los ansiosos ni de las personas del grupo de control.

El valor predictivo del concepto cognitivo de auto-eficacia fue constatado por Bandura (1977). Trabajando con pacientes fóbicos a las serpientes comprobó que, una vez finalizada la terapia, aquellas predicciones de futuros acercamientos a las serpientes que estaban basadas en la conducta pasada de los sujetos tuvieron un acierto de 72%; las basadas en las expectativas de auto-eficacia tuvieron un acierto de un 79%. Así, una predicción basada en un informe verbal cognitivo, superaba a una predicción basada en un despliegue conductual.

Ludwig (1975) produjo una sustancial depresión en el ánimo auto-informado de estudiantes mujeres, al darles falso feed-back negativo acerca de sus resultados en ciertas pruebas psicológicas. Las creencias erróneas inducidas fueron capaces de causar ánimo depresivo.

Sandler y Quagliano (1964) informaron de monos que aprendieron a auto-aplicarse un choque

eléctrico suave para evitar uno fuerte posterior. Los investigadores fueron aumentando la intensidad del primero y gradualmente disminuyeron a cero el segundo choque. Los monos prosiguieron automutilándose sobre la base de la "creencia" en un 2º choque que jamás llegaría. Uno de los monos llegó a auto-administrarse 1900 choques en esas condiciones. Posteriormente, Stone y Hokanson (1969) informaron que sujetos humanos, no sólo continuaron administrándose choques, sino que incluso aumentaron la intensidad del primer choque, supuestamente evitativo del segundo. Otra interesante investigación sobre el rol causal de las cogniciones fue realizada por Baas (1971). Comprobó que el auto-refuerzo no logra mantener la conducta, si las personas no tienen la expectativa que posteriormente recibirán refuerzo de parte de otras personas.

Luparello et al., (1971) lograron producir ataques de asma en personas que creyeron erróneamente que estaban inhalando sustancias irritantes. Marlatt et al., (1973) documentaron el efecto de las expectativas en el consumo de alcohol; las personas tenían los efectos de alcohol cuando en realidad habían ingerido sólo agua tónica.

En relación con las fuerzas de cambio en psicoterapia Mees (1966) constató que la creencia en un choque eléctrico subliminal inexistente, tuvo un mayor efecto que un castigo real, sobre el consumo de cigarrillos. Este hallazgo se relaciona con el tema ya tratado de la necesidad que el paciente crea en su terapia, tema que a su vez es enfatizado por el Dr. O'Leary en su Capítulo en este mismo libro.

En una comparación entre terapia cognitiva y farmacoterapia, Hollon (1989) reunió evidencias sobre aportes específicos de la cognición a la terapia. Por su parte Dobson (1989), concluyó que la terapia cognitiva es efectiva para la depresión. Otras investigaciones han concluido que existen aportes significativos de la terapia cognitiva de Beck en depresión (Robins y Block, 1989). Y, en general, la terapia cognitivo-conductual ha aportado múltiples evidencias en diferentes desajustes.

El problema con este tipo de evidencias para el presente estudio, es que se trata de terapia cognitivo-conductual, y no se aísla el aporte específico de las fuerzas de cambio cognitivas. Incluso así, los datos al respecto no son concluyentes y las investigaciones no son demasiado rigurosas. En las investigaciones explicitadas por el Dr. O'Leary en su Capítulo, la terapia cognitiva de Beck se muestra como bastante efectiva para la depresión. En el ya muy citado estudio NIMH, tal efectividad resulta más bien cuestionada. La ya señalada meticulosidad de este último estudio, le otorga un peso especial al momento de las conclusiones.

En un aporte reciente Wolpe y Rowan (1989) informan que la evidencia existente es compatible con el hecho que las cogniciones pueden desencadenar ataques de pánico, como lo han sostenido Sanderson y Beck (1989). No obstante, plantean que los primeros ataques de pánico no provienen de factores cognitivos sino de otros factores desencadenantes. Aún así, implícitamente quedaría clara la utilidad de un manejo cognitivo, destinado a modificar las cogniciones desencadenantes de las crisis de pánico posteriores.

En el plano de resultados más globales de la terapia cognitiva, Marks (1986) sostiene lo siguiente: "Sin embargo, existe todavía relativamente poco apoyo para el uso rutinario de la terapia cognitiva de Beck o la RET de Ellis en depresión o para otros problemas. Aún cuando estudios controlados en Philadelphia y en Edinburgo encontraron una ventaja para la terapia cognitiva sobre las drogas anti-depresivas, los logros en términos clínicos fueron muy pequeños y al costo de alto tiempo por paciente".

En suma, las evidencias son insuficientes, poco rigurosas y contradictorias. Queda mucho camino por recorrer al respecto. Al momento de concluir es preciso ponderar más que nada la calidad de las respectivas evidencias y la tendencia central de estas.

d) El Paradigma Cognitivo: alcances y limitaciones

Me parece poco discutible el hecho que las cogniciones pueden tener un importante rol causal en los desajustes psicológicos. Creencias erróneas acerca de enfermedades inexistentes, acerca de infidelidades inexistentes o de incapacidades inexistentes, pueden ir generando ansiedad y tristeza. Cuando estas creencias se mantienen en el tiempo, la ansiedad puede derivar en otros problemas y la tristeza se puede ir transformando en depresión. Así, por vía cognitiva se pueden generar desajustes matrimoniales, stress, fuertes agresiones, pasividad, inhibiciones sociales, depresión, etc.

No existiendo problemas para aceptar el rol de la cognición en la génesis de algunos desajustes psicológicos, se presentan ciertas dificultades al analizar su valor como fuerza de cambio. Existe un relativo consenso para cuestionar el valor de la persuasión verbal en el cambio terapéutico: "Si la evaluación cognitiva fuera un determinante necesario del afecto, entonces un cambio en la evaluación cognitiva debería traducirse en un cambio en el afecto. Pero esto con la mayor frecuencia no es así y la persuasión es uno de los métodos más débiles del cambio de actitudes" (Pett y Cacioppo, 1991, p. 258).

Cuando la persuasión verbal se muestra poco potente para el cambio de estructuras cognitivas, un factor importante puede ser el hecho que estas estructuras suelen ser profundas, poco concientes y con un gran arraigo afectivo. Cuando la estructura de trasfondo es así de poderosa, no resulta extraño que sea refractaria a la persuasión verbal. Ello, sin considerar las facilitaciones biológicas que pueden encontrarse a la base de las estructuras cognitivas.

Existiría entonces un valor diferente de la cognición *según su momento de acción*. En la génesis es potente, como fuerza de cambio, no lo es tanto. "Las operaciones cognitivas parecen ser medios relativamente débiles para reducir las reacciones afectivas pero son medios potencialmente poderosos para inducir o incrementar reacciones afectivas" (Rachman, 1981, p. 282).

No obstante lo anterior, la creencia de los pacientes en la efectividad de sus terapias parece constituir una potente fuerza de cambio. A su vez, una precisión cognitiva puede tener un gran valor preventivo en relación a la posible génesis de futuros desajustes psicológicos.

En el ámbito metodológico, el paradigma facilita las cosas para atribuir erróneamente causalidad cognitiva por doquier. Siempre existirá a la mano un pensamiento, una creencia, una atribución, una expectativa, a quienes "culpar" por un desajuste emocional o conductual. Es un terreno proclive a las profecías auto-cumplidas y el paciente fácilmente reconocerá múltiples "causas" cognitivas.

Lo anterior se ejemplifica bien si relacionamos los paradigmas cognitivo, pavloviano y biológico. Supongamos que el clínico constata que el paciente ha magnificado un evento negativo, dándole una significación excesiva. Fácilmente concluirá, y "convencerá" a su paciente, que está pensando mal y que se trata de un error cognitivo. Sin embargo, la magnificación puede provenir básicamente de la biología a raíz de neuroticismo alto, por ejemplo. O bien la magnificación puede provenir de asociaciones clásicas y no de interpretaciones cognitivas.

Esto último es enfatizado por Wolpe (1978) quien sostiene que "los pacientes neuróticos tienen miedo a situaciones que saben con claridad que no son objetivamente peligrosas" (p. 237).

Así, el ir clarificando el rol de cada paradigma va permitiendo un análisis más flexible en términos etiológicos y de fuerzas de cambio. Consideremos por ejemplo el siguiente pasaje: "Incluso respuestas a estresores muy serios tales como terremotos o ser internado en un campo de concentración muestran enorme variación individual. Muchos autores han concluido que esto es por que lo estresante de los eventos depende —al menos— de cómo éstos sean evaluados por el individuo" (Brewin, 1988, p. 6). Sobre la base de lo que he venido mostrando, mi opinión sería que lo más probable es que la diferencia no sea tan cognitiva como biológica. El impacto de esas experiencias sin duda es mayor cuando existe alta condicionalidad biológica o cuando el neuroticismo es alto. Es muy improbable que el determinante fundamental del impacto de esas experiencias sea cognitivo.

Lo anterior se puede ilustrar en términos más bien anecdóticos. El excepcional tenor italiano Luciano Pavarotti ha expresado que siempre ha sido una persona alegre, desde muy niño. Relata que sus experiencias infantiles durante la 2da. guerra mundial y los largos periodos de miseria económica lo afectaron muy poco. ¿Se deberá esto a factores cognitivos o temperamentales? Me inclino por lo segundo lo cual no implica desconocer posibles influencias cognitivas.

Sobre la base de la evidencia existente, considero deseable la modificación de estilos atribucionales establemente autoderrotantes y rígidos que sistemáticamente llevan a la conclusión que el mérito propio no existe y los fracasos siempre son por propia culpa. Considero deseable para el paciente la modificación de auto-exigencias rígidas, excesivas y despóticas. Considero deseable también la modificación de las auto-instrucciones sistemáticamente auto-derrotantes. En suma, no veo problema alguno en procurar esa modificación y sí veo muchas ventajas. Cuando las cogniciones son rígidas y sistemáticas en una dirección errónea y perjudicial, no considero arbitrario que el terapeuta le proponga al paciente su modificación.

Lo anterior es de la mayor importancia. El paradigma cognitivo se presta mucho para que sea el

terapeuta quien determina cuales cogniciones son las precisas. Para cuestionar cogniciones no es preciso que el terapeuta posea la verdad; cuando el paciente se culpa de todo o se descalifica permanentemente o sólo atiende a lo negativo, el cuestionamiento se hace más bien necesario y el cambio cognitivo se hará con el paciente no contra el paciente. Lo importante es respetar los límites de modo de detectar cuando se puede estar incursionando en terrenos más discutibles y menos obvios.

A modo de síntesis, considero que las cogniciones pueden y suelen desempeñar un importante rol etiológico. Como fuerzas en cambio, son importantes a nivel de las creencias del paciente en su terapia y en su terapeuta. También lo son a nivel preventivo. La persuasión verbal emerge como débil en tanto que fuerza de cambio en psicoterapia.

3.3.2.4 La Fuerza de Cambio de los Afectos: el Paradigma Afectivo

a) Una Delimitación Conceptual

La folklorista chilena Violeta Parra nos destaca el rol de los afectos en los siguientes términos:

*Lo que puede el sentimiento, no lo ha podido el saber
ni el más claro proceder, ni el más ancho pensamiento.
Todo lo cambia el momento, cual mago condescendiente
nos aleja dulcemente, de rencores y violencias
solo el amor con su ciencia, nos vuelve tan inocentes".*

Los hombres de ciencia también suelen destacar el rol de emociones y sentimientos. El mismo Watson sostenía que los afectos están situados en el eje de la significación de la vida misma. Por su parte Einstein ha señalado: "Los esfuerzos cotidianos no provienen de una intención deliberada ni de un programa, provienen del corazón, en forma directa" (1934, p. 35).

¿Cómo podría delimitarse un paradigma afectivo en el ámbito de la psicoterapia?

En realidad un paradigma afectivo no ha sido explicitado como tal. Está implícito, sin embargo, en múltiples hallazgos. De lo que se trata entonces es de delimitarlo sobre la base de los datos existentes.

Por muchos años el estudio sistemático de los afectos fue postergado en el ámbito de la investigación. En el último tiempo, sin embargo, la investigación ha tendido a centrarse en el estudio de los procesos emocionales. "La revolución cognitiva en psicología ha tenido un efecto predecible, ha traído a los procesos emocionales, que estaban relegados al dominio de lo subjetivo, al foco central de la investigación empírica y teórica" (Greenberg y Safran, 1989, p. 19).

Las respuestas afectivas, es decir las emociones como eventos transitorios y los sentimientos como estructuras más estables, tienen como característica esencial la energía. Los afectos integran en un todo significativo elementos autónomos, cognitivos y motores. Constituyen así síndromes de respuesta multidimensional (Reisenzein, 1983). Por sobre todo, sin embargo, las emociones ejercen un rol *energético* y motivacional que se traduce en vivencias subjetivas y en tendencias a la acción.

Por lo tanto, en los afectos predomina la energía (Zajonc, 1980) y la respuesta afectiva constituye una integración de elementos. En la *dimensión subjetiva* la persona vivencia los cambios fisiológicos, los interpreta cognitivamente, y los asume en distintos niveles de conciencia; además, se siente motivada a actuar. En la *dimensión objetiva* se pueden precisar los estímulos desencadenantes, las respuestas autonómicas, la expresión no verbal y las conductas motoras. En la *dimensión temporal* se integra el tiempo de reacción (latencia) y la duración de la respuesta emocional (Opazo, 1984).

Un paradigma afectivo implica entonces que las emociones y los sentimientos pueden ejercer una influencia causal generando pensamientos, conductas e incluso cambios a nivel anatómico-fisiológico en el organismo. En la génesis de desajustes, los afectos serían capaces de producir cogniciones desajustadas y erróneas, conductas desadaptativas, trastornos psicofisiológicos, etc. Como

fuerzas de cambio en psicoterapia, los afectos serían capaces de contribuir a aliviar síntomas, a modificar rasgos y a enriquecer el desarrollo personal.

En el ámbito clínico, el concepto central del paradigma afectivo será el *esquema afectivo* o estructura afectiva. Así como en un esquema cognitivo lo central es lo informático, en un esquema afectivo lo central es lo energético lo cual se va ligando a cogniciones. De este modo, "cada esquema implica dos componentes: un componente ideacional y un componente afectivo. El componente ideacional consiste en información y definiciones. El componente afectivo consiste en valencias afectivas relacionadas con el dominio del estímulo. Así, no sólo la información es codificada y almacenada sino que también lo es el afecto. Uno puede gatillar un esquema particular elicitando un set de emociones. El esquema así activado a su vez determina qué emociones, pensamientos y conductas serán accesibles" (Turk y Peers, 1984, p. 14). Sobre esta base conceptual, algunos esquemas serán más cognitivo/afectivos y otros serán más afectivo/cognitivos según su mayor predominio informático o energético.

La distinción entre conocimiento tácito y explícito, conecta también al sistema afectivo con el cognitivo. El nivel tácito es el primero en aparecer en el hombre, es pre-verbal, inferencial, global y sintético. El nivel explícito aparece posteriormente con el desarrollo del lenguaje y es atencional, secuencial y analítico. "Por naturaleza los sentimientos básicos son difusos, caóticos, y no fáciles de decodificar y controlar. Con el objeto de llegar a ser experiencias emocionales subjetivas, los sentimientos tienen que adquirir conexiones estructurales con percepciones y acciones (Guidano, 1987, p. 25). Una vez más, sería posible postular un *continuo*, esta vez entre conocimiento tácito y explícito, según los pesos específicos de energía e información.

Desde la perspectiva del paradigma afectivo, el esquema A - B - C de Ellis pasa a invertir su secuencia. En una secuencia A - C - B podemos concebir que una *estructura afectiva* en C puede producir desajustes cognitivos en B. En este contexto, la tarea clínica fundamental pasa a ser la re-estructuración afectiva. Si una estructura afectiva está sistemáticamente, establemente y direccionalmente produciendo un efecto negativo sobre cogniciones y conductas, su modificación se hace imprescindible.

b) Las Fuerzas Afectivas en la Práctica Clínica

Toda psicoterapia procura aliviar el dolor y aumentar la satisfacción personal. En este contexto, se puede sostener que toda psicoterapia procura, de un modo u otro, modificar afectos en el paciente.

En los objetivos terapéuticos se pueden plantear dos líneas generales relacionadas con lo afectivo. *Reducir* aquellos afectos disfóricos que causan sufrimiento; sería el caso de la ansiedad, la pena, la rabia, etc. *Incrementar* aquellos afectos deseables relacionados con los sentimientos de bienestar, de crecimiento personal, estabilidad emocional, y capacidad de disfrutar. Estos objetivos se avienen bien con la naturaleza humana y tienden a ser motivacionales para muchos pacientes.

La reducción de afectos disfóricos no sólo implica un alivio a nivel sintomático. Posibilita a su vez el enriquecimiento motivacional, las conductas de enfrentamiento, etc. Tiene por lo tanto un efecto terapéutico directo y uno indirecto. Otro tanto ocurre con el incremento de afectos deseables. Así, un cambio positivo en el sistema afectivo, tenderá a irradiar positivamente hacia los sistemas biológico, cognitivo, conductual, etc.

El así llamado "procesamiento emocional" (Rachman, 1980), procura la asimilación, por parte del sistema psicológico, de aquellas emociones que están interfiriendo el sistema porque no han sido suficientemente "absorbidas". La relajación y la elaboración de la experiencia emocional facilitarían su procesamiento.

El problema surge cuando deseamos utilizar directamente las fuerzas de cambio afectivas. Utilizarlas como fuerzas de cambio en psicoterapia.

En la motivación al cambio por parte del paciente, existe una aplicación muy directa de los afectos como fuerzas de cambio. También en la calidez y en la empatía del terapeuta. Así como la frialdad y la presión autoritaria tenderán a "cerrar" el sistema psicológico del paciente, y a generar reactividad (Brehm, 1966), la calidez y empatía tenderán a abrirlo. Más aún, tenderán a poner las energías del paciente al servicio de la terapia, lo cual puede constituir la *fuerza de cambio funda-*

mental en todo proceso psicoterapéutico.

El cambio entonces no lo genera el terapeuta desde fuera, sino el paciente desde dentro, comprometiendo sus energías afectivas en ello. Así, la movilización de afectos en terapia, pasa por el objetivo primario de lograr la colaboración comprometida del paciente.

Una dificultad clínica importante es que los afectos son menos "manejables" que las variables biológicas, ambientales y cognitivas. "Para muchos, sí no para todos los clínicos, la inexactitud inherente a la práctica clínica es un constante factor de stress. Las emociones son, por supuesto, una dimensión altamente incierta de la experiencia" (Carl Goldberg, 1986, p. 92).

Lo anterior se traduce en que el terapeuta no puede hacer un uso a voluntad de la causalidad afectiva. Habitualmente las opciones clínicas son más bien indirectas. Lo importante es que el clínico tenga claro qué puede esperar, por ejemplo, de una catarsis emocional, qué de lograr que el paciente se emocione, etc.

Greenberg y Safran (1987) enfatizan el rol de las emociones primarias y secundarias. Una persona puede expresar rabia (emoción secundaria) cuando está temerosa (emoción primaria). Un *awareness* adecuado permitiría un mejor contacto con las emociones genuinas y una mayor integración del mundo afectivo. Por el contrario la alexitimia (Sifneos, 1968) implica desintegración, una interrupción de la comunicación en la dinámica psicológica.

Las emociones son bastante activables a través de la música. Las imágenes a su vez se conectan fácilmente con los afectos, generándolos o expresándolos. De allí que las diversas técnicas de imaginación sean muy aportativas en la administración de las fuerzas de cambio afectivas. "Algunas formas a través de las cuales el afecto podría ser modificado han sido mencionadas; por ejemplo material visual, el uso de imaginación, el uso de estimulación musical y así sucesivamente" (Rachman 1981, p. 289).

Es importante que el clínico esté conciente que ciertos afectos tienden a cerrar el sistema psicológico y otros a abrirlo. Los afectos pueden también generar formas de pensar por lo que el cambio cognitivo del paciente puede requerir de un cambio afectivo. A su vez, una sesión terapéutica en "caliente", con emociones activadas, puede resultar más aportativa que una sesión fría y excesivamente racional.

Por otra parte, y como lo he señalado, los afectos suelen generar percepciones de deseo en el terapeuta lo cual contribuye a sesgar su accionar clínico. Esto tiene una gran relevancia diagnóstica y terapéutica y es fundamental que el clínico asuma "*awareness*" al respecto.

Como lo he señalado, en el ámbito del diagnóstico, una evaluación de los índices de neuroticismo contribuirá a establecer metas terapéuticas más realistas en lo relativo a reducciones de ansiedad y depresión. Por otra parte, las probables bases biológicas de la sensibilidad y de la inestabilidad emocional pueden introducir nuevas restricciones a los objetivos terapéuticos. La pregunta clínica relevante aquí se refiere a en qué medida el cambio ambiental, la re-estructuración cognitiva, el *awareness*, etc. pueden contribuir a modificar esquemas afectivos y estilos afectivos.

El paciente puede ir ganando en *awareness* acerca de su esquema afectivo y acerca de cómo sus emociones le generan formas de pensar y de actuar. A su vez, la egodistonia podrá ser mayor o menor, con más respaldo afectivo o con menos. Un *awareness* egodistónico, con fuerte y estable respaldo afectivo, tendrá probablemente una mayor fuerza de cambio.

Sin respaldo energético suficiente, cualquier fuerza de cambio se desvanece. Así, de una forma u otra, cada estrategia clínica va aportando energías afectivas que a su vez producen cambios afectivos estables. Si ello no ocurre, el cambio tampoco ocurre.

c) La Fuerza de Cambio de los Afectos: Evidencias

El rol causal de los afectos está bien establecido en la dinámica psicológica. Sin afectos no hay motivación y sin motivación no hay conducta. Así de importante es el rol causal de los afectos.

Por otra parte, los afectos pueden interferir el curso del pensamiento (Bernstein, 1981), pueden facilitar ciertos recuerdos (Bower, 1983), pueden influir en la percepción (Kennedy y Craighead, 1982), etc.

Puesto que en el presente trabajo es importante ir esclareciendo las relaciones entre los paradig-

mas, me detendré en algunas evidencias que muestran cómo los afectos causan cogniciones.

El solo uso de antidepresivos produjo cambio en los estilos atribucionales de los pacientes. Ello, sin mediar trabajo psicoterapéutico. Los investigadores concluyen que "el afecto depresivo facilita la activación de patrones cognitivos negativos" (Hamilton y Abramson, 1983, p. 182). Por otra parte, se ha constatado que los cambios en estados de ánimo van a su vez cambiando posteriormente las expectativas de auto-eficacia (Kavanagh y Bower, 1985). Los afectos pueden también activar la fuerza de ciertas ideas irracionales (Goldfried, 1979). En todas estas investigaciones, los afectos son capaces de contribuir a la génesis de una re-estructuración cognitiva.

De interés clínico es el hecho que una experiencia generadora de ánimo negativo, contribuye a que la persona procese más profundamente el feedback desfavorable posterior (Ingram, 1984). La influencia afectiva es menor, cuando con ánimo positivo se procesa un feedback favorable.

El efecto del stress sobre las cogniciones también ha sido documentado. Se ha encontrado que con stress alto las cogniciones negativas aumentan (Horowitz, 1975; Parkinson y Rachman, 1982). Las cogniciones negativas bajan con la reducción del stress (Sutherland, 1981). En estos casos, no queda claro si se trata de una causalidad afectiva directa o bien de una re-evaluación cognitiva al percibir un stress diferente.

El rol causal de los afectos sobre la conducta también está suficientemente documentado. De hecho la teoría de la motivación se sustenta en ello. En términos clínicos, está suficientemente demostrado que los estímulos asociados con ansiedad tienden a generar conductas de evitación y escape (Eysenck, 1982). Al respecto ha señalado Wolpe (1980): "Se ha mostrado repetidamente que la presencia de un componente autónomo en un complejo de estímulos resultará en una respuesta altamente diferente de la que ocurriría sin este componente" (p. 248).

Se ha informado que tanto el arousal emocional como la expresión afectiva vía catarsis, resultan aportativos para el cambio terapéutico (Greenberg y Safran, 1989). Estudios de Draldrup et al., (1988) y de Klein et al., (1986) así lo concluyen. "El experimentar refleja un proceso de compromiso productivo con la terapia que está relacionado con el resultado final del tratamiento" (Klein et al., 1986, p. 52).

d) El Paradigma Afectivo: Alcances y Limitaciones

Es preciso señalar ante todo que, dado el carácter de los procesos afectivos, su estudio sistemático se dificulta enormemente. De este modo, el estudio de los afectos se presta para grandes imprecisiones metodológicas.

Otro aspecto de importancia se refiere a los límites conceptuales entre cognición y afecto. Se hace muy difícil el concebir un afecto sin cognición o una cognición sin afecto. Lo que sí es concebible es la existencia de un *continuo* entre los polos energético e informático.

En términos generales, el rol causal de los afectos está bien establecido. La etimología misma de la palabra emoción así lo indica; "*emovere*" significa mover, agitar, excitar.

En tanto que influencia causal, queda claro que los afectos tienen fuerza causal para generar cogniciones y conductas. Probablemente tienen fuerza también para provocar daño en el propio organismo y para empobrecer el sistema defensivo del organismo.

A contrario sensu, la ausencia de sentimientos disfóricos puede ser benéfica para la salud; más benéfica aún será la presencia de un buen ánimo básico. Procurando favorecer una actitud psicológica combativa del cáncer, Jennifer Middleton sugiere: "Cultive su buen humor, re-aprenda a reírse. Hay experiencias que muestran el valor de la risa para el organismo" (1991, p. 97). Es muy probable que así sea. Los mecanismos subyacentes a esta posibilidad se están investigando en forma creciente: detención de la producción de inmunosupresores o producción de fortalecedores del sistema inmune. "Si el stress y las emociones negativas pueden suprimir el sistema inmune ¿por qué la alegría y los sentimientos de confianza y esperanza no pueden promover la salud, incluso prolongar la vida?" (Long, 1987, p. 28). Por supuesto, se trata de un terreno promisorio pero aún muy incipiente.

En el ámbito clínico, la génesis de sentimientos positivos adquiere también un carácter preventivo. Por "*inercia afectiva*" (Opazo, 1988) los afectos positivos opondrán resistencia a la génesis de ansiedad o tristeza. De allí la importancia adicional que adquiere el procurar enriquecer la capacidad

de disfrutar de los pacientes.

Dado su potencial causal, los afectos pueden constituir potentes fuerzas de cambio en psicoterapia. En un sentido profundo, los demás paradigmas sólo aportan claves para una mejor administración de los afectos en la práctica clínica. Así, la fuerza de cambio de los afectos es máxima y el desafío está en lograr el mejor acceso para su utilización clínica.

El paradigma afectivo se conecta estrechamente con el biológico y el cognitivo. En la teoría de Buck (1985), por ejemplo, el desarrollo evolutivo de la corteza cerebral va ampliando el rango de respuestas emocionales posibles y va abriendo el acceso a cogniciones más complejas. De este modo, las emociones más reflejas están más rígidamente determinadas por la biología en tanto las emociones más cognitivas reciben una fuerte influencia ambiental.

Así, la relación afectos - biología es muy estrecha. Disposiciones biológicas pueden generar cierta "selectividad emocional" facilitadora de afectos negativos o positivos. La sensibilidad emocional y la estabilidad de los afectos probablemente tienen una fuerte raíz biológica. Como lo he señalado, todo ello plantea límites para los objetivos terapéuticos.

Relacionado también con la biología está el hecho que los psicópatas tienden a condicionarse poco, probablemente debido a una pobre respuesta afectiva (Eysenck, 1968). A su vez la relación refuerzo - placer, castigo - displacer, establece una fuerte conexión entre los afectos y el paradigma operante.

Emociones intensas tienden a producir pensamientos concordantes, es decir pensamiento emocional. Muchas cogniciones negativas parecieran ser más la resultante de afectos disfóricos y no su causa. Como lo he señalado anteriormente, los afectos pueden generar pensamientos de deseo que llevan a paciente y terapeuta a "sobre - confirmar" teorías y a ver un mayor progreso terapéutico que el existente.

Por otra parte, el paradigma afectivo nos ayuda a comprender por qué la persuasión verbal carece de fuerza de cambio. Cuando la persuasión verbal se dirige a modificar estructuras cognitivas, en realidad se está dirigiendo a modificar estructuras afectivo/cognitivas. Y el fuerte arraigo afectivo de estas estructuras, las hace refractarias a la persuasión verbal.

Como fuerzas de cambio en psicoterapia, la motivación al cambio, la calidez del terapeuta, su

3.3.2.5 Las Fuerzas de Cambio Inconscientes: el Paradigma Inconsciente

a) Una Delimitación Conceptual

"La represión es la causa de todos los desajustes neuróticos"

Sigmund Freud, 1948

Como todas las afirmaciones extraídas fuera de su contexto, la aseveración anterior puede no reflejar fielmente el pensamiento de Freud. Sin duda constituye un planteamiento incompleto. Lo que sí refleja, es un fuerte énfasis en el rol de los conflictos inconscientes como causas de los desajustes psicológicos.

Incursionar en el ámbito de lo inconsciente implica aventurarse en un terreno de enorme complejidad. Un terreno en el cual las imprecisiones abundan y resulta fácil empantanarse.

En un sentido general, se puede decir que el término inconsciente "designa aquellas actividades mentales de las cuales el individuo no tiene conocimiento" (Marx y Hillix, 1972, p. 413). En las palabras de Henri Ey: "Lo que define al inconsciente es que sea desconocido para la conciencia" (1970, p. 5)

No obstante, pueden existir hechos inconscientes carentes de poder causal. Así, un paradigma inconsciente sostiene que pueden operar causas de cogniciones, afectos y conductas, sin que la persona se dé cuenta de ello. Estas causas inconscientes serían capaces también de generar desajustes psicológicos.

Las causas inconscientes pueden operar en diferentes modalidades: sub-liminal, no-conciente e inconsciente reprimido.

Una primera acepción de inconsciente la podemos referir a un funcionamiento psicológico sub-

umbral o *sub-liminal*. Cuando percibimos un estímulo, éste debe tener cierta fuerza para hacer que los receptores sensoriales disparen, es decir para que crucen el umbral sensorial. El paso siguiente se refiere a que el estímulo sea lo suficientemente fuerte como para ser reconocido a nivel conciente. Los estímulos sub-liminales estarían por encima del umbral sensorial y por debajo del umbral perceptual. En un sentido análogo a los estímulos externos, diversos procesos psicológicos del mundo interno de la persona, de su funcionamiento fisiológico, etc., podrían presentarse también en un nivel sub-liminal. Aunque los estímulos sub-liminales pueden tener un rol significativo en diversos aspectos, no conozco planteamientos que postulen que son importantes para la génesis de desajustes psicológicos. En tanto que fuerzas de cambio en psicoterapia, las claves no verbales de paciente y terapeuta pueden ejercer un rol importante.

Un segundo concepto de inconsciente se refiere a lo *no-conciente*. En esta perspectiva conceptual se trataría de cogniciones, afectos y conductas que no son concientes pero que sí son fácilmente llevables a la conciencia. Esta noción en la línea de lo pre-conciente, ha estado adquiriendo una creciente importancia dentro del enfoque cognitivo - conductual. "La conducta no puede ser comprendida sin tomar en cuenta la experiencia conciente, y esa experiencia conciente no puede ser comprendida en plenitud sin tomar en consideración procesos psicológicos inconcientes" (Shevrin y Dickman, 1980, p. 432). En esta conceptualización de inconsciente, la referencia es a cogniciones, afectos, conductas y consecuencias no concientes, los que a su vez pueden afectar a los procesos concientes. A este respecto se ha planteado que las estructuras cognitivas y afectivas pueden estar operando principalmente en una forma no conciente. "Algún concepto más allá de la experiencia mental conciente se requiere para explicar la conducta. El presente análisis cognitivo - conductual de los procesos inconcientes ha sido diseñado para plantear, una vez más, la proposición que los propios pensamientos, sentimientos y acciones son informados e influenciados por factores que no están representados concientemente" (Meichenbaum y Gilmore, 1984, p. 20). Por la acción de esquemas y estructuras no concientes, se podrían generar múltiples desajustes psicológicos. A su vez, el ganar awareness sobre estos esquemas, constituiría una fuerza de cambio en psicoterapia.

La tercera acepción se refiere al *inconsciente reprimido*. "Una representación inconsciente será entonces una representación que no percibimos pero cuya existencia, sin embargo, estamos prontos a afirmar basándonos en índices y evidencias de otro orden". (Freud, 1948, p. 19). Para Freud los pensamientos, sentimientos e impulsos no aceptables para la conciencia, debido a la influencia del super - yo, serían activamente mantenidos fuera de la conciencia. La represión constituye así el principal mecanismo de defensa el cual bloquea o saca de la conciencia aquellos contenidos que en ella generarían angustia, culpa o vergüenza. A su vez, los síntomas neuróticos serían una expresión de los conflictos inconscientes reprimidos.

Freud ha asignado a la represión una enorme importancia. "La teoría de la represión es la piedra de tope sobre la cual descansa toda la estructura del psicoanálisis" (Freud 1917, p. 14). Debido a la acción de este mecanismo gran parte de nuestro mundo psicológico sería forzosamente marginado, al punto que 9/10 de los hechos psicológicos serían inconcientes. "Desde entonces se volvió lugar común comparar los procesos mentales con un "ice-berg" en el que los aspectos concientes y pre-concientes estarían por arriba de la superficie del recuerdo o evocación voluntaria, en tanto que la mayor parte de los procesos y la energía intra-psíquica quedarían debajo" (Gregory, 1970, p. 50).

En relación con la causalidad de los desajustes psicológicos, Freud plantea que las neurosis y eventualmente las psicosis serían la expresión de conflictos entre el yo y aquellas tendencias incompatibles con su integridad o con sus exigencias éticas (super-yo). En tanto que fuerza de cambio, el awareness gradual de los conflictos inconcientes iría modificando los síntomas y bajando los niveles de tensión entre las instancias psíquicas. Hacer conciente lo inconsciente pasaba a ser entonces la principal fuerza de cambio en psicoterapia. En la actualidad, la mayoría de los enfoques psicodinámicos adscribe de un modo importante a este paradigma inconsciente.

b) Las Fuerzas Inconscientes en la Práctica Clínica

Existe un cierto consenso entre los psicoterapeutas acerca de la importancia del "darse cuenta",

como fuerza de cambio. Cada enfoque asigna sus propios contenidos a aquello de lo que sería preciso adquirir awareness.

Para un terapeuta cognitivo - conductual, será importante que la persona capte las relaciones entre las conductas y sus consecuencias. Será importante también el que la persona vaya ganando conciencia acerca del rol causal de ciertos pensamientos y acerca de los esquemas subyacentes que presionan hacia la génesis de desajustes cognitivos, emocionales y conductuales. El proceso de adquirir awareness se relaciona con ir "llenando el blanco" que va quedando entre estímulos y respuestas emocionales. Cuando dicha respuesta emocional no es proporcional al estímulo, se asume como probable la presencia de una estructura cognitivo/afectiva subyacente, es decir no conciente para la persona. El adquirir awareness sobre estas estructuras, ofrece la posibilidad de "atacarlas", en conjunto con el terapeuta y vía diferentes técnicas. No se asume que el awareness sea una condición necesaria y suficiente sino tan sólo necesaria. Al no bastar el awareness, se hace preciso utilizar otras técnicas cognitivas y conductuales.

Para una aproximación gestáltica también será fundamental el awareness. Una forma de awareness será el contactarse directamente con los propios sentimientos en el aquí y ahora. Cuando el paciente se involucra en el "diálogo de sillas", pasa a ser fundamental el como siente en una situación o en otra, lo cual facilita el awareness de emociones y sentimientos.

En la perspectiva psicodinámica, el awareness de los conflictos inconscientes es esencial. También lo es el ganar awareness sobre los propios impulsos, sobre los mecanismos de defensa, etc. Como es muy sabido, la técnica de la libre asociación se orienta a ganar insight acerca de las fuerzas inconscientes que estarían "dirigiendo" el proceso asociativo. A su vez la interpretación de los sueños constituiría una especie de "vía regia" hacia el conocimiento del inconsciente. Así, la asociación libre acerca del contenido manifiesto del sueño, permite que el terapeuta interprete ligando el contenido manifiesto con el contenido latente inconsciente.

Las diferentes modalidades de psicoterapias psicodinámicas procuran también un ensanchamiento del campo de la conciencia. Una diferencia que suele establecerse se refiere a que en el psicoanálisis clásico se enfatiza la libre asociación y la interpretación en transferencia. Psicoterapias de menor frecuencia de sesiones no permitirían un adecuado análisis de la transferencia, por lo que sus objetivos y metodologías se van adaptando a ello.

En la práctica clínica la manipulación técnica automática tiende a ser rechazada casi por todos los terapeutas. A su vez, casi todos sostendrían que el awareness del paciente le produce bienestar inmediato o mediato, y que constituye una invitación motivacional para participar más activamente en el proceso terapéutico.

c) La Fuerza de Cambio del Awareness: Evidencias

En tanto que fuerza causal, en un sentido genérico, las fuerzas inconscientes son muy difíciles de estudiar. No resulta fácil entonces acumular evidencias acerca de su poder causal.

Existen algunas evidencias acerca del rol causal de los estímulos sub-liminales. En una clásica investigación Mc Ginnies (1949) presentó a los sujetos dos clases de palabras. Once palabras eran "neutras" y siete eran "tabú". Estas últimas eran obscenas y de fuerte connotación sexual. Ambos tipos de palabras eran presentados aleatoriamente a través de un taquitoscopio. Se observó en un galvanómetro que ante las palabras "tabú" se producía emoción, aunque las palabras no fueron reconocidas concientemente. Se comprobó también que el umbral de percepción era más elevado ante las palabras "tabú" que ante las neutras. Para palabras como "ballena" el umbral era de aproximadamente 100 milisegundos en tanto para "puta" el umbral era de alrededor de 200 milisegundos. Mc Ginnies interpretó los resultados como indicativos de *defensa perceptual* la cual sería un bloqueo para la concientización de los estímulos emocionalmente perturbadores. Este experimento avalaría tanto la percepción sub-liminal como la represión.

Por su parte Worthington (1964) realizó una investigación similar con resultados análogos. Estudios independientes realizados por Dixon (1960) y Dixon y Haider (1961) documentaron que las personas "normales" tuvieron un umbral más alto para reconocer palabras como "cáncer" o "seno".

Evidencia adicional para el rol causal de los estímulos sub-liminales ha sido aportada para el efecto sub-liminal de estímulos no atendidos (Wilson, 1975), para respuestas afectivas causadas sub-liminalmente (Moreland y Zajonc, 1977), para el registro en el córtex cerebral de estímulos sub-liminales (Kostandov y Arzumanov, 1977) y, una vez más, para estímulos sub-liminales y represión (Shevrin, 1973).

Los estudios mencionados, junto con muchos otros, muestran que los estímulos pueden estar siendo analizados antes del awareness. "La experiencia emocional no es el producto de un proceso inferencial conciente, sino de un proceso sintético en que gran parte de sus elementos están fuera del awareness del sujeto. A la conciencia sólo llega el producto final de esta síntesis" (Leventhal, 1978, p. 175).

¿Cuál es la fuerza de cambio de los estímulos sub-liminales?

De los experimentos señalados se desprende que los estímulos sub-liminales son capaces de causar emociones. En septiembre de 1957 la Federal Trade Commission de los Estados Unidos expresó preocupación a raíz de experimentos que mostraban que la estimulación sub-liminal había llevado a beber más Coca-Cola o a comer más pop-corn en el público afectado. Según el conductor del experimento, James Vicary, las ventas de pop-corn subieron en un 50% y las de Coca-Cola en un 18%. Recientemente sin embargo, se ha cuestionado el poder de los estímulos sub-liminales en la causación de conductas abiertas (Moore, 1985).

Lo anterior, ha sido a su vez cuestionado por investigaciones aún más recientes. En un importante estudio, Goncalvez e Ivey (1987) trabajaron con 36 estudiantes de Counseling. Encontraron que la presentación sub-liminal de conceptos emocionalmente positivos, tuvo poderosos efectos sobre las evaluaciones e intervenciones que los estudiantes hicieron frente a un paciente simulado. Esta investigación abre a su vez importantes interrogantes. ¿En qué medida el diagnóstico del terapeuta podrá verse influenciado por las claves no verbales del paciente, las cuales capta por una vía sub-liminal? ¿En qué medida las claves no verbales y sub-liminales afectan la relación paciente-terapeuta?

Las evidencias en la línea de la acción no conciente de esquemas subyacentes, es aún escasa. Esto es comprensible ya que se trata de postulados teóricos comparativamente más nuevos. En una interesante investigación Snyder et al., (1977) encontraron evidencias para la influencia no conciente de un sesgo autoconfirmativo. Este sesgo les generaba conductas a los sujetos experimentales, las que a su vez producían conductas en otras personas. También se ha encontrado evidencia para la influencia no conciente de supuestos sub-yacentes (Kelley y Stahelsky, 1970; Frank, 1974; Markus, 1977).

En relación con el inconsciente reprimido, las evidencias se dificultan bastante. Desde una perspectiva de investigación clínica, Freud fundamentó el concepto de inconsciente reprimido sobre la base de constatar el efecto de las órdenes post-hipnóticas, de analizar la organización y el significado de los sueños, de analizar los recuerdos en trances hipnóticos, los lapsus, los olvidos, los actos fallidos. El concepto de inconsciente reprimido le ayudó también a comprender las conversiones histéricas, los casos de personalidad múltiple, el sonambulismo, etc. El problema está en encontrar evidencias que trasciendan la metodología clínica.

Evidencia experimental para la represión ha sido aportada por Kihlstrom y Evans (1979), Bowers (1966), Kihlstrom (1981). En un ya antiguo estudio de Levinger y Clark (1961), encontraron que palabras altamente "emocionales" eran más olvidadas que las palabras "neutrales".

En un estudio realizado usando el Defense Style Questionnaire, Pollok y Andres (1989) encontraron estilos específicos de mecanismos de defensa para distintos diagnósticos D.S.M. III. Por ejemplo "los pacientes con desórdenes de pánico usaban desplazamiento y formación reactiva; pacientes con fobia social no usaban humor y sí devaluación y desplazamiento; y pacientes con desorden obsesivo no usaban humor pero sí acting out y proyección como sus defensas preferidas. En todo caso, la investigación no precisa cuáles habrían sido los mecanismos esperables para cada desajuste.

En una investigación más rigurosa realizada por Fashbach y Singer (1968), los sujetos observaban a una mujer en una película. A los del grupo experimental se les aplicó 8 descargas eléctricas mientras observaban la película. El grupo que recibió el choque percibió significativamente más miedo en la mujer. Esta investigación documenta en favor de la proyección como un mecanismo de defensa que efectivamente puede operar.

Por su parte Silverman et al., (1976) han encontrado apoyo experimental para algunos planteamientos psicoanalíticos, que relacionan ciertos cuadros psiquiátricos con conflictos inconscientes específicos. Han documentado las relaciones entre conflictos orales y esquizofrenia, entre deseos incestuosos y homosexualidad, entre agresión reprimida y depresión, etc. La metodología utilizó estimulación sub-liminal específicamente ligada a los conflictos hipotetizados. Recientemente, sin embargo, los hallazgos de Silverman et al., no han logrado ser replicados (Erwin, 1985).

En una línea de investigación menos sistemática, se ha encontrado que muchos mensajes escuchados bajo el efecto de la anestesia, posteriormente pueden ser recordados y también pueden afectar posteriores sentimientos y conductas. "Los pacientes bajo anestesia profunda aparentemente pueden escuchar lo que se dice acerca de ellos en la sala de operaciones y pueden ser negativamente influenciados posteriormente por estos recuerdos inconscientes" (Mc Kean, 1985, p. 26).

Respecto al rol del awareness como fuerza de cambio en psicoterapia, no conozco estudios sistemáticos al respecto. En general los terapeutas psicodinámicos han sido renuentes, cuando no activamente rechazantes, respecto a la evaluación sistemática, que incluya grupos de control, control placebo, etc. Ello dificulta el ya poco alcanzable objetivo de encontrar adecuadas evidencias con respecto a las fuerzas de cambio en psicoterapia. En relación con el psicoanálisis clásico, "adecuados estudios comparativos para el psicoanálisis de largo plazo están aún en espera de ser realizados" (Grunbaum, 1986, p. 223). Esto es particularmente importante, dado el hecho que el psicoanálisis clásico es quien en mayor medida podría evidenciar el rol de cambio que tiene el awareness acerca de contenidos inconscientes reprimidos. En otros enfoques terapéuticos o no se postula al respecto, o se utiliza el awareness en otro sentido, o bien el awareness se presenta más entremezclado con la acción de diversas fuerzas de cambio.

d) El Paradigma Inconsciente: Alcances y Limitaciones

¿Cuánto aportan las fuerzas inconscientes a la génesis de los desajustes psicológicos? ¿Cuán potente es el awareness como fuerza de cambio? ¿Cuánto poder predictivo tiene el paradigma inconsciente? La respuesta a estas interrogantes resulta crucial para establecer el aporte del paradigma inconsciente a un modelo integrativo. (*)

La influencia causal de los estímulos sub-liminales se presenta como bien documentada, aunque el monto de dicha influencia no se muestra claramente aún. No se postula un paradigma subliminal para la génesis de los desajustes psicológicos. Tampoco se han derivado estrategias de cambio relacionadas con los estímulos sub-liminales. Lo que sí es probable, es que las claves no verbales y sub-liminales ejerzan una influencia significativa en la relación paciente - terapeuta.

Respecto al rol de las fuerzas inconscientes reprimidas, lo probable es que sí existan tales fuerzas y que sí operen en términos causales. Ello aparece relativamente documentado por la evidencia controlada y por múltiples evidencias clínicas de pacientes que habrían "reprimido" experiencias traumáticas. Considero justo reconocer los méritos de Freud tanto en la conceptualización de las instancias psíquicas como de los mecanismos de defensa del yo.

Lo probable entonces es que la represión y algunos mecanismos de defensa operen en un sentido análogo al delineado por Freud. Lo que sí es más cuestionable es la amplitud en que la represión ejercería su influencia. En el contexto de la evidencia existente, considero una exageración el símil del ice-berg, al menos en lo concerniente a la dimensión del inconsciente reprimido. Por supuesto, se trata de un tema muy amplio, no abordable en el presente contexto.

El psicoanálisis clásico tiene la particularidad de explorar activamente en los "confines" del inconsciente. El psicoanálisis es "un método único para ganar acceso a procesos mentales inconscientes los cuales se manifiestan en la libre asociación" (Grunbaum, 1986 p. 245). De este modo, la libre asociación y la interpretación de los sueños, el análisis de la transferencia y de los mecanismos de defensa, constituyen una opción de exploración de la cual carecen los otros enfoques. El

(*) El lector interesado en el tema puede consultar el Capítulo de Eugenio Suárez, el de Mario Gomberoff y el de Jaime Coloma en el libro "Los Afectos en la Práctica Clínica" (1988).

problema, sin embargo, es que dicha metodología arroja datos muy cuestionables y que los resultados terapéuticos no son claros.

Puesto que el psicoanálisis podría constituir una buena opción para acceder al inconsciente reprimido, es preciso que nos detengamos en él algo más. El método de la libre asociación ha sido muy criticado como método de investigación. Entre otras cosas, se le ha cuestionado que el paciente suele ser inducido a asociar en direcciones confirmatorias de las teorías del terapeuta. Ya tempranamente Wilhelm Fliess, gran amigo de Freud, le criticaba en términos amables que el analista "induce a sus dóciles pacientes por sugestión para que emitan las respuestas necesarias para validar la teoría psicoanalítica de la personalidad" (Freud, 1954, p. 334). En términos menos amables se plantean las críticas de Eysenck quien es conocido por su "aversión" al psicoanálisis: "No podemos verificar mejor las hipótesis Freudianas en el diván del psicoanalista que lo que podemos pronunciarlos acerca de hipótesis antagónicas de Newton y Einstein yendo a dormir debajo de un manzano" (1963, p. 22).

El psicoanálisis y los psicoanalistas han tenido el mérito enorme de explorar y estudiar incansablemente los dinamismos inconscientes. Han logrado también configurar formulaciones teóricas coherentes y sugerentes, aunque habitualmente en términos muy imprecisos. El problema es que el enfoque ha sido bastante refractario a las críticas, las cuales se asumen poco. Popper (1974) ha sostenido que una teoría puede, a través del asumir hipótesis ad-hoc y de otras tácticas evasivas, inmunizarse a sí misma en contra de la refutación. En los hechos ha resultado casi imposible refutar alguna de las múltiples teorías psicoanalíticas.

No resulta sorprendente entonces que el poder predictivo de las teorías psicoanalíticas sea considerado como pobre. Hipótesis imprecisas y "resbalosas" no establecen bien lo que predicen y, ante evidencias en su contra, frecuentemente encuentran buenas vías de "escape". Como tempranamente lo planteó Siegfried Bernfeld, psicoanalista amigo de Freud: "el psicoanálisis no puede predecir si Ud. reprimirá o sublimará. Pero el que Ud. reprima o sublime establecerá una diferencia total para su conducta" (citado por Popper, 1968, p. 254). Por otra parte, una importante predicción psicoanalítica, basada en el mecanismo represivo, no ha tendido a verificarse; es así que la predicha "sustitución de síntomas" que ocurriría con tratamientos que no modificaran causas inconscientes, no se produce o bien constituye un hecho muy excepcional (Bandura, 1986). Si hemos de ser justos, sin embargo, no resulta extraño el bajo poder predictivo de las teorías psicoanalíticas; si dicho poder es bajo para cogniciones y afectos, con mayor razón lo será en estos terrenos tan poco accesibles; por otra parte, los estudios de Silverman tienden a confirmar algunas predicciones. Lo que sí se hace imprescindible, es una mayor precisión en la formulación de las hipótesis predictivas.

Muchas psicoterapias al ser evaluadas han mostrado una potencia menor que la auto-asignada. No sería extraño que al psicoanálisis le ocurriera otro tanto. En rigor, sin embargo, la real potencia de cambio del psicoanálisis se desconoce. Un nuevo "no sé" viene muy al caso. Puede ser más potente que otras psicoterapias o bien incluso menos. En rigor nadie lo sabe.

Lo que sí está más claro es que el método se presta de maravillas para que opere la "trampa metodológica". Fuerte compromiso ideológico del terapeuta, pacientes que suelen idealizar a su analista, wishfull, no aislamiento de las variables inespecíficas, etc. En este contexto, el inconsciente constituye un excelente telón en el cual es posible proyectar (y "verificar") cualquier cosa. "Desde el interior del psicoanálisis Glover concluyó en 1952 que "una amplia proporción de la actual teorización y hallazgos clínicos es poco más que una especulación no controlada" (p. 404). Más de tres décadas después, Eagle y Wolitzky (1985), en su revisión del status científico del psicoanálisis, llegaron a una conclusión similar" (Shulman, 1990, p. 245).

Es comprensible que las críticas molesten a los psicoanalistas pero es comprensible también que se formulen, siempre y cuando sea en un marco respetuoso. Por lo demás los propios psicoanalistas han asumido desde siempre una actitud frecuentemente peyorativa hacia los otros enfoques. En una búsqueda de opciones constructivas, concuerdo con Grunbaum (1986) en la necesidad de verificar las hipótesis psicoanalíticas en ambientes extra-clínicos. Así, la libre asociación podrá ser un método adecuado para ir generando hipótesis cada vez más precisas. Pero la verificación de dichas hipótesis no puede descansar en el muy subjetivo contexto de las libres asociaciones, interpretadas por el psicoanalista. De este modo el método clínico y el empírico - experimental pueden irse integrando.

"Los dos enfoques, experimental y clínico, pueden ser considerados como complementarios en el sentido que cada uno posee limitaciones inherentes que pueden ser superadas por las fortalezas del otro" (Silverman, 1975, p. 61).

En suma, sabemos poco acerca del inconsciente reprimido y no está clara la fuerza de cambio del psicoanálisis, ni de los enfoques clínicos derivados. Se trata así de un terreno proclive a todo tipo de conjeturas y cada cual concluye sobre bases más bien emocionales.

En términos más genéricos, el awareness puede enriquecer el condicionamiento clásico y el operante, lo cual establece una relación con esos paradigmas. A su vez cogniciones y afectos pueden ser estimulados vía sub-liminal y son susceptibles también de represión. Por su parte la investigación en anatomía y fisiología arroja resultados compatibles con la existencia de procesos inconscientes.

En cada uno de los aspectos antes mencionados queda mucho por investigar. Queda por investigar también cuál es el aporte al cambio terapéutico de un awareness de tal tipo y en tales circunstancias. Sobre la base de los datos actuales lo probable es que un awareness efectivo y no ilusorio, tenderá a esclarecer la percepción del paciente y a motivarlo a participar más activamente en el proceso de cambio. En este sentido, podría constituir una poderosa fuerza de cambio en psicoterapia.

3.3.2.6 La Fuerza de Cambio del Sistema Total: el Paradigma Sistémico

a) Una Delimitación Conceptual

"¿Hay un lugar o un momento en que algo comience y otra cosa termine?".

Gregori Bateson, 1975

La delimitación conceptual de un paradigma sistémico requiere primeramente delimitar el concepto de sistema. Un *sistema* implica un todo, un número de elementos en el cual el todo es más que la mera suma de sus partes. Estas partes, así como sus atributos, sólo pueden ser comprendidas como función del sistema total. Las partes de un sistema interactúan recíprocamente de una manera no trivial. Un sistema se comporta de acuerdo a patrones de causalidad circular. En un sistema es posible distinguir elementos, estructura, reglas de interacción, mecanismos autorregulatorios, etc. A su vez, cada sistema está compuesto de diversos sub-sistemas, tiene límites que pueden ser más o menos permeables y es parte de un supra-sistema. Un sistema es tal en tanto que contiene regularidades además de miembros.

Entre las prioridades básicas de un sistema están la *totalidad*, que implica que el sistema se comporta como un todo inseparable y coherente y que si cambia una de las partes del sistema provoca un cambio en todas las demás. La *equifinalidad*, según la cual los resultados finales no están determinados tanto por las condiciones iniciales como por la naturaleza del proceso; así, idénticos resultados pueden tener orígenes muy diversos. La *autonomía* es la capacidad que tiene el sistema de cambiar y mantener la organización, es decir la capacidad de darse sus propias leyes.

Para el interés del presente estudio deseo destacar dos conceptos: el de causalidad circular y el de homeostasis. Ambos se relacionan directamente con fuerzas de cambio.

La *causalidad circular* "es un proceso en el cual del mismo modo que una causa produce y condiciona el efecto, todo efecto se transforma en causa y actúa sobre su propia causa" (Watzlawick, 1979, p. 76). La teoría de los sistemas considera que "en el mundo no es posible encontrar el claro y lineal ordenamiento de causa y efecto a menos que se lo imponga artificialmente. La teoría de los sistemas considera que la causalidad es un proceso circular que no posee ni principio ni fin" (Walrond Skinner, 1978, p. 32).

En la causalidad circular la secuencia de causa - efecto lleva de vuelta a la primera causa, a la cual puede confirmar o cambiar. El modelo más elemental de circularidad es el llamado "feed-back loop" o curva de retroalimentación. Los procesos de causalidad circular constituyen el tema central de la cibernética (Simon y Stierlin, 1985). La causalidad circular es posible gracias a la retro-alimentación.

Así, en el enfoque sistémico el concepto de causalidad lineal o "mecánica" es profundamente cuestionado. El supuesto "atomismo" de las cadenas causa - efecto Newtonianas no es aceptado y se rechaza el hecho que la realidad psicológica pueda ser reducida a unidades elementales. "No es posible aislar a los participantes, componentes, eventos, historia y contexto de un pattern y continuar teniendo ese pattern" (Abeles, 1976, p. 146).

En la perspectiva de la causalidad circular cada parte de un sistema es al mismo tiempo comienzo y fin. Podemos considerar el ejemplo "ella está deprimida porque él la retó" agregando que "él la retó porque está deprimida". En este ejemplo no tendría sentido preguntar quién comenzó los problemas, e. i. la medida que se presenta una interacción global sin principio ni fin; así como no hay principio ni fin en un círculo.

La causalidad circular facilita la posibilidad que las cadenas causales aporten retro-alimentación (feed-back) de un modo tal que, si un miembro del sistema se desvía de su función, el sistema total trabaja para hacer que esa parte regrese a su función anterior. De este modo la *homeostasis* es la tendencia de los sistemas a mantenerse balanceados y a permanecer así a pesar de los cambios ambientales.

El concepto de homeostasis fue introducido por el fisiólogo Walter Cannon y establece una influencia global del sistema, una fuerza general movilizadora orientada a re-establecer el punto de equilibrio del sistema total. Según la teoría general de los sistemas, existirían dos funciones propias de los sistemas las cuales son aparentemente contradictorias: la tendencia homeostática (morfoestasia) y la capacidad de transformación (morfogénesis).

Recientemente Guidano (1987) ha señalado que la característica esencial de un sistema auto-estabilizador no es tanto la preservación del equilibrio circular homeostático, sino más bien la mantención de la *coherencia* de los propios procesos ordenadores, por medio de continuas re-estructuraciones del equilibrio. Al respecto Dell (1982) ha sostenido que una adecuada metodología para aproximarse a los sistemas, que se oriente a comprender la estabilidad temporal de la unidad auto-organizante, debería procurar reemplazar el concepto de homeostasis por el de mantención de la coherencia sistémica.

¿Cuándo un sistema funciona bien?

Todos los ambientes están caracterizados por dos tipos de *cambios*: fluctuaciones breves, rápidas y reversibles, por una parte, y cambios más permanentes (Rappaport, 1979). Los sistemas adaptativos deberán ser capaces de funcionar en contextos caracterizados por ambos tipos de fluctuaciones.

Por otra parte, la flexibilidad y plasticidad de un sistema, se relaciona con la forma en que el control está distribuido dentro de su organización jerárquica. En términos generales, la *descentralización* del control facilita la cooperación recíproca entre los sub-sistemas. La *comunicación* intra e inter-sistemas será crucial para el funcionamiento adecuado del sistema como totalidad. Un sistema adaptativo planteará reglas justas y flexibles para la relación entre los miembros del sistema.

La aproximación sistémica involucra un cambio profundo con respecto a las aproximaciones psicoterapéuticas más tradicionales. "En particular procurábamos comprender y explicar cualquier ítem seleccionado de conducta, viéndola en relación con su contexto más amplio de interacción social" (Weakland, 1974, p. 172).

¿Cómo se generan desajustes según el paradigma sistémico?

Las disfunciones individuales estarán relacionadas con disfunciones del sistema. "Un sistema es disfuncional si existe algo en su diferenciación o adaptabilidad que le impida un funcionamiento adecuado" (Ariel, 1987, p. 477). Ese "algo" puede consistir en reglas mal establecidas, canales de comunicación interrumpidos, etc.

En el enfoque sistémico, los conceptos de normalidad y anormalidad son poco aceptados, cuando no son rechazados abiertamente. El énfasis es puesto en los patrones de interacción más que en los atributos individuales. No hay un centrarse en los por qué de un comportamiento o síntoma, sino en el para qué de ese comportamiento, sea éste en la pareja o la familia. Se tiende a prescindir del origen o etiología de los problemas humanos, en el entendido que estos problemas se *mantienen* debido a la acción de los sistemas de interacción actuales. En el sistema familiar, por ejemplo, es posible identificar patrones de comunicación que revelan los problemas presentes y que permiten la mantención de dichos problemas.

La familia podría incluso causar desajustes psicológicos a través de comunicación de doble vínculo, a través de actitudes no confiables entre los miembros de la familia, o incapacidad para elaborar pérdidas, confusión en la asignación de roles, etc. En el paradigma sistémico, la causalidad de los desajustes psicológicos tendrá su epicentro en un sistema interpersonal, significativo para el afectado, el cual generalmente es el sistema de la familia. Así, "el enfoque más radical dentro de los sistemas de familia, considera a todas o a la mayoría de las manifestaciones de psicopatología individual como el reflejo de patrones disfuncionales en la interacción familiar" (Bedrosian, 1983, p.95).

b) Las Fuerzas Sistémicas en la Práctica Clínica

La terapia sistémica, por definición está centrada en el sistema global, sea éste la pareja, la organización o la familia. Algunos terapeutas hacen terapia sistémica individual, sobre la base de priorizar el sistema total aún en ese contexto.

El paciente "designado" será aquel por el cual consulta la familia, en el caso que la terapia familiar se origine de este modo. Es frecuente el uso de co-terapeutas y del espejo de visión unilateral.

La modalidad clínica y los énfasis correspondientes dependerán de la orientación específica de los terapeutas. En términos generales se tiende a actuar a nivel sistémico con el objetivo de *cambiar las interacciones* que mantienen el problema, sin considerar su origen o duración. Se procura identificar los *patrones de comunicación* que se relacionan con los problemas presentes. La tendencia es a identificar esos patrones en el aquí y ahora y se evita la búsqueda de causas históricas y las interpretaciones simbólicas. Esto dependerá a su vez de las orientaciones clínicas de los terapeutas. En general se trata de una búsqueda de patrones de interacción y no de una identificación de quién es el iniciador de los problemas.

Como en todos los enfoques, se han venido perfilando diversos sub-enfoques o Escuelas. Cada uno de éstos plantea sus énfasis diferentes tanto teóricos como a nivel de la práctica clínica. Muchos terapeutas familiares adscriben a la cibernética de 2º orden. En esta perspectiva el terapeuta familiar ya no es un agente que opera sobre la familia, cambiándola. Asume un rol más bien *participante* y una sesión de terapia se convierte en una conversación con un especialista, que acompaña el proceso y colabora a observar diferentes ángulos de las cosas y puntos de vista alternativos. En cierto modo el terapeuta pasa a integrarse al sistema y el observador pasa a incluirse en lo observado (Bernaes y Biedermann, 1988). Esto posibilita a su vez que el observador no altere esencialmente lo observado y promueva la modificación del sistema "desde dentro".

Las estrategias terapéuticas varían mucho según la Escuela a la que adscriba el terapeuta y según las características del propio terapeuta. Por ejemplo, el terapeuta adscrito a la Escuela Estructural de Minuchin, podrá inducir crisis y cuestionar la homeostasis existente, lo cual puede a su vez movilizar al sistema hacia la búsqueda de una organización mejor y de un nuevo punto de equilibrio homeostático. En lo relativo a técnicas más precisas, el uso de la paradoja y contrapadoja, la detección y modificación de comunicaciones de doble vínculo, la ruptura de cadenas interaccionales y el bloqueo de secuencias, la alteración de la puntuación, etc. pueden ser utilizadas. Las estrategias aplicables son múltiples y no se aviene con los objetivos de este análisis el explicarlas; además, se requeriría de un terapeuta sistémico que lo realizara. Lo que sí es pertinente aquí es recoger el énfasis en la causalidad circular y en la aproximación clínica al sistema como totalidad.

c) La Fuerza de Cambio del Sistema: Evidencias

La posibilidad de obtener evidencias empíricas que evalúen el poder de cambio de la terapia sistémica, se obstaculiza a partir de los postulados mismos del paradigma. "Puesto que una ciencia atomista sólo puede producir "hechos" atomistas, es constantemente validada por experimentos que asumen datos atomistas y concurrentemente eliminan el que proceso y contexto son aspectos básicos en el mundo psico-social" (Shwartzman, 1984, p. 226).

La investigación en terapia sistémica, cualquiera sea la metodología empleada, se dificulta por lo difícil que resulta evaluar los patrones interaccionales y por el cúmulo de interacciones que aporta el sistema. Además, la actitud evaluativa no tiende a predominar entre los terapeutas sistémicos.

En una interesante revisión realizada por Jacob (1975), concluyó que los estudios más relevantes se han centrado en familias con miembros esquizofrénicos o con miembros delincuentes. De acuerdo con Jacob, la investigación en terapia sistémica tiene grandes errores metodológicos tales como diferencias en criterios diagnósticos, carencia de grupos de control, etc. Además, aportan datos correlacionales más que causales.

En fecha reciente Gurman y Kniskern (1981) informaron que el 73% de las familias participantes en terapia habían logrado mejoría de funcionamiento durante el tratamiento. En el estudio revisaron una amplia muestra.

En general, los autores de las investigaciones tienden a informar que las dificultades metodológicas son múltiples. Por ejemplo Thompson y Walker (1982) plantean la necesidad de diferenciar las propiedades que pertenecen a la relación misma, respecto de los valores, sentimientos y actitudes que los individuos tienen hacia la relación, por ejemplo hacia la relación de pareja. Por su parte Gurman y Kniskern (1981) encontraron que en los 200 estudios que revisaron, más del 50% de ellos había utilizado tan sólo una fuente de datos: el terapeuta. Por su parte, Kolevzon et al., (1988) encontraron una baja correlación al comparar las evaluaciones que diversos evaluadores hacían de una familia dada.

De este modo, los propios terapeutas familiares tienden a cuestionar fuertemente sus metodologías de investigación. Dada la complejidad de los procesos a estudiar, la metodología de evaluación de la terapia sistémica se encuentra aún en un estado evolutivo muy incipiente. Por ende, sus resultados son aún menos precisos que los alcanzados por la terapia individual realizada en otros enfoques.

d) El Paradigma Sistémico: Alcances y Limitaciones

Para los intereses de un modelo integrativo, es esencial procurar responder algunas preguntas. ¿Qué ventajas aporta una aproximación sistémica con respecto a una aproximación "atomista"? ¿cuál es el status e importancia de la causalidad circular?, ¿cuánto aporta el enfoque sistémico en términos de fuerzas de cambio?

Puesto que el sistema psicológico constituye una totalidad integrada, la aproximación sistémica me parece no sólo aceptable sino insoslayable. Ello facilitará la comprensión de la dinámica psicológica a nivel del sistema *psicológico individual*. La totalidad aporta principios y reglas del juego que no se pueden comprender adecuadamente vía sumatoria de las partes. A su vez el cambio de un sub-sistema, tenderá a "irradiar" y a afectar el sistema como totalidad. Así, la relación parte-sistema exige de una adecuada perspectiva de la totalidad y de sus reglas. Otro tanto ocurre a nivel de sistemas *psico-sociales*.

No obstante lo señalado, el principio que sostiene que el todo es indivisible y que siempre es preciso aproximarse a la totalidad del sistema, me parece cuestionable. Más aún, creo que constituye un obstáculo para el desarrollo del conocimiento y de la investigación.

La utilidad de desglosar el sistema y estudiar también partes por separado o "atomizadas", se puede ilustrar desde la física misma. En particular desde los estudios de astronomía, en la medida que el universo constituye un sistema, al cual resulta imposible abordar como totalidad. "Si todo el universo depende de absolutamente todo el resto de él de una manera fundamental, podría resultar imposible acercarse a una solución completa investigando partes aisladas del problema. Sin embargo, este es ciertamente el modo en que hemos progresado en el pasado" (Hawking, 1988, p. 30).

En mi opinión, lo crucial al respecto se refiere a que, si bien todo interactúa con todo y se influye recíprocamente con todo, para una entidad específica algunas de sus interacciones serán muchísimo más significativas y la afectarán sustancialmente más que otras. Si así no fuera, se haría imposible el conocimiento. Como lo ha señalado Bertrand Russell, si para lograr conocimiento acerca de A necesitáramos primero conocer todo acerca de todas las entidades que influyen sobre A, o se relacionan con ella, tendríamos que conocer previamente todo el universo. El problema se comprende mejor cuando se asume que muy pocas influencias serán "fundamentales" para A, para usar la terminología de Hawking, o "definitorias" de A, usando la terminología de Phillips y Orton (1983).

Lo señalado abre la posibilidad al estudio fructífero de relaciones entre las partes de un sistema, sin estar abordando a la vez al sistema total; este estudio por partes facilita la investigación. "Puesto que los factores triádicos no operan simultáneamente como una entidad holística, es posible ganar alguna comprensión de cómo diferentes segmentos de causación bidireccional operan, sin tener que desplegar un esfuerzo Hercúleo para estudiar cada posible interactuante al mismo tiempo. Esto es verdadero incluso en el caso del funcionamiento fisiológico, donde los sub-sistemas están estrechamente interrelacionados y el tiempo de curso de la acción recíproca es generalmente mucho más corto. El cuerpo contiene numerosos sistemas recíprocamente activantes, de modo que cualquier intento gigantesco para estudiar todas estas acciones recíprocas al mismo tiempo, producirá una parálisis en la investigación" (Bandura, 1986, p. 25).

De este modo, nuestro conocimiento puede progresar sobre la base de aproximaciones sistémicas y sobre la base de aproximaciones atomísticas. El valor de ambas aproximaciones se establecerá sobre las ya señaladas bases predictivas y de aporte al cambio. No se puede establecer a priori que lo atomístico o lo sistémico aportarán poco. Lo esencial es que, cuando la aproximación es "atomística", se tenga siempre presente que las partes están integradas a un sistema, al cual pueden afectar y del cual pueden recibir influencias.

Las consideraciones precedentes son aplicables tanto al estudio de los sistemas de interacción social (diada, familia), como al estudio del sistema psicológico individual. Un "close up" sobre partes del sistema, podría mostrarnos que ciertas relaciones entre partes pueden ser especialmente importantes, y por lo tanto podrían requerir de una atención preferencial. Parodiando a Orwell podríamos decir que "todas las partes de un sistema son iguales, pero algunas son más iguales que otras". Y esas partes "más iguales" requerirán ser evaluadas y en la intervención terapéutica podrán constituir un objetivo de modificación terapéutica.

La atención preferencial hacia algunas partes, puede tener entonces no sólo ventajas metodológicas —al trabajar con un menor y más abarcable número de variables— sino también ventajas clínicas. Esto es válido tanto para el sistema psicológico individual como a nivel de los sistemas psico-sociales. En el ámbito psico-social, carece de sentido trabajar con el sistema familiar cuando este sistema no es muy significativo ni influyente para la persona que consulta.

En la atención individual, por otra parte, algunos dinamismos psicológicos pueden ejercer una influencia mucho mayor que otros, y requerir así de una atención preferencial. "Los procedimientos terapéuticos dirigidos a cualquiera de los muchos componentes de la estructura cognitivo - afectiva de la aprehensión ansiosa, tienen el potencial para aportar beneficio terapéutico, si el ciclo de feedback negativo es interrumpido. Sin embargo, en mi opinión, algunos componentes del ciclo hacen una contribución más crucial a la espiral de ansiedad que otros" (Barlow, 1988 pp. 309-310). De este modo los componentes del sistema intra-psíquico tienen una importancia diferente según cada caso.

Considerando el tema en un sentido genérico, pienso que una aproximación exclusivamente "atomística" involucra un "reduccionismo simplificador" que impide comprender la función de las partes en el todo, y cómo las partes son influidas por el sistema total. Involucra así el peligro de que "los árboles no nos dejen ver el bosque".

En un sentido inverso, me parece que el considerar al sistema como una entidad sagrada e indivisible, puede llevarnos a un "reduccionismo" complejizador que limite nuestras opciones de conocimiento y la potencia de cambio de la psicoterapia. Metodológicamente es muy difícil el trabajar con totalidades multifacéticas. Y en términos clínicos, no siempre las fuerzas del sistema son más relevantes que las de las partes. Un abordaje preferencial de las relaciones sub-sistémicas más significativas, puede implicar un ahorro de energía y tiempo, y un incremento en términos de fuerza de cambio.

Por otra parte, el concepto de causalidad circular aporta un interesante prisma de análisis en el ámbito de las interacciones. Recoge bien la complejidad de los procesos y colabora a la comprensión de los dinamismos, tanto inter-sistemas como hacia el interior del sistema psicológico. En un sentido de fondo, sin embargo, la causalidad circular no pareciera constituir un nuevo principio causal, sino una forma más compleja de expresión de la ya vieja causalidad lineal. Sin causalidad lineal no hay causalidad circular. Cuando el efecto se vuelve sobre su causa lo hace en un momento diferente y con una potencia diferente. Si, por ejemplo, una cognición negativa causara emoción

depresiva y ésta a su vez incrementara la cognición negativa, se caería en espirales ad infinitum con la destrucción emocional de la persona. Ello en la práctica no ocurre; por supuesto esto no involucra sub-estimar los grandes sufrimientos de las personas depresivas. El tema es del mayor interés, aunque no es posible abordarlo aquí con la extensión deseable. (*)

Desde otra perspectiva de análisis es procedente destacar que las fuerzas regulatorias homeostáticas pueden aportar *importantes resistencias* al cambio en psicoterapia. Por su parte las fuerzas del sistema y la modificación de patrones interaccionales, pueden aportar *importantes fuerzas de cambio* a la psicoterapia. Todo hace suponer que así es, aunque el valor predictivo y la fuerza de cambio del paradigma sistémico no están bien esclarecidos aún. Lo probable, sin embargo, es que un adecuado "manejo" terapéutico de las fuerzas del sistema psico-social o del sistema individual, en aquellos casos en que dichos sistemas son relevantes para la mantención o el cambio, pueda resultar muy aportativo en términos psicoterapéuticos.

Al ser el organismo un sistema biológico, desde el paradigma biológico se recibe una sustentación para el paradigma sistémico. A su vez el paradigma operante implica una interacción circular del individuo con su ambiente, e involucra también una circularidad conducta - consecuencias a través de la retro-alimentación. Las interacciones cognición - afecto tienden también a importantes organizaciones circulares en las que los círculos viciosos no son poco frecuentes. Todo ello en el marco de un sistema psicológico total el cual es afectado por los cambios y el cual puede ser un potente movilizador de cambios. Es así que el self, concebido como un principio integrador del sistema psicológico, puede tener un rol fundamental en los procesos de cambio. Al constituir el eje en torno al cual el sistema se organiza, los significados que el self otorga por una parte recogerán el funcionamiento del sistema y por otra podrán influir en dicho funcionamiento.

4. UN MODELO INTEGRATIVO

a) Una Delimitación Conceptual

Al iniciar el presente trabajo, señalaba que los psicoterapeutas sólo disponemos de evidencias aún insuficientes y de calidad muy disímil. Esto debe ser asumido al momento de las conclusiones. Futuras evidencias de mayor calidad que las actuales, permitirán enriquecer estas conclusiones e ir enriqueciendo a la vez el modelo integrativo.

Del análisis precedente es posible extraer, en el ámbito de las conclusiones, los que podrían considerarse como *principios básicos del modelo integrativo*. Los explicitaré brevemente.

En un nivel *epistemológico*, el modelo asume que la realidad existe más allá del sujeto que la percibe o piensa. Dicha realidad nunca es alcanzable en sí misma, sólo a través de los significados o modelos que nos formamos de ella. Por lo tanto, no existe posibilidad para el conocimiento plenamente objetivo. Aún así, nuestras percepciones, combinación de realidad "descubierta" y de significado "construido", podrán acercarse en mayor o menor medida a la realidad que pretenden representar. En términos epistemológicos, el modelo plantea opciones para conocimientos de mayor o menor objetividad relativa y adscribe a lo que podría ser denominado como *un constructivismo moderado, en el marco del realismo crítico*.

En un nivel *metodológico*, el modelo promueve la búsqueda de conocimientos precisos, verificables, acumulables y replicables. El conocimiento no es evaluado en función de su paradigma de origen y el modelo está abierto a todo tipo de hipótesis en la medida que ellas sean formuladas en términos precisos. En el marco del modelo integrativo, *la calidad del conocimiento se demuestra por su poder predictivo y por su aporte al cambio en psicoterapia*. En un nivel conceptual deseable pero metodológicamente más débil, un conocimiento tendrá mayor valor si aporta a la comprensión de los mecanismos de cambio. Esto permite ir más allá del conocimiento de los "qué" y se hace posible acercarnos a los "por qué".

(*) Al lector interesado le sugiero la lectura del trabajo "El Nuevo Principio Causal de la Teoría Cognitiva del Aprendizaje: Perspectivas Sobre el Determinismo Recíproco de Bandura" (Phillips y Orton, 1983. *Psychological Review*, Vol. 90, Nº 2).

Aristóteles señalaba que el hombre común conoce los hechos pero no los por qué de ellos y que el hombre de ciencia conoce los por qué o las causas. En el ámbito de la psicoterapia, es importante el poder explicar el cambio terapéutico descubriendo sus causas y principios. Hemos visto que estas causas son muy difíciles de estudiar y que se hace muy complicado el satisfacer las aspiraciones de Aristóteles. Hemos visto también, sin embargo, que esta limitación práctica no cuestiona el principio de causalidad.

El análisis paradigmático realizado, permite concluir que los paradigmas biológico, ambiental, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, aportan teorías etiológicas específicas y fuerzas de cambio específicas que, al menos en algunos casos, pueden ser significativas para la etiología y el cambio en psicoterapia. De este modo, el modelo integrativo postula como principio la *Integración de los paradigmas biológico, ambiental, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico*.

La estatura causal de cada paradigma está por establecerse en función de futuros progresos de la investigación. El modelo no implica preferencias ni conclusiones a priori acerca del predominio de ninguno de ellos. Lo probable, sin embargo, es que todos los paradigmas aporten en algún grado a la génesis de cada desajuste psicológico. En la medida en que la causalidad en psicología rara vez opera en términos todo/nada, es probable también que cada uno pueda aportar fuerzas de cambio significativas en cada trabajo psicoterapéutico. Así, *el modelo integrativo es multicausal*, sobre la base de una integración paradigmática. "No se ha encontrado ambiente familiar específico, ni experiencia traumática dramática o anomalía constitucional conocida, que produzca el mismo patrón de conducta trastornada" (Kanfer y Saslow, 1965, p. 287).

No existen fronteras conceptuales rígidas entre los paradigmas. *La dinámica psicológica se presenta en términos de continuos, con acentuaciones diferentes en cada caso*. De este modo, se presentan continuos entre los polos objetividad - subjetividad, somatopsíquico - psicossomático, asociación - significación, cognición - afecto, consciente - inconsciente, etc. Sólo ocasionalmente las fronteras son abruptas y los límites son rígidos.

En el sistema psicológico *opera la causalidad lineal de un modo complejo y en un marco contextual*. En las cadenas causales algunos eslabones, por su cualidad o por su peso cuantitativo, adquieren una particular significación. Así, no todos los eslabones de las cadenas causales tienen la misma fuerza causal. Un traumatismo encefalo-craneano puede constituir un eslabón causal de máxima significación. Un esquema cognitivo/afectivo puede constituir una presencia estable que, sistemáticamente, influye en el procesamiento de la información en una dirección desajustada. El cambio de esta estructura puede ser crucial para el funcionamiento del sistema. De este modo, aunque nunca existe certeza acerca de los mecanismos causales, en algunos casos la influencia causal se puede establecer como muy probable y se puede verificar parcialmente en términos predictivos y de aporte al cambio.

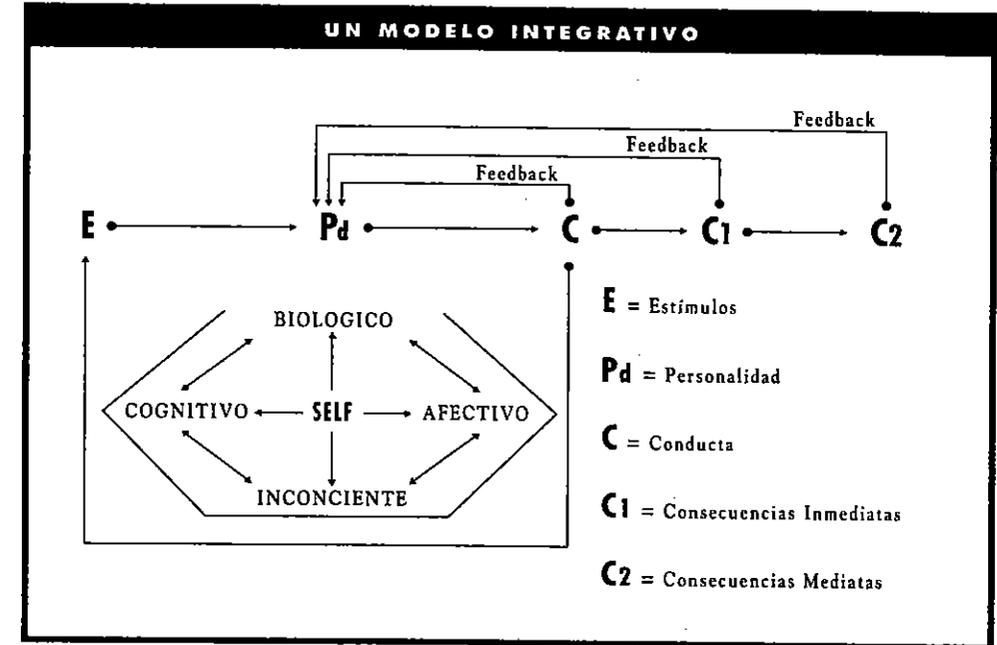
Habitualmente las influencias causales son bi-direccionales, con tránsito posible en dos sentidos. Así como una cognición puede causar afecto, ese afecto puede causar cognición. Sin embargo, el tránsito se realiza en diferentes momentos y el vector causal en una dirección puede tener una fuerza muy diferente a la del vector que actúa en otro momento en la otra dirección.

En el sistema psicológico se *presenta la causalidad circular con máxima frecuencia*. Aunque no constituye un principio causal diferente a la causalidad lineal, aporta significativamente a la comprensión de cómo operan los procesos psicológicos.

La dinámica psicológica *funciona en un sistema total* el cual aporta el marco contextual en el que los sub-sistemas y los paradigmas operan. En el ámbito de las fuerzas de cambio, el sistema opone resistencia al cambio (morfoestasia) y a su vez puede facilitar y colaborar al cambio (morfogénesis). Todo cambio en un sub-sistema tenderá a irradiar hacia los otros sub-sistemas y hacia el sistema total. A su vez todo cambio en el sistema total modificará los sub-sistemas.

El sistema psicológico opera en torno al self, el cual constituye un principio organizador e integrador de los sub-sistemas y de la experiencia. El grado en que el self aporte una participación activa, influyente y conciente variará según cada persona y según cada experiencia. Cuando por ejemplo el sistema biológico impone los significados, el rol activo del self es mínimo; es el caso de un choque eléctrico. Cuando el estímulo deja espacios de significación cognitiva, el rol activo del self puede ser máximo. Así, la participación del self no es equivalente en el procesamiento de cualquier información.

Sobre la base de los principios que he explicitado, se hace posible graficar el modelo integrativo.



En el modelo los *estímulos* (E) son percibidos por la personalidad (Pd). Los estímulos pueden ser ambientales, pueden ser "nuevos" para la persona, pueden ser estímulos incondicionados o condicionados, pueden ser estímulos discriminativos E^D o E^A , etc.

Los estímulos son percibidos por la *personalidad* la cual les otorga constructivamente significados. En esta construcción de significados participa el sub-sistema *biológico*, en particular el sistema nervioso y, en mayor o menor medida según el caso, los sub-sistemas *cognitivo, afectivo e inconsciente*. En el sistema psicológico los paradigmas se van conectando vía acentuaciones e interacciones. Por ejemplo, un afecto puede generar cogniciones y motivar conductas. Un cambio cognitivo puede generar a su vez afectos y conductas. Un cambio conductual puede modificar cogniciones y afectos. En suma, los sub-sistemas están en una permanente interacción recíproca en la cual la participación activa del self puede ser variable.

En el procesamiento de la información el ambiente aporta la "materia prima" la cual es psicofacturada, es decir transformada en *estímulo efectivo* a través del procesamiento. No es indiferente la calidad de la "materia prima", aunque el estímulo efectivo puede alejarse mucho de ella. Cuando la significación biológica del estímulo es muy alta, la "materia prima" tiende a imponer gran parte de la significación efectiva.

La significación otorgada al estímulo podrá tener un mayor o menor potencial movilizador. De este modo, el que se generen o no activaciones cognitivas, afectivas, conductuales, etc., no dependerá del valor "objetivo" del estímulo sino del estímulo efectivo, es decir del estímulo procesado.

Como lo he señalado, en el procesamiento que transforma al estímulo otorgándole su significación efectiva, los sub-sistemas del self podrán participar con importancia diferente; de ahí la enorme relevancia de conocer cada sub-sistema y sus respectivos roles. En algunos casos, la participación del self será activa, consciente, etc. y en otras más pasiva y automática, más influida por factores biológicos y asociativos. De este modo, podría decirse que la causalidad opera en un *continuo entre los polos máxima participación activa del self y mínima participación activa*.

A su vez el self podrá tener mayor o menor capacidad para asumir conciencia, para organizar e integrar la experiencia, para influir activamente en esa experiencia. Se trata entonces de un principio organizador que puede ejercer su función en mejor o peor forma y con mayor o menor pasividad frente a la influencia de cada uno de los sub-sistemas.

El estímulo efectivo podrá producir la *conducta abierta* (C), o distintos efectos mediacionales en los sub-sistemas. En el caso de la conducta abierta, ésta podrá tener consecuencias inmediatas (C1) o mediadas (C2). Las consecuencias de la conducta podrán afectar a la persona a través de un feedback mecánico, no consciente, asociativo. En este sentido el modelo es *asociativo*.

Las consecuencias de la conducta podrán afectar a la persona vía procesamiento consciente de la información aportada por el feedback. El rol de los estímulos efectivos, el del feedback consciente, etc., van integrando al modelo el aporte de la *significación*.

La conducta abierta no sólo puede aportar retro-alimentación y consecuencias sino también puede modificar el ambiente, modificando así los futuros estímulos que percibirá la persona. Ello abre opciones para el *auto-control ambiental*.

Al sistema se puede ingresar por diferentes vías: estímulos ambientales, pensamientos, cambios afectivos, etc. Cada influencia activa a su vez procesos de causalidad circular y de retro-alimentación. Por vía irradiación hacia otros sistemas y por influencias circulares, el sistema va regulando sus procesos homeostáticos y sus coherencias. Se van estructurando así influencias globales y en este sentido el modelo es *sistémico*.

En suma, en términos de fuerzas de cambio, un cambio en cualquier sub-sistema tenderá a irradiar hacia el sistema total. Sin embargo, no será indiferente el dónde, cómo y cuándo se influya sobre el sistema; cuando un sub-sistema ejerce una influencia causal más relevante, será más efectivo influir más directamente sobre él y no con un énfasis generalizado en el sistema total. Las fuerzas regulatorias del sistema total influirán en los procesos de cambio y *todo cambio estable modificará el punto de equilibrio homeostático del sistema*.

El self, como principio integrador, podrá tener un rol activo, consciente y potente en la organización de la información y en la promoción de cambios. En otros casos, se limitará a ser una especie de eco pasivo de la influencia de algún sub-sistema. En ocasiones el proceso organizador será más biológico y automático sobre la base de un self menos consciente y más pasivo; en otras la influencia consciente y activa del self podrá ser decisiva. En estos casos el awareness, las cogniciones y los afectos tendrán un rol relevante en la acción del self. La *predicción del cambio* conductual será función del grado de conocimiento del ambiente, de la biología, cogniciones, afectos y dinámismos inconscientes relacionados con esa conducta. Será función del conocimiento de los factores que promoverán el cambio. Será función del conocimiento del comportamiento del self en circunstancias análogas. Y, finalmente, será función del conocimiento de las expectativas que el propio self tenga al respecto.

De este modo, el modelo es integrativo a nivel epistemológico, metodológico y paradigmático. Integra en un todo funcional y coherente a los paradigmas biológico, ambiental, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico. El paso siguiente se relaciona con las derivaciones clínicas del modelo integrativo.

b) El Modelo Integrativo en la Práctica Clínica: Integración en Psicoterapia

Si retomamos ahora el tema de los resultados de la psicoterapia, se hace posible considerar algunos aspectos fundamentales. Hemos visto que la psicoterapia no ha logrado acreditar bien su

potencia, a través del tiempo no habría logrado incrementar su potencia y los enfoques no han logrado superarse respecto a su efectividad terapéutica. De acuerdo con el veredicto del dodo, el progreso terapéutico de los pacientes sería fundamentalmente el efecto de la acción de variables inespecíficas.

¿Qué puede aportar el modelo integrativo en estos ámbitos?

No corresponde aquí hacer una exposición amplia de las opciones clínicas del modelo. Sí corresponde bosquejar algunos caminos, lo cual haré en forma muy sintética e inevitablemente sobre-simplificada.

Del modelo se desprende que, si se utilizan adecuadamente las fuerzas de cambio de la biología, del ambiente, de las cogniciones, de los afectos y del sistema como totalidad, se potenciará sustancialmente la fuerza de cambio de la psicoterapia.

Puesto que se asume que cada paradigma puede aportar al menos algunas fuerzas de cambio específicas y significativas, el conjunto de paradigmas potenciará la psicoterapia. Y ésta se irá potenciando más, en la medida que avancen los aportes específicos de cada paradigma.

El desafío entonces será ir aplicando los principios y técnicas potentes que pueda aportar cada paradigma, configurando poco a poco un nuevo estilo de *psicoterapia integrativa*. Principios y fuerzas verificados incluso en contextos no clínicos, pueden ser aplicados flexiblemente en el contexto de la relación paciente - terapeuta, en el entendido que el self del paciente les va otorgando una *significación efectiva* e integrada. Se impide así un manejo "atomista" de datos "atomistas". Se reemplaza por un manejo de principios en un contexto interpersonal y sobre la base integrativa de self, el cual les otorga una significación efectiva.

En último término, la influencia de la psicoterapia dependerá del valor de estímulo efectivo que adquiera para el paciente. Ello explica que un excelente procedimiento técnico puede tener un muy pobre valor de cambio, si el paciente no le otorga un real valor de estímulo efectivo.

En la relación paciente-terapeuta, se puede ir optimizando el aporte que, como fuerza de cambio, pueden hacer las *variables inespecíficas* del paciente, del terapeuta y de la relación. Se puede ir estudiando cómo potenciar la motivación al cambio del paciente, sus expectativas acerca de la terapia, sus actitudes hacia el terapeuta, etc. En suma, se puede ir elaborando *una forma específica de manejo de las variables inespecíficas*.

En el ámbito diagnóstico, pasa a ser esencial un *diagnóstico integral*, que permita evaluar el funcionamiento de los sistemas biológico, ambiental, cognitivo, afectivo, el awareness del paciente y la integración del sistema psicológico como totalidad. El postulado es que en cada sub-sistema se pueden detectar problemas cuya superación enriquecerá al sistema como totalidad. A la vez cada sub-sistema puede aportar recursos; y esos recursos hay que detectarlos. Por otra parte, un diagnóstico integral permitirá determinar en qué partes del sistema del paciente será deseable intervenir preferentemente. Puesto que cada sub-sistema no aporta igual cuota de disfunciones, un diagnóstico preciso permite objetivos terapéuticos también más precisos y un orientar los recursos terapéuticos más "cerca del blanco". De este modo, aunque la terapia no sea técnica y si funcione en base a principios administrados en un contexto interpersonal, el proceso podrá acentuar el cambio en algunos sub-sistemas lo cual aportará potencia de cambio y economía de tiempo.

Lo anterior implica ir relacionando directamente el diagnóstico con la terapia. Un diagnóstico más completo y más preciso, permitirá detectar fallas específicas. Si el paciente presenta, por ejemplo, bajas expectativas de auto-eficacia, pobre repertorio conductual y esquemas afectivos disfuncionales, el orientar la terapia hacia su modificación tendrá amplias ventajas respecto al sólo trabajar psicoterapéuticamente en forma más indiferenciada.

Los *objetivos terapéuticos* pueden ser planteados en conjunto con el paciente, sobre la base fundamental del motivo de consulta. Sin embargo, el paciente desconoce muchos objetivos que lo pueden beneficiar adicionalmente. Por lo tanto no considero apropiado para los intereses del paciente, dejar de ofrecerle aquellas opciones más fundamentadas en su valor aportativo. Puesto que el terapeuta posee conocimientos de los que el paciente carece, podrá proponerle *objetivos adicionales* a los planteados por éste. Ello no implica en modo alguno inductación o abuso de poder de parte del terapeuta. Por el contrario, implica poner al servicio del paciente conocimientos que el terapeuta posee y que al paciente le pueden ser útiles. Para proponer objetivos no es preciso en modo alguno que el terapeuta se crea poseedor de una verdad que desea imponer al paciente; un

terapeuta bien formado estará mucho más orientado a aportar que a ejercer poder. Sin embargo, una profesión sí puede y debe implicar poseer conocimientos, *comparativamente mejores*, los cuales en este caso pueden ser puestos al servicio del paciente. Lo fundamental es que el terapeuta tenga la conciencia más clara posible acerca de lo que son sus reales conocimientos y acerca de cuando está ingresando en terreno de mayor subjetividad.

Es posible motivar al paciente a *percibir con mayor precisión*, atendiendo a distintas facetas del ambiente, haciendo atribuciones flexibles para éxitos y fracasos y desprendiéndose de aquellos esquemas cognitivos rígidos que le impiden procesar información en una dirección diferente al esquema. Al hacer esto, no se le está indicando al paciente cuál es la verdad, pero sí se le están aportando superiores mecanismos para que busque en mejor forma su verdad. Un perfeccionamiento de los sistemas cognitivos del paciente lo hará enriquecer su libertad personal.

Se puede invitar al paciente, por ejemplo, a enriquecer su capacidad para disfrutar, a disminuir sus niveles de hipersensibilidad (cuando existan), y a estabilizar sus estados de ánimo, cuando estos sean excesivamente oscilantes. Tampoco allí hay una ideologización o inductación. Se trata de objetivos que tienden a ser compartidos por la especie humana, como lo son también el procurar la satisfacción y el alejarse del displacer. No constituye inductación el mostrarle al paciente caminos para alcanzar objetivos que tienden a ser compartidos por todos y que probablemente tendrán un efecto terapéutico y preventivo. Y si el paciente no desea alcanzarlos, será él quien lo decida.

Otro tanto es posible plantear a nivel ambiental, de awareness, etc. El ideal sería recorrer el mayor camino posible en el ámbito de cada sub-sistema, preferenciando el cambio de aquello relacionado con el motivo de consulta y con los objetivos del paciente. Se trataría entonces de un desarrollo integral apuntando preferencialmente hacia la superación del motivo de consulta. Este desarrollo integral tendrá a su vez un valor terapéutico y preventivo, desarrollando los recursos de los que va disponiendo el sistema, y evitando un desgaste inútil de energía en los puntos disfuncionales.

Dada la demostrada fuerza de cambio que poseen, el empleo de *técnicas específicas y de psicofármacos* se hace necesaria, en los casos en que puedan ser aportativos. Todo ello en el marco de una terapia integrativa y de una adecuada relación terapéutica. No veo razón alguna para rechazar técnicas de eficiencia demostrada, ni medicamentos de eficacia probada. Sí veo múltiples problemas derivados del hecho de no utilizar esos recursos.

El aporte de los psicofármacos puede ir más allá del alivio de síntomas. Una oportuna integración fármacoterapia-psicoterapia puede facilitar un adecuado procesamiento emocional (Rachman, 1980). Los fármacos pueden facilitar también la génesis de una base emocional poco perturbadora, que permita a su vez un trabajo terapéutico de reestructuración cognitiva y afectiva. En suma, existe un camino amplio para la integración fármacoterapia-psicoterapia y las descalificaciones mutuas sólo perjudican a los pacientes y lentifican el progreso.

Una terapia integrativa que a su vez promueva un *desarrollo integral al servicio del logro de los objetivos terapéuticos*, puede ser muy enriquecedora del trabajo clínico. Más aún si ella se realiza en un adecuado contexto interpersonal y se basa en un diagnóstico integral, orientado a facilitar la acción de múltiples fuerzas de cambio, tanto inespecíficas como específicas.

En el ámbito del modelo integrativo el desarrollo personal tendrá una doble repercusión. Será terapéutico, puesto que el desarrollo de los sub-sistemas aportará positivamente al proceso de cambio. Será preventivo, en la medida que el desarrollo de los sub-sistemas y del self dificultará la génesis de futuros desajustes psicológicos.

Una terapia integrativa ayudará entonces a evitar tanto las *recaídas* como la *sustitución de síntomas*. Un cambio sintomático se logrará sobre la base de un cambio estable en los sub-sistemas y de un cambio estable en el punto de equilibrio homeostático del sistema total. Si a ello se agrega un fortalecimiento de cada sub-sistema, las opciones de recaída y sustitución disminuirán. De este modo, por ejemplo, el desarrollo de la capacidad para disfrutar, tenderá a mejorar el ánimo y a generar una resistencia a la génesis de afectos disfóricos (inercia afectiva). Tendrá por lo tanto un valor preventivo. Otro tanto ocurrirá con el desarrollo de expectativas de auto-eficacia sobre bases realistas. Este aporte al cambio con valor preventivo puede presentarse en múltiples niveles.

Un proceso de mayor integración del self tendrá también repercusiones positivas. Se trataría de

una "integración del principio integrador". Bertrand Russell decía que toda la infelicidad se presenta sobre la base de algún tipo de desintegración o falta de integración; sostenía que existe desintegración dentro del self a través de la carencia de coordinación entre la mente consciente e inconsciente. Agregaría que también puede haber desintegración cuando el self no se conecta bien con los propios sentimientos y emociones o con las consecuencias de sus conductas. Cuando la interacción entre los sub-sistemas es de algún modo interrumpida, la integración del self se reciente. Así, la comunicación y la *integración entre los subsistemas* del self pasa a constituir un objetivo terapéutico muy deseable. El desarrollo del self tendrá también un valor terapéutico y preventivo puesto que tendrá una mayor fuerza para preservar la coherencia y la integridad del sistema.

El compromiso del terapeuta con el paciente se puede expresar así de muchas maneras. Ante todo, aportándole el diagnóstico y la terapia que necesita, no la que el terapeuta decide en función de sesgos ideológicos. Además, teniendo conciencia de que propone objetivos terapéuticos, no los impone, y explicita los límites de su conocimiento; una cosa es promover el cambio de esquemas claramente rígidos y desajustados y otra es inductar en términos valóricos. Para respetar al paciente no es preciso suponer que sabemos lo mismo que él o que no sabemos nada; aunque nada lo sabemos con certeza, un terapeuta integrativo debería saber bastante más que sus pacientes, y debería saber cuando comienza a no saber. Fundamentalmente, el respeto por el paciente se expresa en un compromiso real del terapeuta con la terapia y en un aportar un enfoque de adecuada potencia, capaz de anular las diversas fuerzas de cambio en psicoterapia. No expresa mucho respeto por el paciente quien, por sesgos ideológicos sin evidencias suficientes, priva al paciente de un diagnóstico integral y de fuerzas de cambio que puede requerir con urgencia.

En el trabajo clínico, el modelo *privilegia la aplicación contextualizada de principios simples de potencia demostrada*, por sobre principios complejos de dudoso poder de cambio. Hacia lo complejo se podrá ir avanzando progresivamente, sobre la base de evidencias de calidad suficiente.

Lo anterior es particularmente válido en la aproximación al paradigma *inconsciente*. El awareness de los propios sentimientos, de los propios esquemas disfuncionales, de las propias conductas y de las relaciones con sus consecuencias, aparece como importante a la luz de las evidencias actuales. Respecto al cómo aproximarnos al inconsciente reprimido, una respuesta "up to date" sería un honesto "no sé". No existen hoy fundamentos suficientes como para aproximarnos con una mínima confianza al terreno de lo reprimido. Me parece mejor reconocer este hecho y avanzar todo lo posible en la aplicación de las fuerzas de cambio más estudiadas. Ello, en el entendido de procurar ir generando paulatinamente metodologías adecuadas para acceder al inconsciente reprimido, tal vez sobre la base de los existentes estudios acerca del yo y los mecanismos de defensa. Sin duda este constituye un punto débil del modelo integrativo en la práctica clínica, aunque la debilidad deriva del estado actual de la investigación en estos ámbitos.

No obstante los importantes aportes que puede implicar el modelo integrativo en la práctica clínica, ello *no garantiza en modo alguno que se pueda construir una muy eficiente psicoterapia*. La psicoterapia despliega su accionar en el espacio existente entre los determinantes biológicos estables y la macro-estructura social. Con alguna frecuencia, ese espacio es bastante pequeño. Aún así, lo probable es que el modelo integrativo permita aplicar cada vez en mejor forma múltiples fuerzas de cambio específicas, las que fuera del modelo suelen estar más aisladas o sub-utilizadas. Y ello hace probable un aumento en la fuerza de cambio de la psicoterapia. Es lo probable, pero habrá que demostrarlo(*).

De este modo, lo probable es que una terapia integrativa supere significativamente al dodo. Lo probable también es que, dadas las limitaciones que en algunos casos aportan biología y ambiente, nunca alcance en promedio resultados muy espectaculares en esos casos. Aún así, una psicoterapia integrativa puede constituir un aporte sustancial para la vida de la mayoría de los pacientes que trabajen dentro de sus marcos.

(* En CECIDEP hace algunos años hemos venido trabajando clínicamente sobre la base del modelo integrativo. La Ficha de Evaluación Clínica Integral es aplicada al diagnóstico desde hace 5 años. El juicio clínico del equipo es que una psicoterapia integrativa, potencia sustancialmente las fuerzas de cambio. Pero ello hay que demostrarlo más allá de nuestros "wishfull" y es en esa dirección que se encamina nuestra investigación.

c) El Modelo Integrativo: Alcances y Limitaciones

El aporte de un supra-paradigma, en la línea del modelo integrativo, puede abarcar múltiples niveles. Permite realmente integrar paradigmas y recoger datos valiosos provenientes de cada paradigma; permite también la investigación en sub-sistemas específicos con la posibilidad posterior de contextualizar los datos. Posibilita una potenciación de las fuerzas de cambio en psicoterapia.

El modelo no es "reduccionista simplificador" ni "reduccionista complejizador". En una perspectiva del tipo *los árboles y el bosque*, permite reconocer el rol de la causalidad asociativa, el de la significación y comprensión y el de la causalidad derivada de las fuerzas del sistema. Y reconoce esos roles porque esos roles corresponden a lo que acontece en la dinámica psicológica. Carece de sentido marginar lo simple, porque nos disminuye, o marginar lo complejo, porque no es abordable metodológicamente.

El modelo permite comprender mejor el problema de la *falta de leyes psicológicas*. Prácticamente no existen leyes del tipo "toda cognición negativa producirá un afecto disfórico". Y no existen, porque el sistema otorga significados en forma activa modificando el efecto, presenta diferentes resistencias y además tiende a ocultar los efectos de las fuerzas de cambio. Así, el modelo permite esclarecer que el clínico debe trabajar con *principios o leyes de influencia*, según los cuales sabe qué efecto *tiende* a producir si se realiza tal cosa. Y lo sabe, no a partir de los efectos que observa, sino del hecho que esos principios pueden estar demostrados en circunstancias más adecuadas para la investigación. Una comprensión de este punto, puede resultar aportativa para los psicoterapeutas. Ello puede a su vez motivar a ir delimitando cuáles principios están mejor respaldados y cuáles fuerzas de cambio se muestran como más solventes... aún cuando su efecto no se haga evidente de inmediato en el trabajo clínico.

El modelo puede favorecer un *pensamiento en términos integrativos*, con lo cual el clínico sesgará menos, al no sentirse presionado a favorecer un paradigma o un determinado estilo de aproximación clínica. Sobre la base del modelo integrativo, carece de importancia si se muestran más potentes, por ejemplo, las cogniciones o los afectos. Lo que sí pasa a importar, es el enriquecimiento de lo que se conoce respecto de las fuerzas de cambio en psicoterapia.

El modelo integrativo permite *anar fuerzas de cambio* e ir generando *acuerdos* entre los psicoterapeutas. Más aún si los conocimientos progresan, los contenidos del modelo se enriquecen y las fuerzas de cambio aumentan. Todo ello es esperable, pero está lejos de constituir una realidad actual.

En el ámbito de las *limitaciones*, el modelo las presenta en abundancia. Las evidencias que sirven de base al modelo son insuficientes. Se carece a su vez de evidencias acerca de lo que el modelo puede aportar en términos predictivos y a la potencia de la psicoterapia. Las aproximaciones al self y al inconsciente reprimido no son muy precisables aún. No existe una *psicoterapia integrativa* suficientemente especificada.

Al llegar al final de este análisis, percibo al modelo integrativo como un marco conceptual amplio, que abre opciones de acuerdos sobre una base conceptual poco sectaria. Constituye también, una invitación a la reflexión aún cuando no se esté de acuerdo con estos planteamientos. Más que otra nueva revolución aporta fundamentos para una buena evolución y una mejor integración.

Mahoney ha señalado que los sistemas nerviosos, especialmente los más complejos, rara vez eliminan las estructuras antiguas. Con la evolución, las habilidades nuevas comienzan a cabalgar sobre las antiguas. Tal vez haya en ello un principio de integración que nos esté mostrando un camino.

En el modelo integrativo, los reflejos emocionales, las asociaciones clásicas y los condicionamientos "periféricos", constituyen estructuras antiguas sobre las cuales cabalغان pensamientos y afectos más evolucionados. Un self informado, desarrollado, consciente e integrado, constituye hoy en día una especie de culminación evolutiva. Esta evolución integrativa tiene presencia en el modelo.

En el modelo tienen un espacio amplio e integrado los principales paradigmas de la psicoterapia. Cada uno puede ir mostrando sus reales aportes y comprobando su estatura a través de una metodología exigente. Ello posibilita el recoger el legado de nuestras "estructuras antiguas" e irlo enriqueciendo con los nuevos desarrollos. En este contexto riguroso, coherente e integrado, podemos ir recogiendo lo que fueron los mejores aportes de Freud, Pavlov, Jaspers, Skinner, Rogers, Schneider, Erickson, Jung, Bateson, Klein y tantos otros, que han dedicado su vida a la investigación y a la práctica de la psicoterapia. Nuestra misión de hoy no es trabajar contra ellos o sin ellos; nuestra misión es evaluar su aporte, decantarlo e integrarlo. Sobre la base de lo más valioso que nos han legado, podremos ir construyendo juntos una integración en psicoterapia.

REFERENCIAS

- Abeles G. *Researching the unsearchable: Experimentation on the double bind*. In C. E. Sluzki and D. C. Ranson (Eds.) *Double bind: The Foundation of the Communicational Approach to the Family*. New York: Grune and Stratton, 1976.
- Abse D. W., Wilkins M. M., Van de Castle R. L., Buxton W. D., Demars J. P., Brown R. S. and Kirschner L. G. *Personality and behavioral characteristics of lung cancer patients*. *J. Psychosom. Research*, 1974, 18, 101-113.
- Abramson L., Seligman M. W. P. y Teasdale J. D. *Learned Helplessness in humans: Critique and Reformulation*. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 87, Nº 1, 1978.
- Albersnagel F. *Velten and Musical Mood Induction*. *Behavior Research and Therapy*. Vol. 26 Nº 1, 1988.
- Altshuler K. *Will the Psychotherapies Yield Differential Results?* *American Journal of Psychotherapy*. Vol. KLIII Nº 3, 1989.
- Allen M. G. *Twin studies of affective illness*. *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33, 1476-1478.
- Angst J. *Sur atologie und nosologie endogenen depressiven psychosen*. *Monographs of Neurological Psychiatry*, 1966, 112, 1-118.
- Ardila R. *Psicología fisiológica*. México: Editorial Trillas S. A., 1979.
- Arkowitz H. *Introductory Statement: Psychotherapy Integration Comes of Age*. *Journal of Psychotherapy Integration*. Plenum Press. March, 1991.
- Asher J. *Born to be Shy? Psychology Today*. April, 1987.
- Ashoka Jahmavi P. *Biological Basis and Therapy of Neuroses*. CRC Press, 1989.
- Ayllon T. and Azrin N. H. *The measurement and reinforcement of behavior of psychotics*. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 1965, 8, 357-383.
- Babich F., Jacobson A. L., Bubash S. and Jacobson A. *Transfer of a response to naive rats by injection of binoucleic acid extracted from trained rats*. *Science*, 1965, 149, 656-657.
- Baker L. *The Paradox of Happiness*. *Psychology Today*. August, 1989.
- Bancroft J. H. J. *Aversion therapy for homosexuality*. *British Journal of Psychiatry*, 1969, 115, 1417-1431.
- Bandura A., Ross D. and Ross S. A. *Transmission of aggression through imitation of aggressive models*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1961, 67, 575-582.
- Bandura A. and Kupers C. J. *Transmission of patterns of self-reinforcement through modeling*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1964, 69, 1-9.
- Bandura A. and Rosenthal T. L. *Vicarious classical conditioning as a function of arousal level*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1966, 3, 54-62.
- Bandura A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- Bandura A. *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1973.
- Bandura A. y Walters R. H. *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Editorial S. A., 1974.
- Bateson G. *Some components of socialization for trance*. *Ethos*, 1975, 3, 143-156.
- Bandura A. *Self-reinforcement: Theoretical and methodological considerations*. *Behaviorism*, 1976, 4, 135-155.
- Bandura A. y Ribes Iñesta E. *Modificación de conducta: Análisis de la agresión y la delincuencia*. México: Editorial Trillas, 1977.
- Bandura A. *Self-Efficacy: Towards a Unifying Theory of Behavioral Change*. *Psychological Review*, Vol. 84, Nº 2, 1977.
- Bandura A. *Reflections on Self-Efficacy*. *Annual Review of Behavior Therapy and Practice*, Vol. 7, 1979.
- Bandura A. *Gauging the relationship between self-efficacy judgement and action*. *Cognitive Therapy and Research*, 1980, 4.
- Bandura A. *Self-Efficacy Mechanism in Human Agency*. *American Psychologist*, February, 1982.
- Bandura A. *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe S.A., 1982.
- Bandura A. *Temporal Dynamics and Decomposition of Reciprocal Determinism: A Reply to Phillips and Orton*. *Psychological Review*, Vol. 90, Nº 2, 1983.
- Bandura A. *Recycling misconceptions of perceived self-efficacy*. *Cognitive Therapy and Research*, 1984, 8, 231-255.
- Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action*. Prentice-Hall, 1986.
- Barlow D. *Anxiety and its Disorders*. The Guilford Press, 1988.
- Bateson G. *Steps to an Ecology of Mind*. New York. Ballantine Books, 1972.
- Bateson G. *Some Components of Socialization for trance*. *Ethos*. 3. 1975.
- Bateson G. *Mind and Nature*. New York. E. P. Duhon, 1979.
- Beck A. T. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, International Universities Press, Inc. 1976.
- Beck A. T., Rush A., Shaw B. y Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York, The Guilford Press, 1979.
- Beck A. T. *La Terapia Cognoscitiva: su naturaleza y su relación con la terapia comportamental*. En *Terapia del Comportamiento*, editado por Rubén Ardila, Desclée de Brower, 1980.
- Beck A., Emery G., Greenberg R. L. *Anxiety Disorders and Phobias*. *Basic Books*, 1985.
- Bedrosian R. C. *Cognitive Therapy in the family system*. In A. Freeman, *Cognitive Therapy with couples and group*. New York: Plenum Press, 1983.
- Beitman B., Goldfried M., y Norcross J. *The Movement Toward Integrating The Psychotherapies: An Overview*. *Am J. Psychiatry* 146: 2 February, 1989.
- Berardo F. M. *Decade review: Some trends and directions for family research and theory in the 1980s*. *Journal of Marriage and the Family*, 1980, November.

- Bergin A., Lambert M. *The evaluation of Therapeutic Outcome*. En Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Garfield y Bergin, John Wiley and Sons, 1978.
- Bergson H. *Ensayo sobre los datos inmediatos de la conciencia*. En Obras Escogidas. México, Aguilar, 1959.
- Bernales S., Biedermann N. *Aproximaciones al Manejo Clínico de los Afectos en Teoría General de Sistemas*. En los Afectos en la Práctica Clínica. Roberto Opazo, Editor. Editorial Universitaria, 1988.
- Bernheim K. F. and Lewine R. R. J. *Schizophrenia: Symptoms, causes, treatment*. New York: W. W. Norton, 1979.
- Bertalanffy L. *General systems theory: A critical review*. *General Systems*, 1962.
- Blany P. H. *The effectiveness of Cognitive and Behavioral Therapies in Behavior Therapy for Depression*, edited by Lynn Rehm. New York, Academic Press, 1981.
- Blum G. S. and Barbour J. S. *Selective inattention to anxiety-linked stimuli*. *Journal of Experimental Psychology: General*, 1979, 108, 182-224.
- Boetsch J. *Condicionamiento Clásico y Respuesta de Miedo*. *Terapia Psicológica*, 1983, 2, 62-66.
- Boetsch J. *Psicoterapia rogeriana*. *Terapia Psicológica*, 1984, 4, 44-54.
- Bogdan J. *Epistemología as a Semantic Pollutant*. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 13, Nº 1, 1987.
- Bohman J. *Some genetic aspects of alcoholism in asid criminality. A population of adoptive*. *Archiv. Gen. Psychiatry*, 1978, 35, 269-276.
- Borhr N. *Physique Atomique et Connaissance Humaine*. Gauthier-Villars, 1987.
- Boszormenyi-Nagy I. y Framo J. L. *Terapia familiar intensiva*. México: Editorial Trillas, 1976.
- Boszormenyi-Nagy I. *Foundation of Contextual Therapy*. Brunner/Mazel, 1987.
- Boszormenyi-Nagy I. *Terapia Contextual y la Unidad de las Psicoterapias*. Material Bibliográfico. Centro Científico de Desarrollo Psicológico. CECIDEP. Marzo, 1991.
- Bowers K.S. *Hypnotic behavior: the differentiation of trance and demand characteristic variables*. *Journal of Abnormal Psychology*, 1966, 71, 42-51.
- Bower T. G. R. *Stant perception and shape constancy in infants*. *Science*, 1966, 151, 832-834.
- Bower G. H. *Mood and memory*. *American Psychologist*, 1981, 36, 129-148.
- Breger L. y Mc Gaugh J. *Críticas y nuevas formulaciones de los enfoques de la psicoterapia y de la neurosis de la Teoría del Aprendizaje*. En Theodore Millon (ed.), *Psicopatología y Personalidad*. México: Interamericana, S.A., 1974.
- Braun H. W. and Geiselsart R. *Age differences in the acquisition and extinction of the conditioned eyelid response*. *Journal Experimental Psychology*, 1959, 57, 386-388.
- Bregman E. *An attempt to modify the emotional attitudes of infants by the conditioned response technique*. *Journal of Genetic Psychology*, 1934, 45, 169-196.
- Brewin Ch. y Harris J. *Induced Mood and Causal Attributions: Further Evidence*. *Cognitive Therapy and Research* Vol. 9, 1985.
- Brewin Ch. *Procesos de Cambio Cognitivo en Psicoterapia*. *Psychological Review*, 1988.
- Brewin Ch. *Cognitive Change Processes in Psychotherapy*. *Psychological Review*. Vol 96, 1989.
- Bromiley R.B. *Conditioned responses in a dog after removal of neocortex*. *J. Comp. Psychol.*, 1948, 41, 101-110.
- Brown G. y Beck A. *The Role of Imperatives in Psychopathology: A Reply to Ellis*. *Cognitive Therapy and Research*. Vol 13, Nº 4, 1989.
- Buck R. *Prime Theory: an integrated view of motivation and emotion*. *Psychological Review*. Vol 92, 1985.
- Bunge M. *Causalidd*. Eudeba, 1965.
- Bunge M. *Epistemología*. Ariel, 1985.
- Burns D. D. *Feeling good*. New York: Morrow, 1980.
- Byrne D. *Interpersonal attraction and attitude similarity*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1961, 62, 713-715.
- Byrne D. *The repression-sensitization scale: Rationale, reliability and validity*. *Journal of Personality*, 1961, 29, 334-349.
- Byrne D. *Repression-sensitization as a dimension of personality*. In B. A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research*. New York: Academic Press, 1964.
- Byrne D. *Attitudes and attraction*. In L. Berkowitz (dir.), *Advances in experimental social psychology*, vol. r. New York: Academic Press, 1969.
- Cadoret R. J., Cain C. A. and Grove W. N. *Development of alcoholism in adoptive raised apart from alcoholic biologic relatives*. *Archiv. Gen. Psychiatry*, 1980, 37, 561-563.
- Campbell D., Sanderson R.E. y Laverty S.G. *Characteristics of a conditioned response in human subjects during extinction trials following a single traumatic conditioning trial*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1964, 68, 627-639.
- Cantor N. y Kihlstrom J. *Cognitive and Social Process in personality in Contemporary Behavior Therapy*, edited by G. Terence Wilson and Cyril M. Franks, New York, The Guilford Press, 1982.
- Car E. G., Newsom C. D. and Binkoff G. A. *Escape as a factor in the aggressive behavior of two retarded children*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1980, 13, 101-117.
- Caspary Ribeiro G. H. *A multidimensional model of personality*. *Journal of Clinical Psychology*, 1981, 37, 336-341.
- Caudill B. D. and Marlatt G. A. *Modeling influences in social drinking: An experimental analogue*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1975, 43, 405-415.

- Caudill B. D. and Lipscombe T. R. *Modeling influences on alcoholics' rates of alcohol consumption*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1980, 13, 355-365.
- Charcot J. M. *Lecons du Mardi*. Delahaye et Lecrosnier (Ed.), París, 1889.
- Chartier G. y Ranieri D. *Comparison of Two Mood Induction Procedures*. *Cognitive Therapy and Research*. Vol 13, Nº 3, 1989.
- Christiansen K. L. *Crime in a Danish twin population*. *Acta Genet. Med. Gemellologiae*, 1970, 19, 323-326.
- Cicerone K. D. and Lazer R. M. *Effects of frontal lobe lesions on hypothesis sampling during concept formation*. *Neuropsychologia*, 1983, 21, 513-524.
- Cochran W. *Técnicas de muestreo*. Traducido del inglés. México, 1974.
- Cock N. D. *Callosal Inhibition: The key to the brain code*. *Behavioral Science*, 1984, 29, 98-110.
- Coloma J. *Sobre el Carácter Científico del Psicoanálisis*. *Terapia Psicológica*. Año VIII, Nº 11, 1989.
- Colotla V. *Implicaciones de la Farmacología Conductual en el campo profesional del psicólogo*. En E. Rives Iñesta, C. Fernández, M. Rueda, M. Talento y F. López (ed.), *Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología: Un modelo integral México*: Editorial Trillas, S. A., 1980.
- Coppen A. *The biochemistry of affective disorders*. *British Journal of Psychiatry*, 1967, 113, 1237-1264.
- Craighead, Edward. *Issues Resulting from Treatment Studies*. En Behavior Therapy for Depression, edited by Lynn Rehm. New York, Academic Press, 1981.
- Craighead E., Kazdin A. y Mahoney M. *Behavior Modification: principles issues and applications*. Houghton Mifflin Company, 1981.
- Craighead E. *Terapia conductual en depresión unipolar*. *Terapia Psicológica*, 1983, 2, 7-11.
- Critts-Christoph, Paul y Mintz J. *Implications of Therapist Effects for the Design and Analysis of Comparative Studies in Psychotherapies*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 59, February, 1991.
- Daniels D. y Plomin R. *Differential Experience of Siblings in the Same Family*. *Developmental Psychology*. Vol 21, Nº 5, 1985.
- Davey Graham. *UCS Reevaluation and Conditioning Models of Acquired Fears*. *Beh. Res. Ther.* Vol 27, Nº 5, 1989.
- Davison G. C. y Neale J.M. *Psicología de la conducta anormal: enfoque clínico experimental*. México: Editorial Limusa, S. A., 1980.
- Dell P. *Beyond Homeostasis: Toward a Concept of Coherence*. *Fam. Proc.* 21, 1982.
- Dember W. N. *Motivation and the cognitive revolution*. *American Psychologist*, 1974, March, 161-168.
- DeRicco D. A. and Niemann J. E. *In vivo effects of peer modeling on drinking rate*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1980, 13, 149-152.
- Dobson K. *A Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 57, Nº 3, 1989.
- Dryden W. *Ecclectic psychotherapies: A Critique of leading approaches*. Brunner/Mazel, 1986.
- Dulany D. E. *Awareness, rules, and propositional control: A confrontation with S-R behavior theory*. In T. R. Dixon and D. L. Horton (eds.), *Verbal behavior and general behavior theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall, 1968, Oages 340-387.
- Eaves L., Eysenck H., Martin N. *Genes, Culture and Personality*. Academic Press, 1989.
- Eich J. E. *State-dependent retrieval of information in human episodic memory*. In I. M. Birnbaum and E. S. Parker (Eds.), *Alcohol and human memory*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1977.
- Eifert G., Craill L. Carey E. y O'Connor Ch. *Affect Modification Through evaluative conditioning with music*. *Behav. Res. Ther.* Vol 26, 1988.
- Elkin I. et al. *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*. *Arch Gen. Psychiatry*. Vol. 46, November, 1989.
- Elkin I. *Varieties of Psychotherapy Integration Research*. *Journal of Psychotherapy Integration*. Vol. 1, Nº 1, 1991.
- Einstein A. *Sobre la Teoría de la Relatividad*. España: Altamira, 1983.
- Einstein A. *Sobre la teoría de la relatividad*. Madrid: Sarpe, 1983 (publicación original: Amsterdam, 1934).
- Ellenberger H. F. *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic Books, 1970.
- Ellis A. *Psicoterapia racional*. In T. Millon (ed.), *Psicopatología y personalidad*. México: Interamericana, 1974, (edición original: 1958).
- Ellis, Albert. *The Basic Clinical Theory of Rational-Emotive Therapy*. En Handbook, of Rational-Emotive Therapy, edited by Albert Ellis y Russell Grieger, New York, Springer Publishing Company, Inc., 1977.
- Ellis A. *A reappraisal of Rational-Emotive Therapy's Theoretical Foundations and Therapeutic Methods: A Reply to Eschenroeder*. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. y, Nº 4, 1982.
- Emmelkamp P., Kuipers A. and Eggerat P. *Cognitive modification versus prolonged exposure in vivo: A comparison with agoraphobics as subjects*. *Behaviour Research and Therapy*, 1978, 15.
- English H. *Three cases of "conditioned fear response"*. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 1929, 34, 221-225.
- Erdelyi M. H. *A new look at the New Look: Perceptual defense and vigilance*. *Psychological Review*, 1974, 81, 1-25.
- Ey Henry. E. *Inconsciente (Calequío de Bonneval)*. Siglo XXI Editores, 1970.
- Eysenck H. J. and Eysenck S. B. G. *Manual for the Eysenck Personality Inventory*. London: Univ. Press, 1964.
- Eysenck H. J. *Experiments in behavior therapy*. London: Pergamon, 1964.

- Eysenck H. J. and Rachman S. *The causes and cures of neurosis*. London: Routledge and Kegan Paul, 1964.
- Eysenck H. J. *A theory of the incubation of anxiety/fear responses*. Behavior Research and Therapy, 1968, Vol. 6.
- Eysenck H. J. *Teoría del aprendizaje y terapéutica de la conducta*. En T. Millon, Psicopatología y personalidad. México, Editorial Interamericana, 1974.
- Eysenck H. S. and Eysenck S. B. B.. *Eysenck personality questionnaire*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service, 1975-1976.
- Eysenck H. J. *Fundamentos Biológicos de la Personalidad*. Barcelona, Editorial Fontanella S. A., 1978.
- Eysenck H. J. y Wilson G. D. *Texto de Psicología Humana*. Editorial El Manual Moderno, 1980.
- Eysenck H. J. *Neobehavioristic (S-R) Theory*. In G. T. Wilson and C. M. Franks (Eds.) Contemporary Behavior Therapy: Conceptual and empirical foundations. New York: Guilford Press, 1982.
- Fee A. et al. *Testing and counseling psychologists*. Journal of Personality Assessment. 46, 1982.
- Feifel H. and Eells J. *Patients and Therapists assess the same psychotherapy*. Journal of Consulting Psychology, 1963, 27, 310-318.
- Fenichel Otto. *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Editorial Paidós, 1964.
- Festinger L. M. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press, 1962.
- Flanagan B., Goldiamond I. y Azrin N. H. *Instatement of stuttering in normally fluent individuals through operant procedures*. Science, 1959, 130, 979-981.
- Franks C. y Wilson G. T. *Cognitive Restructuring*. Annual Review of Behavior Therapy, 1979.
- Frank J. *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins, 1973.
- Frank J. *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (Rev. ed.). Baltimore: John Hopkins University Press, 1974. (Originally published, 1961).
- Freedman J. L. *Attitudinal effects to inadequate justification*. Journal of Personality, 1963, 31, 371-385.
- Freedman J. L. *Long-term behavioral effects of cognitive dissonance*. Journal of Experimental Social Psychology, 1965, 1, 145-155.
- Freud S. *Obras Completas*. Vols. I y II. Madrid, Editorial Biblioteca Nueva Madrid, 1948.
- Friedman A. S. *Minimal effect of severe depression on cognitive functioning*. Journal of Abnormal Social Psychology, 1964, 69, 237-243.
- Fulker D. W. *The genetic and environmental architecture of psychoticism, extraversion and neuroticism*. In H. J. Eysenck (Ed.), A model for personality. New York: Springer, 1980.
- Fuller P. R. *Operant conditioning of a vegetative human organism*. American Journal of Psychology, 1949, 62, 587-590.
- Gallardo J. *Acerca de la Realidad. Correo de Psicoterapia y Salud Mental*. Nº 7, 1991.
- Garfield S. L. y Kurtz R. *Clinical psychologists in the 1970s*. American Psychologist, 1976.
- Garfield S. C., Kurtz R. *A study of eclectic views*. J. Consult Clin Psychol, 1987; 45: 78-83.
- Geschwind B. *The apraxias: Neural mechanisms of disorders of learned movement*. American Scientist, 1975, 63, 188-195.
- Geschwind N. *Especializaciones del cerebro humano*. En Investigación y Ciencia (ed.), El Cerebro. Noviembre, 1979.
- Gillan P. and Rachman S. *An experimental investigation of desensitization in phobic patients*. British Journal of Psychiatry, 1974, 124.
- Goodwin D. W., Schulsinger F., Hermansen F., Goze S. B. and Winocour G. *Alcohol Problems in adoptive raised apart from alcoholic biological parents*. Archiv. Gen. Psychiatry, 1978, 28, 238-243.
- Goodwin W. B., Geller J. D. and Quinlan D. M. *Clinical responses of A and B practising psychotherapist and neurotic patient prototypes*. British Journal of Medical Psychology, 1979, 52, 17-27.
- Goldfried M. *Some Views on Effective Principles of Psychotherapy*. Cognitive Therapy and Research. Vol 4. 1980.
- Goldfried M. *Converging Themes in Psychotherapy*. New York, Springer, 1982.
- Goldfried M., Greenberg L. y Marmar C. *Individual Psychotherapy: Process and outcome*. Annu. Rev. Psychol. 41. 1990.
- Goldfried M.. *Research Issues in Psychotherapy Integration*. Journal of Psychotherapy Integration. Vol 1 Nº 1. 1991.
- Gordon D. K. *The role and stimulus generalization in the development of complex phobias*. Behavior Research and Therapy, in press.
- Gorman Ch. *Sizing Up the Sexes*. Time, January, 1992.
- Gottesman I. and Schields J. *Schizophrenia and genetics*. Nueva York: Academic Press, 1972.
- Greenberg I., Safran J. *Integrating affect and cognition: a perspective on the process of therapeutic change*. Cognitive Therapy and Research, 1984.
- Greenberg L. y Safran J. *Affective Change Events in Psychotherapy*. New York. Academic Press. 1989.
- Greenberg L. y Safran J. *Emotion in Psychotherapy*. American Psychologist. January. 1989.
- Greenspoon J. *The effect of verbal and nonverbal stimuli on the frequency of members of two verbal response classes*. Unpublished Ph. D. dissertation, Indiana University, 1951.
- Grünbaum A. *The Foundations of Psychoanalysis: A Philosophical Critique*. University of California Press, 1984.
- Grünbaum A. *Précis of the Foundations of Psychoanalysis: A Philosophical Critique. The Behavioral and Brain Sciences*. 9. 1986.
- Gurman A. S. y Kniskern D. P. *Handbook of Family Therapy*. Brunner/Mazel. 1981.
- Guidano V. *Complexity of the Self*. The Guilford Press, 1987.
- Guidano V. y Liotti G. *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. The Guilford Press, 1983.
- Hallan R., Rachman S. and Falkowski W. *Subjective attitudinal and physiological effects of electrical aversion therapy*. Behavior Research and Therapy, 1972, 10, 1-13.

- Hamilton E. W. and Abramson L. Y. *Cognitive patterns and major depressive disorder: A longitudinal study in a hospital setting*. Journal of Abnormal Psychology, 1983, 92, 173-184.
- Harris F. R., Wolf M. M. and Baer D. M. *Effects of social reinforcement of child behavior*. Young Children, 1964, 20, 8-17.
- Harcum E. *Commitment to Collaboration as a Prerequisite for Existential Commonality in Psychotherapy*. Psychotherapy, Vol 26. Nº 2. 1989.
- Haughton E. and Ayllon T. *Production and elimination of symptomatic behavior*. In L. P. Ullmann and L. Krasner (eds.), Case studies in behavior modification. New York: Holt, 1965. Pages 268-284.
- Hawking S. *Historia del Tiempo*. Editorial Crítica, 1988.
- Hayek F. K. *St. dies in philosophy, politics and economics*. University of Chicago Press, 1967.
- Hayes-Roth B. *Evolution of cognitive structures and processes*. Psychological Review, 1977, 84, 260-278.
- Heilman K. M. and Valenstein E. *Emotional disorders caused by CNS dysfunction*. Geriatrics, 1980, January, 77-86.
- Heid B. y Pols E. *Dell on Maturana: A real foundation for family therapy?* Psychotherapy Vol. 24, November, 1987.
- Herink R. *The Psychotherapy Handbook*. New American Library, New York, 1980.
- Hollon S. D. and Beck A. T. *Cognitive therapy for depression*. In P. C. Kendall and S. D. Hollon (eds.), Cognitive-behavioral interventions. New York: Academic Press, 1979.
- Horowitz M. *Intrusive and repetitive thoughts after stress*. Archives of General Psychiatry, 1975, 32, 1457-1463.
- Hoyle R. *Evaluating Measurement Models in Clinical Research*. Journal of Consulting Clinical Psychology. Vol. 59. February, 1991.
- Husserl E. *Ideas: General Introduction to Pure Phenomenology*. London, 1931.
- Hyden H. In H. Waelisch (ed.), *Biochemistry of the developing nervous system*, New York: Academic Press, 1955.
- Ingram R. *Attentional Nonspecificity in Depressive and Generalized Anxious Affective States*. Cognitive Therapy and Research. Vol 14. Nº 1. 1990.
- Ingram R. *Information Processing and Feedback*. Cognitive Therapy Research. Vol 8. 1984.
- Ilsen A. M., Shalke T. E., Clark M. and Karp L. *Affect accessibility of material in memory, and behavior: A cognitive loop?* Journal of Personality and Social Psychology, 1978, 36, 1-12.
- Jackson D. *Etiología de la esquizofrenia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1974.
- Jacob T. *Family interaction in disturbed and normal families: A methodological and substantive review*. Psychological Bulletin, 1975, 82, 33-65.
- Jacobson N. et al. *Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance*. Behavior Therapy 15. 1984.
- Jacobson N. y Truax P. *Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. February, 1991.
- Jaspers K. *General Psychopathology*. University of Chicago Press. 1963.
- Johnson P. *Tiempos Modernos*. Javier Vergara Editor, 1988.
- Kagan K., Reznick J. y Snidman N. *Biological Bases of Childhood Shyness*. Science. April. 1988.
- Kalawski A. *Psicoterapia*. Revista Terapia Psicológica Nº 8. 1987.
- Kanfer F. y Phillips J. *Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento*, México, Editorial Trillas, 1980.
- Kant I. *Critique of Pure Reason*. Martin's Press. 1965.
- Kaplan B. J. *Malnutrition and mental deficiency*. Psychological Bulletin, 1972, 78, 321-334.
- Karasú T. B. *The specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying therapeutic change agents*. Am. J. Psychiatry 1986; 143: 687-695.
- Kaufman A., Baron A. and Kopp R. E. *Some effects of instructions on human operant behavior*. Psychological Monograph Supplements, 1966, 1, 243-250.
- Kavanagh D. y Bower G. *Mood and Self-Efficacy: Impact of Joy and Sadness on Perceived Capabilities*. Cognitive Therapy and Research. Vol 9. 1985.
- Kazdin A. E. et al. *Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 57. 1989.
- Kazdin A. E. *Recent advance in token economy research*. In M. Hersen, R. M. Eisler, and P. M. Miller (eds.), Progress in behavior modification. New York: Academic Press, 1975.
- Kazdin A. E. *Covert modeling, imaginary assessment, and assertive behavior*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1975, 43, 716-724.
- Kazdin A. y Wilson G. T. *Evaluation of Behavior Therapy: issues, evidence and research strategies*. Ballinger, 1978.
- Kazdin A. E. and Smith G. A. *Covert conditioning: A review and evaluation*. Advances in Behavior Research and Therapy, 1979, 2, 57-98.
- Kainen G., Almagor Moshe y Ben-Porath Y. *A reevaluation of the relationship between psychotherapy orientation and perceived personality characteristics*. Psychotherapy. Vol 26. Nº 2. 1989.
- Kelley H. and Stahelski A. *Errors in perception of intentions in a mixed-motive game*. Journal of Experimental Social Psychology, 1970, 6, 370-400.
- Kendall P. C. y Hollon S. D. *Cognitive-Behavioral Interventions*. Theory, Research and Procedures. New York, Academic Press, 1979.
- Kendall P., Pious S. and Kratochwill T. *Science and behavior therapy: a survey of research in the 1970's*. Behavior Research and Therapy, 1981, 19.

- Kendall P. *Cognitive Processes and Procedures in Behavior Therapy*. In Annual Review of Behavior Therapy. Vol. 9. G. Terence Wilson, Cyril M. Franks, Kelly D. Brownell, Philip C. Kendall. The Guilford Press, 1984.
- Kendall P. y Lipman A. *Psychological and Pharmacological Therapy*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 59. February, 1991.
- Kennedy R. E. and Craighead W. E. *Recall of positive and negative feedback by depressed and non-depressed anxious university students*. Unpublishing Manuscript, Pennsylvania State University, 1982.
- Kety S. S., Rosenthal D., Wender P. H. and Schulsinger F. *The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics*. In D. Rosenthal and S. S. Kety (Eds.), *The Transmission of Schizophrenia*, Oxford: Pergamon Press, 1968.
- Kety S. S. *From rationalization to reason*. American Journal of Psychiatry, 1974, 131, 957-963.
- Kety S. S. *Enfermedades cerebrales*. En Investigación y Ciencia (ed.), *El cerebro*. Noviembre, 1979.
- Kiesler D. y Watkins L. *Interpersonal Complementary and the Therapeutic Alliance*. Psychotherapy. Vol. 26. Nº 2. 1989.
- Kihlstrom J. F. and Evans F. J. *Memory retrieval processes during posthypnotic amnesia*. In J. F. Kihlstrom and F. J. Evans (eds.), *Functional disorders of memory*. Hillsdale N. J.: Erlbaum, 1979.
- Kihlstrom J. F. *On personality and memory*. In N. Cantor and J. F. Kihlstrom (eds.), *Personality, cognition, and social interaction*. Hillsdale N. J.: Erlbaum, 1981.
- Kimura D. *Sex Hormones Boost or Cut Intellectual Ability*. Psychology Today. November, 1989.
- King P. *The Chemistry of Doubt*. Psychology today. October, 1989.
- Kissen D. M. *Personality characteristics in males conductive to lung cancer*. British Journal Med. Psychol., 1963, 36, 27-36.
- Klerman G. *The Psychiatric Patient's Right to Effective Treatment: Implications of Osheroff V. Chesnut Lodge*. Am. J. of Psychiatry 147: 4. April, 1990.
- Klimovsky G. et al. *Opiniones sobre la Psicología*. Ediciones ADIP. 1986.
- Kolodny R. C., Masters W. H., Hendryx J. and Toro G. *Plasma testosterone and the semen analysis in male homosexuals*. New England Journal of Medicine, 1971, 285, 1170-1174.
- Kolevzon M., Green R. y Fortune A. *Evaluating Family Therapy: Divergent Methods, Divergent Findings*. Journal of Marital and Family Therapy. July 1988.
- Kostandov E. and Arzumanov Y. *Averaged cortical evoked potentials to recognized and non-recognized verbal stimuli*. Acta Neurobiologiae Experimentalis, 1977, 37, 311-324.
- Krasnogorski N. I. *The conditioned reflexes and children's neuroses*. American Journal of Diseases of Children, 1925, 30, 753-768.
- Krech D., Crutchfield R. S. y Livson N. *Elementos de Psicología*. Madrid: Editorial Gredos, 1973.
- Kuhn T. S. *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press, 1962.
- Kuhn T. S. *The structure of Scientific Revolutions*, 2nd ed. Chicago. University of Chicago Press. 1970.
- Lafferty P., Beutler L. y Crago M. *Differences Between More and Less Effective Psychotherapist*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 57, Nº 1. 1989.
- Lang P. J., Melamed B. G. and Hart K. J. *A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure*. Journal of Abnormal Psychology, 1970, 76, 220-234.
- Lazarus A. A. *Multimodal Behavior Therapy*. New York, Springer Publishing Company, Inc., 1976.
- Lazarus A. A. *Terapia Conductista: técnicas y perspectivas*. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1980.
- Lazarus A. A. *The Practice of Multimodal Therapy*. New York, Mc Graw-Hill Book, Company, 1981.
- Lazarus R. S. *Thoughts on the relations between emotion and cognition*. American Psychologist, 1982, 37, 1019-1024.
- Leavitt H. *Senderos Corporativos*. ECSA, 1988.
- Leboyher M. et Plaisant O. *Dépression serotoninergique-Hypothese ou réalité?* L'Encéphale, 1983, IX, 317-330.
- Lefkowitz M. M., Eron L. D., Walder L. O., and Huesman L. R. *Television violence and child aggression: A follow-up study*. In G. A. Comstock and E. A. Rubinstain (eds.), *Television and social behavior*, Vol. 3: Television and adolescent aggressiveness. Washington, D. C.: GPO, 1972.
- Lersh P. *La Estructura de la Personalidad*. Editorial Scientia. 1962.
- LeVay S. *A difference in Hypothalamic Structure Between Heterosexual and Homosexual*. Men. Science. Vol. 253. August, 1991.
- Levinger G. y Clark K. J. *Factores emocionales en el olvido de asociaciones de palabras*. En H. J. Eysenck y G. D. Wilson. *El estudio experimental de las teorías freudianas*. Madrid: Editorial Alianza Universidad, 1980.
- Lewinsohn P. M. and Shaffer M. *Use of home observations as an integral part of the treatment of depression: Preliminary report and case studies*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1971, 37, 87-94.
- Lewinsohn P. M. y Lee Wand M. L. *Assessment of Affective Disorders*. En Behavioral Assessment of Adult Disorders, edited by David H. Barlow. New York, The Guilford Press, 1981.
- Lewinsohn P. M. y Aronad M. *Behavioral Treatment of Depression: A social Learning Approach*. En Depression: Behavioral and Directive Intervention Strategies, edited by John F. Clarkin y Howard I. Glazer. New York Garland STPM Press, 1981.
- Lewinsohn P. M., Larson D. W. y Muñoz R. F. *The Measurement of Expectancies and Other Cognitions in Depressed Individuals*. Cognitive Therapy and Research. Vol. 6 No 4, 1982.
- Libet J. M. and Lewinsohn P. M. *Concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1973, 40, 304-312.

- Loehlin J. *Partitioning Environmental and Genetic Contributions to Behavioral Development*. American Psychologist. October, 1989.
- London P. *The end of ideology in behavior modification*. American Psychologist, 1972, 27, 913-920.
- Long P. *Laugh and Be Well? Psychology Today*, October, 1987.
- López A. y Parada A. *Texto guía para un curso introductorio de psicología de la comunicación*. Tesis de Licenciatura, Escuela de Psicología, Universidad Católica de Chile, 1982.
- Loraine J. A., Adamopoulos D. A., Kirkham E. E., Ismail A. A. and Dove G. A. *Patterns of hormone excretion in male and female homosexuals*. Nature, 1971, 234, 552-555.
- Luborsky L., Singer B., Luborsky C. *Comparative Studies of Psychotherapies: is it true that "everybody has won and all must have prizes"?* Arch Gen Psychiatry. 32: 995-1008. 1975.
- Luparello T. J., Mc Fadden E. R., Lyons H. A. and Bleecker E. R. *Psychological factors in bronchial asthma*. New York State Journal of Medicine, 1971, 71, 2161-2165.
- Luxenberg J. et al. *Neuroanatomical Abnormalities in Obsessive-Compulsive Disorder*. Am. J. Psychiatry. September, 1988.
- Mackintosh J. *The psychology of animal learning*. New York: Academic Press, 1974.
- Madigan R. y Bollenbach A. *The Effects of Induced Mood on Irrational Thoughts and Views of the World*. Cognitive Therapy and Research. Vol. 10. Nº 5. 1986.
- Mahoney M. J. *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974.
- Mahoney M. J. *Personal Science: A cognitive Learning Therapy*. En Handbook of Rational-Emotive Therapy, edited by Albert Ellis y Russell Grieger. New York, Springer Publishing Company, Inc., 1977.
- Mahoney M. and Arnkoff D. *Cognitive and Self-Control Therapies*. Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change. John Wiley and Sons, 1978.
- Mahoney M. J. *Psychotherapy and the structure of personal revolutions*. In M. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy Process*. New York: Plenum, 1980.
- Mahoney M. *Cognición y Modificación de la Conducta*. México: Editorial Trillas, 1983.
- Mahoney M. *Cognition, Consciousness and Processes of Personal Change*. In Advances in Clinical Behavior Therapy. Kenneth D. Craig, and Robert J. Mc Mahon, Brunner/Mazel, New York, 1983.
- Mahoney M. *Integrating Cognition, Affect and Action: A Comment*. Cognitive Therapy and Research. Vol. 8. 1984.
- Mahoney M. *Representations of Self in Cognitive Psychotherapies*. Cognitive Therapy and Research, Vol. 14, Nº 2. 1990.
- Maichembaum D. y Gilmore J. B. *La naturaleza de los procesos inconscientes: Una perspectiva cognitivo-conductual*. Terapia Psicológica, 1984, 4, 7-22.
- Marchetti A. M. *Modelo del Desempeño Aprendido: Aportes teóricos y clínicos a la depresión*. Terapia Psicológica. Año 2, Nº 3, 1983.
- Marchetti A. M. *La Re-estructuración Afectiva en la Práctica Clínica*. En *Los Afectos en la Práctica Clínica*. Roberto Opazo, Editor. Editorial Universitaria. 1988.
- Marks I. M. and Gelder M. G. *Transvestism and fetishism: Clinical and psychological changes during faradic aversion*. British Journal of Psychiatry, 1967, 113, 711-729.
- Markus H. *Self-schemata and processing information about the self*. Journal of Personality and Social Psychology, 1977, 35, 63-78.
- Markus H. y Kitayama S. *Culture and the Self: Implications for Cognition, Emotion and Motivation*. Psychological Review. Vol. 98. 1991.
- Martatt G. A., Demming B. and Reid J. B. *Loss of control drinking in alcoholics: An experimental analogue*. Journal of Abnormal Psychology, 1973, 81, 133-241.
- Marshall W. L. *A model of dysfunctional Behavior*. In A. Bellack, M. Hersen and A. Kazdin (Eds.), New York: Plenum Press, 1982.
- Marston A. R. *Determinants of the effects of vicarious reinforcement*. Journal of Experimental Psychology, 1966, 71, 550-558.
- Martin G. and Pear J. *Behavior modification: What it is and how to do it*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, 1983.
- Marzillier I. *Cognitive Therapy and Behavioural Practice*. Behaviour Research and Therapy. Vol. 18, No 4, 1980.
- Martin M., Williams R. y Clark D. *Does Anxiety Lead to Selective Processing of Threat-related information?* Behav. Res. Ther. Vol 29. 1991.
- Masson J. *Juicio a la Psicoterapia*. Cuatro Vientos. 1991.
- Masters J. and Santrok J. *Studies in self-regulation of behavior: Effects of contingent cognitive and affective events*. Developmental Psychology, 1976, 12, 334-348.
- Matarazzo R. *Research on the teaching and learning of psychotherapeutic skills*. In A. Bergin and S. Gardfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavioral change*. New York: Wiley, 1971.
- Matarazzo J. D. *Wechsler's measurement and appraisal of adult intelligence*. 3rd. ed. Baltimore, Md.: Williams and Wilkins, 1972.
- Matheny A. *Developmental Research of Twins Temperament*. Louisville Twin Study. University of Louisville. 1987.
- Maturana H. y Varela F. *El Arbol del Conocimiento*. Editorial Universitaria. 1984.
- Maturana H. *Fenomenología del Conocer. En Del Universo al Multiverso*. Ediciones Edith Contreras. 1985.
- Maturana H. *Biología de la Cognición y Epistemología*. Ediciones Universidad de La Frontera. 1990.

- McConnell J. V. and Blak R. R. *A methodological study of tape-recorded synthetic group atmospheres*. American Psychologist, 1953, 8, 395.
- Mc Cord J. A. *A thirty year follow-up of treatment effects*. American Psychologist, 1978, 33, 284-289.
- Mc Ginnies E. *Emotionality and perceptual defense*. Psychological Review, 1949, 56, 244-251.
- McKean K. *The Brain*. Discover, February, 1985.
- Mees H. L. *Sadistic fantasies modified by aversive conditioning and substitution*. Behavior Research and Therapy, 1966, 4, 317-320.
- Meichenbaum D. *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press, 1977.
- Mendel J. and Frazer A. *Brain biogenic amine depletion and mood*. Archives of General Psychiatry, 1974, 30, 447-451.
- Merckelbach H., Ruiter C., Vanden Hout M. y Hoekstra R. *Conditioning Experiences and Phobias*. Behavior Research and Therapy, Vol 27, Nº 6, 1989.
- Michelson L. y Marchione, K. *Behavioral, Cognitive and Pharmacological Treatments of Panic Disorder With Agoraphobia: Critique and Synthesis*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 59, 1991.
- Middleton J. Yo (No) *Quiero Tener Cáncer*. (Editorial Centro de la Persona), 1991.
- Miller K. N. E. and Weiss J. M. *Effects of somatic and visceral responses to punishment*. In Punishment and Aversive Behavior (Edited by B. A. Cambell and R. M. Church), pp. 343-372. New York: Appleton-Century-Crofts, 1969.
- Miller P. M. and Eisler R. M. *Alcohol and drug abuse*. In W. E. Craighead, A. E. Kazdin and M. J. Mahoney (Oeds.), Behavior modification: Principles, issues, and applications. Boston: Houghton Mifflin, 1976.
- Mirsky I. A. *Physiologic, psychologic, and social determinants in the etiology of duodenal ulcer*. American Journal of Digestive Diseases, 1958, 3, 285-314.
- Mischel W. *Personality and Assessment*. New York, Wiley, 1968.
- Mischel W., Ebbesen E. B. and Zeiss A. R. *Selective attention to the self: Situational and dispositional determinants*. Journal of Personality and Social Psychology, 1973, 27, 129-142.
- Mischel W. *Process in delay of gratification*. In L. Berkowitz (Ed.), Advances in experimental social psychology. New York: Academic Press, 1974.
- Mischel W. *On the future of personality measurement*. American Psychologist, 1977, April, 246-254.
- Montagu M. *Our changing conception of human nature*. En Winter: Impact of Science on Society. Unesco Publication, 1962, 219-232.
- Monteiro K. P. and Bower G. H. *Using hypnotic mood induction to study the effect of mood on memory*. Hypnosis Research Memorandum 1979, 155.
- Moore T. *Subliminal Delusion*. Psychology Today, July, 1985.
- Moreland R. L. and Zajonc R. B. *Is stimulus recognition a necessary condition for the occurrence of exposure effects?* Journal of Personality and Social Psychology, 1977, 35, 191-199.
- Moreland R. L. and Zajonc R. B. *Exposure effects may not depend on stimulus recognition*. Journal of Personality and Social Psychology, 1979, 37, 1085-1089.
- Motterman J. M., Schoenfeld W. N. and Bersh P. J. *A comparison of three extinction procedures following heart rate conditioning*. Journal of abnormal and Social Psychology, 1962, 47, 674-677.
- Mounier, E. *El Personalismo*. Editorial Eudeba, 1987.
- Mowrer O. H. A. *Stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent*. Psychological Review, 1939, 46, 553-565.
- Murray E. and Jacobson L. *Cognition and Learning in traditional and behavioral psychotherapy*. In S. L. Garfield y A. E. Bergin (eds.), The handbook of psychotherapy and behavior change. New York: John Wiley and Sons, 1978.
- Murray E. and Foote F. *The origins of fear of snakes*. Behaviour Research and Therapy, 1979, 17.
- Newman F. y Howard K. *Introduction to the Special Section of Seeking New Clinical Research Methods*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 59, February, 1991.
- Nichols J. R. *Addiction liability of albino rats: Breeding for quantitative differences in morphine drinking*. Science, 1967, 157, 561-563.
- Nisbett R. E. and De Camp Wilson T. *Telling more than we can know; verbal reports on mental processes*. Psychological Review, 1977, 84, 231-259.
- Notterman J. M., Schoenfeld W. N. and Bersh P. J. *Partial reinforcement and conditioned heart rate response in human subjects*. Science, 1952, 115, 77-79.
- O'Brien C. P. *Experimental analysis of conditioning factors in human narcotic addiction*. Pharmacological Review, 1976, 27, 533-543.
- Ohman A. and Dinsberg V. *Facial expressions as conditioned stimuli for electrodermal responses: A case of "preparedness"* Journal of Personality and Social Psychology, 1978, 36, 1251-1258.
- Olson D. H. *Insiders and outsiders views of relationships*. University of Massachusetts Press, 1977.
- Opazo R., Andreani M. A., Alliende F., Barriga E. *Los Procesos Cognitivos en un Marco Teórico Conductual: Hacia una Terapia Integral*. Revista del Primer Encuentro Nacional de Psicólogos Clínicos, 1981, Chile.
- Opazo R. *La Terapia Conductual Hoy: Una Actualización Crítica*. Terapia Psicológica, Año 1, 1982.
- Opazo R. *Avances en Terapia Cognitivo-Conductual*. Terapia Psicológica, Año 2 No 3, 1983.
- Opazo R., Andreani M. A., Alliende F. *La Terapia Cognitiva de Beck en la Depresión y sus Relaciones en la Teoría de la Autoeficacia de Bandura*. Terapia Psicológica, Año 11, Nº 2, 1983.
- Opazo R., Boetsch J., Brahm G., Jaramillo G., Ruiz R. *Conceptos Básicos para el Psicólogo Clínico*. Revista Chilena de Psicología, Vol. Nº 1, 1983.

- Opazo R. y Andreani M. A. *Causality of Psychological Disorders: An Empirical-Integrative Approach*. Trabajo presentado en el World Congress on Behavior Therapy, Washington, Diciembre, 1983.
- Opazo R. *Cognición y afecto en terapia conductual*. Revista de Análisis del Comportamiento, 1984, 2, 213-248.
- Opazo R. *Los Afectos desde una Perspectiva Conductual-Integral*. En *Los Afectos en la Práctica Clínica*. Roberto Opazo, Editor. Editorial Universitaria, 1988.
- Opazo R. *Terapia Conductual-Integral en Desajustes Psicofisiológicos*. Terapia Psicológica, Año VIII, Nº 12, 1989.
- Ost L. G. y Hugdahl K. *Acquisition of phobias an anxiety response patterns in clinical patients*. Behavior, Research and Therapy, 1981, 19, 439-447.
- Ottenberg P., Stein M., Lewis J. and Hamilton C. *Learned asthma in the guinea pig*. Psychosomatic Medicine, 1958, 20, 395-400.
- Pardes H. et al. *Genetics and Psychiatry*. Am J. Psychiatry, April, 1989.
- Pariser S. F., Berkowitz L., Leyens J. P., West S. G. and Sebastian R. J. *Some effects of violent and nonviolent movies on the behavior of juvenile delinquents*. In L. Berkowitz (Ed.) Advances in experimental social psychology, New York: Academic Press, 1977.
- Pariser S. F., Jones B. A., Pinta E. R., Young E. A. and Fontana M. E. *Panic attacks: Diagnostic evaluation of patients*. American Journal of Psychiatry, 1979, 136, 105-106.
- Parloff M. B. *Shopping for the right therapy*. Saturday Review, Feb. 1976, pp. 135-142.
- Parloff M. B. et al. *Research on therapist variables*. John Wiley, 1978.
- Patterson C. *Foundations for a Systematic Eclectic Psychotherapy*. Psychotherapy, Vol. 26, Nº 4, 1989.
- Patterson C. H. *Eclecticism in Psychotherapy: is Integration Possible?* Psychotherapy, Vol. 26, Nº 2, 1989.
- Paul G., Eriksen C. W. and Humphries L. G. *Use of temperature stress with Cool air reinforcement for human operant conditioning*. Journal of Experimental Psychology, 1962, 64, 329-335.
- Pavlov I. P. *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex*. London: Oxford University Press, 1927.
- Perls F. *In and out of the garbage Pail*. Real People Press, 1969.
- Perls F. *Fritz: An Intimate Portrait on Fritz Perls and Gestalt Therapy*. Dutton, 1975.
- Perls F. *Enfoque Gestáltico y Testimonios de Terapia*. Editorial Cuatro Vientos, 1976.
- Perris C. *A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1966, 42, 7-188.
- Perris C. *Genetic transmission of depressive psychoses*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1968, 44, 238-248.
- Peterson Ch. y Seligman M. E. P. *Causal Explanations as a Risk Factor for Depression: Theory and Evidence*. Artículo no publicado. Mayo 1983.
- Petrie K. and Chamberlain K. *Hopelessness and social desirability as moderator variables in predicting suicidal behaviour*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983, 51, 485-487.
- Petti Th. A. *Active treatment of childhood depression*. In J. F. Clarkin and H. I. Glazer (Eds.), New York: Garland STPM Press, 1981.
- Phillips D. C. and Orton R. *The new causal principle of cognitive learning theory: Perspective on Bandura's "Reciprocal Determinism"*. Psychological Review, 1983, 90, 158-165.
- Piaget J. *Psicología y Epistemología*. Editorial Ariel, 1975.
- Plomin R. y Daniels D. *Why are Children in the Same Family so Different from one another?* Cambridge University Press, 1987.
- Plomin R. *Environment and Genes*. American Psychologist, February, 1989.
- Plomin R. *The Role of Inheritance in Behavior*. Science, April, 1990.
- Pollock C. y Andrews G. *Defense Styles Associated with Specific Anxiety Disorders*. Am. J. Psychiatry, November 1989.
- Popper K. *Objective Knowledge: An Evolutionary Approach*. Oxford University Press, London, 1972.
- Popper K. *Predicting overt behavior versus predicting hidden states*. The Behavioral and Brain Sciences, 9, 1986.
- Powell A., Royce J. R. and Voorhees B. *Personality as a complex information-processing system*. Behavioral Science, 1982, 27, 338-376.
- Rachman S. *Sexual fetishism: An experimental analogue*. Psychological Record, 1966, 16, 293-296.
- Rachman S. and Hodgson R. J. *Experimentally induced "sexual fetishism": Replication and development*. Psychological Record, 1968, 18, 25-27.
- Rachman S. *The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination*. Behavior Research and Therapy, 1977, 15, 375-387.
- Rachman S. *Emotional processing*. Behavior Research and Therapy, 1980, 18, 51-60.
- Rachman S. y Wilson G. T. *The effects of psychological therapy, 2ª edición*. Oxford: Pergamon Press, 1980.
- Rachman S. *The primacy of affect: Some theoretical implications*. Behavior Research and Therapy, 1981, 19.
- Rapoport J. *The Biology of Obsessions and Compulsions*. Scientific American, March, 1989.
- Rappaport R. *Ritual, Sanctity and Cybernetics*. Am. Anthropologist 73, 1971.
- Rehm Lynn P. *Behavior Therapy for Depression*. New York Academic Press, 1981.
- Rehm L. *A Self-Control Therapy Program for Treatment of Depression*. En Depression: Behavioral and Directive Intervention Strategies, Edited by John F. Clarrin y Howard I. Glazer, New York, Garland STPM Press, 1981.
- Reich B. y Adcock C. *Valores, Actitudes y Cambio de Conducta*. México, Compañía Editorial Continental, S. A., 1980.
- Reisenzein R. *The Schachter Theory of Emotion: Two Decades Later* Psychological Bulletin 1983, Vol. 94, No 2, 239-264.
- Reiss D., Plomin R. y Hetherington M. *Genetics and Psychiatry: An Unheralded Window on the Environment*. Am J. Psychiatry, March, 1991.

- Rholes W. S. and Riskind J. H. *The relationship of negativistic thinking to depression and anxiety. Manuscript presented at The World Congress on Behavior Therapy, Poster Session, December 1983, Washington D. C.*
- Rimm D. C., Janda L. H., Lancaster D. W., Nahl M. and Dittman K. *An exploratory investigation of the origin and maintenance of phobias. Behavior, Research and Therapy, 1977, 15, 231-238.*
- Rimm D. and Masters J. *Behavior Therapy: Techniques and empirical findings.* New York: Academic Press, 1979.
- Rogers C. *Client Centered Therapy: Its Current Practice. Implications and Theory.* Houghton-Mifflin, Boston, 1951.
- Rogers C. R. *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change.* Journal of Consulting Psychology, 1957, 21, 459-461.
- Rogers C. R. *Psicoterapia centrada en el cliente: Práctica, Implicaciones y teoría.* Buenos Aires: Editorial Paidós, 1966.
- Rogers T. y Craighead W. E. *Physiological responses to self-statements: The effects of statement balance and discrepancy. Cognitive Therapy and Research, 1977, 1, 99-120.*
- Ross R. T. *Behavioral correlates of levels of intelligence.* American Journal of Mental Deficiency, 1972, 76, 515-519.
- Ross S., Krugman A. D., Lysterli S. B. and Clyde D. J. *Drugs and Placebos: A model design.* Psychological Reports, 1962, 10, 383-392.
- Ross S. A. *The effect of deviant and nondeviant models on the behavior of preschool children in a temptation situation.* Tesis doctoral sin publicar, Universidad de Stanford, 1962.
- Rosenthal T. and Bandura A. *Psychological Modeling: Theory and practice.* In S. L. Garfield and A. E. Berging (eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (2nd Ed.), New York: John Wiley and Sons, 1978.
- Rowe D., Clapp M. y Wallis J. *Physical Attractiveness and the Personality Resemblance of Identical Twins.* Plenum Publishing Corporation, 1987.
- Ruch F. L. y Zimbardo P. G. *Psicología y vida.* México: Editorial Trillas, 1979.
- Russell B. *Human Knowledge.* Simon and Schuster. New York, 1948.
- Sandler J. y Davidson R. *Psicopatología.* México: Editorial Trillas, 1977.
- Scarr S. y Mc Cartney K. *How People Make Their Own Environments.* Child Development, 54, 1983.
- Schneider K. *The Concept of Delusion.* Bristol, 1974.
- Schmale A. and Iker H. *The psychological setting of uterine cervical cancer.* Ann, N. Y. Acad. Sci., 1966, 125, 807-812.
- Schmale A. and Iker H. *Hopelessness as a predictor of cervical cancer.* Soc. Sc. Med., 1971, 5.
- Schwartzman J. *Family theory and the scientific method.* Family Process, 1984, 23, 223-236.
- Schwarz R. and Geyer S. *Social and Psychological differences between cancer and noncancer patients: Cause or consequence of the disease? Psychother. Psychosom., 1984, 41, 195-199.*
- Sechzer J. A. *The neonatal split-brain kitten: A laboratory analogue of minimal brain dysfunction.* In J. D. Maser and M. E. P. Seligman (eds.), Psychopathology: Experimental models. San Francisco: W. H. Freeman, 1977.
- Scrimshaw N. S. *Malnutrition, learning and behavior.* American Journal of Clinical Nutrition, 1967, 20, 493-502.
- Seligman M. E. P. *Phobias and preparedness.* Behavior Therapy, 1971, 2, 307-320.
- Seligman M. E. P. *A Learned Helplessness Point of View.* En Behavior Therapy for Depression, edited by Lynn P. Rehm. New York, Academic Press, 1981.
- Seligman M. E. P. *Indefensión.* Madrid, Editorial Debate, 1981.
- Seligman M. E. P., Klein D. y Miller W. *Depression.* En Handbook of Behavior Modifications and Behavior Therapy, edited by H. Leitenberg, N. J. Prentice Hall, 1976.
- Seligman M. E. P. *Comment and integration.* Journal of Abnormal Psychology, 1978, 84, 165-179.
- Seligman M. E. P. y Cook L. *Depresión y Desesperanza Aprendida.* En Avances en Psicología Contemporánea. Gordon Finley y Gerardo Marin (Eds.) Trillas, 1979.
- Seligman M. E. P., Abramson L., Semmel A. y Von Bayer C. *Depressive Attributional Style.* Journal of Abnormal Psychology. Vol. 18, No 3, 1979.
- Seligman M. E. P., Peterson C., Alloy L. B., Kaslow N. J., Tanenbaum R. O., Karpf S., Semmel A., Talmon M. and Von Bayer C. *Depressive Symptoms, attributional style, and helplessness deficits in children.* Submitted, 1981.
- Shaw D. M. *Mineral metabolism, mania, and melancholia.* British Medical Journal, 1966, 2, 262-267.
- Shaw G. K. *Alcohol dependence and withdrawal.* British Medical Bulletin, 1982, 38, 99-102.
- Shevrin H. *Brain wave correlates of subliminal stimulation, unconscious attention, primary and secondary process thinking, and repressiveness.* Psychological Issues, 1973, 8 (2), 56-87. (Monograph 30).
- Shevrin H. and Dickman S. *The psychological unconscious: A necessary assumption for all psychological theory?* American Psychologist, 1980, May, 421-434.
- Shulman D. *Psychoanalysis and the Quantitative Research Tradition.* Psychoanalytic Review, 77 (2), 1990.
- Silverman L., Spiro R. *The Effects of Subliminal, supraliminal and vocalized aggression on the ego functioning of schizophrenics.* Journal of Mental Diss. 146, 1968..
- Skinner B. F. *Science and Human Behavior.* New York: Macmillan, 1953. (Used the spanish version). Barcelona: Editorial Fontanella, 1980).
- Slater E. and Shields J. *Genetic aspects of anxiety.* In W. H. Lader (ed.), Studies of anxiety. Ashford, Inglaterra: Headley Brothers, 1969.

- Smith M. L., Glass G. y Miller T. *The Benefits of Psychotherapy.* Baltimore. John Hopkins University Press, 1980.
- Smith D. S. *Trends in counseling and psychotherapy.* Am. Psychol. 1982, 37: 802-809.
- Snyder M., Tanke E. D. and Berschied E. *Social perception and interpersonal behaviour: On the self-fulfilling nature of social stereotypes.* Journal Personality and Social Psychology, 1977, 35, 656-666.
- Snyder M. and Swann W. *When action reflect attitudes: The politics of impression management.* Journal of Personality and Social Psychology, 1976, 34, 1034-1042.
- Snyder M. and Swann W. *Hypothesis-testing processes in social interaction.* Journal of Personality and Social Psychology, 1978, 36, 1202-1212.
- Spence D. P. and Smith G. W. *Experimenter bias against subliminal perception? Comments on a replication.* British Journal of Psychology, 1977, 68, 279-280.
- Sperry R. *Consciousness, Personal Identity and the Divided Brain.* Neuropsychologia. Vol 22. No 6, 1984.
- Sperry R. W. *Hemisphere disconnection and unity in conscious awareness.* American Psychologist, 1968, 23, 723-733.
- Spielberger C. D. and DeNike L. D. *Descriptive behaviorism vs. cognitive theory in verbal operant conditioning.* Psychological Review, 1966, 73, 306-326.
- Stelmack R. M. *The psychophysiology of extraversion and neuroticism.* In H. J. Eysenck (Ed.), A model for personality. New York: Springer, 1980.
- Stiles W., Shapiro D., Elliot R. *Are all Psychotherapies equivalent? Am. Psychol. 1986; 41: 165-180.*
- Stone A. *Law, Science and Malpractice.* Am. J. of Psychiatry 147: 4. April 1990.
- Strupp H. *Psychotherapy: Assessing Methods.* Science, February, 1980.
- Strupp H. *The outcome problem in psychotherapy: contemporary perspectives.* Psychotherapy Research and Behavior Change: Master Lecture Series. 1982.
- Suárez E. *Aspectos teóricos y clínicos de la terapia autoinstruccional de Donald Meichenbaum.* Terapia Psicológica, 1983, 2, 95-100.
- Suárez E. *Procesos Afectivos Inconscientes. En los Afectos en la Práctica Clínica.* Roberto Opazo, Editor. Editorial Universitaria, 1988.
- Taylor S. E. and Crocker J. *Schematic bases of social information processing.* In E. T. Higgins, P. M. Herman, and M. P. Zanna (eds.), Social cognition: The Ontario symposium. Hillsdale, N. J.: Erlbaum, 1980.
- Teasdale J. D. and Bancroft J. *Manipulation of thought content as a determinant of mood and corrugator electromiographic activity in depressed patients.* Journal of Abnormal Psychology, 1977, 86 (3), 235-241.
- Teasdale J. *Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship?* In L. Joyce-Moniz, F. Lowe, P. Higson (eds.), Theoretical issues in cognitive-behavioral therapy. New York: Plenum, 1983.
- Thoresen G. and Mahoney M. *Behavioral Self-Control.* New York: Holt, Rinehart y Winston, 1974.
- Thompson L. y Walker A. *The Dyad as the unit of analysis: Conceptual and Methodological Issues.* Journal of Marriage and the Family, 44, 1982.
- Tooby J. y Cosmides L. *On the Universality of Human Nature and the Uniqueness of the Individual.* Journal of Personality. March, 1990.
- Torgersen S. *The nature and origin of common phobic fears.* British Journal of Psychiatry, 1979, 134, 343-351.
- Tucker D. M. *Lateral Brain function, emotion, and conceptualization.* Psychological Bulletin, 1981, 89, 19-46.
- Tukkan J. *Classical Conditioning: The new hegemony.* Behavioral and Brain Sciences. 12, 1989.
- Ullmann L. P., and Krasner L. (eds.) *Case studies in behavior modification.* New York: Holt, 1965.
- Valentine C. W. *The psychology of early childhood,* 3rd edition. London: Methuen, 1946.
- Velten E. A. *A laboratory task for induction of mood states.* Behavior Research and Therapy, 1968, 6, 473-482.
- Wachtel P. L. *Psychoanalysis and Behavior Therapy: toward an integration.* New York, Basic Books, 1977.
- Wachtel P. *Action and insight.* New York. Guilford Press, 1987.
- Wachtel P. *From Eclecticism to Synthesis: Toward a More Seamless Psychotherapeutic Integration.* Journal of Psychotherapy Integration. Vol. 1, No 1, 1991.
- Watson J. B. and Rayner R. *Conditioned emotional reactions.* Journal of Experimental Psychology, 1920, 3, 1-14.
- Watson J. B. *Psychology as the behaviorist views it.* Psychologica Review, 1913, 20, 158-177.
- Watson J. B. *Behaviorism.* Chicago: University of Chicago Press, 1924.
- Walrond-Skinner S. *Terapia Familiar.* Buenos Aires: América Norlids Editores SAICFI y A, 1978.
- Watzlawick P. *Patterns of Psychotic Communication.* Palo Alto, 1970.
- Watzlawick P., Weakland J. y Fish R. *Cambio: Principios de la Formación y Resolución de Problemas.* Herder, Barcelona, 1976.
- Watzlawick P. *¿Es real la realidad?.* Barcelona: Herder, 1979.
- Weakland J. *The Double-Bind Hypothesis of Schizophrenia and Three-Party Interaction.* En D. D. Jackson (Ed). The Etiology of Schizophrenia. New York. Basic Books, 1960.
- Weakland J. *Schizophrenia: Basic Problems in Socio-cultural Investigation.* En Plog y Edgerton (Eds.) Changing Perspectives in Mental Illness. Holt, Rinehart y Winston, 1969.
- Wehr, Thomas. *Seasonality and Affective Illness.* Am. J. Psychiatry. July, 1989.
- Weiner H., Thaler M., Reiser M. F. and Mirsky I. A. *Etiology of duodenal ulcer: I. Relation of specific psychological characteristics to rate of gastric secretion.* Psychosomatic Medicine, 1957, 19, 1-10.
- Weingartner H. and Faillace L. A. *Alcohol state-dependent learning in man.* Journal of Nervous and Mental Disease, 1971, 153, 395-406.
- Weingartner H. *Human state-dependent learning.* In B. T. Ho, D. W. Richards, and D. L. Chute (eds.), Drug discrimination and state dependent learning. New York: Academic Press, 1978.

- Weiss J. M. *Effects of coping behavior in different warning signal conditions on stress pathology in rats*. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 1971, 77, 22-30.
- Weiss J. M. *Effects of punishing the coping response (conflict) on stress pathology in rats*. Journal of Comparative and Physiological Psychology, 1971, 77, 14-21.
- Weiss B. L., Kupfer D. J., Foster F. G. and Delgado J. *Psychomotor activity, sleep, and biogenic amine metabolites in depression*. Biological Psychiatry, 1974, 9, 45-43.
- Wender P. y Kelin D. *The Promise of Biological Psychiatry*. Psychology Today. February, 1981.
- Wenzlaff R. y Grozier S. *Depression and the Magnification of Failure*. Journal of Abnormal Psychology. Vol 97. 1988.
- Wierzbicki M. *Similarity of Monozygotic and Dizygotic Twins in Level and Lability of Sub-Clinically Depressed Mood*. Journal of Clinical Psychology, July, 1986.
- Wierzbicki M. *Twin's Responses to Pleasant, Unpleasant and Lief Events*. Journal of Genetic Psychology. 150. 1989.
- Wilkins W. *Therapy-therapist Confounds in Psychotherapy Research. Cognitive Therapy and Research*. Vol 10. 1986.
- Wilkinson D. *Retorno al Humanismo*. Actualidad Universitaria Nº 58. 1990.
- Winkler M. I., Cáceres C., Fernández I. y Sanhueza J. *Factores Inespecíficos de la Psicoterapia y Efectividad del Proceso Terapéutico*. Terapia Psicológica. Año VIII, Nº 11. 1989.
- Wilson W. R. *Unobtrusive induction of positive attitudes*. Unpublishing manuscript, Michigan University, 1975.
- Wilson G. T. *Efectos de las Terapias Psicológicas. Cómo ayudar a la gente con problemas*. Reviste del Primer Encuentro Nacional de Psicólogos Clínicos. Santiago, Chile, 1981.
- Wilson G. T. *Psychotherapy process and procedure: The behavioral mandate*. Behavior Therapy, 1982, 13, 292-312.
- Wilson G. T. and O'Leary D. K. *Principles of behavior therapy*. Prentice Hall, Inc. 1980.
- Wilson G. T. y Franks C. *Contemporary Behavior Therapy: Conceptual and Empirical Foundations*. New York, The Guilford Press, 1982.
- Winocur G., Oxbury S., Roberts R., Agnelli V. and Davis C. *Ammesis in a patient with bilateral lesions to the thalamus*. Neuropsychologia, 1984, 22, 123-143.
- Wittig A. F. *Psicología del aprendizaje*. Bogotá: Editorial Latinoamericana, 1981.
- Wolpe J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Standford University Press, 1958.
- Wolpe J. *The acquisition, augmentation and extinction of neurotic habits*. Behavior Research and Therapy, 1976, 15.
- Wolpe J. *Práctica de la Terapia Conductual*. México, Editorial Trillas, 1977.
- Wolpe J. *Cognición y Causación en el Comportamiento Humano y en su Terapia*. En Terapia del Comportamiento, editado por Rubén Ardila. Desclée de Brouer, 1980.
- Wolpe J. y Rowan V. *Classical conditioning and panic disorder: reply to Sanderson and Beck*. Behav. Res. Ther. Vol. 27. 1989.
- Wolpe J. and Rachman S. *Psychoanalytic "evidence", a critique based on Freud's case of Little Hans*. Journal of Nervous and Mental Disease, 1960, 131, 135-147.
- Young J. P. R., Fenton G. W. and Lader M. H. *The inheritance of neurotic traits: a twin study of the Middlesex Hospital Questionnaire*. Brit J. Psychiat, 1971, 199, 393-398.
- Zajonc R. B. *Feeling and Thinking Preferences Need on Inferences*. American Psychologist. Vol. 35, Nº 2, 1980.
- Zane N. *Change Mechanisms in Placebo Procedures*. Journal of Counseling Psychology. Vol 36, 1989.
- Zeitlin S. et al. *Interhemispheric Transfer Deficit and Alexithymia*. Am J. of Psychiatry. November, 1989.
- Zimmerman E. H. and Zimmerman J. *The alteration of behavior in a special classroom situation*. Journal of Experimental Analysis of Behavior, 1962, 5, 59-60. Reprinted in R. Ulrich, T. Stachnik, and J. Mabry (eds.), Control of human behavior, Vol. 1, pp. 94-6. Glenview, Ill: Scott, Foresman, 1966.