

HACIA UN MODELO PARA LOS ESTUDIOS DE TERAPIAS COMPARADAS

José Navarro Góngora
Profesor de la Facultad de Psicología de Salamanca
Avda. de la Merced, 109.
37005-Salamanca (España)
Correo electrónico: jgongora@usal.es

Revista Psiquis. 1986: vol. 7: 11-23.

El presente trabajo ofrece un modelo con la intención de ser utilizado para establecer comparaciones entre diferentes escuelas terapéuticas. No se afirma que todas las escuelas deban adaptarse a él, sino que se ofrece un marco de referencia desde el cual comprender cómo desde distintas escuelas se responde a temas comunes a toda terapia. Se establece que los modelos de definición del problema y de cambio determinan tanto las técnicas terapéuticas como las estrategias. Se sugiere, igualmente, que el problema de la evaluación no es tanto un problema de escuelas como de alcanzar un acuerdo en torno a la metodología a utilizar.

This paper presents a model with the aim of being utilized as a framework to establish comparisons among approaches. It is not claimed that all the approaches must adjust to this model; it is only said that clear definitions in each topic could help to highlight what kinds of problems are considered as therapeutic problems and how different approaches respond to them. It is stated that how a given approach defines both the problem and the change determine both strategies and techniques. It is also suggested that in the area of evaluation is necessary an agreement in methodology.

Hacia un modelo para los estudios de terapias comparadas.

¿Qué es un modelo terapéutico? La respuesta a esta pregunta variará dependiendo de la intención de quién la haga. El estudiante de Psicología quiere que se le ofrezca un cuadro sistemático, intelectualmente manejable y comprensible, y cuya traducción práctica sea fácilmente posible. Al psicólogo clínico le interesa, sobre todo, la vertiente técnica del modelo: los métodos de intervención y la forma de aplicarlos. La necesidad de ambos justifica plenamente la pregunta.

Quienes, como el autor, tienen que explicar psicoterapia se ven enfrentados a una perspectiva inédita por cuanto nuestra necesidad ni es de aprendizaje, como en el estudiante, ni es práctica como en el clínico. Se contempla la terapia como un constructo teórico dentro del cual existen partes bien diferenciadas que responden a necesidades, también, diferentes. El presente trabajo adoptará este punto de vista teórico sobre algo tan eminentemente práctico como la psicoterapia en un intento de empezar a estudiar qué es un modelo terapéutico.

Finalmente hay una presión creciente hacia cuestiones teóricas en psicoterapia, con independencia del modelo de escuela en el que se milite. Se publican trabajos

comparativos entre unos modelos y otros (Lebow, 1984; Levant, 1980; Nielsen, 1980; Shuger y Bebout, 1980; Terence, 1982; Uriendt y Ruel, 1980; etc). La literatura empírica y aquella que trata sobre problemas específicos de la terapia (Goldfried, 1980; Gorman, 1983; Harens, 1980; Lazarus, 1980; McConnaughy y Prochaska, 1983; Terence, 1982; Epstein y Ullock, 1981, por ejemplo) van aportando una serie de datos que dibujan áreas de interés: el cambio terapéutico, la evaluación (diagnóstico), utilización del lenguaje; por no citar sino algunos sobre los que hemos aportado referencias bibliográficas. El hecho de que también se estudien las relaciones e influencias de unos temas sobre otros (relación entre diagnóstico e intervención, por ejemplo), no hace sino sugerir de nuevo la pregunta, ¿cómo entender todo este cúmulo de datos desde un cuadro comprensivo?, ¿cuáles son los problemas a los que hemos de dar respuesta con un modelo de hacer terapia? El presente trabajo adelanta una respuesta tentativa.

El punto de partida es la figura 1 en la que se presenta un modelo hipotético de procesamiento de información en una entrevista “típica” de psicoterapia. El esquema fue desarrollado como parte de una investigación que el autor realizó en el Family Therapy Program del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Calgary (Canadá) sobre procesamiento de información en Terapia Familiar. Dos fueron las concepciones básicas manejadas:

1. Un modelo terapéutico supone una manera de procesar información,
2. un modelo terapéutico supone, además, una teoría del cambio.

La figura 1, recoge estos dos momentos de la entrevista: de 1 a 3, ambos inclusive, se produce un proceso de definición del problema del cliente que culmina en la etapa 3 (hipótesis). Esta hipótesis resulta de la aplicación de reglas de transformación (propias del modelo de escuela) a la información del cliente (punto 0 del esquema). Así pues, la información del cliente deviene en hipótesis cuando se filtra a través de un modelo de escuela, esta hipótesis (etapa 3 de la figura 1) define para el terapeuta lo que es el problema de su cliente. Puede entenderse este proceso como de reducción de la información. Una masa de datos se reduce hasta un enunciado hipotético, y así la larga perorata sobre los problemas del cliente en su trabajo, se convierte para el psicoanalista en “un enfrentamiento con una figura paterna”; para el modificador de conducta puede ser “falta de asertividad”; para el terapeuta familiar “una distracción” de problemas más serios de pareja, etc. El significado de la perorata se reduce, en todos los casos, a una hipótesis (etapa 3 de la figura 1).

Es importante comprender que lo que sucede durante el proceso de intervención (etapas 4 y 5) es diferente de lo sucedido en el proceso de definición del problema. La definición del problema culmina en una hipótesis (etapa 3), en definitiva en un diagnóstico, que queda todavía en un nivel teórico y que responde a la necesidad de “conocer antes de actuar”. El proceso de intervención culmina en una intervención que se sitúa en el plano de la acción y cuya intención es alterar lo definido como problema. De 3 a 4 (ver fig. 1), de la hipótesis a la hipótesis focal (la hipótesis que sirve para diseñar la intervención), se da un proceso de transformación cuyas reglas se extraen del modelo de escuela. Aquí la información no se reduce, sino que se transforma. Lo mismo sucede entre las etapas 4 y 5. Para que el lector se haga una idea del sentido de la transformación suponga que como hipótesis (etapa 3) el terapeuta ha validado las siguientes:

- 1) Animadversión profunda del cliente hacia el puesto que ocupa en su trabajo y hacia su jefe.
- 2) Baja auto-estima.
- 3) Conflictos moderados con la pareja.
- 4) Fracasos reiterados de diversos servicios sociales en la solución de sus problemas (por ejemplo, del psicólogo de la empresa, del trabajador social, etc).

Probadas las hipótesis anteriores el terapeuta puede optar por destacar como de mayor importancia (hipótesis focal) la última: los fracasos reiterados de otros profesionales. Cuando hablamos de “optar” queremos decir que una serie compleja de reglas de escuela definen este problema como el más determinante de la entrevista. Sobre esta hipótesis incidirá la intervención (etapa 5). A su vez la elección de intervención vendrá, también, determinada por el modelo de escuela. Aquí no ha habido reducción de información, sino una transformación: de la hipótesis focal (etapa 4) se pasa a la intervención (etapa 5) mediante las reglas de escuela correspondientes. Esta intervención cambia, en el mejor de los casos, el discurso de cliente (etapa 0) y todo el ciclo vuelve a repetirse, tal es el sentido de las flechas que conectan la fase 5 con la 1. La flecha entre 3 y 1 simboliza la situación del terapeuta cuando encuentra una hipótesis: tiende a percibir la nueva información del cliente como resultado de la intervención. La flecha entre 1 y 2 alude al mismo hecho: el terapeuta sesga una información si ya posee otra que ha calificado como relevante.

En una entrevista la distinción entre proceso de definición de un problema e intervención puede no resultar tan clara en la intención del terapeuta. Así una pregunta

puede tener el doble cometido de adquirir información y de cambio, existen pues solapamientos. También puede suceder que algo dicho con la intención de cambiar no produzca nada. El diagrama de la figura 1 se ha construido pensando en la intención del terapeuta, no en el efecto producido en el cliente.

La situación que refleja la figura 1 es una simplificación de lo que sucede en una entrevista real. Pensemos, por ejemplo, que la validación de una hipótesis exige un constante ir y venir ente la información del cliente, el modelo de escuela y la hipótesis manejada por el terapeuta, circuitos que sólo de forma muy pobre se reflejan en la figura. No obstante, y para las intenciones del presente trabajo, constituye una buena aproximación, sobre todo si nos ponemos en la situación más favorable: tras unas pocas preguntas el terapeuta llega a confirmar una hipótesis después de la cual interviene. Aceptada esta situación ideal, nuestro modelo exhibe como necesarios tres procesos:

- 1) definición del problema,
- 2) intervención,
- 3) corrección (o evaluación), simbolizado por las flechas 1 y 4: a tenor de lo que el cliente responda, el terapeuta deducirá lo acertado de su intervención.

Hemos supuesto que nuestro terapeuta es ya un experto que maneja con soltura los recursos de un modelo de escuela. Supongamos por un momento que por el contrario es un lego en la materia al que hay que justificar todo. Para poder decidir qué hacer ante un problema presentado por otra persona necesitará que se le pormenore los tres procesos mencionados.

1. Definición del problema

Necesitaría saber qué puede ser conceptualizado como problema en un cliente. Necesitará saber si es su vida afectiva la que está “enferma”, o su manera de percibir lo que desea, o sus conductas, o sus relaciones familiares, etc. En cualquiera de estos casos orientará las preguntas en uno u otro sentido. Necesitará saber qué es lo más determinante en la personalidad de su cliente que le lleva a encontrarse como está. Excepto quizás en los modelos eclécticos, todas las escuelas se pronuncian sobre esas “realidades básicas” sobre las que hay que incidir y que una vez afectadas producen el máximo de cambio en el mínimo de tiempo. Así, por ejemplo, en el psicoanálisis es la base emocional lo que ha de evaluarse, y, por lo tanto, lo definido como “básico”. En otros modelos lo básico es la conducta, el sistema de alianzas familiares, etc. En cualquier caso, lo importante es que existe una correlación muy alta ente aquello que se

definió como básico y aquello que se diagnostica durante la entrevista. Normalmente, lo básico es algo aceptado “a priori” por el modelo terapéutico, influido por corrientes filosóficas, sociales o culturales. Hoy en día la situación parece ir cambiando lentamente. Planteado el problema de la psicoterapia como el del cambio, parece entenderse que aquello que ha de cambiar no tiene por qué coincidir con lo definido como “básico” en las personas. El concepto mismo de lo “básico” y se sustituye por conceptos más operativos. Los estudios sobre los factores de cambio sustituyen a la influencia de la filosofía, lo social y lo cultural.

En cualquier caso sean las justificaciones filosóficas o experimentales, lo cierto es que hay que optar por variables a diagnosticar o evaluar y que esas variables han de estar claramente definidas.

En segundo lugar, y junto la definición de cuáles son las variables a cambiar, suelen darse explicaciones bien sobre cómo se mantiene la situación sintomática en su “statu quo”, bien cómo se llegó a tal situación. En el primer caso tenemos explicaciones fenomenológicas, y en el segundo genéticas. El estudio de los modelos terapéuticos demuestra que las fenomenológicas son las preferidas por los modelos conductistas, en este caso el valor explicativo lo es fundamentalmente para el terapeuta y no para el cliente. Efectivamente, al terapeuta le resulta útil conocer las conductas a las que se asocia el síntoma, sus antecedentes y consecuentes, o bien secuencias mayores dentro de las que se inscribe el síntoma. Y le resulta útil porque actuará sobre ellas (y no tan sólo sobre el síntoma) para cambiar la situación. Aquí lo “básico” es el refuerzo, y esto es, justamente, lo que hay que evaluar (diagnosticar).

Un problema implícito en el planteamiento fenomenológico es el de la elección de la unidad de análisis del comportamiento. Los paradigmas del condicionamiento clásico y operante definen la unidad de análisis: la conducta asociada al síntoma en el primer caso y el encadenamiento antecedente-síntoma-consecuente, en el segundo. La razón por la cual se eligieron por la cual se eligieron estas unidades de análisis es doble: porque se optó (como lo “básico”) por el análisis de la conducta, realizando ese análisis mediante la observación, y porque el periodo de observación es corto. Basta con alargarlo para que la unidad observada sea diferente, y así el encadenamiento antecedente-síntoma-consecuente, se convierta en secuencias, juegos e, incluso, mitos, (Navarro Góngora, 1985). Insistimos en que lo único que hay que hacer es alargar el tiempo de observación, ver en este sentido un artículo ya antiguo, pero concluyente, de Haley (1964) que otorga validez experimental a nuevas unidades de observación. El

problema que se plantea a continuación es cómo utilizar las nuevas unidades para intervenir. Distintos modelos terapéuticos han resuelto con peor o mejor fortuna el problema (ver, por ejemplo, Weakland, Fisch *et al.*, 1974, y también cualquier texto de Análisis Transaccional en el que se utilizan conceptos tales como “juegos”, “guión de vida”, etc.)

Mientras que las explicaciones de cómo se mantiene un síntoma sirven para que el terapeuta cambie algunas de las conductas ligadas a él, en las explicaciones genéticas la utilidad queda puesta en el cliente, saber por qué se produce algo parece tener algún efecto terapéutico. Aunque el principio de causalidad ha sido duramente cuestionado por la epistemología científica, su valor terapéutico permanece a pesar de todo, y no parece que vaya a desaparecer. Es más, recibe cierto apoyo experimental e importantes ramas de la Psicología Cognitiva se dedican a estudiar los procesos de causalidad psicológica (Teoría de las Atribuciones) en un reconocimiento de que una cosa son las explicaciones científicas y otra distinta son los procesos de pensamiento que utilizamos en la vida cotidiana.

Resumiendo, necesitamos saber qué es lo que tenemos que buscar en el cliente como “perturbado”, “enfermo”, etc. Necesitamos una unidad de análisis a evaluar. Definido el problema necesitamos, en un segundo momento, saber cómo se mantiene, o bien cómo surgió (o las dos cosas). Lo cierto es que siempre conceptualizamos el problema de alguna manera, siendo el tema de la conceptualización componente ineludible de todo modelo terapéutico.

2. La intervención

El cambio es, quizás, lo más enfatizado en la terapia. Si para algo ha de servir la psicoterapia es para cambiar. Sin cambio no hay psicoterapia. De la misma manera que a la hora de conceptualizar el problema se está influido por opciones filosóficas, sociales y culturales, a la hora de cambiarlo se manejan teorías cuya justificación frecuentemente no se ofrece, bien es verdad que aquí las cosas suelen estar más controladas.

El tema de la teoría del cambio en psicoterapia *es el tema* y sin embargo es infrecuente abordarlo directamente, oscurecido (o confundido) con el tema de la eficacia. Hay una excepción, el grupo del MRI de Paolo Alto que ha hecho de la reflexión sobre el cambio el tema principal de su trabajo (Watzlawick, *et al.*, 1976; Watzlawick, 1980; Fisco, Watzlawick, *et al.*, 1984). No descubrimos nada si decimos que en psicoterapia se manejan dos modelos principales de cambio: cambio de conducta

y cambio cognitivo. Uno es el modelo educativo, en el que al paciente se enseña algo para que lo ensaye. El otro es el modelo de *insight* en el que se confía en que si entiende las cosas de otra manera, cambiará. Las variaciones sobre estas dos posiciones son infinitas, desde los modelos puros que defienden las posiciones tal y como las hemos citado (psicoanálisis y modificación de conducta), hasta originales alternativas en las que mediante el ensayo de nuevas conductas se trata de modificar un aspecto cognitivo que se supone que acarreará un profundo cambio en la persona (caso de la Teoría Cognitivo-Social de Bandura, en la que las tareas dadas al cliente sirven para aumentar su sentido de la “auto-eficacia”). Modificada la “auto-eficacia” se modifica toda la psicología del cliente, porque la auto-eficacia es concebida como una variable básica de la personalidad que una vez afectada hará que el cambio se efectúe más rápida y económicamente (Bandura, 1985). Esta misma línea de trabajo es seguida por muchos terapeutas familiares, aunque la expresión de su máxima sofisticación puede encontrarse en las llamadas “prescripciones invariables” utilizadas por Mara Selvini Palazzolli (1984), en el que una misma (o similar) tarea es reiterada en el convencimiento de que el resto de la familia del cliente no tendrá más remedio que responder al cambio que introduce la tarea. El cambio cognitivo surge por la repetición de la tarea y como consecuencia de ella.

Un tercer autor (McConnaghy *et al.*, 1983) ha desarrollado un modelo alternativo que intenta conciliar las dos posturas. Piensan estos autores que en una situación de cambio un sujeto puede encontrarse en cualquier punto a lo largo de un continuo de cinco momentos importantes: pre-contemplación, contemplación, toma de decisiones, acción y mantenimiento. Las tres primeras etapas son claramente cognitivas, el cliente situado en ellas ha de ser tratado de tal forma que se derive un cambio cognitivo; orientarle a una acción sería prematuro. El situado en los dos últimos ítems ha de ser tratado conductualmente; hacerlo en el plano cognitivo sería superfluo.

En un libro sobre técnicas de grupo (Schützenberger y Sauvet, 1980) se citan toda una serie de técnicas para trabajar el esquema corporal y que parecen utilizar como palanca de cambio un método alternativo al cambio de conducta o al cognitivo. Al cliente no se le pide un comportamiento nuevo, o un cambio cognitivo, sino que partiendo de una serie de ejercicios físicos se genera un estado emocional-afectivo (¿catarsis?) que presumiblemente desencadena el cambio, aunque parece que tal estado bien supone una toma de conciencia, o bien lleva a ella. Probablemente son, hoy por hoy, los modelos más cercanos a la catarsis.

La teoría del cambio determina, hasta cierto punto, otros factores como son, por ejemplo, las técnicas de intervención, las metas inmediatas y a largo plazo de la terapia. Decimos que hasta cierto punto, porque en esta área más que en ninguna otra ha tenido gran impacto la literatura experimental. Así, por ejemplo, ha sido el análisis de la eficacia el que ha impulsado a Bandura a realizar el cambio en el nivel de la conducta, a pesar de que teóricamente defiende que ese cambio es eficaz porque modifica el concepto que de auto-eficacia tiene el cliente. El cambio ha de ser cognitivo, aunque las técnicas para promoverlo se mueven en el plano conductual, esta aparente incoherencia se justifica por los resultados experimentales.

En el psicoanálisis, como en el conductismo, existe coherencia entre su teoría del cambio y las técnicas que utilizan: en uno el cambio se produce por la toma de conciencia de impulsos reprimidos, toma de conciencia que se facilita mediante el *insight*, que es una técnica afectivo-cognitiva. Mientras que el conductismo el cambio de conducta se facilita por técnicas de tipo educativo, mediante las que el cliente aprende a controlar o a aumentar la conducta-objetivo. Educación que se mueve, por lo tanto, en el plano de la conducta.

Cuando cambiamos la unidad sobre la que actuamos y pasamos del individuo a una familia, por ejemplo, la coherencia entre la teoría del cambio y el *instrumento de cambio* también puede perderse, excepto en los casos del Psicoanálisis y la Modificación de Conducta, de nuevo. Se puede afirmar que aquellas terapias que fueron específicamente desarrolladas para el tratamiento de familias han perdido su congruencia entre su teoría del cambio y los instrumentos que utilizan para efectuarlo. Así pueden preconizar que para que se produzca el cambio se necesita romper la secuencia familiar (aquel encadenamiento de conductas en el que aparece el síntoma), para lo cual suelen utilizar muchas veces “redefiniciones” de la situación, es decir instrumentos o técnicas puramente cognitivas. En otras ocasiones para romper un sistema de relaciones que se ha evaluado como nocivo, se utilizan tareas conductuales. Las razones de esta falta de coherencia son de dos tipos: una que no hemos sido capaces de diseñar instrumentos de cambio específicos para romper secuencias o alterar un sistema de relaciones, y la otra es que los instrumentos citados (redefinición y tareas) se han revelado eficaces para conseguir los cambios deseados.

La terapia de redes familiares (Speck y Attneave, 1974), ofrece un buen ejemplo de lo que hemos denominado “metas terapéuticas a corto y largo plazo”, metas con las que constantemente estamos jugando durante una entrevista. La meta a largo plazo es

desencadenar el “efecto red” (sentimiento de pertenencia a un grupo), mientras que a corto plazo es cumplimentar adecuadamente las etapas por las que atraviesa la red. Ahora bien, la etapa presente y las técnicas en ella desplegadas sólo tienen sentido en función de la meta lejana: desencadenar el efecto red. La definición de los objetivos inmediatos y lejanos constituye la única manera de entender la estrategia desplegada durante la entrevista. Por ejemplo, cualquier terapeuta experto sabe que se necesita establecer una relación para que le sea posible intervenir, un intercambio determinado puede tener como objetivo inmediato fomentar la relación y como lejano ir estableciendo las bases para el cambio.

2.1. Intervención y proceso.

El concepto de proceso implica un ordenamiento por fases. Visto desde fuera un terapeuta muy bueno da la impresión de pura espontaneidad y de que lo que hace está sujeto a golpes de intuición. Pero bien sea porque determinadas cosas en la terapia sólo pueden conseguirse si se siguen determinados pasos, bien sea porque la repetición produce un hábito de trabajo, o por ambas cosas, lo cierto es que hasta la técnica más intuitiva tiene una lógica interna que puede mostrarse.

En este apartado vamos a distinguir dos tipos de procesos, aquellos cuya articulación en fases es necesario y aquellos en los que el orden de las etapas puede alterarse. El conocer las etapas tiene dos funciones fundamentales:

- 1) Orientar al terapeuta sobre en qué momento se encuentra con respecto a la terapia, a una sesión, a una técnica, etc.
- 2) Saber qué es lo que puede esperar y organizar mejor su estrategia.

Como se comprueba desde el punto de vista técnico, la aplicación del concepto de proceso es altamente rentable. En concreto pensamos que serían cuatro los aspectos de la terapia que habría que tratar en términos de proceso:

- 1) Estadios de la terapia en general y de la entrevista en particular.
- 2) Estadios de la aplicación de ciertas técnicas.
- 3) Diferentes funciones del terapeuta en cada estadio de la terapia.
- 4) Efectos desencadenados en el cliente a partir de una intervención.

En cualquiera de estos cuatro aspectos el orden de los estadios puede ser o no necesario. En el caso de que lo fuera, se entiende que de cambiarse el orden se alteraría el resultado. Tomemos, por ejemplo, el primer ítem: Estadios de la terapia. La necesidad de especificar cómo se desarrolla una terapia es ampliamente sentida por casi todos los

modelos terapéuticos, encontrando dos tipos de respuesta: En unos se entiende que han de seguirse necesariamente, como en el caso de las técnicas derivadas de la investigación experimental. Véase, por ejemplo, el modelo de terapia familiar de Epstein y Bishop, en el que alterar las etapas de la terapia no tiene sentido alguno. Los modelos derivados del psicoanálisis tienden a identificar etapas, pero el control del paso de unas a otras no está en manos del terapeuta (y en algún sentido tampoco del cliente), ni se sabe bien qué hay que hacer para cambiar de etapa. Situación muy contraria a la desensibilización sistemática, o cualquier otro tipo de entrenamiento (en habilidades sociales, por ejemplo), en donde el terapeuta sabe en qué momento termina algo, quedando claro el paso de una etapa a otra. Desde el punto de vista del neófito estos últimos modelos ofrecen más seguridad, también mayores posibilidades didácticas para quienes tienen que enseñar psicoterapia. No obstante, creemos que es posible explotar más la idea de proceso en modelos psicodinámicos con tal de que existiera la voluntad de hacerlo.

Resulta particularmente interesante ritualizar las primeras entrevistas, y como se ha afirmado, también, las últimas (Zuk, 1975). Sabemos de la importancia de temas como la definición de las condiciones de trabajo (definición del contexto terapéutico), creación de la relación, las fórmulas de finalización de la terapia. Las dos primeras se cumplimentan en la(s) primera(s) entrevista(s), siendo deseable su especificación en términos de proceso.

Otro tema importante es el de las técnicas. Ya hemos hablado de ellas para decir que es importante su definición. Ahora vamos a hablar de su ejecución. Tendemos a pensar que las técnicas son puntuales y que se aplican en un momento dado. En algunos casos así es, pero en otros se despliegan en una serie de etapas cuyo orden es en la mayoría de los casos necesarios. Es el caso de la interpretación psicoanalítica. Greenson (1978), ha dejado bien establecido que se trata de una técnica bien compleja que ha de desplegarse en intervalos de tiempo, por momentos, muy largos y que requiere, también, una serie de pasos muy estrictos. Otros ejemplos, como el de la desensibilización sistemática, abundan en lo mismo, las condiciones de asociación del estímulo fóbico a la relajación también están predeterminadas. Desde el punto de vista del neófito nada más práctico que saber con qué técnicas contamos y cómo hay que desplegarlas.

Un aspecto que resulta lamentablemente poco atendido es el de las funciones del terapeuta. Si admitimos que la terapia (e incluso las técnicas) están sujetas a etapas,

resultará igualmente importante conocer qué es lo que tiene que hacer el terapeuta en cada una de ellas. Tiende a pensarse que el terapeuta ha de comportarse de manera homogénea de principio a fin de la terapia, y nada más falso. En casi todos los modelos su papel cambia más o menos. En algunos, como el citado de Epstein y Bishop, lo hace profundamente, y así mientras en la macro-etapa de evaluación hace preguntas para conocer el funcionamiento de la familia en una serie de áreas, en la de tratamiento ha de ayudarles a negociar para que diseñen tareas.

El conocimiento de una técnica no llega a completarse si no sabemos qué es lo que desencadena en el cliente. Tenemos pocos estudios y muchas hipótesis sobre este aspecto crucial. Téngase en cuenta que el diseño de técnicas y la posibilidad de su refinamiento ha de apoyarse necesariamente en dos tipos de información: si es o no eficaz y qué desencadena (cómo funciona). Se desechan técnicas porque no son eficaces, aunque presumiblemente podrían corregirse sus fallos si conociéramos cómo funcionan en el cliente. Por ejemplo, sabemos que la *connotación positiva* (poner de relieve los recursos del paciente), a veces no funciona porque el cliente puede sentir que le “doran la píldora”, que se le engaña, en definitiva. Las predicciones de la Teoría de las Atribuciones con respecto a cómo se afectan variables, como la solución de problemas y la culpabilización mutua dentro de una familia, a partir de la atribución manejada por una intervención terapéutica (Navarro Góngora, 1985), permiten mejorar la connotación positiva; por ejemplo, la connotación positiva se hará más creíble si el problema se atribuye a causas externas al cliente: por ejemplo puede decirse que es debido a razones coyunturales, pongamos la muerte de un familiar. Por definición, el impacto de algo coyuntural pasa, con lo que implícitamente se le está diciendo que su sufrimiento tendrá un final, además de desculpabilizarlo de su situación de impotencia por no poder solucionar su problema.

Resumiendo, cuando enfrentamos el tema del cambio terapéutico, de la intervención, podemos adoptar dos perspectivas: una estructural y otra procesual. La primera define la teoría general del cambio manejada, aquella que dicta, junto con la manera de concebir el problema, las técnicas de cambio y las metas a corto y largo plazo. Las metas orientan las estrategias del terapeuta y dictan qué ha de hacer en un momento dado.

Las perspectiva procesual define cómo se despliega la terapia (y qué ha de hacer el terapeuta en cada etapa) y las técnicas de cambio, así como los procesos desencadenados por esas técnicas.

3. La evaluación

En el trabajo clínico la evaluación se entiende de dos maneras:

- 1) Como la obtención de información que valide o invalide una intervención del terapeuta,
- 2) Como la evaluación científica de algún aspecto de un modelo terapéutico.

En la primera acepción se trata de aprender a valorar la información (verbal y no verbal) que suministra un cliente y que, junto con las metas a corto y largo plazo, van decidiendo qué preguntar o hacer durante la entrevista. Este tipo de evaluación tiene poco que ver con la evaluación científica de un modelo de terapia.

En la segunda acepción, significa conocer si un modelo responde o no a criterios científicos. En este sentido se examinan tres grandes áreas: los supuestos teóricos (manera de conceptualizar los trastornos mentales y teoría del cambio, fundamentalmente); su capacidad predictiva y su eficacia. Pensamos que reducir todo a la eficacia es abusivo, aunque también es cierto que si la eficacia es nula, de poco serviría un modelo terapéutico, ya que sin cambio puede, ciertamente haber otra cosa, pero no terapia.

Han de evaluarse los supuestos teóricos. Ello quiere decir que ha de examinarse la manera de entender los trastornos mentales, qué es lo que está trastornado o “enfermo” y cómo se mantiene (o se llegó a tal situación). Lo que hemos definido más atrás como “conceptualización del problema”.

En segundo lugar, ha de evaluarse la teoría del cambio, incluyendo tanto el cambio estructural como el procesual. Queremos decir con ello que determinado ordenamiento a la hora de intervenir terapéuticamente tiene que justificarse, porque podría darse el caso de que una técnica fuera ineficaz porque el orden de sus fases fuera incorrecto.

Entendemos por capacidad predictiva la posibilidad de predecir ciertas conductas a partir de la manera como un modelo entiende la “enfermedad mental” y el cambio. Evaluar la capacidad predictiva equivale a evaluar hasta qué punto un modelo es capaz de reproducir situaciones reales.

Finalmente hay que evaluar la eficacia terapéutica, o si se quiere, hay que evaluar lo que hemos llamado modelos de cambio estructural y procesual. Esta es la labor que clásicamente se ha realizado en la literatura de investigación. Permítasenos unas cuantas puntualizaciones.

1. La división entre cambio estructural y procesual no aparece recogida en la literatura que evalúa la eficacia de determinadas técnicas. Ello supone que las técnicas son concebidas puntualmente. Uno de los ejemplos más llamativos es el de la interpretación. Ya hemos mencionado (Greeson, 1978) que según el psicoanálisis la interpretación es una técnica que se despliega en una serie de fases bien establecidas; pues bien ningún trabajo experimental que conozcamos recoge ese carácter procesual, procediéndose a evaluar la fase final.

2. La evaluación terapéutica, verdadera manzana de la discordia entre experimentalistas y clínicos, es un proceso complejo pero necesario. A los habituales problemas de los instrumentos de medición se añaden problemas de tipo ético (en Canadá en el año 1984 ha sido demandado un centro porque en el tratamiento de un grupo de pacientes psicóticos se omitieron recursos que sí se aplicaban en el grupo experimental) y problemas de control. Un buen diseño experimental exige hoy la multiplicación de controles que certifiquen la eficacia de una técnica, de tal suerte que la recuperación del cliente ha de ser establecida por “test objetivos”, autoinformes e informes sociales (escuela o trabajo, en su caso). Todo esto sin hablar de los costes económicos.

3. Permítasenos decir a favor de los clínicos que su labor es asistencial (ni experimental, ni de investigación), y que si tuvieran que cumplir con las condiciones expuestas en este epígrafe sobre evaluación, o tan sólo las del punto 2, no podrían dedicarse a ninguna otra cosa. La investigación en psicoterapia es labor de profesionales especializados a los que se descargó de labores asistenciales.

4. Si los requisitos exigidos para la evaluación parecen excesivos, permítasenos decir que estamos exponiendo un *desideratum*, aunque estamos firmemente convencidos que cualquier tipo de control es mejor que ninguno.

Resumiendo, cuando hablamos de evaluación entendemos dos acepciones: los procesos de *feed-back* (información sobre una ejecución) que van orientando al terapeuta sobre qué hacer en cada momento de la entrevista. Esta es una acepción puramente clínica de alto interés porque define, junto con las metas a corto y largo plazo, la estrategia de la entrevista. En una segunda acepción, la evaluación se entiende como la comprobación de si un modelo terapéutico se ajusta o no a criterios científicos.

El cuadro 1 resume en una visión sintética los tres apartados de diagnóstico, cambio y evaluación, con los distintos aspectos que hemos desarrollado en el presente trabajo. En él quedan recogidos lo que desde nuestro punto de vista son las líneas

maestras de un modelo terapéutico. Componen también el cuadro de exigencias mínimas que habrá que pedir a un modelo para quedar claramente definido. La respuesta a cada uno de los ítems define aspectos fundamentales de cada modelo terapéutico. Sirve para comparar modelos entre sí en aspectos básicos del funcionamiento de cada modelo, siendo esta la razón fundamental que nos animó a desarrollarlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A. Conferencia pronunciada en el Curso Superior de Psicología Social. Salamanca, Septiembre, 1985.
- Epstein, N.B. y Vlock, L.A. (1981) Research on the results of Psychotherapy: A summary of evidence. *American J. of Psychiatry*. 1027-1035.
- Fisch, R. *et al.*, (1984) *La táctica del cambio*. Barcelona: Ed. Herder.
- Goldfried, M.R. (1980) Toward the delination of therapeutic change principles. *American Psychologist*. 991-999.
- Greenson, R.R. (1978) *Técnica y práctica del psicoanálisis*. México: Ed- Siglo XXI.
- Gurman, A.S. (1983) Family Therapy Research and the new epistemology. *J. of Marital and Family Therapy*. Vol. 9, nº 3: 227-234.
- Haley, J. (1964) Research on family patterns: An instrument measurement. *Family Process*. Vol. 3, nº 1: 41-65.
- Havens, L. (1980) Exploration in the uses of language in psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*. Vol. 16, nº 1: 53-67.
- Hobbs, N. (1981) The role of insight in behavior change: A commentary. *American J. of Orthopsychiatry*. Vol. 51, nº 4: 632-635.
- Hudson, P. (1980) Different strokes for different folks: A comparative examination of behavioral, structural and paradoxical methods in Family Therapy. *J. of Family Therapy*. Vol. 2.
- Lazarus, A.A. (1980) Toward delinating some causes of change in psychotherapy. *Profesional Psychology*. Vol. 11, nº 6: 863-870.
- Lebow, J.L. (1984) On the value of integrating approaches to Family Therapy. *J. of Marital and Family Therapy*. Vol. 10, nº 2: 127-138.
- Levant, R.F. (1983) Diagnosis perspectives on the Family Process: Structural and historical contextual models. *The American J. of Family Therapy*. Vol. 11, nº 2: 3-10.
- McConaughy, E.A., Prochaska, J.O. y Velicer, W.F. (1983) Stages of change in psychotherapy: Measurement a sample profile. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Vol. 20, nº 3: 368-370.
- Navarro Góngora, J. (1985) Escuelas en Terapia Familiar Sistémica, en L. Portero, *La familia: una visión plural*. Salamanca: Univ. Pontificia.
- Id. (1985) Modelo de intervención en Terapia Familiar Sistémica. *Rev. De la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Nº 13: 165-173.
- Nielsen, A.C. (1980) Gestalt and psychoanalytic therapies: Structural análisis and rapproachment. *American J. of Psychotherapy*. Vol. 34, nº 4: 534-544.
- Pattison, M.E. (1977) Clinical social systems interventions. *Psychiatry Digest*. Vol. 38, nº 4: 25-32.
- Schützenberger, A. y Sauret, M.J. (1980) *Nuevas terapias de grupo*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Selvini Palazzoli, M. (1984) Conferencia en Montreal (Canadá).
- Shuger, D. y Debout, J. (1980) Contrast gestalt and analytic therapies. *J. Of Humanistic Psychology*. Vol. 20, nº 3: 21-40.
- Speck, R. y Attneave, C. (1974) *Redes familiares*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Tarule, J.M. (1980) Process of transformation: Steps toward change directions for higher education.
- Terence, W.G. (1982) Psychotherapy process and procedure: The behavioural mandate. *Behavior Therapy*. Vol. 13: 291-312.
- Tomm, K. (1984) One perspective on the Milan systemic approach. *J. Of Marital and Family Therapy*.
- Trimble, D.W. A guide to the network therapies.

- Vriendt, X. y Ruel, J.M. (1980) Utilisation simultané de la psychothérapie analytique et comportementale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*. Vol. 26, n° 6: 243-246.
- Watzlawick, P. Et al. (1976) *Cambio*. Barcelona: Ed. Herder.
- Id. (1980) *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Ed. Herder.
- Weakland, J.H., Fisch, R. et al. (1974) Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*. Vol. 13, n° 3: 141-168.
- Weiss, A.O. (1982) Dealing with the process of change. *Social Casework*. Diciembre: 607-614.
- Zuk, G. (1975) Engagement and termination as critical incidents in therapy, en *Process and practice in Family Therapy*. Haverford: PES Book: 3-12.

1. Conceptualización del “problema”.
 - a) Qué es en el cliente, familia, pareja, etc.
 - b) Cómo es el problema (explicación fenomenológica).
 - c) Cómo se llegó al problema (explicación genética).
 2. Cambio: (A) Punto de vista estructural.
 - a) Teoría del cambio.
 - b) Técnicas de intervención.
 - c) Metas terapéuticas (a corto y largo plazo).
 3. Cambio: (B) Punto de vista procesual.
 - a) Estadios de la terapia, estadios de la entrevista.
 - b) Estadios de la ejecución de una técnica.
 - c) Procesos desencadenados en el cliente.
 - d) Funciones del terapeuta en cada una de las etapas de la terapia.
 4. Evaluación.
 - a) Valoración de la información generada por el cliente.
 - b) Evaluación de las principales bases teóricas del modelo terapéutico.
 - c) De la capacidad predictiva del modelo.
 - d) De la relación entre el cambio observado y la intervención.
 - e) Auto-informe del cambio.
 - f) Seguimiento que demuestre la persistencia del cambio.
-

Cuadro 1. Esquema formal de un modelo terapéutico.

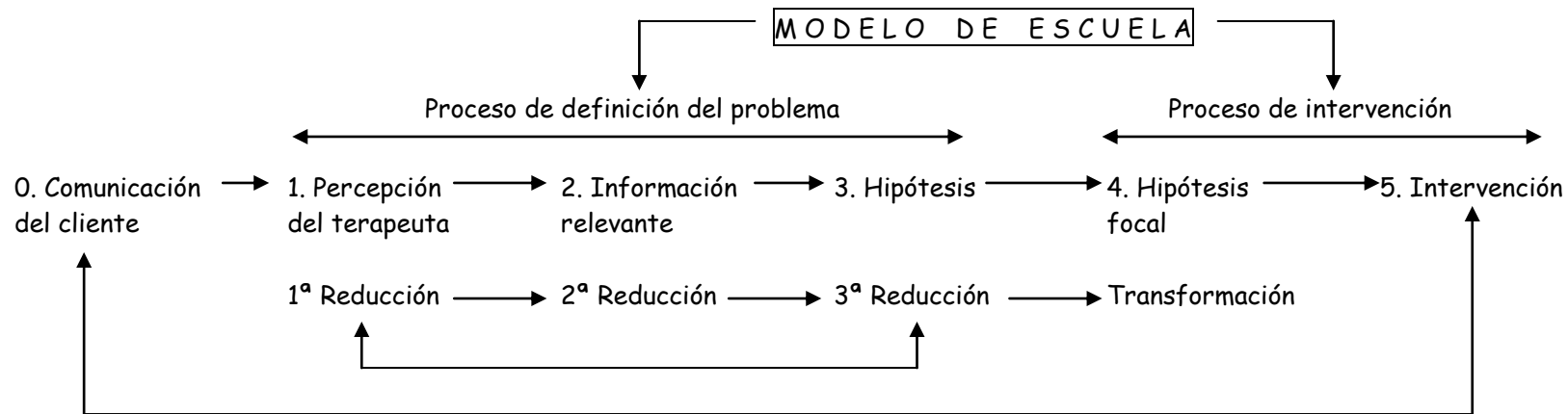


Fig. 1. Modelo de procesamiento de la información durante la entrevista