

UNA APROXIMACION A LA PRACTICA
PSICOTERAPICA COMO POSIBLE
PRACTICA CIENTIFICA

JORGE L. TIZON
Neuropsiquiatra. Psicólogo Clínico

Comunicación presentada en la Sesión Clínica de la Cátedra de Psiquiatría
de la Universidad de Barcelona el 7 de marzo de 1975

Si tuviéramos en cuenta solamente la conducta verbal de los profesionales de la psicología y la psiquiatría, bien podría pensarse hoy que la psicoterapia es un recurso psiquiátrico utilizado de forma casi universal. En efecto: pocos psiquiatras no incluyen dentro del relato de su actividad profesional la práctica de la «psicoterapia». Pocas instituciones no afirman contar con una sección o servicio especializado en psicoterapia o no describen la práctica de un tipo u otro de «psicoterapia institucional». Pocas planificaciones de la asistencia psiquiátrica no incluyen un capítulo de asistencia psicoterápica y la consabida alusión a la «psicoterapia de grupo».

Ahora bien: me parece que el avisado investigador o el molesto sociólogo que entre nosotros quisiera llegar un poco más allá de tales conductas verbales, aquel que, sin ir más lejos, quisiera comprobar su concordancia con las «conductas reales» de nuestra praxis psiquiátrica en la Península Ibérica o la consistencia interna de los diversos conceptos y técnicas psicoterápicas utilizadas, se encontraría pronto sumido en las más insolubles cavilaciones... O tal vez llegase a la conclusión de que, para los especialistas en la ciencia y tecnología psicológica y psiquiátrica, el término de «psicoterapia» no es sino una «noción operativa» (?) detrás de la cual se acumula todo lo que el psiquiatra o el psicólogo hacen sin saber por qué lo hacen, todo lo que dicen al paciente sin estar seguros de que sirva para algo... En definitiva, todo lo que hacen y/o dicen para hacer menos flagrante su/la flagrante insuficiencia personal, institucional o científica de la psiquiatría en nuestros días y la mala conciencia profesional y humana que puede dejar la simple «psicoterapia de la palmada en el hombro».

Por otro lado, en el caso de que las instituciones o determinados grupos profesionales cuenten realmente con psicoterapeutas seriamente especializados y preparados, el problema no es menos arduo. La red de obscuridades, incomprensiones, deformaciones, ataques y defensas tejida alrededor de la praxis psicoterapéutica (y en especial, alrededor de la psicoterapia de orientación analítica) es hoy tan densa que a duras penas podría ese nuestro sufrido sociólogo o investigador encontrar un concepto unívoco de *psicoterapia* o hacerse una idea clara de la utilidad de la psicoterapia en la práctica clínica de nuestros días. En el mejor de los casos, tendría que conformarse con otra «noción operativa»: el psicoterapeuta es el técnico psiquiátrico al que le son enviados los pacientes con los que no se sabe qué hacer o aquellos en los que han resultado repetidas veces inútiles el resto de técnicas «terapéuticas».

En definitiva: se impone hoy una *desmitificación de la psicoterapia*. Que la psicoterapia ha sido mitificada es un dato que no creo necesario profun-

dizar más. Que, sin embargo, tras el alud de irrealidades y deformaciones puede estarse practicando o puede llegarse a practicar en el futuro una psicoterapia con orientación científica y no «mágica-mítica-encantatoria», es lo que me propongo revisar.

Y quede claro que con ello no quiero negar todo valor al conjunto de actuaciones «psiquiátricas» de las que antes he hablado. Pienso que tal vez algunas tengan un valor terapéutico, e incluso *psicoterapéutico*. Pero que no son *psicoterapia* en el sentido científico. Porque o la psicoterapia incluye una teoría, una técnica y una práctica determinadas y definidas lo más unívocamente posible, o es lo que se quiera y tan útil como se quiera, pero no una praxis científica. Tales elementos —práctica, técnica, teoría—, que definen *formalmente* una ciencia, no tienen otro fin que lograr que el conocimiento sea verificable, transmisible, con capacidad de predicción, con utilidad práctica... En definitiva, esos elementos son los que definen una forma de conocimiento, una forma de conciencia: la científica. Y —sin que esto suponga un juicio de valor negativo para con otras formas de conocimiento del mundo: artística, moral, religiosa, ideológica, etc.— todo conocimiento que no incluya esos tres elementos no puede ser considerado con propiedad *científico*. (Lo que no excluye, insisto una vez más, el que pueda ser más gratificador o incluso más útil que el conocimiento científico).

De ahí mi afirmación de que pocas formas de practicar la psicoterapia hoy día pueden ser consideradas praxis científicas. Por ello, esta comunicación me gustaría que sirviera como intento de introducción para la delimitación de una praxis psicoterápica con pretensiones de científicidad con respecto a otras modalidades del quehacer psicoterapéutico. Y pido de antemano excusas porque exigencias espacio-temporales limiten de tal forma algunos extremos de mi exposición que ésta pueda resultar desbordante de afirmaciones categóricas y no suficientemente explicadas.

I. NOTAS PARA UNA DEMARCACIÓN INICIAL

Al entrar en el tema nos encontramos con problemas desde el mismo intento de definición de lo que puede considerarse psicoterapia desde el punto de vista teórico estricto. (La investigación sociológica, como antes veíamos, sólo podría proporcionarnos muy pocas o ninguna idea general ampliamente admitida de lo que los psiquiatras y psicólogos consideramos psicoterapia). Por ello inicialmente podríamos entender la *psicoterapia* como la *aplicación metódica de técnicas psicológicas en el tratamiento de los trastornos mentales*. Pero los problemas surgen al menos en dos puntos:

1. ¿Qué entendemos por «técnicas psicológicas»? ¿Cómo varían esas técnicas según la adscripción teórica, académica e ideológica del psicoterapeuta?
2. ¿Debemos hablar de «trastornos mentales» o habría que hablar de «trastornos de conducta», evitando así de entrada toda posible contaminación

«mentalista»? El inconveniente es que, si adoptamos esta segunda posición, cada uno de los términos psicológicos y psiquiátricos de nuestra definición (técnicas psicológicas, tratamiento, trastornos mentales) cambia enormemente de sentido. Y ¿qué tiene que ver una psicoterapia así definida con lo que entienden por tal la mayoría de los psicoterapeutas actuales?

Indudablemente, el problema, en primera instancia es de tipo semántico,⁴⁰ pero, más en profundidad, conlleva abrumadoras connotaciones teóricas e incluso metateóricas o epistemológicas. Por eso intentaré delimitar un poco más dicho concepto utilizando como base la definición ofrecida por Wolberg.⁶³ Psicoterapia sería así «*el tratamiento por medios psicológicos de los problemas de naturaleza emocional en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación con el paciente para*

- 1) *eliminar, modificar o retardar síntomas preexistentes o*
- 2) *influnciar pautas de conducta (anómalas o) trastornadas o*
- 3) *promover un crecimiento y desarrollo personales.»*

Se me objetará rápidamente, y con razón, que en tal definición sigue sin concretarse el término «medios psicológicos» o que queda claramente mediatizado por la segunda parte de la definición, que implica una opción concreta dentro de la problemática antes planteada. Efectivamente, creo que así es. Intentaré pues justificar esa opción.

Evidentemente —y no debería hacer demasiado desacuerdo en este punto— una psicoterapia con aspiraciones de praxis científica o tecnológica tendría que estar basada en el *estudio de la conducta*, sí, pero de la *conducta significativa*, es decir, de la conducta dotada automáticamente (para nosotros mismos y para los demás) de sentido y/o significado. Porque el análisis de la conducta, realizado sin los clásicos subjetivismos o parcialidades iniciales comprende:^{23, 57, 59}

a) El análisis de los *componentes «físicos», «energéticos» de la conducta*, más fácilmente verificables, cuantificables, mensurables, etc.

b) El análisis de los *componentes «informativos», del sentido, el significado de dicha conducta.*

Evidentemente, una visión científica y epistemológica estrechamente empirista y positivista sólo admitiría como análisis científico de la conducta el primer aspecto que hemos enunciado. Ya he señalado en otra ocasión⁵⁷ la paradoja que esto supone, pues al mismo tiempo que se critica la utilidad del modelo médico en el enfoque de las alteraciones de conducta, se proponen modelos que, desde el punto de vista epistemológico, están directamente basados en las ciencias físico-químicas y biológicas. Pero ¿por qué el programa de las ciencias ha de pararse en lo físico-biológico? O, más exactamente, ¿por qué la *metateoría o epistemología de la psicología* ha de basarse únicamente en la epistemología de las ciencias físico-químicas y biológicas —y en sólo una determinada orientación de éstas, habría que añadir—? A mi entender

las estructuras y modelos construidos por la psicología también pueden y deben fundamentarse en los de la lógica-matemática y en los de las ciencias sociológico-culturales. O incluso desarrollar estructuras y modelos autónomos. De hecho, ya hay numerosas disciplinas que han sobrepasado esa epistemología «fiscalista» y se basan fundamentalmente en el estudio de componentes «informativos» de la realidad: tal es el caso por ejemplo de la semántica y de la semiótica general, de la lingüística generativa y transformacional, de la economía política, de la antropología estructural... o incluso de la cibernética.

Desde este punto de vista, en el estudio de la conducta significativa cabrían perfectamente hoy en día:

a) Orientaciones basadas en el estudio de la conducta «física», energética, directamente visible y mensurable con muy pocos instrumentos teóricos previos: tal sería el caso de la aproximación al estudio de la conducta propio de la Psicología del Aprendizaje, del neoconductismo, de la «Behavior Therapy» y, desde un punto de vista estrictamente biológico, de la Neurofisiología, de la Psiquiatría biológica, etcétera.

b) Orientaciones basadas en el estudio «informativo» de la conducta significativa. Uno de los aspectos de esta orientación, casi únicamente descriptivo, sería la psicopatología clásica. Y tal vez en este campo la tendencia más estructurada esté constituida por el conjunto de psicologías «dinámicas». Naturalmente, este tipo de aproximaciones pueden teñirse fácilmente hoy día de subjetivismo, especulación e ideología, tanto por su reciente inauguración, como por el incipiente estado en el que se encuentran sus instrumentos teóricos y conceptuales, por la falta de claros modelos epistemológicos de referencia, por su propio tema y modo de aproximación al mismo, etc.⁵⁹

Como consecuencia de todo lo anterior, y porque, además, el término «psicoterapia» está semánticamente unido a teorías y prácticas «mentalistas», es decir, que estudian y tratan los conflictos internos del individuo, creo que debería ser claramente delimitado del concepto de «Behavior Therapy», a pesar de que algunos autores como Wallerstein,⁶¹ Wolverg^{62, 63} y Wolpe⁶⁴ tiendan a la inclusión de la «terapéutica de la conducta» (BT) dentro de un concepto amplio de psicoterapia (PST). A mi entender, la BT trata los trastornos de conducta teniendo fundamentalmente en cuenta los aspectos físicos, energéticos y etológicos de ésta, las formas como se percibe, condiciona y produce físicamente. Sus técnicas se relacionarán pues únicamente con ese concepto objetivo, mensurable, verificable y más o menos fiscalista de «conducta» o «comportamiento». Nuestra voluntad de exclusión de la BT del campo de la PST no significa pues una minusvaloración de la misma, sino al contrario, el reconocimiento de que dicha orientación ha adquirido una envidiable especificidad técnica, teórica y epistemológica que, teniendo en cuenta las connotaciones teóricas y semánticas del término, no aconseja considerarla como una forma de PST, aunque sí, desde luego, como un tipo de terapéutica psiquiátrica en continuo desarrollo.

A mi entender, todo lo anterior delimitaría pues un poco lo que en la definición escogida constituía ya inicialmente un problema: qué entendemos por «técnicas psicológicas».

Nuestra clasificación y sistematización de la psicoterapia no incluirá pues la BT, aunque ésta indudablemente tenga un creciente valor como técnica. E insisto: ni mi intención ni mi idea es infravalorarla con respecto a la PST. Lo que desearía es evitar eclecticismos teóricos y técnicos tan prematuros como estériles. Porque en el momento psiquiátrico actual lo que está claro es que:

— La Psicología del Aprendizaje y el Conductismo han contribuido y están contribuyendo de forma señalada a la objetivación y cientificidad en Psicología y Psiquiatría.

— La BT puede complementar a la PST (y mucho más en el caso de las llamadas «Psicoterapias Breves»).⁶²

— Ya hay incluso ejemplos de colaboración entre la PST, tal como antes la hemos delimitado y la BT y PA: son notables en este sentido las obras de Sears,^{51, 35} Dollard,¹¹ Millier,³⁸ Mowrer,³⁹ etc. Recientemente, la American Psychiatric Association ha publicado un volumen sobre BT⁵⁶ en el que trata directamente el tema de dicha colaboración, y ya existen en la Península Ibérica los primeros grupos profesionales que se proponen llevarla a la práctica terapéutica.

— Por otro lado, como dice Liberman,³³ la PST puede (y debe) estudiarse según la Psicología del Aprendizaje y el Conductismo: efectivamente, en todo proceso psicoterápico entran procedimientos de refuerzo positivo y negativo y condicionamiento, proceso de imitación, extinción y generalización,⁵ etc., encauzados por el estímulo aversivo de la ansiedad situacional y el reforzador secundario que es el psicoterapeuta.

— Y viceversa, la BT puede necesitar y necesita a menudo de los datos proporcionados por la Psicología dinámica. En el clásico ejemplo de la Psicología del Aprendizaje del niño que llora en el supermercado⁶ el niño llora pidiendo un caramelo. Esta conducta resulta ser un estímulo aversivo para la madre, que intenta extinguir el llanto comprándole el caramelo. Pero esto significa un refuerzo positivo para la conducta de llanto, aumentando así la probabilidad de que se repita en ocasiones sucesivas. Ahora bien: el problema «terapéutico» en este caso es arduo, a menos que el terapeuta o «modelador de la conducta» se base sólo en el más estrecho de los empirismos y se dedique a «modificar la conducta» que le solicitan que modifique (probablemente la del niño, si la consulta parte de la madre). Pero ¿y si este niño está sometido a continuas frustraciones y castigos y su llanto representa fundamentalmente un comportamiento de protesta o de búsqueda de consideración? ¿Es adecuado tratar precisamente su conducta aunque ésa sea la petición de los padres? Posiblemente, antes de decidir qué actitud terapéutica tomar, habrán de tenerse en cuenta las relaciones familiares, su dinámica:

he ahí en marcha los elementos de «psicología dinámica» propios de toda actividad terapéutica en psiquiatría. Y estos elementos «dinámicos» siempre existen, nos damos cuenta o no de su influencia en nuestras concepciones y modelos. Más vale pues hacerlos conscientes, con sus inexactitudes y errores, que negarlos obstinadamente, con lo que sólo conseguiremos que los elementos «dinámicos» con los que funcionamos sean los dictados simplemente por el «sentido común» o la ideología dominante que normalmente muy poco explican y muy poco pueden explicar.

II. CLASIFICACIÓN DE LAS PSICOTERAPIAS

Según todo lo anterior tendríamos dos grupos fundamentales de PST:

- 1) Las PST por condicionamiento fundamentalmente verbal.
- 2) Las PST que complementan el condicionamiento verbal con otros condicionamientos.

Dentro del grupo 1 (PST por condicionamiento fundamentalmente verbal) encontraríamos reunidas las PST individuales y las PST de grupo. Dentro del grupo 2 deberían incluirse las PST de la creatividad, las PST con coadyuvantes farmacológicos, las PST con condicionamiento de tipo «psicolisiológico» y las diversas combinaciones de BT y PST.

Naturalmente, en este trabajo me estoy refiriendo y me referiré fundamentalmente a las psicoterapias individuales por condicionamiento verbal y, dentro de ellas, a aquellas con una práctica, una técnica y una teoría más sistematizada y cuya ampliación está más difundida. En concreto, evitando toda referencia al psicoanálisis, trataré especialmente de las *PST de orientación analítica (freudiana o «no freudiana»)* y a la *PST no directiva* de C. Rogers y seguidores.

Si al tratar de las técnicas psicoterapéuticas en general hemos hablado algo de su juventud y, por lo tanto, de su «inmadurez científica», creo que aquí será innecesario subrayar que las modalidades de PST escogidas como punto de referencia están aún dando los primeros pasos de su sistematización como prácticas científicas... o de su negativa a tal sistematización.

En este punto, la evolución general de todas las ciencias indica la necesidad de la investigación para todo desarrollo científico y para la verificación de las hipótesis de trabajo. Por ello, pronto algunos psicoterapeutas adquirieron conciencia de la necesidad de realizar investigaciones empíricas sobre los procesos psicoterápicos y los conceptos, técnicas e hipótesis de la PST.

Tal vez el *grupo rogeriano* fue el primero orientado decididamente hacia la investigación en PST, como lo demuestra el temprano texto de Rogers y Dymond.⁴ Uno de los proyectos iniciales más ambiciosos⁶⁰ fue el «Proyecto de Investigación en Psicoterapia de la Fundación Meninger». En él intentaban determinarse, mediante estudios longitudinales, los efectos de tres tipos de PST:⁶¹

1. PST de apoyo:

a) en sanos con estados reactivos agudos, situaciones de peligro, etc.

b) en trastornos crónicos graves en los que era el único tratamiento

PST posible: neurosis graves, neurosis liminares, psicosis...

2. PST expresiva, aplicada a personas con conflictos neuróticos relativamente circunscritos: neurosis sintomáticas (?), neurosis caracteriales...

3. Psicoanálisis.

Desde el principio aparecieron problemas insoslayables y de difícil solución: por ejemplo, quedó rápidamente manifiesta la dificultad de sistematizar, estandarizar y hacer contrastables los métodos y conceptos utilizados en la práctica psicoterápica. Por ello, la investigación en PST parecía que iba a sufrir un *impasse* casi desde sus inicios.

III. LOS TRABAJOS DE EYSENCK Y LEVITT Y LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

Tales problemas ya habían comenzado a ponerse de manifiesto desde unos años antes y, en concreto, desde las primeras investigaciones de Eysenck sobre los efectos de la PST.¹³ A mi entender, la vigorosa crítica de Eysenck, unida al amplio muestreo estadístico sobre el que se basaba, ha resultado ser uno de los impulsos fundamentales para la investigación en PST. Posteriormente Levitt en USA^{31 32} realizó según el modelo de los estudios iniciales de Eysenck, una investigación estadística similar de los resultados de la PST en niños.

Para resumir la conocida investigación de Eysenck, basada inicialmente en ocho mil casos procedentes de veinticuatro fuentes, recordaré que llegaba a la conclusión de que sus trabajos «no demuestran que la PST, freudiana o no, facilite la recuperación de los pacientes neuróticos» (Eysenck, 1952).¹³

Los estudios de Eysenck se basaron fundamentalmente en la comparación de pacientes tratados con diversos tipos de PST y por psicoterapeutas de diversas escuelas con dos grupos de control: el de Landis, de mejorías consolidadas de pacientes admitidos en los Hospitales Estatales de Nueva York con un diagnóstico de «neurosis» y tratados con los cuidados hospitalarios de rutina (y sólo excepcionalmente mediante PST formal). El segundo grupo de control fueron las cifras del estudio de Denker sobre los índices de recuperación de quinientas solicitudes consecutivas de retiro por incapacidad debidas a «psiconeurosis» y tratadas por médicos generales de todo el país sin técnicas PST formales.

Y aquí quiero hacer una digresión que creo importante: estos estudios previos utilizados por EYSENCK demostraban un dato que, curiosamente, ha sido tenido muy pocas veces en cuenta, al contrario que los resultados adversos a la psicoterapia, que han ocupado y ocupan aún hoy un lugar común en muchas publicaciones psiquiátricas, sobre todo de determinadas escuelas. El hecho resulta, sin embargo, evidente: según esos estudios (7, 8, 12, 20, 47), entre 1/2 y 2/3 de los neuróticos diagnosticados como tales mejoran con o sin tratamiento e independientemente del tipo o modalidad de éste. A nuestro entender, una

consecuencia evidente de este hallazgo ha sido persistentemente *soslayada*: cuando se quiere demostrar la «probada eficacia» de tal o cual nuevo fármaco o técnica psiquiátrica que hay que introducir en el mercado, deberían invalidarse todos los estudios, bianónimos o no, que se refieran a pequeño número de pacientes, a duraciones inferiores a dos años o que, refiriéndose a casuísticas más amplias, no partan de las mejoras arriba reseñadas. Evidentemente, una mejoría del 60 % de los pacientes con el fármaco «X» en una muestra limitada en cuanto a número y tiempo dirá muy poco de seguro sobre la eficacia del fármaco, aun realizando el estudio de forma bianónima («doble ciego»). Y en un estudio de casuística que abarque centenares de pacientes sólo orientarán algo sobre la idoneidad del fármaco o producto en cuestión los índices de mejoría superiores al 66 %. Es una consecuencia importante que hay que sacar de ese tipo de estudios (7, 8, 12, 20, 47) y que quiero mencionar por estar relacionada con el tema que nos ocupa. Sin embargo, no puedo extenderme sobre otros detalles consecutivos dignos de estudio: dificultad de consolidar las mejorías psicofarmacológicas, incidencia de efectos taquifilácticos, etc.

En definitiva, Eysenck mostró que en cada uno de los grupos control los índices de recuperación al cabo de dos años eran tan altos como los correspondientes a cualquier enfoque psicoterápico de cualquier grupo o clínica (45-65 % de buenos resultados en la mayoría de los estudios sobre PST consultados), si no más altos. En conclusión: *la eficacia social de la psicoterapia es indemostrable* (lo cual no es lo mismo que demostrar que la PST no ejerce efecto alguno, criterio que Eysenck se abstuvo cuidadosamente de expresar). Como antes dije, Levitt,^{31 32} utilizando como modelo el artículo de Eysenck¹³ llegó a conclusiones similares tras su amplio estudio de la bibliografía sobre tratamiento psicoterápico de niños.

Naturalmente, las posibles objeciones, incorrecciones o dudas son muy evidentes y han sido señaladas repetidas veces en la larga polémica que provocaron los trabajos de Eysenck y Levitt. Desde el principio se planteó por ejemplo el problema de los criterios de eficacia y «recuperación» o «mejoría» utilizados, arduo problema que implica consideraciones técnicas, teóricas... e incluso epistemológicas, como en otra ocasión he intentado demostrar.⁵⁹

La polémica posterior —hoy reemprendida con el desarrollo de la BT— ha sido pues una de las más enconadas y complejas de la psicología y la psiquiatría de nuestros días. Hitos fundamentales de la misma son los trabajos de Astrup,¹ De Charms,¹⁰ Eysenck,^{13 14 15 16} Frank,¹⁸ Glover,¹⁹ Kubie,²⁸ Levitt,^{32 32} Luborsky,³⁴ Malan,^{36 73} Rosenzweig,⁴⁵ Wallerstein,^{60 61} Wolberg,⁶³ Wolpe,⁶⁴ Zubin⁶⁵...

En resumen: los defensores de la PST y/o críticos de Eysenck han achacado a los trabajos de éste y sus continuadores una serie de errores y deformaciones. A mi entender estas «críticas de la crítica crítica» señalan un amplio acervo de problemas que intentaría unificar en tres grupos:

a) *Problemas metodológicos*: Por ejemplo, se ha echado en cara a Eysenck que las muestras de estudio y control no eran comparables y que la «autoselección» del grupo de Denker no era en absoluto una «autoselección al azar». Se ha insistido asimismo en que al principio había *márgenes muy diversos de mejoría* entre los pacientes en PST y los de los grupos

control y dentro de cada grupo. Otro problema con repercusiones metodológicas es que tales estudios no tomaron en cuenta la experiencia y conocimientos de los psicoterapeutas y esto es sumamente importante tratándose de una técnica tan «subespecializada».

b) *Problemas teóricos*: Citaré al menos alguno de los fundamentales:

El primero, es que se puede caer en el error de meter dentro del mismo «cajón de sastre» (la PST) prácticas tan ampliamente diferenciadas que podrían corresponderse con el salto entre mesmerismo y psiquiatría al no tomar en consideración las grandes diferencias entre las PST examinadas: de apoyo y profundas, analíticas y no analíticas, con y sin agentes auxiliares, etc. Máxime si recordamos que en este punto, sin embargo, muchos psicoterapeutas son tajantes: «Es mejor no realizar ninguna psicoterapia que realizar una mala psicoterapia».⁶³

Otro problema teórico que antes hemos enunciado por sus consecuencias sobre la corrección o incorrección del método de los trabajos: el grado y tipo de experiencia, formación y conocimientos de los psicoterapeutas. En este apartado, el tema nos llevaría de la mano a la problemática de las «escuelas de psicoterapia»: grados de cientificidad de cada una según los procesos de formación de sus especialistas, según los controles institucionales de la praxis psicoterapéutica, etc. Lo indudable es que no todas las auto-denominadas «escuelas de PST» han conseguido en la articulación de su praxis, su técnica y su teoría el mismo grado de cientificidad y que algunas ni lo buscan. Basar los estudios sobre los resultados de unas puede llevar a conclusiones diferentes e incluso opuestas a las que se obtendrían si los estudios estuvieran basados en otras escuelas psicoterapéuticas.

Además, queda el problema teórico al que antes aludí del *concepto de «mejoría»* (hoy fundamentalmente no concepto, sino *noción* eminentemente ideológica). El problema se agudiza en el caso de estudios como los de Eysenck, en los que el criterio utilizado es el criterio subjetivo y global del informante (con toda seguridad, más marcado aún por la ideología que un criterio más concreto de «mejoría»). Tras numerosas críticas realizadas a partir de este punto, Eysenck (16, 1960) ha llegado a decir: «Es probable que los efectos de la PST, como los de la mayoría de las manipulaciones experimentales de seres humanos, sean multidimensionales y, en consecuencia, la investigación debería ocuparse de los cambios en más de una dirección. El hábito común de calificar simplemente a las personas como «mejoradas» o «no mejoradas» no presta atención al hecho importante y obvio de que la «mejoría» no constituye un concepto unidimensional».

Sin embargo, a pesar de lo anterior, Eysenck defiende a continuación en ese artículo las mismas conclusiones de sus trabajos anteriores y basándose en *las mismas pruebas*. Y esto no es casual, sino que corresponde consecuentemente a unos puntos de vista teóricos y epistemológicos previos cuyo origen es en último extremo, como en todos los casos, ideológico.⁵⁹

Lo que parece claro es que la situación no se va a resolver con meras

discusiones que tendrán mucho más de ideológico que de científico porque... «resulta casi imposible demostrar o refutar frases vagas y generales acerca de la «mejoría»; las formulaciones específicas son mucho más valiosas desde el punto de vista científico y también más fáciles de investigar en el campo experimental» (Eysenck, 16). En ese sentido precisamente se están orientando los estudios modernos de PST: intentando definir lo más unívocamente posible los criterios, conceptos y nociones utilizadas y en qué consiste la mejoría buscada en cada caso, tal como hace Malan en su importante trabajo.³⁶

c) *Problemas epistemológicos o metateóricos al fin*

En último extremo, el problema de la definición de la «mejoría» nos lleva al problema del *criterio de «normalidad»*.⁵⁹ Es de todos sabido cómo el criterio de normalidad («estadística», ideal «ideal» e incluso el de «normalidad funcional») está sobredeterminado socialmente desde el campo de la ideología. Plantearnos seriamente el problema de la «mejoría» ha de llevarnos pues a plantearnos el problema de la ideología y de su relación con otras formas de conciencia como puede ser el conocimiento científico. Y mucho más en nuestros días, en los que la problemática de la ideología es uno de los puntos cruciales de la controversia en el seno de la sociología y la epistemología.

Además, en la discusión acerca del valor de la psicoterapia se baraja en el fondo continuamente el problema de la *fundamentación científica y teórica* (o «antiteórica», según otros autores, lo que no deja de ser una forma de teorizar) *de la terapéutica psicológica*, con la problemática conexas de las escuelas científicas y su valor o impedimentos para el desarrollo de la ciencia^{29 43}.

Por último, otro problema matateórico que me gustaría al menos apuntar, ya que está iniciado en todo el planteamiento anterior, es el del *conocimiento científico de lo individual*: ¿es posible un conocimiento de lo individual con caracteres científicos o más bien la ciencia sólo puede ocuparse de lo general y el estudio de lo individual ha de dejarse al arte del clínico? ¿Los métodos usados para el conocimiento científico de lo general son válidos para el conocimiento científico de lo individual? ¿Es posible aplicar al conocimiento científico de lo individual, al *conocimiento clínico*, los mismos criterios de científicidad que al conocimiento científico de lo general, a la investigación empírica sobre lo general? ¿Qué grado y tipo de validez tienen las investigaciones clínicas, basadas en el conocimiento de lo individual, para la científicidad de nuestros días? En otras ocasiones^{57 59} he tratado al menos mínimamente el asunto, por lo que aquí me limito a señalarlo solamente.

En definitiva, la discusión generada alrededor de los trabajos de Eysenck y Levitt hace descubrir problemas a todos los niveles que sobrepasan con mucho los propiamente metodológicos. Por eso me he detenido más en

tales trabajos que considero, con sus aciertos y errores, fundamentales en la moderna psiquiatría.

Como veíamos, el reto fue recogido tanto por los practicantes de la PST «centrada en el cliente» como por los psicoterapeutas de orientación analítica. De ahí salieron proyectos de investigación como el de la Fundación Menninger, antes citado, o los intentos de acercamiento entre psicoterapeutas de diversas escuelas y tendencias que aparecen condensados en los libros «Research in Psychotherapy», I y II⁴⁶ y «Psychotherapists in Action».⁵⁶ Sin embargo, los resultados de las reuniones que dieron lugar a dichas obras colectivas no fueron demasiado brillantes: una vez más se puso de manifiesto, tanto en la primera como en la segunda reunión, la heterogeneidad técnica y teórica de las diversas escuelas, las dificultades de intercambiabilidad de sus conceptos, la orientación divergente de la investigación de los diversos grupos, que incluso rara vez se citan entre sí en la bibliografía, etc. En definitiva, a pesar del entusiasmo generado por la reuniones y durante ellas, no se alcanzó ningún acuerdo operativo que permitiera realizar proyectos de investigación coordinados o al menos complementarios. Es fácil determinar una de las posibles causas: el montaje de las reuniones era a mi entender, en extremo idealista. Idealista porque ya antes decía que tal vez existan más semejanzas entre la medicina y la curandería, o entre la psiquiatría y la «Christian Science» que entre algunas orientaciones psicoterapéuticas. La posibilidad pues, de un acuerdo, es muy ilusoria si no se seleccionan previamente las diversas corrientes psicoterapéuticas en base a criterios de contrastabilidad, verificabilidad y transmisibilidad de sus teorías y su praxis (en definitiva, en base a unos criterios de cientificidad). Con todo lo arduo que pueda resultar el problema de qué criterios utilizar para tal selección, ésta es hoy insoslayable. (Trataré de volver sobre el tema al final de mi trabajo). Por eso afirmaba antes que las orientaciones y la crítica de la psicología científica y, más en concreto, de la Psicología del Aprendizaje, pueden y deben ser fundamentales en este proceso.

El caso es que el problema ya ha llgado a afectar a todos los círculos psicoterápicos e incluso a los específicamente psicoanalíticos. Una muestra de ello podríamos verla en el número creciente de trabajos de investigación empírica que van apareciendo en las revistas especializadas de PST y psicoanálisis como el *Journal of American Psychoanalytic Association*,^{9 22' 48' 49' 50'} alguno de ellos dedicado incluso al estudio de las posibilidades de investigación *en el interior* de la situación psicoanalítica.⁴⁹ Otra, en los trabajos de varios Institutos de Psicoanálisis (por ejemplo, el de Boston) sobre correlaciones neurofisiológico-psicodinámicas (sueño REM, constantes psicofisiológicas, etc.).^{24 25}

En este sentido es importante por ejemplo la obra compilada por Gottschalt y Auerbach,²¹ que constituye una panorámica del pensamiento y la praxis de importantes autores dedicados a la investigación en PST y da una idea de la variedad de artificios técnicos que es posible utilizar: espejos unidireccionales, cintas magnetofónicas, video-tape, etc.

Ahora bien: si la definición de los posibles métodos de investigación es uno de los pasos necesarios en la actualidad, el otro es la búsqueda de definiciones operativas y cada vez más precisas de todo lo que incluye el proceso psicoterápico.

Algunos estudios de Malan³⁶ constituyen casi un paradigma de tal orientación. En Malan (1963) encontramos por ejemplo un cuidadoso examen, sistemáticamente documentado, de los resultados de la PST Breve de 21 pacientes. En él se toman unos puntos de partida claros y operativamente definidos; se adopta una definición precisa de «psicoterapia»; se hacen explícitas y contrastables las valoraciones psicoanalíticas previas a la PST; se formulan con precisión las pruebas de cada inferencia; se definen claramente las mejorías buscadas; se hace un sistemático estudio de seguimiento, etc.

Sólo con estas orientaciones podremos llegar a valorar con certeza resultados similares a los de los estudios realizados por Brill (1964) o Avnet (1962, 1965). Avnet,²³ dentro del marco de una compañía privada de seguros (Group Health Insurance, Inc.) realizó un estudio en el que 1 200 psiquiatras trataron una amplia muestra de pacientes con un variado espectro de problemas emocionales. Al final de un período de tratamiento limitado se encontró un 76 % de mejorías o curaciones. Estudios de control de medio a dos años de duración ampliaron este porcentaje hasta el 81 %. La consecuencia, dado el marco socioeconómico en que se movía el estudio, fue que *a la compañía de Seguros le resultaba rentable financiar este tipo de psicoterapias breves*. El estudio y sus resultados son similares a los de Brill (1964). Brill realizó un estudio bianónimo («doble ciego») en el que los pacientes eran ayudados con tres psicofármacos diferentes, con placebos y con PST Breve. Una valoración a largo plazo no evidenció diferencias entre las tasas de mejoría de los cinco grupos. Todos mostraban una tendencia a mejorar. Por el contrario, en el grupo control, sin tratar, no existía ninguna mejoría.

Las consecuencias individuales y socioeconómicas de estos resultados, si se confirmaran, pueden ser enormes: el coste social de un tratamiento con 8-20 sesiones de PST breve a cargo de un psicoterapeuta experimentado es infinitamente menor que el de los interminables tratamientos farmacológicos (psicofarmacológicos o con placebos). Las ventajas individuales y sociales son evidentes...pero van en contra de los intereses de las empresas multinacionales químico-farmacéuticas, naturalmente.

En el mismo sentido irían investigaciones sociológicas y epidemiológicas que se han realizado y se están realizando tanto en Europa como en la Península Ibérica. En 1973 y 1974 yo mismo realicé un estudio sobre la incidencia y prevalencia en una consulta de Medicina General de S. O. E. de pacientes que necesitarían el auxilio de técnicas psiquiátricas especializadas.⁵⁸ Pues bien: en el momento de redactar este trabajo estoy intentando completar aquel estudio sobre más de 400 pacientes con una valoración del coste aproximado de lo gastado por la Seguridad en el tratamiento medicamentoso, claramente ineficaz si no perjudicial, de un buen porcentaje de dichos pa-

cientes. Los datos aún no han comenzado a procesarse, pero parece ya evidente que dichos gastos (en una sólo plaza de Medicina General y a pesar de mi voluntario intento, por razones éticas y científicas, de reducir el consumo de psicofármacos en lo posible)... alcanzarían para pagar un equipo de dos o más personas especializadas en el diagnóstico y el tratamiento psicológico. La consecuencia, sumamente relevante desde el punto de vista socioeconómico, sería que la sociedad y el individuo podrían reducir de forma significativa el costo socio-individual de un tratamiento psiquiátrico si se utilizaran amplia y adecuadamente otros elementos del arsenal técnico de la moderna psiquiatría diferentes de los psicofarmacológicos: BT, PST especializada, terapéuticas comunitarias... Las razones que se oponen a tal cambio, comenzando por la elefantiásica burocratización del Sector Estatal de nuestra Sanidad, han sido comentadas repetidas veces. De todas formas, los continuos congresos, simposiums, reuniones y mesas de trabajo sobre psicofarmacología (con la relevancia socioacadémica que proporcionan a los psiquiatras de orientación farmacológica) y su financiación mayoritaria por los Laboratorios Farmacéuticos puede darnos una «pista» sobre las razones últimas de esta situación.

En resumen: el desarrollo de la investigación sobre PST no sólo es necesario, sino urgente. Y no sólo desde el punto de vista estrictamente científico-teórico, sino también desde el punto de vista científico-institucional y socio-económico. Aún hay mucho que hacer en ese camino, máxime si tenemos en cuenta que la investigación en PST hoy tiene a mi entender demasiada poca influencia en la praxis psicoterápica, en especial en nuestro país.

IV. PASOS PARA LA ESTRUCTURACIÓN DE UNA TECNOLOGÍA DIFERENCIADA

De ahí la necesidad, a la que aludía al principio de este trabajo, de intentar estructurar y objetivar (es decir: hacer transmisibles al máximo) los principios técnicos y teóricos de una PST científica.

Evidentemente esto no puede entenderse como un olvido o una despreocupación sobre los elementos no directamente racionales (emotivos e inconscientes) que intervienen en toda PST, ya que se trata fundamentalmente de una relación personal, de una puesta en contacto de dos «totalidades de significaciones». Desde luego, por muchos conocimientos teóricos que posea el psicoterapeuta ellos no serán óbice para su necesidad de amplias capacidades de empatía y contacto, de comunicar interés y apoyo, de poder *sentir* ante el paciente y ser consciente y analizar los propios sentimientos y emociones, etc. A mi entender esas características, por más inconcretas y difíciles de analizar experimentalmente que puedan parecer, son inseparables de la práctica, la técnica y la teoría de la PST y deben someterse por ello al adecuado entrenamiento y aprendizaje. Incluso diría que hoy ya es posible objetivar mucho más esos datos, sobrepasar las simples formulaciones hu-

manísticas y personalistas (ideológicas al fin) de los mismos y realizar investigaciones experimentales sobre esas realidades: estandarización de los perfiles adecuados mediante tests psicológicos, análisis de la reactividad óptima utilizando parámetros psicofisiológicos, etc.

En definitiva: los psicoterapeutas hoy deberían poder sobrepasar los enunciados meramente ideológicos y experienciales de su praxis y sistematizar mucho más sus principios operacionales y teóricos.

Esta tarea, indudablemente compleja, está ya en un período bastante avanzado de realización precisamente en el campo en el que más difícil podría parecer lograrlo: en el de la PST individual de orientación analítica (Guillieron, Malan, Wolberg ^{26 36 37 63}).

En dicho campo, la investigación, tanto clínica (sobre lo individual) como experimental (sobre lo general) ha llevado ya a una sistematización en la que es posible enunciar una serie de principios teóricos, técnicos y prácticos que intentaré resumir someramente agrupándolos en dos series fundamentales: principios técnicos y principios teóricos.

I. *Principios técnicos fundamentales:*

Acerca de todos ellos existirá la típica controversia entre psicoterapeutas técnicamente conservadores y técnicamente transformadores o radicales. Sin embargo, podríamos enunciarlos de la siguiente forma:

a) *Principio de delimitación de las variables intervinientes.*

1. *Delimitaciones espacio-temporales:* Constancia en el lugar y condiciones de las sesiones; delimitación previa del número, fecha y duración de cada sesión, procurando mantener fijas en la posible las variables referentes al tiempo; valoración previa de la duración del tratamiento o, en caso de que sea imposible, comprensión profunda de las razones de tal imposibilidad, etc.

2. *Delimitación en cuanto al objetivo del tratamiento:* Antes de comenzar cada tratamiento el psicoterapeuta debería tener claramente definidos y especificados sus objetivos y las mejorías buscadas, sin perjuicio de que una evaluación posterior obligue a alterar dichos parámetros. En concreto, el psicoterapeuta deberá tener al menos una idea de si lo que busca en ese tratamiento concreto es una mejoría sintomática, una modificación psicodinámica o incluso un cambio estructural (es decir: un reordenamiento de las defensas para un mejor funcionamiento personal, que el psicoterapeuta favorece apoyándose en los aspectos sanos, tendentes al desarrollo, del paciente).

3. *Delimitación en cuanto al desarrollo del tratamiento:* Se admite generalmente que el psicoterapeuta debe intentar «focalizar» lo más posible sus intervenciones e interpretaciones en dirección al conflicto previamente deter-

minado o a los núcleos que cree necesario alterar de la personalidad del paciente, evitando la interpretación multidireccional o aseleativa. Para ello, naturalmente, es necesaria una valoración lo más exacta posible del paciente y tal vez convenga aplicar un esquema diagnóstico pluridimensional. Personalmente creo que desde las entrevistas iniciales y de contrato el psicoterapeuta debería tener al menos una idea lo más exacta posible del:

- *diagnóstico sindrómico* y «de estado»: ¿cuál es el «estado» o los síndromes psiquiátricos más manifiestos en el paciente y cuál es su orden jerárquico? (Cham, 52).
- *diagnóstico clínico* según alguna de las diferentes clasificaciones ampliamente admitidas (en mi caso, suelo utilizar la francesa del INSERM, compatible e intercambiable con la de la OMS).
- *diagnóstico dinámico*: ¿cuáles son los conflictos fundamentales del paciente? ¿Cuáles nos proponemos modificar?...
- *diagnóstico estructural*: ¿cuál es la base genética y estructural de dichos conflictos? ¿Cuál es la estructura de la personalidad del paciente y cuáles las fijaciones y regresiones fundamentales? ¿Cuál es el ordenamiento de sus defensas y el tipo de mecanismos de defensa predominante?...

Evidentemente, en la praxis psicoterápica, como en toda práctica científica con lo individual, en toda praxis clínica, estos diagnósticos iniciales deben ser considerados *hipótesis de trabajo* que se validarán o no durante el proceso psicoterápico, máxime en el caso de los dos últimos niveles diagnósticos. La utilidad de este esquema pluridimensional es, sin embargo, sumamente relevante en la adecuada «focalización» del desarrollo del tratamiento.

4. *Delimitación del nivel de interpretación*: Según la mayoría de los clínicos e investigadores de las escuelas de PST más científicas, no bastaría con sólo focalizar el tratamiento sobre los núcleos afectados porque precisamente uno de los sistemas de lograrlo consiste en delimitar también el nivel de interpretación, asunto que diferenciaría claramente la técnica psicoterapéutica y la técnica psicoanalítica. De acuerdo con dichos autores,^{26, 27, 36, 37} es necesario:

i) ceñirse fundamentalmente al material conflictivo actual, restringiendo en lo posible las interpretaciones genéticas (una PST adecuadamente conducida, al contrario de lo que suele pensarse, no tiene por qué parecer siempre una fantasmática saga de padres, hijos, madres, conflictos familiares, contenidos latentes de profunda significación genética que se encadenan luminosamente, etc.);

y ii) orientar hacia el núcleo conflictivo escogido la mayor parte de las interpretaciones e intervenciones del psicoterapeuta (lo que implica una selección de aquéllas).

b) *Principio de no alejamiento de la realidad externa*

En clara relación con lo anterior. Su fin es no favorecer excesivamente

las regresiones: de ahí la utilización de la posición cara a cara en vez del diván, la focalización y selección de las interpretaciones, la limitación del buceo en la génesis según el objetivo terapéutico previamente definido, etc. En definitiva, se trata de mantener a nivel vivencial en lo posible la relación psicoterapéutica como una relación personal, una relación de persona-paciente y persona-terapeuta, aspecto en el que han insistido repetidas veces los terapeutas «*centrados en el cliente*» (Rogers⁴⁴) y los seguidores de H. S. Sullivan⁴⁵ hasta el extremo de convertirlo en un principio teórico y técnico fundamental de su praxis psicoterapéutica.

c) *Principio de relativización de las interpretaciones sobre la neurosis transferencial*

Aquí radica una de las diferencias fundamentales entre el psicoanálisis y una PST de orientación analítica, diferencia que algunos psicoterapeutas radicalizan al máximo al defender la evitación de prácticamente cualquier interpretación de dicha neurosis transferencial. A mi entender, en determinados momentos no sólo es inevitable, sino muy necesario interpretar la relación paciente-terapeuta: cuando es muy manifiesta, cuando supone una resistencia al tratamiento, en los períodos terminales, etc. El límite pues de la profundización conjunta en el análisis de la transferencia vendrá impuesto por la situación del paciente, la concreción en cada caso del principio de delimitación antes enunciado (a) y la preparación, aptitudes y motivaciones del terapeuta.

d) *Principio de actividad del terapeuta*

La PST de orientación analítica no sigue de forma totalmente libre el desarrollo que quiere imponerle el paciente. Dadas las limitaciones técnicas (una PST no es un psicoanálisis) y temporales, el terapeuta orienta de diferentes formas el tratamiento y contribuye conscientemente a la selección de temas e interpretaciones... Esta actividad del terapeuta, con aspectos conscientes e inconscientes de dirección, sugestión, propuesta de roles, etc., es mucho más marcada en las llamadas PST breves y hace que muchas veces sea imposible diferenciar una PST Breve realizada científicamente y una BT, salvo por el tipo de condicionantes o reforzadores utilizados (verbales en la primera e instrumentales y verbales en la segunda). Todo ello no hace sino apoyar la afirmación del Grupo de Trabajo de la Asociación Psiquiátrica Americana sobre BT en el sentido de la interpenetración y posibilidad de colaboración entre la PST y la BT.⁴⁶

II. *Principios teóricos*

Indudablemente no es este el lugar ni el momento para profundizar en

ellos. Sin embargo, quisiera al menos apuntar que de lo anterior se desprende que toda praxis psicoterápica debe estar informada por una *teoría genética y estructural*, por una teoría constructivista-dialéctica, en el sentido de Piaget^{41 42 57 59}. Para dicha praxis es necesario tener una serie de hipótesis o conceptos de cómo se generan los trastornos (génesis) y cómo se relacionan entre sí y con la personalidad (o la totalidad de la conducta) del paciente (estructura). Y, hoy por hoy, la teoría genética y estructural más desarrollada desde el punto de vista formal e hipotético-constructivo de todas las que componen las diversas orientaciones psiquiátricas, es la teoría psicodinámica.

Lo que no podemos hacer es dejarnos llevar por el empirismo más extremo en el que han llegado a caer algunos grandes investigadores de la conducta,⁵³ como ya he intentado argumentar en otra ocasión.⁵⁹ Toda práctica científica va informada por una teoría y una ideología, aunque éstas se reduzcan en último extremo a una *antiteoría y a la ideología dominante* (inconsciente por lo tanto). No es posible la ciencia sin teorías.

Por otro lado, lo empírico no informado por una teoría genética y estructural, la experiencia y habilidad personal, puede ser terapéutico como antes veíamos. O incluso tener efectos psicoterápicos... *Pero no es PST*. Si se quiere que la PST sea una praxis científica hay que tener en cuenta que una técnica científica no es una mera sistematización de la experiencia. De ahí la necesidad de la teoría.

Y naturalmente, en el terreno técnico, es evidente que sin una teoría genética y estructural sería imposible ya no tan sólo realizar un proceso psicoterápico sino incluso formular los diagnósticos iniciales de los que antes hablaba: *sindrómico, clínico, dinámico y estructural*. Y este principio tiene radicales consecuencias con respecto a la estructuración de una PST científica, puesto que excluye ya inicialmente de su marco a toda PST que no esté informada por una teoría genética y estructural.

Todo ello exige imperiosamente un proceso de aclaramiento y definición para el que ya antes veíamos otras motivaciones y del que puede resultar una enriquecedora confrontación, intercomunicación y puesta en contacto de las orientaciones «no mágicas» ni reduccionistas a la biología o a la sociología (de las *orientaciones psicológicas*) de la psiquiatría de nuestros días. Porque indudablemente no se puede andar por el páramo científico de nuestro país temiendo la confrontación de orientaciones científicas o provocando únicamente el enfrentamiento en tanto que tal enfrentamiento, con su correlato de vencedores y vencidos. Ahí es donde podrían llevarnos mecanismos de aislamiento y negación (sectarismo de las condenas de «no científicas» para otras corrientes, negación de las insuficiencias, de la propia y de la necesidad de la colaboración, etc.) o diversas formaciones reactivas tales como un eclecticismo prematuro.

A mi entender, en todo momento y hoy más que nunca son necesarias diferentes líneas de investigación. Únicamente el maniqueísmo más burdo con el que se enseña (o se omite enseñar) la Teoría e Historia de la Ciencia,

maniqueísmo mucho más intencionalmente marcado en nuestro país, ha podido desfigurar la realidad del pluralismo y las complejas formas de acumulación de los saberes científicos en todos los tiempos, como lo demuestra la moderna teoría e historia de la ciencia (Feyerabend,¹⁷ Kuhn,²⁸ Lakatos,³⁰ Price,⁴³...). En la investigación científica no se puede hablar de escuelas «malas», entre otras muchas cosas porque la ciencia no es algo monolítico y los criterios de científicidad están determinados socialmente, digan lo que digan las Historias de la Ciencia para las que el oxígeno fue un descubrimiento maravilloso, único, espiritual y repentino de Lavoisier mientras que Schele y Priestley no fueron, sino burdos farsantes, plagarios y «a-científicos» sujetos.²⁹

Y este pluralismo en la praxis y en la investigación que evite eclecticismos prematuros es, si cabe, aún más necesario en disciplinas jóvenes, como pueden serlo la psicología y la psiquiatría. Porque, como podríamos decir parafraseando a uno de los prohombres del *establecimiento*, profeta de un pasado afortunadamente irreplicable, en psicología y psiquiatría «han pasado muchas cosas y van a pasar muchas más».

RESUMEN

El trabajo comienza haciendo hincapié en la necesidad que hoy existe de definir lo más claramente posible el concepto de psicoterapia, evitando la mitificación que años de ataques y defensas dudosamente científicos han producido.

Para ello el autor cree que hay que saber delimitar claramente, aunque en la práctica se puedan utilizar unidos, los dos medios psicológicos fundamentales de la psiquiatría de nuestros días (la psicoterapia y la «behavior therapy») y propone una base conceptual para hacerlo.

Se insiste después en la necesidad de la investigación sobre psicoterapia para perfilarla como praxis científica o no, como tecnología o no. En tal sentido, se describe el valor de las investigaciones iniciales de Eysensck y Levitt y se hace un breve recorrido a través de los principales problemas que salieron a la luz con motivo de sus trabajos y del estado actual de la investigación en este campo.

Por último, se delimitan los principales principios teóricos y técnicos básicos ampliamente aceptados por las escuelas de psicoterapia fundamentales.

RESUME

Le travail souligne le besoin qui existe aujourd'hui de définir le plus clairement possible le concept de psychothérapie en évitant la mythification créée par plusieurs années d'attaques et de défenses peu scientifiques.

A cette fin l'auteur croit que (même si de fait on les emploie ensemble) il

faut délimiter bien clairement les deux moyens psychologiques fondamentaux de la psychiatrie actuelle (la psychothérapie et la thérapie de la conduite) et son article nous offre une base conceptuelle pour le faire.

L'auteur insiste sur la nécessité de l'investigation en psychothérapie pour pouvoir la présenter oui ou non comme praxis scientifique ou comme technologie.

C'est en ce sens qu'il décrit l'importance des premières recherches de Eysenck et Levitt, et résume les principaux problèmes qui surgirent à partir de leurs travaux et de l'état de la recherche dans ce domaine.

En dernier lieu l'auteur délimite les principaux principes théoriques et techniques de base largement acceptés par les écoles de psychothérapie fondamentales.

SUMMARY

Paper begins explaining the necessity to define concisely the concept of psychotherapy, avoiding in this way the nowadays mytification.

However, it is today necessary to diferentiate psychotherapy from behavior therapy, —the main psychological therapies of Psychiatry. The author points out a conceptual basis on this subject.

Afterwards the author insists about the neccessity of research in psychotherapy to configure it as a scientific practice (or not), or as a technology (or not). In this way, Eysenk's and Levitt's initial researchs were an important stimulus. A brief explanation of the main problems of the polemics following to those works is made ,as well as a statement about the research on this field.

Finally, the author briefly defines the main theoric and technic basic principles accepted by the most important schools of psychotherapy.

BIBLIOGRAFIA

1. ASTRUP, C.: The effects of psychoterapy. *Internat. J. Psychiat.* 1, 1965, pp. 152-153.
2. AVNET, H. H.: Psychiatric Insurance: Financing Short-term Ambulatory treatment. *Group Health Insurance Co., Inc.*, New York, 1962.
3. AVNET, H. H.: How effective is short-term psychotherapy? *Short-term Psychotherapy* (WOLBERG, L. R. Ed.). Grune & Stratton, New York, 1965, pp. 7-22.
4. BALINT, M.; BALINT, E.: *Techniques psychoterapeutiques en médecine*. Payot, Paris, 1966.
5. BANDURA, A.; WALTERS, R. H.: *Aprendizaje Social y desarrollo de la personalidad*. Aianza Universidad. Madrid, 1974.
6. BORGER, R.; SEABORNE, E. A. M.: *Psicología del Aprendizaje*. Fontanella. Barcelona, 1971.
7. BRILL, N. Q.; BEEBE, G. W.: *A follow-up study of war neuroses*. V. A. Medical Monogr., Washington, D. C. 1955.
8. BRILL, N. Q.; KOEGLER, R. R., y EPSTEIN, L. J.: Controlled study of psychiatric outpatient treatment. *Arch. Gen. Psych.* 10, 1964, pp. 581-595.

9. DAHL, H.: The Measurement of Meaning in Psychoanalysis by Computer Analysis of Verbal Contexts. *J. American Psychoanal. As* 22, 1, 1974 pp. 37-58.
10. DECHARMS, R.; LEVY, J., WERTHEIMER, M.: A note on attempted evaluation of psychotherapy. *J. Clin. Psychol.* 10, 1954, pp. 233-235.
11. DOLLARD, J.: *Frustration and aggression*. Yale University Press. New Haven, 1941.
12. ENDICOTT, N. A.; ENDICOTT, J.: Improvement in untreated psychiatric patients. *Arch. Gen. Psychiat.* 9, 6, 1963, pp. 575-585.
13. EYSENCK, H. J.: The effects of psychotherapy: An evaluation. *J. Cons. Psychol.* 16, 1952, pp. 319-324.
14. EYSENCK, E. H.: A reply to Luborsky's note. *Brit. J. Psychol.* 45, 1954, pp. 132-133.
15. EYSENCK, E. H.: The effects of psychotherapy: a reply. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 50, 1955, pp. 147-148.
16. EYSENCK, E. H.: The effects of psychotherapy. En: *Handbook of Abnormal Psychology: An Experimental Approach*, (EYSENCK, E. H. comp.). Pitman. Londres, 1960. pp. 697-725.
17. FEYERABEND, P. K.: *Contra el método*. Ariel. Barcelona, 1974.
18. FRANK, J. D.: The effects of psychotherapy. *Internat. J. Psychiat.* 1, 1965, pp. 150-152.
19. GLOVER, E.: The effects of psychotherapy. *Internat. J. Psychiat.* 1, 1965, pp. 158-161.
20. GOLDSTEIN, A. P.: Patient's expectancies and nonspecific therapy as a basis for (un) spontaneous remission. *J. Clin. Psychol.* 16, 1960, pp. 399-403.
21. GOTTSCHALK, L. A., AUERBACH, A. H. (Comps): *Methods of Research in Psychotherapy*. Appleton-Century-Crofts. New York, 1966.
22. GRAND, S.; PARDES, H.: The Transition from Sleep to Wakefulness: Implications of a Study of the Organization of Laboratory Dream Reports for the Psychoanalytic Situation. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* 22, 1, 1974, pp. 58-82.
23. GRANGER, G.-G.: *Formalismo y ciencias humanas*. Ariel. Barcelona, 1965.
24. GREENBERG; PEARLMAN, CH.: Cutting the REM nerve: An approach to the adaptative role of REM sleep. *Perspectives in Biology and Medicine*, Summer, 1974, pp. 513-521.
25. GREENBERG, R.; PEARLMAN, CH. A.; GAMPHL, D.: War neuroses and the adaptive function of REM sleep. *Br. J. med. Psychol.* 45, 27, 1972, pp. 27-33.
26. GUILLIERON, E.: Psychothérapies brèves d'inspiration psychanalytique. *Enciclop. Méd.-Chir.*, 5, 37812 L 10. Paris.
27. KESSELMAN, H.: *Psicoterapia Breve*. Kargieman. Buenos Aires, 1970.
28. KUBIE, L. S.: Psychoanalysis and scientific method. *J. Nerv. Ment. Dis.* 131, 1960, pp. 495-512.
29. KÜHN, Th. S.: *La estructura de las revoluciones científicas*. F.C.E. México, 1971.
30. LAKATOS, I.: Metodologías rivales de la ciencia; las construcciones racionales como guías para la Historia. *Teorema*, IV, 2, Valencia, 1974, pp. 199-215.
31. LEVITT, E. E.: The results of psychotherapy with children: An evaluation. *J. Cons. Psychol.* 21, 1957, pp. 189-196.
32. LEVITT, E. E.: Psychotherapy with children: A further evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 1, Pergamon Press, New York, 1963, pp. 45-51.
33. LIBERMAN, R. P.: *Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta*. Fontanella. Barcelona, 1974.
34. LUBORSKY, L.: A note on Eysenck's article. The effects of psychotherapy: An evaluation. *Brit. J. Psychol.*, 45, 1954, 129-131.
35. MAIER, H.: *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget, y Sears*. Amorrortu. Buenos Aires, 1971.
36. MALAN, D. H.: *A study of brief Psychotherapy* (Tavistock Publications) Springfield, Ill: Charles C. Thomas, 1963; Londres, 1963.
37. MALAN; D. H.: A study of psychodynamic changes in untreated neurotic patients. *Brit. J. Psychiat.* 114, 1968, pp. 525-551.
38. MILLER, N. E.: Reformulation of the frustration-aggression theory. *Psychol. Review*, 48, 1941, pp. 337-42.
39. MOWRER, O. H.: *Learning theory and personality dynamics*. Ronald Press. New York, 1950.
40. MORRIS, C.: *Signs, language and behavior*. Braziller. New York, 1955.
41. PIAGET, J.: *Psicología de la inteligencia*. Psique. Buenos Aires, 1970.
42. PIAGET, J.: Les courants de l'épistémologie scientifique contemporaine. En: *Logique et connaissance scientifique* (J. PIAGET, ed.), Gallimard, Dijon, 1969.
43. PRICE, D. J. S.: *Hacia una ciencia de la ciencia*. Ariel. Barcelona, 1973.

44. ROGERS, C. R.; DYMOND, R. F.: *Psychotherapy and personality change*. Chicago University Press, Chicago, 1954.
45. ROSENZWEIG, S.: A transvaluation of psychotherapy: A reply to Hans Eysenck. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 49, 1954, 298-304.
46. RUBINSTEIN, E.; PARLOFF, M. D. (comps.): *Research in Psychotherapy*. American Psychological Association, Washington, 1962 (2 vols.).
47. SASLOW, G.; PETERS, A. D.: A follow-up study of «untreated» patients with various behavior disorders. *Psychiat. Quart.* 30, 1956, 283-302.
48. SCHMALE, A.: The Sensory Deprivations: An Approach to the Study of the Induction Affects. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 22, 3, 1974, 626-642.
49. SCHLESSINGER, H. J.: Problems of doing Research on the Therapeutic Process in Psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 22, 1, 1974, 3-13.
50. SCHLESSINGER, N.; ROBBINS, F.: Assesment and Follow-up in Psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Ass.* 22, 3, 1974, 542-567.
51. SEARS, R. R.: Experimental analysis of psychoanalytic phenomena. En: *Personality and behavior disorders*. (J. M. HUNT, ed.) Ronal Press, New York, 1944, 306-332.
52. SILBERMAN, R. M.; BEENEN, F.: *CHAM. A classification of Psychiatric states*. Excerpta Medica, Amsterdam, 1971.
53. SKINNER, B. F.: *Ciencia y conducta humana*. Fontanella, Barcelona, 1970.
54. STRUPP, H. H.: *Psychotherapists in Action*. Grune and Stratton, New York, 1960.
55. SULLIVAN, H. S.: *La entrevista psiquiátrica*. Psique, Buenos Aires, 1960.
56. Task Force Report of Amer. Psychiat. Assoc.: *Behavior Therapy in Psychiatry*. Amer. Psychiat. Assoc., Aronson, New York, 1974.
57. TIZON, J. L.: Introducción a la epistemología de la Psicología y la Psiquiatría. *Anales de Medicina*, Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares, Barcelona, 1975 (en prensa).
58. TIZON, J. L.: Medicina General, Psiquiatría, Medicina Psicosomática: Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de Medicina General del Seguro de Enfermedad. *Informaciones Psiquiátricas*, 57, 1974, 6-40.
59. TIZON, J. L.: La problemática epistemológica de la psiquiatría. En: *Epistemología de las ciencias del hombre*. Libro de Ponencias y Comunicaciones del Congreso sobre el mismo tema. Inventarios Provisionales. La Laguna, 1975.
60. WALLERSTEIN, R. S.; ROBBINS, L. L.: The Psychotherapeutic Research Project of The Menninger Foundation: rationale, method and sample use. IV: Concepts. *Bull. Menninger Clin.* 20, 1956, 239-262.
61. WALLERSTEIN, R. S.: Las nuevas direcciones de la psicoterapia. Paidós, Buenos Aires, 1972.
62. WOLBERG, L. R.: *Short-term Psychotherapy*. Grune & Stratton, New York, 1965.
63. WOLBERG, L. R.: *The technique of Psychotherapy*. Grune and Stratton, New York, 1967.
64. WOLPE, J.; SLATER, A.; RENYA, L. J. (comps): *The Conditioning Therapies: The Challenge in Psychotherapy*. Holt, Rinehart & Winston, New York, 1964 .
65. ZUBIN, J.: The effects of Psychotherapy. *Internat. J. Psychiat.* 1, 1965, 153-155.

