

Anatomía de la Psicoterapia: El Diablo no Está en los Detalles

Psychotherapy's Anatomy: Evil is Not in the Details

Marino Pérez Álvarez
Universidad de Oviedo, España

Resumen. El presente artículo aborda el “enigma” de cómo terapias distintas tienen, sin embargo, una eficacia comparable. Aunque puede que unas terapias sean más eficaces que otras, ninguna deja de serlo. La explicación se plantea en términos de los socorridos factores comunes, pero indagando la cuestión de fondo, en un plano filosófico y antropológico. Se llega a la conclusión de que los trastornos psicológicos (psiquiátricos o mentales) son, en realidad, dramas sociales y, por su parte, las terapias se pueden ver bajo la figura de ritos de paso. De acuerdo con estos conceptos antropológicos, las terapias psicológicas y los trastornos cobran otra perspectiva, más allá del modelo médico. Se entiende ahora que la eficacia de la psicoterapia esté más en la estructura social que ofrece, que en las técnicas específicas dirigidas a reparar supuestos mecanismos disfuncionales. Dentro de esto, nada impide que cada terapia aporte un beneficio adicional, a ver. Esta perspectiva puede servir para desbloquear la clínica psiquiátrica y psicológica de la imagen y semejanza médica y recuperar una psicopatología más centrada en la condición humana de la vida que en la condición natural de la biología.

Palabras clave: psicoterapia, factores comunes, entidades interactivas, dramas sociales, mito, rito.

Abstract. This article addresses the “conundrum” of how different therapies have, however, similar efficacy. Although some therapies may be more efficacious than others, none of them is ineffective. The explanation is based on the well-worn common factors, but further investigating on the main substantive question from philosophical and anthropological perspectives. It is concluded that psychological disorders (psychiatric or mental) are really social dramas, and on their part, therapies can be seen as rites of passage. According to these anthropological concepts, psychological therapies and disorders get another perspective beyond the medical model. It can be then understood that the efficacy of psychotherapy relays more on the social structure that it promotes, as compared to the specific techniques aimed to repair supposed dysfunctional mechanisms. In this context, nothing impedes that each kind of therapy would bring additional benefits. This perspective would help to free the psychiatric and psychological therapies from the image and likeness of medicine, and to recover a psychopathology more focused on the human condition of life than on the natural condition of biology.

Keywords: psychotherapy, common factors, interactive entities, social dramas, myth, rite.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor a la Universidad de Oviedo. Departamento de Psicología. Plaza Feijóo, s/n. 33003 Oviedo. E-mail: marino@uniovi.es

El debate hoy acerca de los tratamientos psicológicos no es si funcionan o no, que no hay duda acerca de su eficacia, sino cómo y por qué son eficaces. Se ha establecido el movimiento de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados, proveniente de la medicina basada-en-la-evidencia, a través de las guías psiquiátricas, y la terapia psicológica ha mostrando su eficacia en relación con la medicación como referencia y *frente* a ella. La medicación psiquiátrica ha llegado a ser referencia obligada, según se ha implantado, respecto de la que medir los tratamientos psicológicos, aunque no es el ejemplo a seguir.

La cuestión ahora es que no sólo hay terapia psicológica de probada eficacia para prácticamente todos los trastornos psicológicos (psiquiátricos o mentales), sino que hay una variedad de ellas que han mostrado ser eficaces, siendo, además, que entre ellas son distintas y hasta distantes: con orígenes, concepciones y procedimientos diferentes. Es así que la *American Psychological Association* ha promulgado una resolución sobre el reconocimiento de la eficacia de la psicoterapia (APA, 2012). Esta resolución viene a bendecir y sancionar una variedad de terapias psicológicas, al menos aquéllas que han mostrado su eficacia de acuerdo con los estándares metodológicos de la medicina basada-en-la-evidencia, en particular estudios controlados y aleatorizados. Se refiere a los grandes sistemas de terapia psicológica: la terapia de conducta y cognitivo-conductual y ni que decir tiene las terapias de “tercera generación”, la psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia psicodinámica, la psicoterapia humanista y la terapia sistémica. Con sus más y sus menos, estos sistemas de terapia responden a los nuevos marcos de evaluación propuestos que enfatizan la teoría y las explicaciones coherentes además de la *mera* eficacia empírica (David y Montgomery, 2011).

No se están defendiendo aquí necesariamente los criterios metodológicos de la medicina basada-en-la-evidencia como (los más) adecuados para la evaluación de terapias psicológicas. De hecho, se sostiene que no son adecuados. Lo que se dice es que cuando las distintas psicoterapias evalúan su eficacia, aun sin estar de acuerdo con los criterios, terminan por mostrar una eficacia comparable a otras que ya lo hicieron, en particular, si empiezan por la depresión. Esto es lo que está pasando en la medida en que las distintas psicoterapias se apresan a mostrar su eficacia como tratamientos empíricamente apoyados.

Desde el punto de vista del cliente/paciente y de los sistemas sanitarios la existencia y aun abundancia de diferentes terapias psicológicas eficaces es una buena noticia. Lo malo de la buena noticia queda para los propios clínicos e investigadores que creían que su terapia era *la* eficaz y ahora, además, no pueden estar seguros de por qué y cómo *es* eficaz. La cuestión tiene visos de paradoja y enigma: cómo es que distintas y hasta distantes terapias psicológicas son, sin embargo, similares en cuanto a su eficacia.

Esta cuestión se va a plantear aquí en términos metateóricos, más allá de teorías y escuelas psicoterapéuticas, pero no al margen de ellas. Al fin y al cabo, el asunto en cuestión está planteado en el terreno de las terapias psicológicas realmente existentes. Más exactamente, la cuestión se va a plantear en términos ontológicos y antropológicos: indagando qué tipo de realidades son los trastornos psicológicos y las terapias que los tratan. El plan de la argumentación es el siguiente. En primer lugar, se va a recordar el surgimiento de las guías de tratamientos psicológicos eficaces, urgidas por las guías psiquiátricas. En segundo lugar, se señalan las consecuencias del movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces, algunas inesperadas. Finalmente, se replantea la naturaleza de los trastornos y tratamientos psicológicos, en una perspectiva ontológica y antropológica.

De la medicina basada en la evidencia a las guías de tratamientos psicológicos eficaces

Lo que se podría pensar

Se podría pensar razonablemente que era cosa de tiempo que quedaran en pie sólo las terapias que mostraran su eficacia. Esto lo pensaban y seguramente todavía lo siguen pensando, sobre todo, algunos terapeutas de conducta o cognitivo-conductuales, dado que esta terapia nació con el santo y seña de la eficacia. Este razonamiento si es que no pretensión de la terapia de conducta tiene dos hitos que lo podrían justificar, hasta cierto punto.

Uno se encuentra en torno a 1950, cuando Eysenck conmocionó el mundo de la psicoterapia, mostrando que la psicoterapia psicoanalítica, hasta entonces dominante y dada su eficacia por descontado, podría no ser más eficaz que la remisión espontánea. Sabido que con el paso del tiempo los pacientes tienen más probabilidad de mejorar que de empeorar, siquiera fuera por regresión a la media, su mejoría se apuntaba a la psicoterapia, tal vez indebidamente ya que podría deberse en buena medida a factores distintos a la propia psicoterapia, que ocurren en la vida a lo largo del tiempo. Ante esta crisis de la psicoterapia se ofrecía como alternativa comprobada la terapia de conducta. El propio nombre de “terapia de conducta”, propuesto por Eysenck en 1957, pretendía establecer distancia con la “psicoterapia”. La nueva terapia era una terapia de la conducta, no de la psique.

El otro hito se encuentra en torno al año 2000, con el advenimiento del movimiento de la terapia con base en la evidencia, donde la terapia de conducta, ya más comúnmente denominada terapia cognitivo-conductual, resultaba ser la terapia con más apoyo empírico y de hecho la terapia eficaz de referencia. Aunque este movimiento estaba y está abierto a todas las terapias psicológicas o psicoterapias que muestren su eficacia en estudios llevados con ciertos estándares metodológicos, lo cierto es que el tratamiento psicológico más comprobado y establecido es la terapia cognitivo-conductual, con eficacia probada en una amplia variedad de trastornos clínicos, como se ve, por ejemplo, en la *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*, en tres volúmenes, coordinada por profesores de la Universidad de Oviedo (Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez, 2003a). El movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces forma parte de una tendencia proveniente de la medicina, denominada medicina basada en la evidencia.

Medicina, psiquiatría y psicología clínica, sin imitaciones impropias

La medicina-basada en la evidencia (*Evidence-Based Medicine*, EBM) emerge a principios de la década de 1990 como un nuevo enfoque de la enseñanza y de la práctica de la medicina, que propugna una formación y una práctica clínica “basada en pruebas”, particularmente, derivadas de ensayos clínicos. Este nuevo enfoque desacredita la medicina basada en la práctica, se entiende de una práctica asistemática, confiada a la intuición y a la racionalidad patofisiológica como base para decisiones clínicas (diagnósticas y de tratamiento). En su lugar, la EBM ha instaurado el *tamaño del efecto* que es, en general, cualquier medida que exprese la magnitud de un hallazgo de investigación. Más específicamente, el tamaño del efecto es la diferencia entre tratamiento y grupos de control expresada en unidades de desviación típica. La desviación típica indica cómo están distribuidos los datos alrededor de la media, si alejados (dispersos) o cercanos a la misma. Un tamaño del efecto de 1.0 significa que el promedio de los pacientes tratados está mejorado una desviación típica por encima del promedio de los pacientes no tratados con ese procedimiento, sobre una distribución o curva de campana normal. Un tamaño del efecto de 0.5 se considera un efecto moderado y uno de 0.2 se considera un efecto pequeño. La lógica del tamaño del efecto está asociada a los ensayos clínicos controlados y aleatorizados, en los que los pacientes son asignados al azar a las distintas condiciones: el tratamiento que se trata de probar en comparación con grupos de control que pueden ser otros tratamientos u otras condiciones de control como placebo. Este sistema tiene en la Biblioteca Cochrane una fuente consagrada y cuasi-sagrada de datos para la EBM. La Biblioteca Cochrane es una colección de bases de datos sobre ensayos clínicos controlados en medicina y otras áreas de la salud como la psiquiatría y la psicología clínica.

Pareciendo autoevidente la lógica de este enfoque, como es tomar decisiones clínicas juiciosas y atentas a la ciencia médica (lo que seguramente dan por hecho los pacientes que hacen los médicos), lo cierto es que la EBM no está exenta de limitaciones y de críticas, entre ellas el propio uso dogmático de pruebas basadas en ensayos clínicos, la deshumanización de la medicina en detrimento del paciente como un todo y la propia desacreditación de la evidencia basada en la práctica. La EBM parece también estar contribuyendo a la medicalización de la vida cotidiana. Puede que los nuevos médicos, en la era de la práctica basada en la evidencia

no adquieran la evidencia basada en la práctica del médico tradicional, sin menoscabo de que todo clínico ha de estar al día y actualizado en los continuos conocimientos científicos.

La lógica de la EBM no se hizo esperar en psiquiatría, donde se establecieron guías de práctica clínica basada en pruebas para los distintos trastornos psiquiátricos, prácticamente, para cada categoría diagnóstica del DSM. La psiquiatría terminó por imitar a la medicina, como si los trastornos psiquiátricos fueran entidades médicas de naturaleza biológica —“enfermedades como otras cualquiera”—, tratables con medicación específica —antidepresivos, antipsicóticos—. Las limitaciones señaladas para la medicina (como el dogma de los ensayos clínicos, la deshumanización, el descrédito de la práctica *secular* y la patologización de la normalidad), se extremaron más si cabe en psiquiatría, en la medida en que las entidades psiquiátricas están más diluidas y menos diferenciadas de problemas normales de la vida, por no decir que trabaja con diagnósticos insostenibles. La cuestión es, por lo que aquí importa destacar, que la medicación se estableció como el tratamiento de referencia para los distintos trastornos. Aunque la terapia psicológica también está reconocida en las guías psiquiátricas, su carácter y su papel quedan en segundo lugar, tanto en el orden cronológico de la intervención (la medicación como tratamiento de elección), como en el ontológico sobreentendiendo que los trastornos son de carácter neurobiológico (desequilibrios neuroquímicos, circuitos defectuosos), más que de carácter psicológico o existencial, si se prefiere, debidos a vicisitudes y adversidades de la vida.

El establecimiento de las guías psiquiátricas, urgidas por la EBM, llegó también a la psicología clínica. Las guías psiquiátricas han empujado a los psicólogos a moverse hacia las guías de tratamientos psicológicos eficaces, con base en pruebas o empíricamente apoyados. De lo contrario sería tanto como no figurar en el mapa. La Asociación Americana de Psicología a través de la División 12 de Psicología Clínica ha patrocinado el movimiento de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados. Se trata ésta de una época del “fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos”, en el sentido de tener ahora que mostrar su eficacia, más allá de darla por supuesto (Fernández Hermida, Pérez Álvarez, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez, 2003). Así, se ha mostrado que prácticamente para cada trastorno psiquiátrico o psicológico hay algún tratamiento psicológico tan o más eficaz que la medicación, con ventajas sobre ella como su mantenimiento postratamiento (lo que difícilmente ocurre con la medicación) y menos inconvenientes como los efectos secundarios y la adicción que la medicación suele acarrear (Pérez Álvarez et al., 2003a). Al fin y al cabo, el tamaño del efecto, por ejemplo, de la medicación antidepresiva no es más que del orden de 0.24-0.31 (Turner, Matthews, Linardatos, Tell y Rosenthal, 2008). Quiere decir que la evidencia y las pruebas que apoyan la medicación psiquiátrica no son precisamente impresionantes o, más bien, impresionan por su parquedad, habida cuenta la implantación que tiene.

Con las guías de tratamientos psicológicos eficaces las cosas no fueron en la dirección de quedar la terapia de comprobada eficacia, para el caso, la terapia cognitivo-conductual y desaparecer las demás por falta de ella o al menos de mostrarla, típicamente la psicoterapia psicodinámica y humanista, o cualquier otra terapia psicológica desafecta de una evaluación estándar homologada. A lo largo de este tiempo, empezando por la crisis de los años cincuenta a cuenta del fenómeno de la remisión espontánea y continuando por el movimiento de los tratamientos empíricamente apoyados a partir de la década de 1990, las “demás” terapias psicológicas (además de la terapia cognitivo-conductual) se aprestaron a comprobar y mostrar su eficacia. Y lo consiguieron. Así lo hicieron, en particular, la psicoterapia psicoanalítica y psicodinámica y la terapia sistémica, pero también la psicoterapia humanista. Lo que se tiene ahora es que no sólo hay una terapia psicológica de probada eficacia, sino varias diferentes entre ellas.

El movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces y su éxito

Se puede cifrar el éxito del movimiento de los tratamientos eficaces en cuatro dimensiones, una de ellas *mortal*. En primer lugar, ha puesto en movimiento las distintas psicoterapias para mostrar su eficacia sin darla por

supuesto (fin de la inocencia). En segundo lugar, ha lanzado el movimiento de las relaciones terapéuticas basadas-en-la-evidencia mostrando que las relaciones funcionan si es que no son *lo* que realmente funciona en psicoterapia. En tercer lugar, ha removido el papel de los factores comunes a la par de los específicos si es que éstos existen. En cuarto lugar, ha puesto de relieve las propias limitaciones del movimiento de los tratamientos eficaces en valorar lo que puede hacer la psicoterapia, de modo que el *éxito* puede ser también un *deceso*.

Distintas psicoterapias eficaces: el pájaro Dodo sigue vivo y coleando

El movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces hizo, por así decir, que las distintas psicoterapias, además de la terapia de conducta o cognitivo-conductual, se pusieran las pilas. Siendo la terapia de conducta y cognitivo-conductual, junto con la terapia de tercera generación, las terapias más conocidas y reconocidas en las lides de los tratamientos empíricamente apoyados (Kahl, Winter y Schweiger, 2012; Pérez-Álvarez et al., 2003a; Ruíz, 2010), aquí se va a hacer referencia a las “demás” terapias.

Psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia psicodinámica. Empezando por la que se suponía superada, la psicoterapia psicodinámica ha mostrado su eficacia en estudios controlados y aleatorizados. No sólo no desapareció sino que creció y se multiplicó. Ahora la psicoterapia psicodinámica se extiende a lo largo de un continuo que va del polo de la interpretación de los motivos inconscientes “profundos” de los síntomas actuales de acuerdo con el psicoanálisis clásico, al polo del apoyo en el plano de los problemas y conflictos actuales de acuerdo con un psicoanálisis de orientación interpersonal. Mientras que el psicoanálisis clásico tendría como objeto el *insight* esclarecedor de los motivos subyacentes tendente a “expresar” conflictos inconscientes patógenos, la psicoterapia interpersonal de inspiración psicoanalítica tendría como objetivo la experiencia emocional correctora tendente a “apoyar” y fortalecer el yo ante los sucesivos avatares de la vida. Este continuo expresivo-de apoyo se puede cifrar también en términos de *insight*-experiencia emocional correctora, en todo caso, con modalidades de psicoterapia psicodinámica que contienen de ambos polos o aspectos.

Con vistas a la evaluación de su eficacia, se distingue entre psicoterapia psicodinámica de larga duración (psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis) y psicoterapia psicodinámica breve, a menudo nombrada, sin más, como psicoterapia psicodinámica (sin la especificación de la duración). Una psicoterapia de larga duración consiste en más de 50 sesiones o de un año en adelante (por lo común más de cien sesiones y de varios años) y una breve de menos de 40, siendo la más frecuente entre 12-15 sesiones. En ambas modalidades es fundamental la alianza terapéutica y la exploración de aspectos del yo que no son completamente conocidos (por ser inconscientes), en especial los que se manifiestan en la propia relación terapéutica.

Aunque la psicoterapia psicodinámica de larga duración (PPLD) tiene *fama* de no ser eficaz, no se deja de investigar sistemáticamente, sabido que no todos los trastornos se solucionan en un número limitado de sesiones. En general, los estudios muestran que la PPLD fue superior a otros métodos de psicoterapia menos intensiva, en trastornos complejos como trastornos de ansiedad y depresión de largo tiempo, trastorno de personalidad límite y trastornos de la alimentación. Asimismo, se han encontrado correlaciones positivas entre resultado y duración o dosis de terapia (Leichsenring y Rabug, 2011). De acuerdo con otra revisión, la tasa media de recuperación referida por los propios pacientes es del 71% a la terminación del tratamiento y del 54% en el seguimiento, con un tamaño del efecto medio de 0,87 a la terminación y 1,18 en el seguimiento (de Maat, de Jonghe, Schoevers y Dekker, 2009). Estos resultados no quieren decir que la PPLD sea superior a cualquier otra forma de psicoterapia llevada con igual intensidad, sino que es superior a psicoterapias menos intensivas, cuando una mayor intensidad sea requerida.

Sin embargo, otra revisión muestra que la tasa de recuperación de varios trastornos psicológicos fue igual en la PPLD que en otros tratamientos de comparación menos intensivos (Smit et al., 2012). La cuestión que se plantea con los resultados de esta revisión no sería tanto de eficacia, como de eficiencia, en tanto similares resultados serían obtenidos con terapias de menos duración. En el contexto de las otras revisiones citadas

(Leichsenring y Rabug, 2011; de Maat et al., 2009), el estudio de Smit et al. (2012) pone de relieve el estatus controvertido todavía de la PPLD. En el contexto que pretendiera descartar la PPLD, según su fama de carencia de eficacia, estos estudios ponen de relieve su vigencia, si se quiere, controvertida todavía pero, por así decir, con *brotes verdes*, que no se pueden dejar de lado. Lo cierto es que no todos los problemas se resuelven, en lo que se resuelvan, con terapias breves.

Comoquiera que la evaluación de la eficacia terapéutica consistente en estudios aleatorizados es ella misma controvertida, desde el punto de vista de la adecuación de la terapia al caso, queda por decir que la PPLD y en su caso la psicoterapia psicodinámica breve pueden tener mejor rendimiento de acuerdo con una “selección del tratamiento sistemática”, que con la asignación al azar indiscriminada. De acuerdo con la selección del tratamiento sistemática, los pacientes se asignan a tratamientos en base a ciertos criterios, por ejemplo, referentes a los objetivos y el tipo de problema o diagnóstico. Así, por ejemplo, objetivos terapéuticos centrados en “la integración de aspectos inconscientes de la experiencia” y “la capacidad para la experiencia emocional plena” apoyarían la elección de una psicoterapia psicodinámica, mientras que objetivos que enfatizan “el aprendizaje para enfrentar situaciones difíciles” y “modificar o cambiar conductas problemáticas” sugerirían una terapia cognitivo-conductual. Cuando se hace así, la selección del tratamiento sistemática favorece a la psicoterapia psicodinámica, pero no a la terapia cognitivo-conductual, que parece funcionar igual tanto en los pacientes al azar como en los asignados sistemáticamente (Watzke et al., 2012). Si bien se puede decir que la terapia cognitivo-conductual es todo-terreno y ventajosa en este sentido, lo cierto es también que la psicoterapia psicodinámica tiene su terreno de éxito propio según sus objetivos.

La psicoterapia psicodinámica breve (en adelante, psicoterapia psicodinámica) cuenta con una creciente evidencia de su eficacia (Lewis, Dennerstein y Gibbs, 2008; Leichsenring, Rabung y Leibing, 2004; Shedler, 2010; Town et al., 2012). En general, la psicoterapia psicodinámica muestra una eficacia comparable a otras terapias psicológicas, incluyendo la terapia cognitivo-conductual, la terapia centrada en la solución y la terapia familiar, así como superioridad respecto de grupos de control sin tratamiento (lista de espera) o con la atención clínica usual, en una variedad de condiciones psicopatológicas como depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación, trastornos de personalidad y abuso y dependencia de sustancias. La depresión y la ansiedad proporcionan la mayor evidencia sistemática de su eficacia, como también es el caso en otras terapias psicológicas. Así, por ejemplo, en relación con la depresión, ningún estudio encuentra que la psicoterapia psicodinámica sea inferior a otras terapias establecidas como la terapia cognitiva o cognitivo-conductual (Leichsenring, Hiller, Weissberg y Leibing, 2006; Lewis et al., 2008; Taylor, 2008).

Con todo, los resultados que avalan la eficacia de la psicoterapia psicodinámica no quieren decir que todas las terapias psicológicas sean igual de eficaces para cualquier trastorno específico. Si bien la calidad de los ensayos controlados ha mejorado con el tiempo, sin que por ello la psicoterapia psicodinámica haya quedado atrás (Gerber et al., 2011), estudios más exigentes son todavía posibles. Se refiere, en particular, a comparaciones de la psicoterapia psicodinámica con terapias bien establecidas para trastornos específicos como, por ejemplo, la activación conductual en la depresión, la terapia de conducta dialéctica en el trastorno de personalidad límite y el manejo de contingencias en el abuso de sustancias. Puede que no todas las terapias “ganen” por igual pero, por lo que aquí importa destacar, la psicoterapia psicodinámica no se puede decir que pierda y no merezca su consideración. No por el hecho de que exista un mayor número de estudios que avalan algunas terapias son necesariamente mejores que otras que cuentan con menos. De hecho, la pluralidad de terapias eficaces plantea una cuestión más importante y desafiante que la carrera comparativa, como es la dilucidación de por qué y cómo son eficaces, siendo distintas.

Terapia sistémica. La terapia sistémica, tradicionalmente opuesta al psicoanálisis y a la terapia de conducta, también ha mostrado su eficacia en estudios controlados y aleatorizados, aun cuando se ha incorporado después a los “rigores” de la evaluación estándar. Sobre una revisión de 38 estudios comparativos, en 34 de ellos la terapia sistémica mostró ser igual o más eficaz que otras intervenciones establecidas (psicodinámicas, cognitivo-conductuales, no-directivas, psicoeducación de familia, terapia de grupo, medicación antidepresiva), o signifi-

cativamente más eficaz que grupos de control sin tratamiento o simplemente más eficaz que tratamientos médicos rutinarios como medicación antipsicótica y sustitución de metadona. Los estudios revisados cubren una variedad de problemas: depresión, ansiedad, trastornos somatoformes, trastornos de la alimentación, factores psicológicos relacionados con condiciones médicas, abuso de sustancias y trastornos psicóticos (von Sydow, Beher, Schweitzer y Retzlaff, 2010); ver también Carr (2009) y Stratton (2010).

La terapia sistémica, dentro de la variedad de sus modelos (Asen, 2002), puede ser definida como una forma de psicoterapia que concibe la conducta y especialmente los síntomas mentales dentro del contexto de sistemas sociales donde vive la gente, en particular la familia. La terapia sistémica se centra en las relaciones e interacciones interpersonales, en las construcciones sociales de realidades y en la causalidad recurrente entre síntomas e interacciones. La terapia involucra directa o virtualmente miembros de la familia y otras personas importantes en la vida del consultante. Tanto los fundamentos como las intervenciones estándar de la terapia sistémica están descritos en diversos textos (von Sydow et al., 2010).

Psicoterapia humanista. Por su parte, la psicoterapia humanista también presentó y sigue presentando su evidencia y apoyo empírico, con dos particularidades, además. Una es que enfatiza aspectos comunes esenciales a todas las terapias psicológicas, en vez de las técnicas específicas, que enfatizan —cada una las suyas— las “otras” terapias (cognitivo-conductual, psicoanalítica, sistémica). La psicoterapia humanista viene a introducir ahora una nueva conmoción en las terapias psicológicas eficaces, poniendo en entredicho, no la eficacia, sino la especificidad, a favor de los factores comunes esenciales a todas ellas. Otra particularidad es que la psicoterapia humanista es crítica con el modelo médico en el que tiene su base el movimiento de los tratamientos empíricamente apoyados y, de hecho, ha propuesto la alternativa de las relaciones de terapia basadas-en-la-evidencia (Norcross, 2011) o relaciones psicoterapéuticas que funcionan (Norcross, 2002). La psicoterapia humanista, que parecía descartada en el movimiento de la comprobación empírica, se ha convertido en la principal animadora de la investigación en psicoterapia, si es que no “desanimadora”, en la medida en que pone en entredicho la supuesta especificidad de las terapias. Lo cierto es que la psicoterapia humanista es de las terapias psicológicas que primero sometieron a estudio sus componentes, procesos y resultados (antes que la terapia de conducta o cognitivo-conductual, psicodinámica y sistémica).

El pájaro Dodo sigue planeando sobre las terapias psicológicas. Como se recordará, el veredicto del pájaro Dodo, de *Alicia en el país de las maravillas*, según el cual “todos han ganado y deben tener premios”, sigue vigente hoy más que en 1936 cuando Rosenzweig sugirió que la eficacia de las distintas psicoterapias (refiriéndose entonces al psicoanálisis, la ciencia cristiana y “otras ideologías terapéuticas”) podría deberse a los factores comunes de la relación terapéutica y más incluso que en 1975 cuando Luborsky y colaboradores revisaron cien estudios comparativos llegando a la conclusión que resumen con el citado veredicto del pájaro Dodo (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975). El veredicto sigue vivo y coleando en estudios posteriores ya en el siglo XXI (Luborsky et al., 2002; Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson y Ahn, 1997), cuando la psicoterapia psicodinámica, la terapia sistémica y la psicoterapia humanista se suman a la terapia cognitivo-conductual como terapias empíricamente apoyadas.

El caso es que hoy las distintas terapias son entre sí las “otras” o las “demás”. Un terapeuta de conducta o cognitivo conductual difícilmente puede creer o concebir que, por ejemplo, la psicoterapia psicoanalítica sea eficaz y lo sea tanto como la suya. Para “explicarse” esto, el terapeuta de conducta seguramente diría que la eficacia se debe a que la psicoterapia psicoanalítica incluye técnicas de terapia de conducta como, por ejemplo, exposición, solución de problemas o modelado, de manera que esas psicoterapias vienen a ser terapia de conducta “silvestre”, por reutilizar la célebre expresión de Freud, referida en su caso al uso de psicoanálisis sin cuidado ni conocimiento de causa. Pero los psicoanalistas tampoco se explican cómo puede ser eficaz la terapia cognitivo-conductual, como no sea porque incorpora aspectos de sus psicoterapias. Así, por ejemplo, Shedler, después de mostrar la eficacia de la psicoterapia psicodinámica y de los supuestos principios por los que funciona, señala que las terapias no-psicodinámicas pueden ser eficaces debido a que los clínicos más habilidosos utilizan técnicas que son centrales a la teoría y práctica psicodinámica (Shedler, 2010).

Relaciones terapéuticas basadas-en-la-evidencia

La importancia de la relación terapéutica es prácticamente lo único en lo que todas las psicoterapias están de acuerdo. Primero, fue Freud quien la introdujo, a título de pacto, como componente esencial del psicoanálisis. La noción actual de alianza tiene su estirpe en el pacto y vínculo que se establece en la psicoterapia. Recuérdese que para el psicoanálisis —como también por cierto para la psicoterapia analítica funcional de estirpe skinneriana—, la relación terapéutica no es un mero medio para la terapia sino el contexto interpersonal mismo en el que tiene lugar el problema y el cambio terapéutico. Después, vino Rogers, quien vio en la relación clínica la condición *sine qua non* de la ayuda terapéutica. No serían las técnicas, ni la influencia del terapeuta, sino ciertas condiciones puestas en juego en la relación lo que produce el cambio en el cliente (empatía, aceptación, congruencia). Después, vinieron los demás, entre ellos Kelly y Beck, quienes darían a la relación un perfil de colaboración de trabajo, para llevar a cabo experimentos y experiencias que pudieran poner a prueba cogniciones erróneas e instaurar otras más adaptativas, de acuerdo con sus concepciones. No en vano, todas las terapias se cuidan de establecer una buena relación terapéutica —de confianza, colaboradora— como condición de partida.

Si se considera la importancia de las relaciones, vínculos afectivos, etc., en la constitución del ser humano, incluyendo la formación de problemas psicológicos, donde difícilmente las condiciones psicopatológicas se pueden concebir al margen de la historia interpersonal (como no sea una neurociencia clínica ramplona), se entiende el papel fundamental de la relación terapéutica. Un papel que es tanto o más fundamental en la medida en que se adolezca de relaciones genuinas en la vida real, que no sean punitivas, juzgadoras o condicionadas. No sería exagerado decir que las personas que acuden a psicoterapia, y no solamente éstas, padecen de relaciones y adolecen de ellas. Si además se considera que la relación terapéutica puede ser una relación *única* en la vida de uno, más sincera, genuina e implicada que otras incluso del ámbito de la amistad, de la familia o de la intimidad, se entiende su papel fundamental y decisivo *en* la terapia y *como* terapia misma.

Conocida su importancia, las Divisiones de Psicoterapia y Psicología Clínica de la Asociación Americana de Psicología establecieron grupos de trabajo para estudiar lo que funciona en la relación terapéutica (Norcross, 2011), como la misma División de Psicología Clínica había hecho antes con los tratamientos psicológicos empíricamente validados, en la década de 1990. Los resultados de más de veinte meta-análisis convergen en una serie de conclusiones de interés tanto para la investigación como para la práctica clínica (Norcross, 2011). La Tabla 1 presenta el enunciado de los hallazgos.

Dentro de estas conclusiones generales, la investigación identifica ciertos elementos de la relación notablemente vinculados con el resultado terapéutico. Se refiere, en particular, a la alianza, a la empatía, a la aceptación, a la congruencia y el *feedback* del cliente. No quiere decir que estos elementos sean todos, ni que no se puedan subsumir unos en otros. No se trata de hacer una lista exhaustiva, sino de dar una idea de los aspectos de la relación que funcionan.

La alianza supone un vínculo emocional positivo entre terapeuta y cliente cualificado por la confianza, el respeto y la conexión y un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento y las tareas de la terapia. La empatía se refiere a la sensibilidad y voluntad del terapeuta por entender los pensamientos, sentimientos y esfuerzo del

Tabla 1. Relaciones terapéuticas basadas-en-la-evidencia: hallazgos

-
- La relación terapéutica contribuye consistente y sustancialmente al éxito del paciente en todo tipo de psicoterapias (psicodinámica, humanista, cognitivo-conductual, sistémica).
 - La relación terapéutica da cuenta de por qué mejoran los clientes (o no) tanto como el método de tratamiento particular.
 - La guías de la práctica y tratamiento deberían abordar la cualidades y conductas del terapeuta que promueven la relación de la terapia.
 - Los clínicos deberían monitorizar rutinariamente las respuestas de los pacientes a la relación terapéutica y curso del tratamiento.
 - Los esfuerzos por promover mejores prácticas o prácticas basadas-en-la-evidencia sin incluir la relación son incompletas y potencialmente erróneas.
 - La relación actúa en concierto con los métodos de tratamiento, características del paciente y cualidades del clínico en determinar el resultado.
 - La adopción o confección de la relación a las características del cliente incrementa la efectividad.
-

cliente. La aceptación consiste en una mirada positiva hacia el cliente (cálida, de apoyo, cercana), de manera que se sienta apreciado, sin censuras ni condiciones, una especie de afecto no-posesivo. La congruencia o genuinidad se refiere a una participación del terapeuta en la relación atenta a lo que ocurre y comunicativa, franca en cuanto a sentimientos y actitudes que en cada momento fluyen en él, sin parapetarse en el rol-profesional. El *feedback* del cliente consiste en estar al tanto de cómo le va, aquí y ahora en sesión y en la vida cotidiana, lo que incluye la identificación de posibles fallos en la relación terapéutica y en el curso de la terapia.

Estos aspectos de la relación tienen un saber y sabor rogeriano, que los sitúa en una perspectiva humanista, pero no dejan de ser transteóricos, por más que provengan de una escuela. Otras terapias los tienen también, reconocidos en sus propios términos. Así, la empatía y la aceptación e incluso la congruencia se pueden reconocer en el reforzamiento positivo en sesión, según la psicoterapia analítica funcional (una terapia conductista de la llamada “tercera generación”). En efecto, esta psicoterapia propugna que el reforzamiento sea natural, caracterizado precisamente por el *feedback* y la empatía: un estar con atención plena, en sintonía con lo que ocurre, de la manera como el propio clínico lo estaría en la vida real. La alianza tiene que ver con la relación de colaboración propugnada en este caso por la terapia cognitivo-conductual, donde se acuerdan objetivos y tareas, a veces incluso en forma de contrato terapéutico. La congruencia y genuinidad rogeriana tiene también eco en el manejo de la contra-transferencia o reacción del psicoterapeuta al paciente por parte del psicoanalista y en la revisión continua de la función reforzante del terapeuta analítico-funcional en sus efectos sobre el cliente.

A vueltas con los factores comunes

Siendo difícil identificar factores específicos y sin negar su posible existencia, la eficacia demostrada de diversas terapias relanza la cuestión de los factores comunes. Pero, entre los factores comunes también hay diversidad según el énfasis que se ponga en unos u otros y el nivel de análisis. En general, se refieren a características de los pacientes/clientes, cualidades de los terapeutas, procesos del cambio, estructura de la terapia y relación terapéutica (Grencavage y Norcross, 1990). En la Tabla 2 se especifican estos factores de acuerdo con los hallazgos del estudio de estos autores.

Con todo, el planteamiento de los factores comunes más cabal sigue siendo probablemente el propuesto por Jerome Frank, al comparar las distintas psicoterapias entre sí y con otras “prácticas curativas” como puedan ser los cultos religiosos y las sanaciones mágico-religiosas (Frank, 1982; Frank y Frank, 1991). De hecho, el planteamiento de Frank está en la cresta de la ola de la investigación actual sobre la psicoterapia (Elkins, 2012;

Tabla 2. Factores comunes y su descripción

<i>Factores comunes</i>	<i>Descripción</i>
Características de los pacientes/clientes	Expectativas positivas/esperanza o fe; clientes estresados o en situación de incongruencia; búsqueda activa de la ayuda.
Cualidades de los terapeutas	Cultivo de la esperanza/fomento de expectativas; calidez/mirada positiva; entendimiento empático; sanador socialmente reconocido/ prestigio profesional; aceptación.
Procesos del cambio	Oportunidad para catarsis/ventilación; adquisición y práctica de nuevas conductas; provisión de racionalidad; fomento de insight/conciencia; aprendizaje emocional e interpersonal; feedback/prueba de la realidad; sugestión; éxito y dominio de experiencias; persuasión; efecto placebo; identificación con el terapeuta; manejo de contingencias; reducción de tensión; modelado del terapeuta; desensibilización; provisión de educación/información.
Estructura de la terapia	Uso de técnicas/rituales; focalización en el “mundo interior”/exploración de asuntos emocionales; adhesión a la teoría; un sitio sanativo; participantes en interacción; comunicación verbal y no-verbal; explicación de la teoría y roles de los participantes.
Relación terapéutica	Establecimiento de alianza/relación colaboradora; Implicación/compromiso; transferencia

Morris, 2003; Wampold, 2007). La perspectiva al modo antropológico que adopta Frank hace potente y competente su planteamiento, sin estar comprometido con ninguna escuela y a la vez bien informado de ellas.

Frank empieza por señalar las características comunes de las personas que buscan terapia: *desmoralización*. La desmoralización se refiere a un estado en el que uno se encuentra desanimado, desbordado, confuso, desconcertado, sin ver salida o solución. Esta desmoralización o crisis tiene aspectos de ansiedad y depresión, que no es casual que sean ellos mismos el problema más frecuente y formen parte de todos cualquiera que sea el diagnóstico. Lo que hacen todas las terapias, qué menos pero que no es poco, es combatir la desmoralización, dando tranquilidad y esperanza, siquiera fuera por los factores comunes que comparten.

Los factores comunes que comparten todas las psicoterapias entre sí y con otras prácticas curativas son cuatro:

- *Relación de confianza* con un agente sanador socialmente reconocido (hombre-medicina, chamán, sacerdote, clínico, especialista, doctor).
- *Lugar de curación* donde se busca la ayuda y recibe la intervención practicada, en el caso de la psicoterapia, centros de salud, hospitales, clínicas, consultas.
- *Mitología* referida a la racionalidad dentro de la que se explica y entiende el problema y la intervención ofrecida.
- *Ritual* consistente en las actividades y procedimientos empleados que implican tanto al sanador como a quien busca la ayuda.

Mientras que la relación de confianza refiere la “alianza” que toda psicoterapia reconoce como condición necesaria, si es que no suficiente, para la ayuda terapéutica, el lugar de curación refiere el sitio “sagrado” donde ésta se lleva a cabo, redundando en la confianza y el prestigio del sanador, para el caso, el clínico. Con todo, el mito y el ritual son seguramente los factores más influyentes. El mito se refiere a la racionalidad o marco conceptual que proporciona una explicación plausible para los problemas del consultante y del que deriva un ritual o procedimiento coherente para resolverlos. En este contexto el estado de desmoralización inicial recobra alivio y esperanza, si es que ya no una mejoría significativa o toda la mejoría que proporciona la psicoterapia de turno.

Frank adopta la noción de mito para caracterizar las teorías de las psicoterapias porque tales teorías, dice, se parecen a los mitos en dos aspectos: 1) son formulaciones de experiencias humanas recurrentes e importantes que captan la imaginación de la gente en una época y una sociedad, y 2) tienen el poder de validarse a sí mismas, tomando los éxitos como confirmación y justificando los fallos dentro de la misma teoría. Ninguna terapia se ha establecido sin afirmar que ofrecía nuevas ventajas terapéuticas, ni tampoco ninguna ha desaparecido por fallos *ocasionales*.

No es necesario suponer que las psicoterapias se sostienen a toda costa y contra toda evidencia por defensores fraudulentos, porque la naturaleza de los problemas psicológicos, empezando por la desmoralización que implican, y la propia naturaleza de las psicoterapias como proveedoras de alivio y esperanza, son propicias a la validación, aunque sea en realidad una ilusión: la *ilusión del terapeuta*. La situación clínica, y no sólo la “situación psicoanalítica” de la que deriva este fenómeno, es propicia para la ilusión del terapeuta, según la cual termina por creer que el cambio terapéutico se debe a lo que él hace, sin reparar en otras posibilidades, como la remisión espontánea, los factores comunes que comparte con otras terapias o ciertos *efectos psicológicos* que también comparten las distintas terapias, tanto más según el clínico crea en la terapia que aplica. Se refiere aquí a cuatro efectos psicológicos, como el efecto placebo, el efecto Barnum, el efecto Pigmalión y el efecto Charcot (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007, cap. 9). Tampoco se ha de suponer que las “otras” terapias que algún terapeuta difícilmente se cree que funcionen son “absurdas”.

La clave de las explicaciones que funcionan en psicoterapia no está tanto en que sean explicaciones *verdaderas* como en que sean verdaderas *explicaciones*, plausibles, verosímiles y aceptables, mitos: no tanto historias verdaderas como verdaderas historias. Mitologías clínicas de nuestra época que funcionan en terapia están en buena medida propagadas por las propias doctrinas clínicas, contando algunas incluso con potentes sistemas de marketing como la doctrina de los desequilibrios neuroquímicos (por ejemplo, el supuesto desequilibrio de la serotonina en relación con la medicación de la depresión, etc.). El psicoanálisis ha hecho época con sus doctri-

nas (los instintos como “nuestra mitología”, dijo Freud), como lo hacen hoy la psicología cognitiva, la psicología positiva y las terapias centradas en *mindfulness* y aceptación. Nada nuevo bajo el sol, dice el Eclesiastés.

Como dice Rollo May en su obra *La necesidad del mito*: “Un mito es una forma de dar sentido a un mundo que no lo tiene: Los mitos son patrones narrativos que dan significado a nuestra existencia.” (p. 17). Entre las funciones de los mitos, May destaca cuatro: 1) confieren sentido de la identidad personal, 2) hacen posible el sentido de comunidad, 3) afianzan nuestros valores morales, y 4) constituyen una forma de enfrentarnos al inescrutable misterio de la creación, todo tipo de creación, científica, artística, etc. (May, 1992, cap. 2).

La importancia de la narrativa en terapia se sitúa aquí, entendido el mito como historia que da sentido a la vida, conectando pasado, presente y futuro. La narrativa da sentido integrando o “poniendo en su sitio” experiencias que trastornan nuestra vida, de otra manera extrañas, imponentes o alienantes. La narrativa también establece conexiones y explicaciones entre la continuidad de ser uno mismo y la disparidad de experiencias y actuaciones debidas a las circunstancias de la vida. La narrativa tiende puentes al futuro, como proyectos y fantasías. Al fin y al cabo somos también lo que todavía no somos (nuestros proyectos, ilusiones, fantasías). Estar en terapia supone que hay vida más allá de los problemas actuales. La narrativa no sólo recuenta la historia, sino que puede ser constitutiva de nuestra vida: somos lo que nos cuentan y nos contamos a nosotros mismos. ¿Quién se iba a enamorar si no oyera hablar del amor? No en vano, habitamos *en* el lenguaje y el lenguaje habita en nosotros. El lenguaje no es meramente una “herramienta”, por utilizar una palabra de moda, sino la materia misma de la que está hecha nuestra identidad como actores de la vida.

El ritual se refiere al procedimiento que requiere la participación activa del terapeuta y el paciente, bajo el supuesto por ambos de que es sanativo. El ritual refuerza la relación terapéutica y contribuye a la influencia y prestigio del terapeuta, así como contribuye a su propia confianza, si es que no ilusión. Los terapeutas, dice Frank, deben ser cautos a la hora de atribuir las mejorías de sus clientes a los procedimientos que aplican. El procedimiento puede simplemente servir como ocasión o catalizador para cambios que están propiciados por otras razones. Las técnicas terapéuticas podrían ser vistas como vías o rituales a través de los cuales terapeutas y consultantes ponen en juego tareas terapéuticas que se traducen en cambios fuera de la terapia y, acaso, precisamente, los objetivos que convienen al consultante o cliente (Ezama, Alonso, González Crespo, Galván y Fontanil, 2011).

Esto no quita mérito a la terapia, pero tampoco lo “reduce” a la técnica o ritual que, en todo caso, forma parte del conjunto de la relación, el lugar y el mito. A pesar de las diferencias en su contenido específico, dice Frank, todos los mitos y rituales terapéuticos tienen funciones en común. Combaten la desmoralización mediante el fortalecimiento de la relación terapéutica, la generación de expectativas de ayuda, la provisión de nuevas experiencias de aprendizaje, la reactivación emocional, el aumento del sentido de dominio o autoeficacia y la oportunidad para el ensayo y la práctica (Frank y Frank, 1991, p. 44).

Como señala Steven Morris a propósito del mito, cada sistema de terapia cuenta con una explicación en sus propios términos de los problemas psicológicos, de las características personales disfuncionales y del origen de ellas y, en relación con el ritual, cuentan igualmente con objetivos del tratamiento, cambios en las características personales disfuncionales e intervenciones que los promueven (Morris, 2003).

En resumen, los componentes comunes de las terapias incluyen, según Frank, 1) una relación de confianza emocionalmente cargada con una persona socialmente reconocida con la facultad de ayudar, 2) un sitio clínico que influye las expectativas del cliente acerca de que el profesional le ayudará, 3) una racionalidad, esquema conceptual o mito que proporciona una explicación plausible, no necesariamente verdadera, de los problemas presentados y de cómo solucionarlos, y 4) un ritual o procedimiento que requiere la participación activa de terapeuta y cliente y que tiene su base en la racionalidad de la terapia.

La reconocida importancia de los factores comunes no impide reconocer a su vez que las distintas psicoterapias puedan tener “beneficios adicionales”, debidos a sus aspectos y objetivos distintivos. Así, por ejemplo, la psicoterapia psicodinámica podría proporcionar un mejor entendimiento de posibles motivos inconscientes que influyen en la conducta, la terapia cognitivo-conductual podría facilitar el aprendizaje de nuevas formas de comportamiento, la terapia existencial podría proporcionar un entendimiento filosófico de los problemas de la

vida, la terapia de aceptación y compromiso podría ser única en poner los valores en el primer plano, etc. El propio Frank contempla que ciertos procedimientos pudieran ir más allá de los factores comunes y cita al respecto la exposición prolongada a estímulos ansiógenos en el alivio de la ansiedad que provocan o la liberación catártica de traumas en el alivio del estrés postraumático (Frank y Frank, 1991, p. 300).

Sin decir exactamente que todas las terapias son iguales, lo que parece claro de los estudios empíricos de eficacia y del planteamiento teórico de los factores comunes es que no se reparten entre eficaces y no-eficaces, sino que todas lo son en alguna/buena medida y se entiende ahora que lo sean. Consiguientemente, no se pueden descartar unas terapias en aras de las otras, ni tampoco, por descontado, dejar de investigar su posible mayor especificidad y beneficio adicional. Naturalmente, se refiere aquí a las terapias que han “perdido la inocencia” y, sin dar por hecho su eficacia, la han mostrado en estudios controlados y homologables como las terapias de conducta y las terapias cognitivo-conductuales, incluyendo por supuesto las terapias de tercera generación, las psicoterapias psicoanalíticas y psicoterapias psicodinámicas, las terapias sistémicas y la psicoterapia humanista (relaciones que funcionan).

Las conclusiones alcanzadas dejan la cuestión de la psicoterapia en una situación desoladora o intrigante, según se vea, en todo caso, abierta a una consideración de fondo, más filosófica y antropológica que meramente psicológica, al albur de una u otra escuela. Como quiera que todo lo que concierne a la psicoterapia está inserto *in medias res* de otras realidades, no exento de ellas, no se puede reducir ni explicar a sí misma. La psicoterapia es demasiado complicada e importante como para dejarla únicamente a la indagación de la propia psicoterapia, a la luz de sí misma.

Por lo pronto, si cada terapia puede aportar un beneficio adicional, de acuerdo con su particular concepción (mito) y procedimiento (ritual), surge la cuestión, de nuevo, acerca de qué beneficio de esos es más adecuado para este o aquel paciente o en general. Si, por ejemplo, sería más importante esclarecer sus motivos inconscientes, aclarar el sentido de la vida o lo que sea, supuesto que la incorporación de todos los “beneficios” podría colapsar la vida de cualquiera. Por otro lado, aun cuando las teorías y concepciones no se sostienen necesariamente por criterios de verdad, otra que la verosimilitud y plausibilidad de su racionalidad, la cuestión de la verdad no debiera darse por jubilada. Sin embargo, la verdad de las teorías psicoterapéuticas no es de pensar que se dirima en un plano empírico —esa es la situación desoladora en la que se está que, por muchos más datos que hay, no por eso hay más claridad—, sino en una indagación más intrigante, en términos filosóficos y antropológicos acerca de la naturaleza de los trastornos psicológicos y de los tratamientos.

Las limitaciones de movimiento de los tratamientos eficaces, al descubierto

El éxito del movimiento de los tratamientos eficaces, según ha hecho época, ha puesto de relieve también sus propias limitaciones.

En primer lugar, este movimiento y su éxito se ha erigido sobre un sistema diagnóstico que ahora se reconoce insostenible, referido al DSM-IV y para el caso igualmente el CIE-10. Se suele apostar la diferencia de eficacia entre terapias respecto de trastornos específicos pero, lo cierto es que la propia noción de “trastorno específico” es ella misma problemática, porque no se trata de entidades o tipos naturales al modo botánico. Prueba de esta problemática es el frecuente diagnóstico NOS (*not otherwise specified*), no especificado de otra manera, y la comorbilidad o concurrencia de varios diagnósticos, lo que no hace sino revelar la artificialidad del sistema diagnóstico al uso. El DSM-V parece que no va a ser mejor. De hecho, ya se ha propuesto una alternativa, aun antes de que haya salido. Se refiere a un sistema transdiagnóstico sobre dimensiones comunes subyacentes conocido por sus siglas en inglés como RDoC (*Research Domain Criteria*): Criterios de los Dominios de Investigación (Insel et al., 2010). El problema de esta alternativa es que busca dimensiones subyacentes neurobiológicas, de acuerdo con asunciones neurocientíficas reduccionistas, en vez de partir de los propios fenómenos clínicos en sus dimensiones psicopatológicas.

Una perspectiva transdiagnóstica se encuentra también y aun antes que la anterior apareciera en psicología clínica. El problema aquí es que no hay una propuesta, sino varias: atención autofocalizada, disregulación, perfeccionismo, evitación experiencial, etc. Cada terapia psicológica cuenta con explicación de los procesos disfuncionales *subyacentes* a los distintos problemas y “diagnósticos”. Por lo que aquí respecta, se propone una dimensión común a prácticamente todos los trastornos, identificada como hiperreflexividad, de acuerdo con los argumentos desarrollados en *Las raíces de la psicopatología moderna* (Pérez Álvarez, 2012, cap. 3 y 4). Esta hiperreflexividad patógena está reconocida con diferentes nombres en la clínica actual y, como se muestra, tiene sus raíces en la cultura moderna, no en una disfunción cerebral.

Consiguientemente, el movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces establecidos sobre diagnósticos al uso, tuvo que ser así, pero no es necesariamente la última palabra, ni el mejor camino (Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez, 2003b)

En segundo lugar, las terapias psicológicas tienen una mayor utilidad que la mera reducción de síntomas, según se suele evaluar su eficacia. El criterio de la reducción de síntomas es el que “conviene” a la medicación y no tanto a las terapias psicológicas, ni tampoco a los pacientes, en realidad. De hecho, buena parte de las terapias psicológicas que han mostrado su eficacia, si es que no todas, no están de acuerdo con estos criterios, *apostados* a la reducción de síntomas. Y aun así tienen el mérito de ser eficaces, de acuerdo con criterios a medida de la medicación. La cuestión para la terapia psicológica no está en adherirse y adoptar de por vida este sistema de evaluación, el cual no porque esté establecido, deja de tener limitaciones y de merecer críticas.

Así, por ejemplo, la terapia de conducta de tercera generación no tiene como objetivo necesariamente la reducción de síntomas, sino la aceptación y el compromiso. La aceptación no se entiende como resignación y pasividad, sino como actitud positiva, activa, respecto a sentimientos y padecimientos que no se pueden quitar como el que quita un estorbo. La aceptación es, en realidad, una forma de cambio, consistente en cambiar el contexto de la experiencia. La aceptación se implementa y complementa con el compromiso de actuar en dirección a valores, sobre un horizonte de sentido. Uno puede haber mejorado notablemente *a pesar de* que persistan síntomas (tristeza, ansiedad, voces). La diferencia es que uno ahora ha recobrado el sentido de lo que le importa en la vida, sin quedar entrampado luchando contra los síntomas. La psicoterapia psicodinámica también tiene miras más allá de la reducción de síntomas, que implican la dinámica de la personalidad y el funcionamiento psicológico general, incluyendo el desarrollo y potenciación de capacidades y recursos para vivir una vida con más sentido, libertad y posibilidades (Shedler, 2010). Y así, también, la terapia sistémica y la psicoterapia humanista no se miden adecuadamente por la reducción de síntomas, sino (además) por mejoras en el desarrollo de la persona y el funcionamiento del sistema.

En definitiva, el movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces, lejos de afianzar la eficacia de las terapias sobre sus técnicas específicas, a imagen de la medicación anti-esto y anti-lo otro, ha vuelto a poner de relieve el papel de los factores comunes que comparten las distintas terapias. Aun cuando la reconocida importancia de los factores comunes no cancela la investigación de la posible existencia de técnicas específicas, antes bien, la anima, lo cierto es que resulta difícil, si es que no prácticamente imposible, diferenciar lo que se debe a las técnicas y lo que se debe a los factores comunes epitomizados por las relaciones. Técnicas o relaciones, es la cuestión. Las terapias psicológicas tienen la particularidad, respecto de la medicación, de que no se pueden *dar* al margen de la relación terapéutica. Al fin y al cabo, una medicación psiquiátrica, funciona, si realmente lo hace, administrada sea por caso en la sopa, sin que el paciente lo sepa, si bien funciona notablemente mejor dada en el contexto de una buena relación terapéutica, lo que no hace sino subrayar, de nuevo, el papel fundamental de ésta. Pero no existe una psicoterapia-placebo dada a ciegas, sin que al menos el terapeuta esté al tanto.

De todos modos, la tensión entre técnicas y relaciones es una cuestión de énfasis más que de uno u otro: mientras los defensores de terapias particulares enfatizan las técnicas específicas, reconociendo que las relaciones son necesarias, los defensores de los factores comunes enfatizan las relaciones, reconociendo a su vez que técnicas convincentes y coherentes son aspectos poderosos de un tratamiento (Wampold, 2010, p. 105). Así,

pues, sin poder negar que las técnicas y aspectos específicos de un tratamiento no sean eficaces, tampoco se puede afirmar de una manera categórica y concreta que lo sean, sin dudar de que la terapia en conjunto es eficaz. No hay técnicas que valgan sin el contexto de la relación. También se podría decir que la relación no es una relación de cualquier manera, sin *techné*: sin saber hacer y sin criterio. La relación terapéutica tiene *su* técnica. De todos modos, el debate no se resuelve con este *ardid*.

El debate entre la supuesta especificidad de las terapias y el posible papel decisivo de los factores comunes tiene un campo de batalla apropiado o terreno preferido en la depresión y el trastorno de estrés postraumático, donde existen diferentes terapias eficaces bien establecidas (Pérez Álvarez y García Montes, 2003; Wampold et al., 2010). De hecho, la depresión es la avenida más segura para que cualquier terapia que se lo proponga arribe al mundo de los tratamientos eficaces. No quiere decir que todos los problemas de depresión tengan solución, ni que sean fáciles de tratar, pero la depresión —junto con la ansiedad y a lo que parece también el estrés postraumático— es el problema más agradecido para probar terapias. Se ha llegado a un punto en que nuevas terapias eficaces para la depresión ya no son novedad, sino acaso “ganancia de pescadores”. Sería interesante estudiar por qué la depresión y la ansiedad son los problemas y diagnósticos más frecuentes y los más agradecidos en la investigación de la eficacia de las terapias psicológicas y otras. Quizá porque son antes que nada problemas de la vida y existenciales, sensibles a las relaciones humanas implicadas en la terapia.

Se podría pensar en diseñar placebos enteramente comparables a los verdaderos tratamientos, como manera de “aislar” sus ingredientes específicos. Pero no es tan fácil como en medicina. El carácter psicológico del placebo lo hace indistinguible de la terapia psicológica, la cual debe de ser del “agrado” del paciente/cliente, contar con su confianza y suscitar expectativas de mejoría, aspectos que se supone forman parte del placebo. Cuando se diseñan placebos enteramente comparables a una psicoterapia, resultan en otra terapia, con vida propia, como seguramente ha pasado más de una vez. Según parece, la terapia interpersonal para la depresión se pensó en principio como placebo en el célebre estudio del Instituto Nacional de EEUU en la década de 1980, en el que se comparaba la terapia cognitiva, la medicación y una pastilla-placebo, resultando más eficaz que la propia terapia cognitiva (Pérez Álvarez y García Montes, 2003). *Befriending*, un procedimiento que consiste en “actuar de amigo” sobre la base de una relación amistosa, no-directiva y centrada en aspectos emocionales, se ha utilizado como placebo (Baskin, Tierney, Minami y Wampold, 2003) y es ahora una intervención con nombre propio (Mitchell y Pistrang, 2011). Cuando las intervenciones placebo se estructuran con la apariencia de las psicoterapias con las que se comparan producen efectos prácticamente equivalentes a los *verdaderos* tratamientos (Baskin et al., 2003). Desde dentro de las terapias psicológicas, no hay manera de dilucidar ni de ponerse de acuerdo en por qué son eficaces.

Se requiere de un planteamiento de fondo o de altura, más allá de “escuelas” particulares.

¿Qué tipo de cosa son los trastornos y los tratamientos psicológicos?

Por lo que aquí respecta, no cabe más que proponer un esbozo de la cuestión de fondo. Se empezará por la cuestión ontológica acerca de la naturaleza de los trastornos psicológicos (psiquiátricos o mentales), porque de ella depende la paradoja y el enigma de la eficacia de tantos y tan distintos tratamientos. Después se situarán los trastornos y los tratamientos psicológicos en una perspectiva antropológica, como dramas sociales y ritos de paso, respectivamente.

Los trastornos psicológicos como entidades interactivas, no naturales

Más allá de reconocer la desmoralización que parece acompañar a los trastornos psicológicos por los que se busca ayuda profesional, está la cuestión ontológica acerca de qué tipo de cosa son. Esta cuestión se plantea

sobre la distinción entre entidades naturales y entidades interactivas, introducida por Ian Hacking (2001). Mientras que las entidades naturales ahí dadas en la naturaleza, como si dijéramos, a la espera de su descubrimiento y para el caso de su “diagnóstico”, son indiferentes a nuestras interpretaciones, las entidades interactivas son influenciables y transformables por las interpretaciones y, por así decir, interactúan con las maneras que tenemos de concebirlas y tratar con ellas. El agua sigue siendo H_2O por más que se bendiga y se considere bendita, pero el acto de bendecir a alguien lo transforma de alguna manera. El agua sería una entidad natural y alguien —una persona— sería una entidad interactiva. Un caballo sigue siendo en esencia lo que es por mucho que se le diga que es un “burro” pero, por ejemplo, si se le llama “burro” a un niño, puede que le influya sea para reaccionar mostrando que no lo es o para acomodarse a esa “consideración”.

Las enfermedades propiamente médicas, orgánicas, como por ejemplo la diabetes o el Alzheimer, serían entidades naturales. Las interpretaciones de los síntomas diabéticos y del metabolismo de la glucosa, sea como bendición o castigo divino o como algo normal que hay que aceptar, no van a cambiar la condición diabética; otra cosa son los cuidados específicos relacionados con la ingesta, etc. Sin embargo, los trastornos psicológicos como, por ejemplo, la depresión o la misma esquizofrenia serían entidades interactivas, influenciables y transformables por las interpretaciones, concepciones y trato con ellas, por parte de la propia persona, siempre inserta en un contexto de normas, valores y formas de vida. Cabe sostener que los trastornos psicológicos se constituyen en las maneras como nos relacionamos con nuestras experiencias y situaciones de la vida. Nuestra relación con la tristeza según sean las normas, pautas y modelos culturales puede dar lugar a “depresión” o a nada especial como era antes de la actual “epidemia” de depresión. La interpretación y la experiencia de timidez y la vergüenza social pueden dar lugar a una manera de ser tímido o a todo un “problema” clínico como la “ansiedad social”. Ni siquiera la esquizofrenia deja de ser “sensible” a las concepciones culturales, interpersonales y personales que se tenga de la crisis y experiencias anómalas que supone. La depresión, la ansiedad social y la esquizofrenia no salen como la dentición, ni entran como la gripe, ni están ahí esperando su “diagnóstico”. El propio diagnóstico puede influir sobre la condición diagnosticada.

Los trastornos psicológicos no son menos reales ni menos graves que las enfermedades propiamente, por no ser entidades naturales. La depresión puede ser más real y más grave que la diabetes. El hecho de que los trastornos psicológicos hayan proliferado en los últimos tiempos depende precisamente de su carácter interactivo, susceptible a las interpretaciones establecidas en la cultura mundana y en los contextos clínicos. Ciertamente, los trastornos no surgen de la nada, sino de problemas de la vida (conflictos, pérdidas, crisis, decepciones, agobios, fracasos, estrés, etc.), pero los problemas de la vida no sería el trastorno —y lo trastornantes— que son si no fuera por las formas de vida y las maneras de verlos y vivirlos.

Esta perspectiva que sitúa los trastornos psicológicos más en un reino histórico-cultural que biológico-natural no niega que sean hechos *reales*, lo que plantea es cómo son *hechos* reales, en la línea apuntada en *La invención de los trastornos mentales* (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007, cap. 1, 2 y 3). Tampoco niega la posible implicación biológica, pero no la pone por delante o en su base. Dejando aparte que no hay actividad humana que no implique actividad neurobiológica —incluyendo las actividades de concienzudos neurocientíficos explicando las bases neuronales de los trastornos mentales—, puede ser que las alteraciones asociadas a los trastornos mentales deriven de las adversidades de la vida que han llevado a los propios trastornos y terminen por contribuir a ellos, formando parte de un bucle. Las adversidades de la vida y las reacciones y esfuerzos de las personas ante ellas puede, cómo no, que alteren la actividad neurobiológica de los circuitos implicados, del mismo modo que los taxistas de Londres tienen alterado —agrandado— el hipocampo y los violinistas las áreas correspondientes (Pérez Álvarez, 2011). Tal “alteración” neurobiológica forma parte de un bucle adaptativo: en el caso de los taxistas y músicos facilitando su habilidad profesional y en el caso de los trastornos psicológicos lo mismo, solo que su habilidad es una “vulnerabilidad”. Pero la vulnerabilidad, como “habilidad” y “habilitación” para permanecer en el circuito neurótico o psicótico, puede que sea derivada y “causada” por adversidades y problemas de la vida. Sin embargo, en los trastornos psicológicos la alteración neuronal se suele tomar como causa y explicación biológica, lo que a nadie se le ocurriría en el caso

de los taxistas y músicos. El propio cerebro es más una entidad interactiva que natural, fija e indiferente, en virtud de su plasticidad.

El carácter interactivo —no natural, fijo e indiferente— de los trastornos psicológicos *es* la condición de posibilidad de la psicoterapia y la razón de por qué hay tantas. Pero que tampoco son tantas porque estamos hablando de cuatro o cinco sistemas. Su carácter interactivo permite que los problemas de la vida de los que se “hacen” los trastornos psicológicos tomen relativamente distintas formas según el trato y tratamiento que se les da. No se dice que puedan tomar cualquier forma, pero tampoco tienen que tomar necesariamente una forma determinada para que las terapias sean eficaces, por más que existen categorías y cuadros clínicos tipificados. El hecho de que los trastornos psicológicos se avengan a cuadros tipificados, prueba más su carácter interactivo que la pretendida tipicidad natural. Muchas terapias psicológicas no trabajan sobre categorías diagnósticas, sino sobre la formulación del caso de acuerdo a su proceder. La formulación del caso ya sugiere tomar forma, no cualquier forma, pero tampoco una que tuviera que ser fija, ajustada a una supuesta entidad natural.

Los trastornos psicológicos como dramas sociales

De acuerdo con lo anterior, la *materia* de la que se hacen los problemas que toman la *forma* y categoría de trastornos clínicos son los problemas de la vida. La insuperable distinción aristotélica *materia-forma* es relevante también en relación con los trastornos psicológicos, por lo que vale el eslogan “más Aristóteles, menos DSM” (Pérez Álvarez, Sass y García Montes, 2008). La pregunta sería qué hace que un problema de la vida llegue a ser y se convierta en todo un problema psicológico. Un problema psicológico ocurre cuando el propio afrontamiento, enfrentamiento y esfuerzo ante problemas de la vida es él mismo contraproducente. La solución intentada forma ya parte del problema. La persona está metida en un circuito que se realimenta del problema y de la solución. Un circuito auto-reflexivo. El problema psicológico no lo cualifica tanto el sufrimiento, como el encerramiento o entrapamiento en el que uno termina por estar. Esta situación “salta” o “debuta” como problema que requiere ayuda externa cuando se da una ruptura del ritmo y funcionamiento acostumbrado. Y entonces uno queda en crisis y envuelto en una “lucha” con el problema y consigo mismo y un tanto de “baja” en la vida.

¿*Qué es un trastorno psicológico?* Una definición general, sin estar comprometida con ninguna escuela, puede ser ésta: un trastorno psicológico es un esfuerzo contraproducente por resolver una situación problemática, en el que las propias conductas, acciones y reacciones resultan ellas mismas parte del problema. Como dijo Freud, todo el mundo se defiende de ideas y experiencias desagradables o insoportables, pero lo que distingue a los “neuróticos” es que sus defensas producen síntomas (*Inhibición, síntoma y angustia*). Las propias conductas para solucionar el problema son los *síntomas* que constituyen el problema: defensas y evitación de experiencias, por decirlo en términos de dos enfoques que están en los extremos (el psicoanalítico y el conductista de las terapias de tercera generación), un caso más en el que los extremos se tocan.

Los trastornos psicológicos, de acuerdo con lo dicho, no serían entidades naturales o enfermedades como otras cualesquiera, sino entidades interactivas. Asimismo, los trastornos, por más personales que sean, no dejan de radicar en problemas interpersonales y así de tener una radical dimensión social. Por todo ello, admiten y requieren de una consideración como dramas sociales. La noción de *drama social*, en el sentido antropológico, se refiere a unidades de procesos in-armónicos o disarmónicos que surgen en situaciones conflictivas y suponen una ruptura en el ajuste y funcionamiento social (Turner, 1969). La noción de drama social encuentra una aplicación apropiada en los trastornos psicológicos, aunque no eran su referente. Y por su parte los trastornos psicológicos agradecen su consideración en términos de drama social y cobran o recobran así un nuevo sentido. Turner describe los dramas sociales de acuerdo a cuatro fases: ruptura, crisis, remedio y reintegración. La Tabla 3 define estas fases y sugiere su aplicación al caso clínico.

Tabla 3. La noción de drama social aplicada a los casos clínicos

Fases	Definición	Correspondencia clínica
Ruptura (Breach)	Brecha en las relaciones sociales regulares entre personas o grupos de un sistema.	Algo va mal que preocupa a uno y desajusta el normal funcionamiento. Contemplación de buscar ayuda.
Crisis	La situación se revela insostenible. Se hace pública y notoria. Estado liminal: fuera de la armonía anterior y sin todavía un arreglo.	“No puedo más”; “ataque de ansiedad”; “brote psicótico”. Búsqueda de ayuda profesional. La “baja” oficial o no como estado liminal.
Acciones de reparación	Mediaciones informales. Rituales.	Tratamiento. Proceso de cambio.
Reintegración	Restablecimiento del orden, incluyendo cambios respecto de antes. Pueden surgir nuevas normas.	Recuperación. Terminación de la terapia. “Alta”. Reintegración.

Los tratamientos psicológicos como ritos de paso

La posible e interesante consideración de los tratamientos psicológicos como *ritos* viene apuntada y hasta cierto punto pedida por la consideración previa de los trastornos psicológicos como dramas sociales. Los propios trastornos psicológicos tienen un aspecto de ritual, y no sólo el señalado en el trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, la consideración de la terapia como rito produce seguramente una extrañeza, empezando porque los propios participantes, clínicos y pacientes/clientes no se identifican ni se reconocen formando parte de ningún rito. Bien era que el ritual fuera un factor de la psicoterapia, como se dijo, pero ¿la terapia un rito? ¿No son los terapeutas unos profesionales formados y acreditados en una disciplina científica y reglada y no tienen los usuarios que buscan ayuda y tratamiento profesional enfermedades, dolencias o quejas? Sin duda es así y así seguirá siendo después de esta extraña consideración. A fin de percibir la pertinencia y utilidad de la psicoterapia como rito conviene hacer algunas consideraciones acerca de la noción de rito y de terapia. Al final, puede que la visión de la psicoterapia como rito ayude a ser mejor terapeuta, sin tener que cambiar su identificación como profesional.

Los ritos organizan continuamente nuestra vida cotidiana. No se circunscriben a ciertas ceremonias como funerales, bodas, bautizos, cumpleaños, tomas de posesión de algún cargo, graduación académica, presentación de una tesis doctoral, protocolo de actuación en emergencias, violencia doméstica o urgencias hospitalarias, etc. Tampoco son cosa únicamente de sociedades tradicionales y “primitivas”. El rito es un conjunto de actos verbales y no-verbales institucionalizados, relativamente formalizados y codificados, de carácter repetitivo y de marcado sentido simbólico para actores y observadores (Segalen, 2005).

El rito viene a ser una ceremonia consistente en una serie de actos tendentes a un resultado o fin. Tan institucionalizados están muchos de estos actos que parecen espontáneos y libres. Incluso, para sustraerse y oponerse a los ritos se necesitan otros ritos y se “cae” en ellos. Así, la rebeldía, la revolución, ir a la contra, hacerse original o *freaky*, tienen su ritual y ceremonial. La propia forma de “estar mal” psicológicamente tiene sus formas y rituales socialmente organizadas. El rito pone de relieve a la par que lo constituye el carácter institucional de la vida humana, incluyendo todo lo concerniente al yo o sí-mismo, a las emociones y al amor: cosa de rituales de interacción como han mostrado Erving Goffman (*Rituales de interacción*), Randall Collins (*Cadenas de rituales de interacción*) y Eva Illouz (*Por qué duele el amor*).

Si bien los ritos constituyen nuestra vida cotidiana, desde tomar el desayuno a tomar un avión (repárese en el ritual y ceremonial de embarcar en un aeropuerto), lo cierto es que no tienen la presencia y prestancia que tenían. Y acaso eso mismo hace que sean más necesarios en nuestra sociedad y más difíciles de reconocer, sumidos en prácticas seculares y protocolarias. Una de estas prácticas puede ser la psicoterapia: un rito de sanación.

¿*Qué es la psicoterapia?* Una definición general, sin estar comprometida con ninguna escuela, puede ser ésta: psicoterapia es ante todo un procedimiento interpersonal sobre la base de conocimientos dados en la psi-

cología y que implica un terapeuta facultado y un paciente o cliente que presenta quejas, problemas o trastornos, en el entendimiento de que éstos tienen remedio mediante el tratamiento psicológico (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007, p. 214).

La connotación médica que tiene el término “tratamiento” no debiera tomarse necesariamente en su denotación médica. Antes bien, la acepción de tratamiento como “modo de trabajar ciertas materias para su transformación” puede ser, curiosamente, más adecuada para el tratamiento de los problemas psicológicos, que su acepción médica. Lo que hay que ver es que el “trabajo” psicoterapéutico consiste en buena medida en hablar de un asunto cuya “materia” no es otra que los problemas de la vida, para entenderlos, darles forma y ver la manera de “transformarlos”. El tratamiento de un tema en una reunión o en una conversación puede que esté más cerca del tratamiento psicológico, que el tratamiento médico consistente en una intervención quirúrgica o la prescripción de un fármaco. El término “terapia” también tiene un sentido más general como “cuidado” (etimológicamente, “cuidado de los dioses”, referido al culto que les debe tributar), sin necesariamente tener que ser un cuidado médico, porque puede ser un cuidado-del-alma (psicoterapia) que implica muchos aspectos de la vida (sociales, morales, de salud, etc.).

El tratamiento psicológico como rito puede verse, más concretamente, como un *rito de paso*, en el sentido de Arnold van Gennep, en su obra clásica de 1909 (van Gennep, 2008). Los *rites de passage* indican y establecen transiciones entre estados distintos. El estado puede referirse a situaciones físicas, mentales o emocionales en las que una persona o un determinado grupo pueden encontrarse en un momento concreto. En psicoterapia el paso sería de una situación de ruptura y crisis a una de reintegración o, por así decir, de un desorden a un nuevo orden personal y social. El término “desorden” también podría traducir el inglés “disorder”, comúnmente vertido como “trastorno”. Aunque trastorno tiene una connotación médica, es de recordar que está por evitar el término “enfermedad”. Asimismo, desorden tiene una connotación de desorden del normal y habitual funcionamiento hasta ahora, se excusa decir, en un contexto social interpersonal. Por su parte, la noción de “queja” sugiere un posible doble aspecto de un trastorno como malestar y protesta, como estar aquejado de algo y presentar quejas (sentimiento y resentimiento), como a veces duele la cabeza por algo y *contra* alguien. Sirvan estos aspectos para recordar el carácter inherentemente social interpersonal de los trastornos psicológicos y del posible aspecto del tratamiento como rito. La terapia psicológica trata de facilitar y mediar el paso del “desorden” a un orden o funcionamiento más armonioso y satisfactorio.

En los ritos de paso se suelen distinguir tres momentos, cada uno a su vez con sus rituales: separación, margen y agregación (van Gennep, 2008). Estos términos no están pensados para la terapia, sino para otros fenómenos de transición social como el embarazo y el parto, el nacimiento y la infancia, los ritos de iniciación, los esponsales y el matrimonio, etc., estudiados por van Gennep. El funcionamiento social se caracteriza por sus discontinuidades y transiciones y el rito de paso trata de recomponer el orden que se produce en cada transición, ruptura y desorden de la vida.

En esta perspectiva, la terapia psicológica se podría ver como una *institución intermedia* entre los individuos y las *instituciones básicas* de la sociedad (sistema familiar, económico, político, educativo, etc.). Los individuos presentan problemas que las instituciones básicas no pueden solucionar, sino incluso que ellas mismas crean con sus contradicciones y conflictos. La situación de partida de un “usuario” de psicoterapia, en términos de los ritos de paso, es la de separación y de margen o marginalidad, una situación liminal o de liminalidad, en la que se ha dado una ruptura o crisis del orden, ajuste y funcionamiento anterior, sin estar todavía restablecido un nuevo orden, ajuste o estructura. La situación liminal supone un estatus especial de la persona: una posición inestable, como “paciente”, de “baja” de las ocupaciones habituales, a la espera de mejorar. Esta posición liminal supone una anti-estructura social, en el sentido de Turner, en la que las formas estructuradas de funcionamiento social están alteradas, en suspenso, y otra nueva estructura, sin jerarquía y condiciones, se abre en la terapia, caracterizada por la *communitas* o relación de camaradería. Victor Turner ha estudiado especialmente esta situación liminal “betwixt and between”, “entre lo uno y lo otro” (Turner, 2008). En el caso de la terapia, esta nueva estructura es la relación terapéutica, *única* por la alianza, confianza y vínculo afectivo que

implica. El contexto de la terapia vendría a ser un espacio comunitario que suple el contexto social roto y sirve de paso a la reintegración.

Esta fase de margen y *communitas* contiene los mitos y rituales a los que se refería Frank, explicaciones y acciones compartidas para “salir” de la situación. Janine Roberts destaca las funciones del ritual en terapia familiar, entre ellas la conexión del pasado, el presente y el futuro, la expresión de emociones (sentimientos y resentimientos), el enfrentamiento del dilema cambio o no-cambio, la comprensión de los problemas, la reestructuración de las relaciones, etc. (Roberts, 1988); Beels (2007) expone la terapia de un caso en la perspectiva del rito. La Tabla 4 reexpone esquemáticamente la psicoterapia como rito de paso.

De todos modos, por más que las terapias se avengan a la noción de rito de paso, no quiere decir que todos los que entran en terapia “pasen” de estar mal a estar bien. De hecho, por razones y motivos diversos, entre ellos que las terapias no son panacea, ni hacen milagros o, dicho más formalmente, que no son eficaces para el 100% de sus usuarios, lo cierto es que hay pacientes/clientes que no “pasan” a la recuperación o reintegración sino, por así decir, permanecen en el estado liminal. Sería el caso, por ejemplo, de personas instaladas en los síntomas como *modus vivendi*, no meramente “rentistas”, sino aquéllas que bastante problema tienen que su mejor adaptación, dadas las circunstancias, es seguramente “estar mal”. También estarían en esta situación aquellos pacientes que encuentran en la terapia la *comunidad salvífica* de su falta de comunidad en la vida real, cuando se permitan estar en terapia interminablemente. Y también estarían aquí los problemas de suyo crónicos. Las nociones de drama social y de rito de paso contemplan la situación y figura de persona liminal: en un terreno y estatus entremedias de un antes y un después deseable que no llega y acaso ya ni se espera. La liminalidad puede ser el escenario de la enfermedad crónica y de la sobrevivencia de ciertas enfermedades. Así, la liminalidad se aplica a enfermedades como, por ejemplo, el Alzheimer (Shomaker, 1989) y el cáncer (Blows, Bird, Seymor y Cox, 2012; Thompson, 2007). Como dicen Blows et al., moverse del reino de la salud al de la enfermedad atraviesa límites que alteran la posición social de una persona, dejándola en una posición liminal, “entre lo uno y lo otro”, donde la liminalidad supone una experiencia ambigua en la historia de la vida de uno que está siendo alterada por la enfermedad (Blows et al., 2012). En el Alzheimer es tremendo: la persona está ahí y no está.

La esquizofrenia también puede verse en el marco de la liminalidad. Aunque muchas personas con esquizofrenia se recuperan sin más o viven su normal modo de ser esquizofrénico, lo cierto es que otras permanecen en un “estado crónico” o, para el caso, en un estado liminal: separado del estatus anterior y sin “agregarse” o reintegrarse en el normal funcionamiento social. Considérese el estatus ambiguo de la esquizofrenia: tanto una enfermedad como un modo de ser. Sin dejar de serlo, la esquizofrenia no es una enfermedad como otra cualquiera —diabetes o Alzheimer, con las que a veces se la compara—, sino que implica a la persona en su totalidad, con su peculiar modo de ser y de estar-en-el-mundo. Como dice Robert Barrett, el enfoque de la liminalidad llevaría “más allá de la visión convencional de la cultura como patoplástica (meramente moldeando experiencias psicóticas y dándoles contenido), a la visión de la cultura jugando un papel determinante en la estructura de la experiencia psicótica misma.” (Barrett, 1998, p. 451). La reconsideración de la persona *con* esquizofrenia —como si fuera meramente una enfermedad adherida a la persona— en términos de liminalidad puede

Tabla 4. La psicoterapia como rito de paso

Esquema clásico (van Gennep)	Separación	Margen Situación liminal; antiestructura; <i>communitas</i> .	Agregación
Psicoterapia	Ruptura; crisis; “no puedo más; “necesito ayuda”.	En terapia. Relación terapéutica, mito y ritual (Frank); <i>communitas</i> ; liminalidad.	Recuperación: “Alta”. De nuevo a la vida.

que abra su consideración propiamente como “persona”, y si se quiere como “persona liminal”, en un escenario social, que reconozca su peculiar modo de ser (Sass, 2007).

Conclusiones abiertas

Los tratamientos psicológicos, referidos a los grandes sistemas de psicoterapia, no se pueden repartir entre eficaces y no-eficaces. Aun siendo relativamente distintos, todos tienen una eficacia comparable. El énfasis no se ha puesto tanto en que todas las terapias son igual de eficaces, como en que no solamente unas lo son. Esta paradoja no parece deberse a deficiencias metodológicas que, supuestamente, no permitieran apreciar la eficacia diferencial que se correspondiera con sus diferencias conceptuales y de procedimiento. Ya no se está en una época en la que se pudiera decir que es cuestión de tiempo para que la eficacia dé la razón a unas en detrimento de las otras. Si es que no todas ganan por igual, lo cierto es que ninguna pierde como para retirarse.

La explicación de este fenómeno tiene varios planos. En una primera instancia, estaría la desmoralización que comparten todos los problemas psicológicos, de acuerdo con Frank, que hallarían alivio y esperanza en cualquier terapia. Más allá de esto, estaría el carácter interactivo de los problemas psicológicos, distinto de un supuesto carácter natural, fijo, ahí-dado. El carácter interactivo implica que los trastornos psicológicos son realidades esencialmente dependientes de contextos culturales, interpretaciones sociales y “tratamientos” clínicos. En la base del alivio de la desmoralización y del carácter interactivo estaría la materia de la que se hacen los trastornos psicológicos, que no sería otra que los problemas de la vida (pérdidas, conflictos, crisis, etc.). Problemas que en nuestra sociedad se tramitan como problemas psicológicos (psiquiátricos o mentales). Se podría decir que es la manera de “salvación del alma moderna”.

Por su parte, el fenómeno de que buena parte, si no toda, del efecto terapéutico de las distintas psicoterapias se deba a los factores comunes, viene a confirmar el carácter desmoralizado, interactivo y existencial de los problemas psicológicos, cuyo carácter, a su vez, explica el papel decisivo de los propios factores comunes. Los factores comunes, teorizados como relación de confianza, lugar sanativo, mito y ritual, vienen a ser el contexto natural y propio en el que los trastornos psicológicos hallan comprensión, explicación y solución. Por así decir, los problemas humanos en los que consisten los trastornos psicológicos encuentran su contexto de tratamiento apropiado en el carácter humanista inherente a la psicoterapia. No se refiere específicamente a la psicoterapia humanista, sin menoscabo de la influencia de esta escuela en este punto. Se refiere al carácter humanista inherente a toda psicoterapia que se precie, por “científica” como se conciba y desafecta que esté de una identificación humanista.

Esto no quiere decir que las distintas psicoterapias no aporten “beneficios adicionales” específicamente debidos a su concepción y procedimiento. Sólo que este beneficio específico no está tan claro y distinto como los creyentes y practicantes de cada escuela creen. Es un gran desafío para las psicoterapias establecer sus “beneficios adicionales” a los debidos a los factores comunes, por hacerlo ya bien de acuerdo a su propia terapia. Esto supone abrirse más al entendimiento de las “otras” terapias que también funcionan, o acaso no tan bien, en vez de ignorarse unas a otras y de emplazarse en “carreras de caballos” a ver quién gana. El problema de los beneficios adicionales que, sin duda, aportan las distintas terapias es que difícilmente se podrían sumar (sin colapsar al “pobre” paciente). Y habría que discutir, sobre bases filosóficas, cuáles serían mejores, en base precisamente a qué concepción del ser humano, etc.

Entre tanto, como ensayo general, no está de más percibir en perspectiva, saliendo del agujero de cada terapia, los trastornos psicológicos como dramas sociales y los tratamientos psicológicos como ritos de paso. No se trata de cambiar las identificaciones como terapeuta, profesional, clínico, especialista o investigador por otras en términos etnográficos. Aunque, en realidad, las citadas identificaciones son las propias de la etnografía de nuestra sociedad. De lo que se trata con esta perspectiva antropológica es de no perder de vista, y en su caso alcanzarla, que los trastornos psicológicos no son tipos naturales —enfermedades como otras cualesquiera—.

ra— y que los tratamientos psicológicos son *instituciones intermedias* entre los individuos que tienen ciertos problemas y las instituciones básicas de la sociedad que no los pueden solucionar e incluso los propician. Se habrá de reconocer que la psiquiatría y la psicología clínica, por muy especialidades que sean, no tratan con entidades del mismo tipo que las especialidades médicas, propiamente dichas. Hace mal el psiquiatra imitando al médico y el psicólogo clínico imitando al psiquiatra.

Esta perspectiva puede servir para desembarazar y desbloquear la clínica psiquiátrica de la imagen y semejanza médica. Y de esta manera puede servir para recuperar una psicopatología centrada en el entendimiento fenomenológico (de-primera-persona) y contextual situado en el mundo-de-la-vida, más que en el mundo de la biología, de lo que le pasa a la gente que busca ayuda psiquiátrica y psicológica. La psicopatología, a pesar de su nombre, puede ser emancipadora de la imagen médica-psiquiátrica tradicional, en una perspectiva fenomenológica contextual, centrada en la persona y en el mundo de la vida.

La medicina basada en la evidencia fue un camino recorrido necesario seguramente para “perder la inocencia”, pero no debiera ser el camino futuro de los tratamientos psicológicos, eficaces, por supuesto. De hecho, la pujanza de la medicina basada en la evidencia ha terminado por poner de relieve la inadecuación de los sistemas diagnósticos y la inespecificidad de los tratamientos, así la medicación psiquiátrica, como la terapia psicológica, según son dependientes del contexto de la relación, mito y ritual.

Afortunadamente, los pacientes/clientes cuentan con terapias psicológicas que les pueden ayudar. Por su parte, y también afortunadamente, los clínicos e investigadores tienen la desafiante e intrigante tarea de aclarar cómo lo hacen, empezando por “especificar” y mostrar el beneficio adicional que aporta *su* terapia. Y más allá de esto está la tarea de reelaborar las concepciones clínicas, después del “guirigay” de invención de trastornos y de la “deserción” y “desierto” de la medicación. Quizá más interesante que establecer cuadros diagnósticos sea estudiar posibles dimensiones transdiagnósticas y más interesante que buscar técnicas específicas sea dar con principios psicoterapéuticos transversales.

Por una vez, el diablo no parece estar en los detalles —ni en mecanismos averiados ni en técnicas específicas—, sino en el conjunto de factores y actores que constituyen una terapia psicológica. Sin supuestos “mecanismos” y “técnicas” no hay terapia, como sin piedras no hay puente. Pero, como en el puente, lo que importa en terapia es el arco. El arco sostiene las piezas y permite el paso de una situación a otra.

Referencias

- APA, *American Psychological Association* (2012). Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness – Approved August 2012. Recognition of Psychotherapy Effectiveness. <http://www.apa.org/news/press/releases/2012/08/resolution-psychotherapy.aspx> Ver también Infocop | 03/10/2012.
- Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230-238.
- Barrett, R. J. (1998) The “schizophrenic” and the liminal persona in modern society. *Culture, medicine and psychiatry*, 22, 465-94.
- Baskin, T. W., Tierney, S. C., Minami, T. y Wampold, B. E. (2003). Establishing Specificity in Psychotherapy: A Meta-Analysis of Structural Equivalence of Placebo Controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 973-979.
- Beels, C. C. (2007). Psychotherapy as a rite of passage. *Family Process*, 46, 421-432.
- Blows, Bird, L., Seymour, J. y Cox, K. (2012). Liminality as a framework for understanding the experience of cancer survivorship: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 2155-2164.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 46-74.
- David, D. y Montgomery, G. H. (2011). The Scientific Status of Psychotherapies: A New Evaluative Framework for Evidence-Based Psychosocial Interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 89-99.

- De Maat, S., De Jonghe, F., Schoevers, R. y Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1-23.
- Elkins, D. N. (2012). Toward a common focus in psychotherapy research. *Psychotherapy*, 49, 450-454.
- Ezama, E., Alonso, Y., González Crespo, S., Galván, S. y Fontanil, Y. (2011). Tareas terapéuticas: ¿qué clase de ayuda se busca en las consultas de psicoterapia? *Psicothema*, 23, 566-572.
- Fernández Hermida, J. R., Pérez Álvarez, M., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2003), El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En M. Pérez Álvarez, M. Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I., eds., *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 17-34). Madrid: Pirámide
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En J. H. Harvey y M. M. Parks (Eds), *Psychotherapy research and behavior change* (pp. 5-37). Washington, DC: American Psychological Association.
- Frank, J. D. y Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gerber, A. J, Kocsis, J. H, Milrod, B. L, Roose, S. P, Barber, J. P, Thase,... Leon, A. C. (2011). A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168, 19-28.
- Grencavage, L. y Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?* Barcelona: Paidós.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S. Quinn, K, ... Wang P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167, 748-51.
- Kahl, K. G., Winter, L. y Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 522-528.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M. y Leibing, E. (2006). Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: techniques, efficacy, and indications. *American Journal of Psychotherapy*, 60, 233-59.
- Leichsenring, F., y Rabung, S. (2008). Effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 200, 1551-1565.
- Leichsenring, F. y Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 15-22.
- Leichsenring, F., Rabung, S. y Leibing, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Lewis, A. J., Dennerstein, M., y Gibbs, P. M. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy: review of recent process and outcome studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 445-55.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T. ... Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2-12.
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “Everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- May, R. (1992). *La necesidad del mito*. Barcelona: Paidós.
- Mitchell, G. y Pistrang, N. (2011). Befriending for mental health problems: Processes of helping. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 151-169.
- Morris, S. (2003). A metamodel of theories of psychotherapy: a guide to their analysis, comparison, integration and use. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 1-18.

- Norcross, J. C., ed. (2002). *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., ed. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Pérez Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I., eds., (2003a). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (3 vol.). Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2003b). Camino recorrido y tarea futura de los tratamientos psicológicos. En M. Pérez Álvarez, M. Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I., eds., *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 215-236). Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez Álvarez, M. Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I., eds., *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 161-195). Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M., Sass, L. y García Montes, J. M. (2008). More Aristotle, Less DSM: The ontology of mental disorders in constructivist perspective. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 15, 211-225.
- Roberts, J. (1988). Setting the frame: definition, functions, and typology of rituals. En E. Imber-Black, J. Roberts y R. Whiting, eds. *Rituals in families and family therapy* (pp. 3-46). Nueva York: Norton.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Sass, L. (2007). 'Schizophrenic person' or 'person with schizophrenia'? *Theory & Psychology*, 17, 395-420.
- Segalen, M. (2005). *Ritos y rituales contemporáneos*. Madrid Alianza Editorial.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.
- Shomaker, D. J. (1989). Age disorientation, liminality and reality: The case of the Alzheimer's patient. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 12, 91-101.
- Smit, Y., Huibers, M. J. H., Ioannidis, J. P. A., van Dyck, R., van Tilburg, W. y Arntz, A. (2012). The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy — A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 32, 81-92.
- Stratton, P (2010). *The Evidence Base Of Systemic Family and Couples Therapy*. Association for Family Therapy, UK. The report is available at www.aft.org.uk
- Smit, Y., Huibers, M. J. H., Ioannidis, J. P. A., van Dyck, R., van Tilburg, W. y Arntz, A. (2012). The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy — A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 32, 81-92.
- Taylor, D. (2008). Psychoanalytic and psychodynamic therapies for depression: the evidence base. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 401-413.
- Thompson K. (2007). Liminality as a descriptor for the cancer experience. *Illness, Crisis, & Loss*, 333-351.
- Town, J. M., Diener, M. J., Abbass, A., Leichsenring, F., Driessen, E. y Rabung, S. (2012). A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: evaluating the effects of research-specific procedures. *Psychotherapy*, 49, 276-90.
- Turner, E. H., Matthews, A.M., Linardatos, E., Tell, R. A. y Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252-260.
- Turner V. (1969). *The Ritual Process: Structure and Anti-Structure*. Routledge, London.
- Turner, V. (2008). Entre lo uno y lo otro: el proceso laminar en los "ritos de passage". En *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu* (pp. 103-123). Madrid: Siglo XXI.

- Van Genneep, A. (2008). *Los ritos de paso*. Madrid: Alianza Editorial.
- Von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J. y Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials. *Family Process*, 49, 457-485.
- Wampold, B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873.
- Wampold, B.E. (2010). *The basic of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. y Ahn, H. (1997). A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, "All Must Have Prizes". *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Fluckiger, C., ... Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review*, 30, 923-933.
- Watzke, B., Rüdde, H., Jürgensen, R., Koch, U., Kriston, L., Grothgar, B., Schulz, H. (2012). Longer term outcome of cognitive-behavioural and psychodynamic psychotherapy in routine mental health care: randomised controlled trial. *Behaviour Research Therapy*, 50, 580-587.

Manuscrito recibido: 05/02/2013

Revisión recibida: 11/02/2013

Manuscrito aceptado: 15/02/2013