

EL CLIENTE HEROICO. Una forma revolucionaria de mejorar la eficacia mediante la terapia dirigida por el cliente y guiada por los resultados.

**Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks.
Jossey-Bass, 2004. Edición revisada.**

EQUIPO DE TRADUCTORES/AS:

M.C.A.C.
M.A.M.
R.B.P.
G.D.G.
M.A.L.L.
M.L.L.
I.L.O.
J.A.M.T.
D.N.V.
A.O.A.
S.R.A.
T.V.E.
C.V.R.
B.V.M.

Índice

Prólogo a la edición revisada, *Bruce E. Wampold*

Prólogo a la primera edición, *Larry E. Beutler*

Prólogo

1 La terapia en la encrucijada

2 El mito del modelo médico

3 Convertirse en terapeuta dirigido por el cliente

4 Convertirse en terapeuta guiado por los resultados

con Lynn Johnson, Jeb Brown, and Morten Anker

5 La teoría del cambio del cliente

con Susanne Coleman, Lisa Kellely, and Steven Kopp

6 El mito de la pildora mágica

con Grace Jackson, Roger P. Greenberg y Karen Kinchin

7 Planeta Salud Mental

Epílogo: Historia de dos terapias

Apéndices

I Un informe en primera persona de los servicios de salud mental

Ronald Bassman

II Información de recursos para el consumidor/superviviente/expaciente

Ronald Bassman

III Cinco preguntas acerca de la psicoterapia

IV Escalas de resultado y relación; Versiones experimentales para niños

Referencias

Sobre los autores

Índice de nombres

Índice de materias

PRÓLOGO A LA EDICIÓN REVISADA

Toda sociedad, histórica o contemporánea, cuenta con un marco culturalmente articulado para las prácticas curativas. Estas prácticas están tan arraigadas en el pensamiento de las personas que son incuestionables. Para una persona inmersa en la cultura china no sería sorprendente recibir acupuntura como parte de sus cuidados. Para un antiguo griego, el ritual de la acupuntura sería un error: la idea de *chi* sería extraña; sin embargo, los rituales del templo basados en sus dioses mitológicos serían familiares y aceptados. Sencillamente, no cuestionamos los modelos curativos predominantes en nuestra cultura.

La práctica curativa predominante en nuestra cultura es la medicina moderna. Podemos cuestionarnos un determinado diagnóstico o procedimiento, pero la mayoría de los occidentales acepta sin dudar la premisa básica de que la enfermedad está causada por alguna anomalía físico-química que puede corregirse mediante la administración de un fármaco o un procedimiento médico. En el ejemplo más sencillo, las bacterias causan neumonía, los antibióticos matan las bacterias, y la neumonía se cura. Hay pruebas suficientes de que las bacterias son reales (podemos verlas con un microscopio) y de que los antibióticos son eficaces. La medicina moderna muestra un claro rechazo hacia las prácticas curativas que tienen explicaciones "extrañas" (es decir, que implican procesos no verificables por medios científicos), como los relacionados con el magnetismo animal (el fundamento de los tratamientos de Mesmer), el *chi*, los espíritus, etc, sin importar si las prácticas curativas asociadas son eficaces.

Barry Duncan, Scott Miller y Jacqueline Sparks han examinado de forma rotunda la investigación en psicoterapia y concluyeron que el modelo médico no es aplicable a esta práctica curativa (véase el capítulo dos). Esta conclusión es controvertida, no porque no esté apoyada con investigación, sino porque desafía la perspectiva cultural predominante. Hay pruebas convincentes de que la psicoterapia no actúa específicamente sobre los trastornos de la forma en que la medicina afirma que funciona. En la terapia cognitiva no son las intervenciones cognitivas lo que la hace eficaz; lo más probable es que los beneficios sean debidos a la explicación dada a los clientes; los rituales congruentes con esa explicación, que le dan moral al cliente; la relación entre el terapeuta y el cliente; la habilidad del terapeuta; el contexto de curación; la expectativa y la esperanza del cliente; etc. De hecho, como explican Duncan, Miller y Sparks, todas las psicoterapias aplicadas de forma competente son eficaces por igual. Las personas se benefician de la psicoterapia de formas no fácilmente explicables mediante un modelo médico. Por tanto, no es sorprendente que los tratamientos farmacológicos no sean particularmente eficaces y que puedan actuar principalmente a través de medios distintos de los efectos específicos sobre el cerebro. El capítulo seis (en coautoría con Grace Jackson, Roger P.Greenberg y Karen Kinchin) es una crítica contundente a los tratamientos farmacológicos para la mayoría de las condiciones que etiquetamos como trastornos mentales.

Es importante tener en cuenta, como Duncan, Miller y Sparks, que el modelo médico impregna el tratamiento de los clientes. La televisión está saturada con anuncios de fármacos tanto para dolencias físicas (por ejemplo alergias, estreñimiento, diarrea, ardor de estómago, náuseas debidas a la quimioterapia) como para trastornos mentales (por

ejemplo depresión y ansiedad). Los fármacos psicotrópicos se encuentran entre los medicamentos más vendidos en Estados Unidos. Sin embargo, en la práctica, las profesiones de ayuda han compartido el modelo médico para ayudar a sus clientes, en parte por las presiones de la gestión sanitaria, en parte por la competencia de la psiquiatría biológica, y en parte por nuestra reverencia hacia la ciencia y el modelo médico. Diagnosticamos clientes; formulamos planes de tratamiento; administramos diagnósticos (por ejemplo, pruebas de personalidad); llevamos historias clínicas; y pensamos en nosotros mismos como agentes de cambio. Nuestras autoridades académicas están ocupadas desarrollando tratamientos empíricamente validados y demostrando nuestra autoridad para realizar tratamientos. De forma convincente y estimulante, Sparks, Duncan y Miller nos presentan una alternativa: la terapia dirigida por el cliente y guiada por los resultados.

El Cliente Heroico no es simplemente un giro humanista al modelo médico. La contribución de Duncan, Miller y Sparks puede considerarse la propuesta de una alternativa científica al modelo médico. Una de las características distintivas de la medicina moderna es que dio lugar a tratamientos probadamente eficaces. A lo largo de la historia no se ha establecido la eficacia de miles de prácticas curativas adoptadas por diversas culturas. Aunque no está claro si esas prácticas han sido beneficiosas o no, no hay duda de que algunas han sido perjudiciales (véase en el capítulo 1 la descripción de Duncan, Miller y Sparks sobre los efectos iatrogénicos de los tratamientos de los médicos que atendieron el problema respiratorio de George Washington). La psicoterapia ha sido probada científicamente como una práctica notablemente eficaz, más eficaz que muchos tratamientos médicos aceptados. Duncan, Miller y Sparks dan un paso vital en la vía empírica demostrando la utilidad de monitorizar el avance del cliente. La monitorización de los resultados informados por el cliente es una actividad tan obviamente importante que saber que no ha sido habitual desde el inicio de la psicoterapia es para quedarse atónito. Durante décadas hemos intentado, aunque sin éxito, identificar las características de los terapeutas exitosos —Duncan, Miller y Sparks proponen la solución claramente razonable de evaluar la eficacia de la terapia basándonos en el resultado, y no en la adhesión del terapeuta al protocolo de tratamiento, la expectativa de un supervisor, u otros aspectos implícitos de la terapia.

La recomendación final de *El Cliente Heroico* es escuchar al cliente para guiar la terapia. La noción de terapia dirigida por el cliente choca decididamente con un principio fundamental del modelo médico, que para un trastorno siempre propone una explicación externa, ubicada en el conocimiento científico. La terapia dirigida por el cliente requiere que los terapeutas abandonemos nuestra noción de "destreza", una propuesta difícil de asimilar después de los años de formación que hemos superado para alcanzar nuestra posición. Sospecho que muchos clientes se presentan ante nosotros debido a esa destreza percibida. Sin embargo, Duncan, Miller y Sparks presentan el argumento convincente de que la humildad necesaria para convertirse en un terapeuta dirigido por el cliente merece la pena, debido al beneficio que experimentarán los clientes al participar en una práctica curativa que reconoce su sabiduría y respeta su comprensión de sí mismos.

En mi opinión Duncan, Miller y Sparks tienen razón al centrarse tanto en la eficacia como en el respeto. Han demostrado la valentía de liberarse de las ataduras del modelo médico sin sacrificar los valores (y el valor) de la ciencia y la evidencia. No solo los clientes son los heroicos: Duncan, Miller y Sparks son heroicos, como lo son los

terapeutas que resisten la tentación de ajustarse a un modelo médico y así ayudar a los clientes de manera eficaz y respetuosa.

BRUCE E. WAMPOLD
University of Wisconsin-Madison

PRÓLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN

Nombre una afección psiquiátrica, y probablemente haya un documento de una u otra Agencia de Salud Mental o de un grupo de interés que defienda que esta condición está "seriamente infradiagnosticada y no reconocida" en la sociedad. A menudo se afirma que se infradiagnostica porque es malignamente asintomática (sin síntomas), pero si se conociera la verdad, nos dicen, se descubriría que ha alcanzado proporciones epidémicas. Y por supuesto, todas estas afecciones requieren los servicios de un clínico experto, una píldora mágica, y meses o incluso años de costoso tratamiento.

Objetivamente, es bastante incierto que los síntomas que agrupamos bajo etiquetas diagnósticas discretas representen realmente procesos de enfermedad o condiciones discretas, y todavía más incierto que clínicos altamente capacitados puedan identificarlos con fiabilidad o tratarlos discriminadamente cuando los reconocen. Los descriptores diagnósticos proliferan a un ritmo mucho más rápido que la acumulación de investigación de apoyo o la expansión y crecimiento de nuevos síntomas, con cada nueva edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [DSM] añadiendo nuevas enfermedades a nuestro vocabulario. Alguien podría añadir que la acumulación de estas enfermedades es más sensible a las votaciones de la Asociación de Psiquiatría Americana que a los resultados de la investigación. Las aplicaciones de la democracia a la erradicación de la enfermedad, tal como ha hecho la psiquiatría, sin duda deberían ser probadas por quienes tratan el cáncer y las enfermedades del corazón.

En vista de esto, uno tiene que preguntarse porqué y cómo han proliferado tan ampliamente diagnósticos y enfoques de tratamiento, siendo ahora más de 400 de cada. Igual que uno examina la correlación particularmente fuerte entre el número de nuevos diagnósticos y el de profesionales entrenados para tratar estos trastornos, secretamente puede preguntarse qué llegó primero (¿las enfermedades o los profesionales?). La sabiduría convencional retrata un sistema de salud mental en apuros sobrepasado por una epidemia en constante expansión, empujado por la presión de trastornos emergentes —un sistema del que los científicos descubren a diario nuevas enfermedades y problemas, y cuyos débiles esfuerzos para reunir un ejército que luche contra estas enfermedades son insuficientes para detener la marea.

Pero hay otra opinión que sugiere que las nuevas enfermedades han sido fabricadas para alimentar un sistema social que prefiere pensar en "enfermedades" que necesitan tratamiento que en decisiones que implican vulnerabilidad y responsabilidad personal. Este último punto de vista sugiere que el sistema diagnóstico en expansión fue creado con el fin de mantener las necesidades de una creciente gama de profesionales de la salud mental y una floreciente industria farmacéutica —convertirla en una enfermedad implica que requiere un experto, una píldora y un tratamiento especializado para corregirla.

La evidencia para esta perspectiva alternativa es convincente, como documentan Barry Duncan y Scott Miller. Por ejemplo, a pesar del incremento exponencial en el número de nuevas y novedosas teorías del cambio, psicopatología y tratamiento, sigue ocurriendo que incluso profesionales diestros no pueden ponerse de acuerdo respecto a

cuando se presenta una condición determinada. E incluso si se ponen de acuerdo, asignan tratamientos diferentes. Y por último, los tratamientos asignados -sean químicos o psicológicos-, diferentes en el tipo y mecanismo de acción supuesto, son inespecíficos. Es decir, producen efectos similares, y la mayoría de dichos efectos ocurren en los momentos iniciales del tratamiento. Parece ser que cada nuevo profesional desarrolla su propia teoría de cómo aparece y cambia una conducta, que a menudo no es más que una justificación de porqué son necesarias sus destrezas especiales. La evidencia disponible indica que factores secundarios para la mayoría de estas teorías explican la mayor parte de los beneficios del tratamiento. La mayoría de los factores que ayudan a las personas son inherentes al paciente e implican sus recursos, sus expectativas y su fe. El cambio no explicado por estas cualidades de la persona que busca tratamiento es explicado en gran parte por lo bien que el terapeuta puede relacionarse con el paciente. De hecho, en el momento de intentar identificar tratamientos empíricamente validados, el tratamiento que consigue el mayor apoyo de la investigación es aquel específico en el que colaboran el terapeuta y el cliente/paciente, el terapeuta es comprensivo y solícito, y todos los participantes comparten una perspectiva de hacia dónde van. Una terapia que saca el máximo provecho a la creación de este tipo de entorno es lo que proponen y describen Duncan y Miller al propugnar la terapia “dirigida por el cliente y guiada por los resultados”.

Considerando la literatura contemporánea sobre quién contribuye a la mejora eficaz de los problemas en el malestar vital y personal, uno podría sentirse empujado a imaginar que la terapia dirigida por el cliente estaría desaconsejada para cualquier persona. Es un acercamiento que respeta al paciente y estimula la colaboración hacia las metas promovidas por él. Y apunta al área sobre la que sabemos más respecto a cómo maximizar los efectos de los esfuerzos terapéuticos, la relación terapéutica. Reconoce la importancia de la preparación del paciente, de la evaluación sesión a sesión, de los eventos tempranos de cambio, y del control y corrección de la calidad de la alianza terapéutica.

Duncan, Miller y yo estamos de acuerdo sobre los problemas del diagnóstico, la falacia de la píldora mágica, la importancia del cambio temprano y de trabajar en la relación para crear un plan de tratamiento. Sin embargo, a estas alturas también tenemos algunas opiniones divergentes. La diferencia está en la cuestión de si se puede lograr mejoría más allá de la relación, mediante el uso de cualquier técnica específica que permita la planificación previa al tratamiento y a la sesión. Duncan y Miller argumentan que la aplicación de procedimientos específicos a partir de determinadas reglas añaden poco al beneficio del tratamiento y que cualquier aplicación de procedimientos específicos debería decidirse en respuesta al feedback inmediato de los pacientes acerca de la relación, sus expectativas, sus deseos y su progreso. Ellos critican a los que abogamos por añadir una intervención preceptiva o planeada de antemano a los procesos de mejora de la relación, a la medida de las características del paciente. Duncan y Miller temen, con cierta justificación, que dicha planificación previa otorgue demasiada fe en la destreza del terapeuta e introduzca una fisura en la relación. Yo, por otro lado, temo que los pacientes, como ocurre claramente a los terapeutas, puedan llegar a reificar en su contra creencias y teorías. Creo que hay casos, como el de Stacey (capítulo cinco) en que el trabajo sólo desde la teoría del paciente refuerza tácitamente la tendencia a asumir que los recuerdos, especialmente aquellos inducidos por el tratamiento, son representaciones exactas de hechos reales del pasado, y se congela nuestra visión de lo que es real. Creo que en parte la responsabilidad de un terapeuta es proporcionar una

salvaguada contra la reificación de los recuerdos y la consolidación de teorías que a largo plazo sean o puedan ser dañinas para las personas y las relaciones.

Pero las diferencias en nuestros puntos de vista son hipótesis que necesitan más pruebas. La ciencia revelará finalmente el camino a seguir. Pero lo que sea que en definitiva determinemos que es el efecto de intervenciones terapéuticas específicas basadas en trastornos diagnosticados, estoy convencido de que seguiremos encontrando que son de menor importancia que esos elementos cuyos objetivos son mejorar y facilitar la calidad de la relación entre el cliente y el clínico. Esta relación se incrementa cuando el terapeuta es capaz de moverse desde la perspectiva y el mundo del paciente. Estos son los aspectos que este libro aborda de forma más completa y a fondo. La descripción de cómo tratar a un “paciente” como a un igual, cómo facilitar la calidad de la relación y cómo establecer la colaboración y la cooperación, son los aspectos más valiosos y duraderos. Y en esto uno no puede perder nada siguiendo a Duncan y Miller. Es más, puede hacer mucho que será bueno y útil.

LARRY E. BEUTLER
University of California, Santa Barbara

A la memoria de Lee Duncan,
que enseñó heroísmo a Barry

PRÓLOGO

Hace 24 años, yo (Barry Duncan) comencé mi carrera de salud mental en un hospital estatal. Experimenté de primera mano los gestos faciales y movimientos linguales que caracterizan los daños neurológicos (discinesia tardía) causados por los antipsicóticos, y me di cuenta con tristeza de que estos jóvenes quedan marcados para siempre como grotescamente diferentes, como enfermos mentales. Fui testigo de la deshumanización de las personas, reducidas a babear, arrastrando los pies como zombis, a los que se hablaba como si fueran niños y se les trataba como ganado. Apenas me mantuve a flote con la desesperanza inundando las salas del hospital, ahogando por igual al personal y a los clientes en un mar de causas perdidas.

Poco después comencé a trabajar en un centro residencial de tratamiento para adolescentes problemáticos. Entonces mi “preocupación” fue que estos chicos “necesitaban” al menos dos medicaciones psicotrópicas y dos diagnósticos como mínimo. En una ocasión que el psiquiatra se fue de vacaciones y el director del centro no podía sustituirlo, Ann, una chica de dieciséis años, ingresó en el centro. Me ocupé de su caso y la veía todos los días en terapia individual y en los grupos a mi cargo. Como muchos de los chicos, Ann fue abusada de todas las formas imaginables, pateada de una casa de acogida a otra, con repetidos intentos de suicidio y pasos por hospitales y refugios para fugitivos. A pesar de todo ello, Ann fue todo un placer —creativa, divertida y con esperanza en un futuro muy diferente a su infancia. La terapia fue muy bien: hicimos muy buenas migas y Ann se instaló y comenzó a asistir a la escuela por primera vez en varios meses.

Tres semanas más tarde el psiquiatra volvió y le prescribió un antidepresivo y litio. Ella se opuso rotundamente a tomar la medicación —dijo que ya había ido por ese camino. Pero su voz no fue escuchada. Mejor dicho, no se tenía en cuenta su opinión sobre el tratamiento. Protesté al psiquiatra, citando las pruebas de lo bien que lo estaba haciendo, pero fue en vano. Yo sólo era un curruto de la salud mental, y encima estudiante. Sostuve que obligar a Ann a medicarse podía ser perjudicial, pero él no escuchó. Y así fue.

Ann se convirtió en una persona diferente (huraña, hostil y combativa). Pronto se escapó y se corrió una juerga de alcohol y drogas durante tres días. Mientras estaba haciendo autostop la recogió un coche lleno de hombres y terminó el viaje con una violación en grupo. Para echar más leña al fuego, Ann fue fuertemente sedada con un antipsicótico cuando la policía la trajo de vuelta al centro. Cuando describió esta experiencia, vio el horror en mi cara y me aseguró que había sufrido humillaciones peores que ser fuertemente sedada. Fue poco consuelo para cualquiera de nosotros.

Cuando Ann persistió en sus apasionadas protestas contra la medicación, la animé a hablar con el director del centro. Sin embargo, en vez de escucharla, el director me reprendió por meterle ideas en la cabeza y me dijo que lo dejara correr. En vez de eso, me pasé días explorando la bibliografía. Lo que encontré me sorprendió. En contraste con lo que se les decía a la mayoría de los clientes, en realidad se sabía poco sobre cómo funcionaban los psicofármacos. Drogas como la cocaína, por ejemplo, bloqueaban la recaptación de los neurotransmisores considerados fundamentales para la depresión exactamente igual que los antidepresivos, pero no tenía ningún efecto terapéutico. Además, aunque estos neurotransmisores supuestamente críticos se incrementaban en horas desde la primera dosis, ¡no producían beneficio terapéutico durante cuatro a seis semanas! Es más, no hay apoyo empírico para prescribir estos fármacos a niños —y mucho menos para múltiples fármacos.

Por último, me sorprendió encontrar que hasta la propia utilidad de los medicamentos era dudosa. Encontré una revisión de 1974 (Morris y Beck, 1974) de noventa y un estudios, en que los antidepresivos no demostraron ser más eficaces que una píldora de azúcar en un tercio de los informes publicados. Este hallazgo es particularmente notorio porque los estudios eliminaron a los participantes que mostraron una mejoría rápida con la píldora falsa (los denominados reactivos al placebo). Además, como la investigación con resultados negativos es menos probable que sea publicada, esta revisión probablemente subestima el alcance de la tasa de respuesta al placebo.

En pocas palabras, descubrí inesperadamente que el emperador no tenía ropa. ¿Qué conseguí cuando enfrenté al psiquiatra con estos hechos? Que me despidieran. Ann sobrevivió, como de costumbre, resistiendo como pudo, y lamentablemente vio esta experiencia como otra pieza en el engranaje de abuso de sus "auxiliadores". Quedé desmoralizado pero decidido a no ser nunca más cómplice por ignorancia. Más tarde, Ann me escribió y me agradeció que la hubiera apoyado en su lucha. Su resiliencia me dio esperanza.

Después de todos estos años, las mismas prácticas que menospreciaron y excluyeron a Ann, además de imponerle sus decisiones, aún prosperan. Este libro trata de socavar esas prácticas que oprimen a los clientes, y proporcionar a los terapeutas la información

necesaria para cuestionar el status quo de la salud mental. En consecuencia, este libro es decididamente político. Hacemos un examen crítico y sacrificamos las vacas sagradas del modelo médico tal como se aplica a los dilemas humanos de los clientes y que los terapeutas encaran rutinariamente.

Pero eso no es suficiente. Los terapeutas se han quejado durante muchos años del sistema de salud mental. Más importante, también sugerimos una alternativa que creemos se adapta más a los valores del terapeuta y libera por igual a terapeutas y clientes de prácticas en las que no creen. En la base de nuestra propuesta está el cliente heroico. Este libro cambia el reparto del drama de la terapia y coloca a los clientes en el papel que les corresponde como héroes y heroínas¹ del escenario terapéutico.

Sostenemos que prestar atención a la centralidad de los clientes para cambiar mediante la monitorización de cómo perciben su propio progreso y ajustarse radicalmente, mejora la eficacia y responsabiliza de la psicoterapia a consumidores y pagadores. Llamamos a este enfoque "dirigido por el cliente y guiado por los resultados."

Sin embargo, no estamos poniendo la piedra angular de un nuevo modelo o inventando un eslogan para vender una nueva y mejorada marca de terapia. Cualquier terapia puede ser dirigida por el cliente y guiada por los resultados; el único requisito es que las continuas percepciones del cliente sobre el ajuste y el progreso de la terapia dirijan las elecciones y proporcionen la prueba de fuego definitiva del éxito. En consecuencia no imponemos técnicas fijas, en el proceso terapéutico no hay certezas o patrones invariables, ni ofrecemos ninguna explicación perspicaz para las preocupaciones que trae la gente a terapia. Ciertamente, ese camino ya se intentó. En vez de eso, sugerimos principios que los terapeutas de cualquier orientación pueden tener en cuenta para mejorar los factores identificados por la investigación como importantes para un resultado exitoso —aunque sólo el cliente puede determinar el beneficio de cualquier aplicación en particular. Por lo tanto, sugerimos que los terapeutas de cualquier preferencia teórica pueden provocar el feedback "en tiempo real" de los clientes sobre la prestación de los servicios recibidos, para informar y modificar su trabajo —no sólo para mejorar la eficacia sino también para constituir una identidad separada del modelo médico.

En esta revisión de *El Cliente Heroico*, en un principio sólo pretendíamos cambiar sustancialmente dos capítulos para reflejar la evolución de nuestro pensamiento y simplemente actualizar los otros. Pero como comentó Jacqueline Sparks, nuestra nueva tercera autora, una vez repintada una habitación de la casa, de pronto todas las habitaciones tienen el aspecto de necesitar una capa de pintura. Consecuentemente, los lectores familiarizados con la primera edición notarán muchos cambios, además de las referencias actualizadas. La nueva versión es sin duda más fácil de usar, con varios ejemplos más de clientes para ilustrar nuestros argumentos. Esta edición ofrece una discusión más práctica de la más radical de nuestras ideas: colaborar con los clientes para cambiar la forma en que se distribuyen y se financian los servicios de salud mental. Detallamos la evaluación de resultados no sólo para animar más la insurrección contra aquellas prácticas que marginan a los clientes, sino también para

¹ NT: en el original los autores respetan la mención de los dos géneros. Como el tratamiento del género en castellano implica duplicar artículos y empeora la fluidez de la lectura, adoptaremos la tradicional solución injusta de utilizar el masculino como genérico cuando no sea posible el empleo del neutro; se respetará el uso de ambos géneros cuando en el original así se refleje, como en este caso.

dar a los lectores una base suficiente para comenzar un proyecto de evaluación de resultados en su contexto. Aquellos que quieran poner en marcha estas ideas pueden encontrar recursos en nuestra lista de distribución², <http://www.heroicagencies.org>. También hemos ampliado nuestros argumentos sobre tratamientos basados en la evidencia y medicación psicotrópica para facilitar que el terapeuta informado considere cuidadosamente las controversias.

Por último, hemos cambiado el subtítulo a "Una forma revolucionaria de mejorar la eficacia". Estas son palabras fuertes. Queremos decir "forma revolucionaria" para reflejar los dos temas centrales de este libro. Uno es nuestro deseo revolucionario de derrocar las prácticas de salud mental que no promueven una colaboración con los clientes en todas las decisiones que afectan a su bienestar. El segundo tema son las revolucionarias mejoras que las investigaciones recientes han demostrado sobre el feedback del resultado —el uso del feedback de resultado informado por el cliente aumenta la eficacia en un increíble 65% en contextos clínicos reales. Tales resultados, cuando se combinan con el fracaso evidente para descubrir y sistematizar el proceso terapéutico de una manera que mejore el éxito de forma fiable, nos han llevado a concluir que la mayor esperanza para mejorar la eficacia está en la gestión de resultados.

* * *

Cualquier proyecto de este tipo refleja las contribuciones de muchas personas, y les estamos profundamente agradecidos. Estamos en deuda con nuestros clientes, que siguen enseñándonos a hacer un buen trabajo dependiente de ellos. Varias personas merecen una mención especial. Además de las influencias mencionadas en nuestras publicaciones anteriores, nos gustaría reconocer la inspiración proporcionada por terapeutas y líderes del mundo que ponen en marcha las ideas descritas en este libro en los lugares que realmente importa, en la vida diaria con clientes angustiados -Wenche BrunnLien, Dave Claud, Daniil Danilopoulos, Morten Hammer, Mary Susan Haynes, Tove y Andy Huggins, Bill Plum, Geir Skauli, Dave Stadler, Anne-Grethe Tuseth y Jim Walt, por mencionar algunos- y cuya voluntad de desafiar el status de las modas del emperador nos proporcionan modelos a imitar. Agradecemos a Rita Benasutti, Joan Katz, Sara Klug y Joe Rock sus comentarios y su apoyo continuo; y a la lista de distribución heroicagencies, demasiados nombres para mencionar, por una animada conversación continua y la inspiración para intentar marcar una diferencia. Por último, nos sentimos especialmente en deuda con Alan Rinzler, editor Ejecutivo de Jossey-Bass, por reconocer nuestras pasiones y alentarlas a manifestarse.

BARRY L. DUNCAN
SCOTT D.MILLER
JACQUELINE A. SPARKS

² NT: listserv en el original, más que una *lista de distribución* o *lista de correo*, en realidad es el programa que lo gestiona. En este contexto se refiere a un grupo de usuarios que funciona como un foro o una comunidad que comparte recursos.

CAPÍTULO 1. LA TERAPIA EN LA ENCRUCIJADA. LOS DESAFÍOS DEL SIGLO XXI.

...cada hombre es su mayor enemigo, y, por así decirlo, su propio verdugo
—*Sir Thomas Browne, Religio Medici*

Un día, según la antigua fábula de Esopo, los poderosos robles se quejaron al dios Júpiter. ¿De qué sirve, le decían amargamente, haber venido a esta Tierra, luchando por sobrevivir a lo largo de los duros inviernos y los fuertes vientos, sólo para acabar bajo el hacha del leñador? Sin embargo Júpiter rechazó totalmente sus quejas, y les reprendió severamente. ¿No sois responsables de vuestra propia desgracia, pues vosotros mismos proporcionáis los mangos para esas hachas? El narrador del siglo VI a. C. termina la historia con una moraleja: "Ocurre igual con los hombres: culpan absurdamente a los dioses de las desgracias que no se deben a nadie más que a sí mismos" (Duriez, 1999, p. 1).

A pesar de la separación de 2.600 años, la peligrosa situación de los robles descrita en la fábula de Esopo no es diferente a la actual en el campo de la terapia. Efectivamente, los cambios en casi todos los aspectos de la profesión en los últimos diez años han llevado a los profesionales de la salud mental a sentirse muy inseguros y descontentos. Los terapeutas, que una vez fueron los dueños totales y absolutos de su campo, su poder incluso para tomar la más pequeña de las decisiones relativas a la práctica clínica se ha reducido a casi nada. Una encuesta reciente encontró que un sorprendente 80 por ciento de los profesionales sentían que habían perdido el control completo sobre los aspectos de "la atención y el tratamiento que como clínicos *deberían* controlar" (por ejemplo, el tipo y la duración del tratamiento, etc; Rabasca, 1999, p. 11, la cursiva es añadida).

Por supuesto, esta pérdida de control no significa que haya habido la correspondiente disminución en la carga de trabajo del profesional medio en salud mental. Mejor dicho, en vez de la responsabilidad que los terapeutas solían tener hay una serie de actividades puestas en marcha con el pretexto de mejorar la eficacia y la eficiencia. Por ejemplo, cuando en el pasado sería suficiente un simple formulario HCFA 1500 de una sola página, ahora los clínicos deben lidiar con formularios de preautorización, con prolongados cuestionarios de ingreso y de diagnóstico, exhaustivos planes de tratamiento, evaluación de fármacos y gestión de casos externos, para tener derecho a una cantidad cada vez menor de ingresos y la financiación de un número cada vez menor de sesiones y servicios. El papeleo y las llamadas telefónicas que estas actividades requieren hacen difícil imaginar cómo se podría ahorrar tiempo, dinero o aumentar la eficacia de los servicios prestados.

En cuanto a ingresos se refiere, la realidad es que el profesional medio ha visto caer sus balances en los últimos diez años ¡hasta en un 50 por ciento! (Rabasca, 1999). Berman (1998), por ejemplo, encontró que los ingresos netos de psicólogos con nivel de doctorado en la práctica en solitario estaban en un promedio de 24.000 dólares después de impuestos, un sueldo que apenas parece merecer una inversión promedio de seis años de estudios de posgrado y un mínimo de 30.000 dólares en formación (Norcross,

Hanych y Terranova, 1996). En cuanto a la práctica pública, los *case managers*³ y otros profesionales con nivel *bachelor*⁴ prestan cada vez más servicios, lo que reduce el valor y, por tanto, los salarios de los profesionales de salud mental con entrenamiento experto.

Además, varios estudios han encontrado que el campo tiene dos veces más profesionales de los necesarios para satisfacer la demanda actual de servicios (Brown, Dreis y Nace, 1999). En efecto, desde mediados de 1980 ha habido un impresionante aumento del 275 por ciento en el número de profesionales de la salud mental (Hubble, Duncan y Miller, 1999). Ahora los consumidores pueden elegir entre psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas matrimoniales y familiares, especialistas en enfermería clínica, consejeros profesionales, consejeros pastorales, consejeros en alcoholismo y drogadicción, y un sinnúmero de otros prestadores de servicios que, con distintas denominaciones y descripciones, publicitan servicios prácticamente indistinguibles (Hubble et al., 1999a). La realidad es, como predijo el expresidente de la Asociación Americana de Psicología (APA) Nicholas Cummings (1986, p. 426), que los profesionales de ayuda no médicos se han convertido en “trabajadores mal pagados y poco respetados de las corporaciones gigantes de atención sanitaria”.

A decir verdad, a quienes buscan servicios de salud mental no les ha ido mejor que a los propios profesionales. Considérese un estudio reciente que encontró que a pesar del espectacular aumento en el número de profesionales entre 1988 y 1998, los beneficios reales de la atención de salud mental disminuyeron en un 54 por ciento durante el mismo período (Grupo Hay, 1999). La investigación muestra, además, que esta disminución no es parte de un recorte global en las prestaciones de los cuidados sanitarios en general. Durante el mismo período en que las consultas ambulatorias de salud mental se redujeron un 10 por ciento, las visitas al consultorio médico aumentaron en casi un tercio. Además, quienes buscan servicios de salud mental se enfrentan a una serie de obstáculos que no se presentan para el cuidado de la salud en general (por ejemplo topes diferentes, máximos, deducciones, etc.).

Por otra parte, la mayoría de terceros pagadores ahora, antes de pagarle los servicios prestados, requieren que el profesional proporcione información antes considerada privilegiada y confidencial (Johnson y Shaha, 1997; Sánchez y Turner, 2003). A diferencia del coste y el número de visitas, el impacto de estos obstáculos es más difícil de evaluar. No obstante, en un estudio exploratorio, Kremer y Gesten (1998) encontraron que clientes actuales y potenciales mostraban una menor disposición a revelar información cuando había requisitos externos de supervisión y presentación de informes que bajo las condiciones de confidencialidad convencionales.

³ NT: término que suele aparecer sin traducir en la bibliografía. Originario de Estados Unidos, y actualmente extendido a los servicios de salud comunitaria de diversos países, se trata de una persona (habitualmente un profesional) que ayuda al paciente a informarse y acceder a los diversos recursos a su servicio (trabajo social, actividades culturales, hospital, etc). En España la figura más cercana sería la del referente del paciente, dentro de los programas de “Tratamiento Asertivo Comunitario”; en Andalucía se trata de un psiquiatra o un psicólogo, en Cataluña puede ser un enfermero o un trabajador social. En otros países puede ser también un paraprofesional (o cualquier equivalente femenino de las mencionadas profesiones).

⁴ NT: *bachelor* es el equivalente en Estados Unidos de una licenciatura o un grado universitario en España.

Es evidente que el futuro de la práctica de la salud mental es incierto. Más preocupante, sin embargo, como los poderosos robles en la fábula de Esopo, es que el propio campo pueda proporcionar el mismísimo mango —no el filo, pero sí el mango— que asesta los cortantes golpes a la profesión.

EL FUTURO DE LA SALUD MENTAL

El mayor enemigo de la verdad no es la mentira —deliberada, artificial y deshonestá—, sino el mito —persistente, penetrante, y poco realista.

John F. Kennedy, discurso de graduación,
Universidad de Yale

Imagínese un futuro en que la distinción arbitraria entre la salud física y la mental se ha borrado, un futuro con un sistema de salud tan radicalmente renovado que respondiese a las necesidades -médicas, psicológicas y relacionales- de toda persona. En este sistema de atención integrada los profesionales de salud mental colaboran habitualmente con los médicos, y se ayuda a los clientes a sentir que la depresión que están experimentando no refleja más su carácter que contraer la gripe. Este nuevo mundo será superpráctico: la gente podrá cubrir todas sus necesidades sanitarias bajo el mismo techo -un hipermercado de servicios médicos. Los terapeutas tendrán un mundo de información a su alcance, abrir un archivo en el ordenador bastará para acceder al historial completo del paciente en tratamiento, incluyendo tanto predisposiciones familiares como problemas de adherencia al tratamiento u otras señales de alarma.

Ahora imagine un futuro en el que cada intervención médica, psicológica o relacional en la vida de un "paciente" es material de registro cuasi-público, parte de una base de datos integrada. En esta situación, la terapia está estrictamente programada, y sólo un número limitado de tratamientos aprobados tienen derecho a financiación. En este nuevo mundo la atención integrada en realidad significa un sistema de salud más concienzudamente medicalizado, en el que la terapia ha sido incorporada. Sí, los terapeutas trabajarán junto a los médicos, pero como subalternos, siguiendo los planes de tratamiento tomados directamente de los manuales autorizados y estandarizados. Los servicios de salud mental serán dispensados como un medicamento, una intervención que un médico prevalente prescribe a la primera señal de "enfermedad mental" detectada durante una visita rutinaria o con el análisis de una base de datos integrada.

Éstos no son dos sistemas diferentes; más bien, son dos descripciones polarizadas del mismo futuro, que cada día está más cerca. El destacado psicólogo Charles Kiesler (2000), que a mediados de la década de 1980 predijo que organizaciones emergentes de gestión sanitaria⁵ dominarían la industria de la atención sanitaria en EE.UU., predice que los servicios de salud mental pronto serán integrados en la atención médica de los pacientes y administrada en consecuencia. La razón para este cambio venidero es, por supuesto, la enorme presión sobre los administradores sanitarios para reducir los crecientes costes. Muchos planificadores sanitarios creen que las medidas de reducción

⁵ NT: traducimos como gestión sanitaria el término *managed care*, el sistema americano de prestación de servicios sanitarios a través de organizaciones privadas.

de costes de la gestión sanitaria ya han obtenido todos los beneficios posibles y sólo una reconfiguración total traerá la reducción de costes requerida (Strosahl, 2001). La atención integrada es un producto de esta toma de conciencia.

Y no es difícil verle sentido. Durante las últimas cuatro décadas los estudios han mostrado repetidamente que hasta un 60 a 70 por ciento de las visitas al médico se derivan de trastornos psicológicos o al menos son exacerbados por factores psicológicos o de conducta. Además, aquellos pacientes diagnosticados con “trastornos” mentales tradicionalmente han sobreutilizado la atención médica general y han provocado los costes médicos más altos (Tomiak, Berthelot y Mustard, 1998). Combinense estos hechos bien conocidos con la evidencia más amplia de que la prestación de servicios psicológicos compensa el coste de la atención médica (Sanchez y Turner, 2003), y *voilà*, la atención integrada es el mayor invento desde el pan en rebanadas. Cummings (2000) sugiere que una reducción de apenas el 10 por ciento en la atención médica y quirúrgica resultante de la atención en intervención conductual ¡excedería la totalidad del presupuesto del seguro de atención en salud mental! En pocas palabras: según sus defensores, la atención integral incrementa la colaboración, mejora la atención y hace a la psicoterapia más importante para la Sanidad -y por supuesto, ahorra un montón de dinero a las compañías de seguros y al gasto público.

Lo que las ventajas propuestas esconden es que es inevitable que, en el nombre de la integración, la psicoterapia esté cada vez más dominada por los supuestos y prácticas del modelo médico; igual que una civilización dominada en una aventura de *Star Trek*, vamos a ser asimilados por los *Borg* médicos. Kiesler (2000) predice que el profesional de la salud mental de la era venidera de la atención integrada será un especialista en el tratamiento de trastornos específicos, con intervenciones altamente estandarizadas y científicamente comprobadas. Aquí la cuestión no está en las ventajas de una mayor colaboración con los profesionales de la salud o de dar una perspectiva psicológica o sistémica para influir en las enfermedades médicas. Por el contrario, la cuestión es si vamos a perder nuestra autonomía como profesión al ser inmersos en la poderosa cultura de la biomedicina, rompiendo la ya tenue conexión con nuestra identidad no-médica, relacional.

El flujo resultante de potenciales clientes de salud mental en los ámbitos de atención primaria promocionará aún más la conceptualización de los "trastornos" mentales como de base biológica, e incrementará la actual tendencia hacia soluciones farmacológicas. De hecho, una reciente y extensa encuesta nacional a médicos de atención primaria reveló que los antidepresivos son el tratamiento de elección para la depresión en el 72 por ciento de las ocasiones, en comparación con sólo el 38 por ciento de derivaciones a salud mental (Williams et al., 1999). Esta es una tendencia preocupante, sobre todo teniendo en cuenta lo que se sabe acerca de los méritos relativos de los antidepresivos (véase el capítulo seis). Entre paréntesis, los médicos normalmente diagnostican la depresión en una visita de trece minutos, en la que hablan con los pacientes de un promedio de seis problemas (Schappert, 1994).

En esta dantesca visión del futuro, el leñador de la fábula de Esopo ya nos ha cortado en pedazos del tamaño de la chimenea, nos ha transportado y apilado con esmero para ser consumidos en los fuegos del modelo médico de la atención integrada. ¿Y qué hay de malo en el modelo médico? Nada cuando se aplica a enfermedades médicas y cuando es una entre otras opciones para abordar las preocupaciones que los clientes traen ante

nuestras puertas. Pero como práctica privilegiada u obligada en salud mental, es un mito "persistente, penetrante y poco realista." El modelo médico opera con la siguiente ecuación:

**DIAGNÓSTICO CORRECTO + INTERVENCIÓN PRECEPTIVA=
TRATAMIENTO EFICAZ**

O

**GRUPOS DIAGNÓSTICOS DIANA + TRATAMIENTOS BASADOS EN LA
EVIDENCIA = REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS**

Considérese el lado izquierdo de la primera ecuación: diagnóstico correcto e intervención preceptiva. Una rápida revisión de las publicaciones profesionales y las ofertas de formación sugiere poderosamente que el modelo médico ya impera en salud mental, que la atención integrada sólo añadirá la guinda a un pastel que se ve venir. Por ejemplo, de todos los talleres de formación continuada que aparecen en un anuncio reciente del Instituto Americano de Sanidad [AHI] (2003) -uno de los principales patrocinadores nacionales de la formación de terapeutas- cerca del 90 por ciento se organiza en torno a un diagnóstico psiquiátrico. De éstos, el 70 por ciento enseñan tratamientos específicos para trastornos específicos tal como se definen en el DSM-IV (Asociación de Psiquiatría Americana, 1994). Por poner otro ejemplo, considérese que casi dos tercios de los artículos publicados en la prestigiosa revista *Journal of Consulting and Clinical Psychology* durante el año 2002 estaban organizados en torno a un diagnóstico psiquiátrico, y más de una cuarta parte informaba sobre tratamientos específicos para trastornos DSM específicos. De hecho, la financiación de estudios no relacionados con un diagnóstico DSM específico se redujo en casi un 200 por ciento desde finales de los años 1980 a 1990 (Wolfe, 1993), y la tendencia continúa. El resultado final: el modelo médico en salud mental prevalece, y es una parte tan importante del discurso profesional que no nos damos cuenta de su influencia insidiosa.

Además, a nivel nacional, las organizaciones profesionales de salud mental, los fabricantes de fármacos y las corporaciones hospitalarias diseñan y apoyan campañas destinadas a informar al público sobre la naturaleza de las enfermedades psiquiátricas y los beneficios del tratamiento profesional. El Día Nacional para la Concienciación de la Ansiedad y la Depresión es un buen ejemplo. La publicidad en la radio, la televisión y la prensa exponen los signos y síntomas de estos dos "resfriados comunes" de la salud mental y después le dicen a la gente a donde pueden ir para ser evaluados y consultar con un profesional. Al menos un estudio encontró que más del 50 por ciento de los que se someten a revisión acaban en alguna forma de tratamiento -¡una considerable rentabilidad para un solo día (APA, 1998a)! La verdad es que el diagnóstico y la psicopatología son ahora parte de la lengua vernácula americana. Casi todo el mundo sabe, gracias al anuncio de televisión de Zoloft⁶ y al chico feliz de cara mona, que la depresión es una enfermedad médica grave causada por un desequilibrio de las sustancias químicas en el cerebro.

Al mismo tiempo, la práctica basada en la evidencia se ha convertido en la palabra de moda. Representan aquellos tratamientos que, a través de ensayos clínicos aleatorizados, han probado su eficacia frente al placebo o frente al no tratamiento (o en el caso de la psiquiatría, a través de la revisión de la investigación y el consenso clínico). Apenas transcurre un día sin que pase por las mesas de los terapeutas alguna

⁶ NT: la sertralina es un antidepresivo del grupo ISRS.

publicación anunciando la última moda basada en la evidencia. Considérese cómo empieza una reciente guía para las prácticas basadas en la evidencia: "Los buenos clínicos comprenden que la atención médica debe basarse en el hábil uso de la información científicamente válida y basada en la evidencia" (McGuire, 2002, p. i). Tales pronunciamientos no son sólo una parte del aluvión diario de información, sino que también se han institucionalizado en programas de entrenamiento y comités de concesión de licencias. Por ejemplo, la directora ejecutiva de formación de la APA, Cynthia Belar, afirma: "Los profesionales de la salud debemos estar al tanto de la práctica basada en la evidencia. Aunque los criterios de acreditación de la APA requieren esto en la formación, los psicólogos también deben desarrollar la capacidad de proporcionar atención basada en la evidencia a lo largo de su carrera" (Belar, 2003, p. 38). Dichas declaraciones implican que quien no salte a bordo del tren basado en la evidencia se quedará en la estación. Ellos juegan con nuestros deseos de ser buenos clínicos y con nuestros temores por la supervivencia económica, en una era que promete que los seguros y los fondos públicos financiarán solamente estos tratamientos.

Entre los médicos, el concepto de práctica basada en la evidencia tiene un gran atractivo. Por ejemplo, un editorial en el *New England Journal of Medicine* aconsejaba a los médicos derivar a los pacientes a los terapeutas competentes en terapias manualizadas cognitivo-conductuales (Scott, 2000), el príncipe heredero de la psicología para la depresión crónica. El sistema de sanidad integrado sólo incrementará el tratamiento basado en la evidencia porque los médicos de atención primaria serán sus máximos guardianes. Por supuesto, los médicos no tienen la culpa. Desgraciadamente, no hemos enseñado al sistema sanitario que el éxito depende mucho menos del tipo de tratamiento aplicado que de las cualidades y recursos que el cliente trae, y de la calidad de la alianza que el cliente establece con el terapeuta.

De hecho, el desarrollo de terapias basadas en la evidencia se convierte en una industria en crecimiento, paralelo al crecimiento de las terapias en general. Desde mediados de los 60, el número de enfoques psicoterapéuticos se ha multiplicado, pasando de 60 a más de 250 en el último recuento (Hubble et al., 1999a). Del mismo modo, desde el nacimiento de los tratamientos basados en la evidencia en la década de 1990, éstos han aumentado a más de 100, dependiendo de lo que determinada organización profesional incluya como "evidencias". Irónicamente, la eficacia de la psicoterapia no ha mejorado un ápice, ni un punto porcentual, a pesar de este crecimiento exponencial de las nuevas tecnologías de tratamiento y de las supuestas ventajas de los denominados enfoques científicamente validados. A decir verdad, la terapia no es más eficaz de lo que lo era en la década de 1960.

Tratando de adaptarse a una nueva moda, las agencias de salud mental y los profesionales particulares gastan miles de dólares en talleres, conferencias y libros, para aprender diseño de diagnósticos y milagros de marca registrada supuestamente basados en la ciencia empírica. Echando la vista atrás, vemos que este proceso no difiere mucho de las prisas por ser breve cuando la gestión sanitaria apareció por primera vez, o de la estampida por aprender sobre el infame trastorno límite de personalidad cuando aterrizó al ámbito de la salud mental por primera vez. Desafortunadamente, igual que todas las afirmaciones anteriores de los últimos y más grandes enfoques, las ventajas prometidas siempre parecen inalcanzables para la mayoría de nosotros, incluso con aquellos modelos que supuestamente cuentan con información científica, válida y basada en la evidencia. ¿Por qué la poderosa espada de la terapia basada en la evidencia

no matará al dragón de la miseria del cliente que está ahora en mi consulta? ¿Por qué el tratamiento empíricamente apoyado exigido por el Estado no funciona en nuestra entidad, como insisten sus defensores?

En este punto, uno podría preguntarse con razón qué puede estar mal con el modelo médico aplicado a la salud mental. ¿Qué tiene de malo, por ejemplo, una jornada psicoeducativa para informar a la gente de la naturaleza de la enfermedad mental, y ayudar a superar el estigma y la resistencia natural al tratamiento? Es más, ¿qué tiene de malo el diagnóstico y el énfasis en la patología? Después de todo, ¡las personas no van a terapia cuando les va bien! ¿No parece lógico que para ayudar a una persona, el terapeuta debe averiguar primero qué le pasa? Y el interés y desarrollo del tratamiento farmacológico y el número de enfoques terapéuticos disponibles ¿no es útil para el desarrollo del campo? Durante demasiado tiempo, las profesiones de la salud mental estuvieron dominadas por el enfoque de la-misma-talla-para-todos basado en el pensamiento y las técnicas de Sigmund Freud. Y, por último, ¿no es un hecho que el que haya una demanda cada vez mayor por los tratamientos que han demostrado su eficacia representa un gran paso hacia delante desde los días del "todo vale", siempre y cuando alguien los pague? ¿No indica el empuje de los tratamientos basados en la evidencia que el área de la salud mental ha llegado a ser por fin una profesión científica creíble?

El problema de las creencias comunes y prácticas del modelo médico metidas con calzador en la salud mental surge cuando las examinamos a la luz de la investigación empírica. Los datos de más de cuarenta años de investigación cada vez más sofisticada muestran poco apoyo para:

- La utilidad del diagnóstico psiquiátrico, ya sea en la selección del curso o para predecir el resultado del tratamiento (el mito del diagnóstico)
- La superioridad de un enfoque terapéutico sobre cualquier otro (el mito de la cura milagrosa)
- La superioridad del tratamiento farmacológico para quejas emocionales (el mito de la píldora mágica)

De hecho, como se detallará en el capítulo dos, el diagnóstico a través del DSM tristemente tiene escasa fiabilidad, y todavía tiene que demostrar una validez sustancial. Una mirada más cercana a la práctica basada en la evidencia muestra que un modelo de psicoterapia que asegura ser superior al placebo no es una noticia de primera página, y no debería tomarse en el sentido de que el enfoque es mejor que cualquier otro, sobre todo no por encima de las propias sensibilidades del cliente respecto de lo que es útil. Finalmente, como se detalla en el capítulo seis, hay un apoyo sorprendentemente escaso para el uso generalizado de la medicación con las quejas de los clientes, especialmente en niños, lo cual argumenta la imparcialidad entre las opciones para los clientes a los que servimos.

La literatura de investigación es clara: los terapeutas pueden asignar diagnósticos, utilizar los últimos tratamientos basados en la evidencia, y administrar todas las nuevas variedades de sustancias psicoactivas desde ahora hasta el día del juicio final, y en general la eficacia y la eficiencia de la terapia no mejorará en absoluto (Hubble, Duncan y Miller, 1999b). Estos factores simplemente no son críticos para el resultado de la terapia. Es importante destacar que esto no significa que la terapia no funcione. De

hecho, la investigación disponible proporciona sólida evidencia de la eficacia general de la terapia. La mayoría de los estudios, por ejemplo, encuentran que la persona tratada por término medio está mejor que el 80 por ciento de aquellos que no tienen el beneficio de la terapia (Asay y Lambert, 1999; Wampold, 2001). A diario, los clínicos pueden ver la diferencia que produce nuestro trabajo en la vida de las personas.

La falta de apoyo empírico para el modelo médico es especialmente desconcertante porque ahora es forzada por las agencias financieras del gobierno y las entidades de gestión sanitaria. Ya en 1982, Parloff advirtió sobre las consecuencias del mal uso legislativo de estas prácticas. Ahora, prácticamente ningún tercero pagará servicios sin calificación diagnóstica DSM-IV. Muchos no pagarán a menos que la persona atendida se comprometa a tomar fármacos (por ejemplo, estimulantes para niños con problemas de atención, antidepresivos para personas que sufren depresión) o que al menos se someta a evaluación para medicación. Por último, varias compañías de gestión sanitaria y distribuidores de fondos públicos ordenan explícitamente el enfoque de tratamiento que los clínicos o agencias deben utilizar para cumplir los requisitos para cobrar (por ejemplo, tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad, terapia conductual dialéctica para trastorno límite de la personalidad, grupos multifamiliares y psicoeducación para esquizofrenia).

A pesar de la película, con la ronca voz en off prometiendo la clásica lucha del bien contra el mal, el modelo médico no es el mal. El capitán Picard no está luchando realmente contra los Borg en esta historia de Starship Psicoterapia. El modelo médico es una forma viable, entre tantas, de comprender y ayudar con el sufrimiento humano. El modelo médico, entonces, no es el problema. Privilegiar al modelo médico sobre los clientes y los datos es el problema.

Para garantizar la calidad de los servicios de salud mental para los clientes y ser tratados como profesionales valiosos, los terapeutas deben liderar el camino y proporcionar alternativas al modelo médico. En particular, el liderazgo implica el abandono de las prácticas empíricamente vacías del pasado y dirigir la atención a lo que funciona. Por otra parte, tomar el timón del bien de la nave de la salud mental requiere un pleno reconocimiento de quién es realmente el capitán del buque.

CONVERTIRSE EN TERAPEUTA DIRIGIDO POR EL CLIENTE

Cambiar una ortodoxia por otra no es necesariamente un avance. El enemigo es la mente gramofónica, esté uno o no de acuerdo con la reproducción que se escucha en este momento.

-George Orwell, Inside the Whale and Other Essays

Durante la década de 1980, los profesionales del área fijaron su atención en el psiquiatra Milton H. Erickson. Los clínicos no obtenían suficiente información sobre este pionero de la hipnosis, cuyos fascinantes métodos desafiaban la práctica convencional y parecían funcionar con los casos más difíciles. Sin embargo, aprender a hacer lo que hacía Erickson no era una tarea fácil, porque resistió firmemente la tentación de desarrollar una teoría organizada de su trabajo. Resumió sus razones diciendo: "Creo que cualquier psicoterapia basada en una teoría es un error, ya que cada persona es

diferente" (Zeig, 1980, p. 131). Curiosamente, esto no impidió que los estudiosos de Erickson trataran de comprender los misterios mágicos subyacentes a su obra. De hecho, en los años inmediatamente posteriores a su muerte, se publicaron gran cantidad de libros y artículos, cada cual afirmando haber descifrado el código secreto.

Insatisfecho con las teorías disponibles y atrapado por la emoción del momento, un grupo dirigido por el terapeuta breve Steve de Shazer hizo su propio intento de averiguar la manera en que Erickson hacía lo que hacía (de Shazer, 1994). Después de recopilar todos los informes de casos que pudieron, el grupo comenzó a ordenarlos en montones en función de las características compartidas por cada uno. Finalmente, se organizaron todos los casos en seis montones diferentes -cinco de los cuales contenían casos que compartían un patrón básico, que permitió al equipo replicar las intervenciones de Erickson. El sexto -conocido como "diversos"- fue para las "intervenciones inusuales" (p. 247), cosas ingeniosas que Erickson hizo una vez y nunca repitió. Estos casos no compartían ninguna característica identificable entre sí ni con los de los otros cinco montones. Desafortunadamente, no importa cómo el grupo clasificó los casos, ¡este montón heterogéneo acabó con el mayor número! Ante el temor de no ser lo bastante inteligentes para discernir los patrones reales en el trabajo de Erickson, los miembros del grupo abandonaron el proyecto.

Pasaría más de una década antes de que de Shazer descubriera el fatal defecto del proyecto anterior, algo tan obvio que más tarde se preguntó cómo lo habían pasado por alto. Al estudiar los casos de Erickson se habían centrado en la persona equivocada en la diada terapéutica -es decir, en Erickson. Ellos, como todos los que trataron de descifrar el código secreto, ¡habían dejado al cliente fuera de la ecuación! A decir verdad, los informes de casos dan poca información acerca de las personas. Más bien, los individuos son en gran parte figuras bidimensionales, cuyo propósito principal en el desarrollo del drama parece jugar un papel secundario a la dirección de Erickson (Sparks, 2000).

El reconocimiento de este flagrante descuido llevó a de Shazer a una nueva conclusión, "La mayoría de las ideas para las 'intervenciones inusuales' en el montón de diversos ¡provenían de los propios clientes!" (1994, p. 249). En otras palabras, en la mayor parte de su trabajo, Erickson no era el más ingenioso en la diada terapéutica. Más bien, era el cliente. La mayoría de las veces, Erickson simplemente escuchaba cuidadosamente y luego hacía lo que sus clientes le decían que hiciera. Por desgracia, esto parece haber sido su mensaje todo el tiempo. "Lo que se necesita es el desarrollo de una situación terapéutica que permita al paciente utilizar su propio pensamiento, sus propias interpretaciones, sus propias emociones en el modo en que se ajusta a su esquema de... vida" (Erickson, 1980, p. 223).

La investigación de resultados en psicoterapia sugiere que las observaciones de Erickson dieron justo en el blanco. En efecto, los datos de cuarenta años de investigación de resultados proporcionan un fuerte apoyo empírico para destacar el papel del cliente en el proceso de cambio (Hubble et al., 1999b). En resumen, los clientes, no los terapeutas, hacen que la terapia funcione. Como resultado, la terapia debería organizarse en torno a sus recursos, percepciones, experiencias e ideas. No hay necesidad de suposiciones a priori sobre los problemas del cliente o las soluciones, ni temas especiales sobre los que es mejor preguntar, ni una metodología invariable a seguir para alcanzar el éxito. Más bien, como se ilustrará en los siguientes capítulos a

través de ejemplos de múltiples clientes, los terapeutas necesitan solamente tomar la dirección de los clientes: siguiendo su guía; adoptando su lenguaje, cosmovisión, metas e ideas sobre el problema; y reconociendo sus experiencias con y tendencias acerca del proceso de cambio.

Igual que los teóricos omitieron anteriormente al cliente de las visiones del trabajo de Erickson, el factor más potente de éxito, el cliente y sus propias inclinaciones para el cambio, brillan por su ausencia en la ecuación del modelo médico. Teniendo en cuenta los datos presentados en este libro, que reflejan la importancia de sus fortalezas y sus percepciones de la terapia, es el momento de restituir al cliente no sólo como el héroe o la heroína del drama de la terapia, sino también como el director de la empresa del cambio.

Sin embargo, convertirse en terapeuta dirigido por el cliente no será suficiente para asegurar a los clientes el lugar que les corresponde en el escenario terapéutico o para revitalizar el área. Los profesionales de la salud mental también deben ser capaces de probar que su trabajo es eficaz y eficiente. Tradicionalmente, la eficacia de la terapia (reducción de síntomas o cura) se dejaba a juicio de quien proporcionaba el tratamiento. Nosotros propondremos algo muy diferente: la verificación de la eficacia puede surgir de recabar sistemáticamente la percepción del cliente y su experiencia de resultado como una parte rutinaria de la terapia -alistando al cliente como un socio de pleno derecho en cuanto al proceso terapéutico y responsabilidad en el proceso.

CONVERTIRSE EN TERAPEUTA GUIADO POR LOS RESULTADOS

Los dogmas del tranquilo pasado son inadecuados para el tormentoso presente.

-Abraham Lincoln, Mensaje Anual al Congreso, 1862

En un día frío y ventoso de diciembre de 1799, George Washington, el expresidente de Estados Unidos de sesenta y siete años de edad, regresaba a su mansión tras el habitual paseo matutino por las tierras de su finca en Mount Vernon. El día siguió como de costumbre. El expresidente y la primera dama leen juntos los periódicos en el salón mientras el servicio doméstico realiza las tareas habituales. Sin embargo, a medida que avanzaba el día, un leve dolor de garganta que el presidente había experimentado desde su paseo matinal empeoró. A la mañana siguiente, su estado era tan grave que avisaron a un médico.

El médico -con otros dos médicos llegados a Mount Vernon a través de la nieve- administra con habilidad y competencia la terapia aceptada en la época. Al observar que no da resultado, los tres acuerdan que lo indicado es más del mismo tratamiento. Varias horas y dos tratamientos adicionales más tarde, el presidente estaba muerto. ¿La causa de la muerte? Cualquiera que fuese el curso que pudiese tener la enfermedad, los historiadores coinciden en que el tratamiento recibido por Washington en su débil estado, probablemente aceleró su defunción. Esta intervención, por supuesto, era el "estándar de atención" aceptado en la medicina a finales del siglo XVIII: la sangría (Flexner, 1974).

Aunque podría ser tentador creer que las modernas artes de curación han evolucionado más allá de estas prácticas primitivas, existe una fuerte evidencia de que las mismas fuerzas que llevaron a los médicos de Washington a aplicar (y luego repetir) un tratamiento ineficaz (y en última instancia letal) continúan guiando la práctica de la terapia -específicamente, el énfasis en la competencia de la prestación de servicios más que la eficacia de los servicios prestados. Esto en ninguna parte es más evidente que en los códigos éticos de las tres mayores organizaciones de profesionales de salud mental: la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales (NASW), la APA, y la Asociación Americana de Terapia Marital y Familiar (AAMFT). Ninguno de estos códigos vigentes exigen explícitamente a trabajadores sociales, psicólogos o terapeutas matrimoniales y familiares el ejercicio de una terapia eficaz. Tampoco les exigen que sometan sus prácticas a una evaluación sistemática de los resultados. Más bien, la única exigencia de los códigos es que los terapeutas trabajen "dentro de los límites de su competencia en base a su formación, entrenamiento, experiencia supervisada, consulta o experiencia profesional" (APA, 2002, [Principio A], p. 1063 [principio 2.01a], las comillas son nuestras; NASW, 1999 [Principio 1,04]; AAMFT, 2001 [Principio 3.6]). Se puede encontrar una excepción innovadora en el código ético de la Asociación Americana de Counseling (ACA), que establece: "Los consejeros supervisan continuamente su *eficacia* como profesionales y toman medidas para mejorar cuando es necesario" (ACA, 1995 [Sección C2d] la cursiva es nuestra).

La sabiduría convencional sugiere que la competencia produce, o es, eficacia. Sin embargo, como ilustra la muerte de George Washington, la competencia no es garantía de eficacia porque los profesionales pueden utilizar, incluso competentemente, tratamientos ineficaces o peligrosos. Más importante, tal vez, la historia nos muestra que no contar con ningún método sistemático para evaluar el resultado de un enfoque puede crear una ilusión de éxito que ciega a los profesionales de un feedback correctivo.

Como ejemplo de la fusión de la competencia con la eficacia en salud mental, considérense los talleres de formación continuada a los que los terapeutas deben asistir para mantener sus licencias profesionales. En teoría, el requisito de formación continuada está diseñado para asegurar que los clínicos se mantengan al tanto de las novedades que mejoran el resultado del tratamiento. Sin embargo, en la práctica la gran mayoría de los enfoques impartidos en estos talleres no incluyen ningún método sistemático para evaluar su eficacia. Por el contrario, los responsables del taller sólo enfatizan cómo los asistentes se pueden convertir en expertos en el uso de las habilidades o técnicas de una determinada marca o estilo de tratamiento. En el mundo de la formación continuada, la competencia es el rey.

Lejos de ser benigno, este énfasis en la competencia frente a los resultados disminuye la eficacia y la eficiencia, y limita el crecimiento de los terapeutas particulares. Por ejemplo, aunque la mayoría diría que su habilidad clínica ha mejorado con la experiencia, una parte importante de la investigación encuentra poca o ninguna relación entre el nivel de experiencia y la eficacia de los terapeutas (Clement, 1994). En todo caso, los datos indican que el aumento de la cantidad y el tipo de formación y experiencia que recibe la mayoría de terapeutas, puede disminuir la eficacia terapéutica (Lambert y Ogles, 2004).

Considérese un estudio sobre las cualidades de los terapeutas eficaces (Hiatt y Hargrave, 1995). Usando el auto-informe del cliente y las calificaciones de colegas, los investigadores consiguieron diferenciar entre los terapeutas menos y más eficaces (según los resultados). En resumen, se encontraron con que los terapeutas en el grupo de eficacia baja tendían a haber ejercido durante más años que aquellos del grupo de alta eficacia (18,2 frente a 12,9 años, respectivamente). Más preocupante, sin embargo, fue su hallazgo de que los terapeutas ineficaces no sabían que eran ineficaces. Peor aún, ¡se consideraban tan eficaces como los terapeutas verdaderamente eficaces en el estudio!

Aunque estos resultados son desalentadores, la conciencia de los profesionales de primera línea ofrece una ventana crítica de oportunidad. El capítulo cuatro mostrará que los terapeutas pueden mejorar la calidad de su terapia y al mismo tiempo demostrar el valor de su trabajo sometiéndose a evaluación. Pueden ser más eficaces reuniendo información válida y fiable sobre el proceso y el resultado de su trabajo clínico y luego usar esos datos para ajustar la terapia. Ahora los estudios muestran que proporcionar a los terapeutas dicho feedback afecta los resultados, con tasas de mejora de hasta un 65 por ciento (Miller, Duncan, Brown, Sorrell y Chalk, en prensa; Whipple et al, 2003).

No es una novedad para nadie que los terceros pagadores son cada vez más conscientes de los costes y ahora están insistiendo ruidosamente en que los terapeutas deben fundamentar la eficacia de sus servicios antes de pagarles. Este interés en el resultado no es específico de una disciplina profesional determinada (por ejemplo, salud mental versus medicina) o de un tipo de sistema de pago (por ejemplo, empresa de gestión sanitaria versus fondos públicos) sino que es parte de una tendencia mundial (Lambert, Okiishi, Finch y Johnson, 1998; Sanderson, Riley y Eshun, 1997).

Como demostraremos, los clientes se benefician de una alternativa al sistema actual. Ante todo, utilizar el feedback del cliente para ajustar la terapia invita definitivamente a los usuarios de nuestros servicios a participar de modo pleno e igualitario en virtualmente todos los aspectos de la terapia. Dar a los clientes la perspectiva del asiento del conductor en vez de la parte trasera del autobús también puede permitir que los consumidores aumenten la confianza en que un resultado positivo está a su alcance. Considérense las encuestas recientes que encontraron que, junto con la carencia de seguro y el coste, el 76 por ciento de las personas identificaron el bajo nivel de confianza en el resultado de la terapia como la principal razón para no buscar tratamiento (APA, 1998b). En efecto, la elección de la "no confianza" fue mucho más importante que las variables que tradicionalmente se pensaba que disuadían a la gente de ver a un terapeuta (por ejemplo, el estigma 53 por ciento, la duración del tratamiento 59 por ciento, la falta de conocimiento 47 por ciento).

Finalmente, la disponibilidad de los datos de resultado podría eliminar la necesidad de asignar etiquetas patológicas o transmitir información personal y sensible a terceros pagadores a fin de valorar los requisitos para el pago. Tal información simplemente no sería necesaria porque los terceros pagadores podrían decir si el tratamiento fue beneficioso o no para el cliente individual en base a las medidas de resultado. En el capítulo cuatro se demostrará que la gestión de resultados tiene la tendencia, y ya ha comenzado, a revolucionar el campo de la salud mental.

En este libro defendemos la evaluación rutinaria y sistemática de las percepciones del cliente sobre su progreso, y se ajustan para que el clínico pueda adaptar empíricamente

la terapia a las necesidades individuales del cliente y sus características. Por lo tanto, defendemos la evidencia basada en la práctica frente a la práctica basada en la evidencia. Este proceso de someterse a evaluación, a nuestro juicio, se ajusta a cómo la mayoría de los terapeutas prefieren pensar en sí mismos: sensibles al feedback del cliente e interesado en los resultados. Someterse a evaluación no sólo amplifica la voz del cliente, sino que también ofrece el método de investigación probado más viable para mejorar la eficacia clínica.

MARIA: UNA PRIMERA VISIÓN

No hace mucho, María, una mujer de unos cuarenta años, vino a terapia buscando una identidad que creía haber perdido. Toda su vida había querido ser agente de policía. Cuando era adolescente patrulló con policías estatales, y cuando era una joven se convirtió en la primera mujer en graduarse en la academia de policía.

María vivió su sueño como policía durante varios años, hasta que un accidente de coche la sumió en un coma que se prolongó durante dos años. En un triunfo de la biomedicina, un fármaco experimental la revivió, aunque la dejó con algún daño cerebral y convulsiones que hicieron imposible su trabajo como policía. Sin la identidad a la que había dedicado su vida a conseguir, ya no estaba segura de quién era.

Nuestro primer contacto con María no fue basado sólo de boquilla en ser respetuosos y colaboradores con los clientes, sino en el uso del conjunto de resultados con apoyo empírico que incluiremos en este libro. Como veremos en el capítulo cuatro, en toda la literatura de investigación quizás el hallazgo clínicamente más relevante es que la mejoría rápida del cliente en la terapia es uno de los mejores predictores de éxito. Así que en lugar de considerar las primeras sesiones como un período de calentamiento o una oportunidad para probar la última técnica, es crucial ser resolutivo en el primer contacto con los clientes. Y dado todo lo que sabemos sobre la importancia de la alianza terapéutica, analizado en el capítulo tres, estas sesiones iniciales ofrecen la oportunidad de descubrir cómo conseguir el mejor ajuste posible con los clientes. Los clientes monitorizan la alianza en curso a través de las evaluaciones sesión a sesión de su satisfacción y de los progresos en la terapia. El principio rector tras nuestro trabajo con clientes es reconocer que todas las decisiones deben ser dirigidas por el compromiso de los clientes en el proceso de la terapia, su visión de la calidad de la relación terapéutica, sus teorías de cambio y -la principal referencia- su evaluación de si el cambio ocurre.

Cuando María vino a su primera cita, se sintió intrigada por los comentarios del terapeuta de que sus percepciones iban a ser la luz que guiase el proceso en curso. Rellenó un formulario breve sobre cómo sentía que estaba progresando a nivel individual, interpersonal y social. A continuación explicó que se sentía en un callejón sin salida en su vida. Tras haberse recuperado lo suficiente como para volver a hacer algún tipo de trabajo, ni siquiera podía imaginar un plan B ahora que su carrera en la policía parecía acabada. Para complicar las cosas, María también estaba luchando con la idea de estar "incapacitada", una palabra que ella despreciaba pero que otros sugirieron que aceptara para poder seguir adelante. Reconoció que tenía algunas limitaciones y que no podía realizar las tareas extenuantes que antes había despachado con facilidad. Aun así, la palabra se le atragantaba. Como dio a entender su sensación de estar en vías de recuperación, el terapeuta estaba asombrado por su valor, resistencia y sabiduría. He aquí una mujer que lo tenía todo y lo perdió, que muchas veces desafió las expectativas

de los demás acerca de lo que podía y no podía hacer: al principio, cuando se convirtió en la primera mujer de la academia en graduarse y luego la primera en hacerse detective, cuando inesperadamente salió de un coma, y ahora una vez más. A pesar de sus problemas con las convulsiones, la vista y el equilibrio, estaba luchando con las expectativas de su etiqueta "discapacitada". Sabía que había mucho más en ella de lo que cualquier descripción de su discapacidad pudiera empezar a captar, como lo sabría cualquiera que pasara algún tiempo conociéndola. El terapeuta le dijo que una de las cosas que más le gustaba de ella era su negativa a aceptar su discapacidad. A ella ese comentario le gustó mucho.

Unos minutos antes del final de la reunión, el terapeuta pidió de nuevo a María que rellenase un breve formulario evaluando la terapia y al terapeuta. Aquí, la información clave fue que sentía que el terapeuta estaba tomando en serio sus problemas e ideas y que su enfoque le parecía adecuado. María indicó en el formulario que, efectivamente, las cosas iban por buen camino. Revisando el formulario con María y reflexionando sobre lo impresionado que había quedado con ella, el terapeuta le preguntó en tono de broma si había pensado alguna vez en seguir una carrera como oradora motivacional. Se trataba de un homenaje informal a la fuerza de su historia, pero tocó una fibra sensible. Con la conversación a punto de terminar, María dijo que se le había ocurrido que podría continuar una profesión formando agentes de policía.

Esa declaración fue un paso clave en el camino para recuperar su vida. No acabó como oficial de entrenamiento, pero fue capaz de restablecer su relación con el trabajo que amaba al convertirse en agente de oficina. Esto satisfizo su prurito de volver a conectar con el trabajo de la policía, que para ella era crucial para tener una vida significativa. Informó de mejoría en la evaluación del resultado, y la terapia terminó pocas sesiones después.

¿Cómo podría un modelo médico abordar las preocupaciones de María? Aunque su búsqueda de una nueva identidad no encajaba claramente en las categorías del DSM o en los tratamientos basados en la evidencia, hay una buena posibilidad de que María fuera reducida a un conjunto de síntomas e intervenciones. Bien podría ser diagnosticada de depresión y habersele prescrito terapia cognitivo-conductual y un antidepresivo, además de entrenamiento en habilidades adicionales para los déficits debidos a la lesión cerebral. En este proceso, la plenitud de María como persona podría perderse fácilmente, así como su opinión sobre las opciones de tratamiento, reduciéndola a la descripción de una enfermedad y sus soluciones predeterminadas.

Presentamos el caso de María no como ejemplo de un milagro terapéutico sino todo lo contrario. De hecho, lo ordinario de este tipo de interacción aborda el núcleo de lo que tenemos para ofrecer como profesionales de la salud mental. El terapeuta no ofreció a María intervenciones irresistiblemente potentes, sólo una relación estructurada en torno a sus metas y valores, que mostró sus talentos y fortalezas. Y las reiteradas peticiones de su terapeuta para que le dijera si la terapia estaba sirviendo para sus necesidades implicaba una clase de responsabilidad muy diferente de la responsabilidad que la gestión sanitaria y los financiadores del gobierno han exigido tradicionalmente a los terapeutas y del tipo que podemos esperar e incluso soportar bajo la asimilación al modelo médico. Asociándonos con los clientes para que nuestro trabajo sea eficaz y responsable nos posicionamos en claro contraste con el proceso de toma de decisiones promulgado desde el diagnóstico psiquiátrico y los tratamientos basados en la

evidencia. Ofrece una alternativa viable para la renovación de los servicios de salud mental para evitar que los costes se disparen.

EL TERRITORIO QUE TENEMOS POR DELANTE

Las personas cautas, cuidadosas, los que siempre tratan de conservar su reputación y su posición social, nunca pueden provocar una reforma. Quienes se lo tomen realmente en serio deben estar dispuestos a todo o nada en el respeto de la gente, y en público y en privado, a tiempo y a destiempo, confesar su simpatía por ideas despreciadas y perseguidas y por sus defensores, y soportar las consecuencias.

-Susan B. Anthony, In Decisions

Enfrentemos la cruda realidad y digamos en voz alta: "El campo de la terapia tiene problemas". Más inquietante pero menos evidente, las creencias y prácticas clínicas populares son en gran parte responsables del desastre en el que los terapeutas se encuentran actualmente. Estas prácticas y creencias se han reificado en la realidad a través de la institucionalización del modelo médico en salud mental. Sin embargo, existen visiones alternativas del siglo XXI.

Nuestra visión se suscribe a un modelo relacional más que a uno médico, acepta que el cambio está dirigido por el cliente más que por la teoría impulsora y se compromete con el resultado exitoso en vez de con la prestación competente de servicios (Duncan, 2002; Duncan y Sparks, 2002; Duncan, Miller y Sparks, 2003; Miller, Duncan y Hubble, 2004). En el capítulo dos cuestionamos el modelo médico tal como se aplica en salud mental, aquellas prácticas que dan a los clientes el papel de extras y los excluyen de los esfuerzos de su propio cambio. Al no enfatizar en la teoría exclusiva y derivada del experto como fundamento para la práctica, en vez de esto el capítulo tres se dedica a las ideas de cambio del cliente, los temas iniciados por él y sus prioridades, para elevar sin reservas las propias teorías del cliente por encima de todo aquello que la comunidad terapéutica anteriormente tenía por sacrosanto. El capítulo tres pone de relieve la dramática contribución del cliente heroico para el resultado positivo y presenta las directrices para explotar la fuerza estelar del cliente.

El ámbito medicalizado de la práctica actual define *servicio* cada vez más como la aplicación adecuada de tratamientos empíricamente validados. En su lugar, defendemos la evidencia basada en la práctica como una alternativa a la práctica basada en la evidencia. En el capítulo cuatro se muestran los aspectos básicos del proceso sorprendentemente sencillo de asociarse con los clientes para hacer que la terapia sea tanto beneficiosa como responsable -cómo el uso del feedback del cliente en forma de instrumentos fiables de resultado y proceso hace posible a los terapeutas mejorar su eficacia.

El capítulo cinco explora la idea de la teoría del cambio del cliente e ilustra la integración de diversos enfoques a través de las inclinaciones del cliente sobre el cambio. Dado el aumento meteórico de las prescripciones psicotrópicas, especialmente en niños, el capítulo seis aborda el espinoso tema de la medicación. Echamos por tierra el mito de la píldora mágica y simultáneamente respetamos al cliente que elige ser

ayudado con fármacos. Examinamos la controversia en torno a los tratamientos farmacológicos para estimular la reflexión acerca de las opciones que se ofrecen a los clientes. En el capítulo siete abordamos las preguntas más frecuentes acerca de nuestras ideas, pero también deconstruimos los supuestos implícitos y prácticas subyacentes a estas cuestiones. Invitamos al lector a acercarse como persona ajena al discurso de la "salud mental" y sus implicaciones. Por último, y apropiadamente, ponemos fin a la exposición con las propias palabras de un cliente. El epílogo resalta las ventajas de un enfoque evaluado por el cliente con un cliente que no está experimentando cambios. El cliente proporciona un comentario importante permitiendo una comprensión normalmente ausente en los informes de atasco terapéutico y cambio.

Si las sorpresas que encontramos en nuestro viaje de once años son una indicación de lo que nos espera, es probable que haya tanto dificultades como oportunidades para que la profesión se esfuerce por establecer una identidad basada en hechos empíricos y en la asociación con el cliente en lugar de apoyarse en mitos. Sin embargo, como dice Hamlet, no podemos dejar que esta región por descubrir "nos haga soportar estos males que tenemos por miedo a otros que desconocemos" (3.1.24-27).

CAPÍTULO 2.

EL MITO DEL MODELO MÉDICO

Destronando el diagnóstico y las mejores prácticas

La gran tragedia de la ciencia –la muerte de una bella hipótesis a manos de un hecho feo.

-Thomas Henry Huxley, Discurso del presidente de la Asociación Británica para el Avance de la Ciencia.

El modelo médico, que hace énfasis en la clasificación diagnóstica y en la práctica basada en la evidencia, ha sido totalmente trasplantado al campo de los problemas humanos. La psicoterapia es casi exclusivamente descrita, investigada, enseñada, practicada y regulada según los supuestos y las prácticas del modelo médico. Pero, ¿cómo hemos llegado hasta aquí?

El psicólogo George Albee (2000) sugiere que la psicología hizo un pacto satánico con el modelo médico hace más de 50 años, cuando aceptó acríticamente la llamada para proporcionar servicios psiquiátricos a los veteranos que regresaron de la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, el modelo médico quizás se asentó definitivamente en 1949, en la famosa conferencia de Boulder, donde se desarrolló la biblia de la formación de la psicología, bajo la protesta de muchos, con la aceptación del lenguaje médico y del concepto de “enfermedad mental”.

Más tarde, con la aprobación de la legislación de la libertad de elección que garantizaba la paridad con los psiquiatras, los psicólogos aprendieron a tratar a los clientes en gabinetes privados, y a cobrar de terceros pagadores solamente con el requerimiento de un diagnóstico psiquiátrico para el pago. Las otras profesiones relacionadas con la salud mental pronto siguieron su ejemplo, compitiendo todos para obtener una tajada del pastel, sin pensar en las consecuencias que tendría a largo plazo una dieta rica en grasas y con un alto contenido en carbohidratos. Poco después, a mediados de los 80, la marea del modelo médico alcanzó peligrosos niveles de influencia. Ahogando cualquier otra posibilidad de entender los desafíos humanos, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), la principal fuente de financiación de la investigación en psicoterapia, decidió aplicar la misma metodología utilizada en la investigación de medicamentos para evaluar la psicoterapia, el ensayo clínico aleatorio (ECA).

Adoptar el ECA para evaluar la psicoterapia tuvo consecuencias importantes. Esto significó que un estudio debía incluir terapias estandarizadas (de modo similar a los protocolos de medicación) y trastornos definidos en el DSM para tener derecho a una beca patrocinada por el NIMH. La financiación de los estudios no relacionados con tratamientos específicos descendió vertiginosamente a la vez que, tanto la investigación como la psicoterapia, se fueron medicalizando cada vez más.

El resultado: el dominio del modelo médico. Pregúntese a los terapeutas por qué hablan sobre diagnóstico de trastornos mentales y tratamientos estipulados, y responderán como la trágica heroína interpretada por Hilary Swank que intenta huir de

la opresión de género haciéndose pasar por un chico en *Boys Don't Cry*. Cuando le preguntaron por qué permitió que la arrastrasen por el suelo detrás de una camioneta dijo: “Pensé que eso es lo que hacían los chicos por esta zona.”

Este capítulo sugiere que dejemos de permitir que nos arrastren detrás del camión del modelo médico. Usando la literatura de investigación para hacer una autopsia a ideas muertas hace tiempo, se muestra que la fijación con la nomenclatura, las categorías y las clasificaciones diagnósticas es una gran pérdida de tiempo. En lugar de crecer de forma ordenada y producir una rica y abundante cosecha, el diagnóstico de los trastornos mentales ha crecido como las malas hierbas, ahogando y asfixiando caminos alternativos y esperanzadores para entender y alentar el cambio, y se basa más en factores políticos y económicos que en la ciencia.

Además, desacreditamos los tratamientos basados en la evidencia y su supuesta superioridad científica. Cuestionamos el enfoque del mito de la cura milagrosa y demostramos que el cambio en la terapia no es el resultado de las facultades especiales de un tratamiento en particular. Por el contrario, el cambio surge principalmente de las habilidades preexistentes y la participación del cliente -el cliente es la estrella del drama terapéutico. En este capítulo tratamos de mantener los pies de la práctica, como de costumbre, al calor del fuego empírico, para poder proponer una alternativa en los siguientes capítulos.

EL MITO DE LOS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

Buscad hechos y clasificadlos y seréis los trabajadores de la ciencia.
Concebid o aceptad las teorías y seréis sus políticos.

—*Nicolas Maurice Arthus, De l'anaphylaxie à l'immunité*

En los esfuerzos médicos un diagnóstico nombra un problema y especifica el tratamiento. Por ejemplo, un diagnóstico de diabetes permite al médico prescribir una dieta equilibrada apropiada, ejercicio e insulina. Por otro lado, si hablamos de diagnósticos de salud mental, la verdad es que etiquetar un trastorno mental no es especialmente útil para determinar qué tratamiento ofrecer. Al final los consumidores reciben el tratamiento en que el médico está experimentado o en el que se haya atrincherado, independientemente del diagnóstico.

Fuera de la salud mental los médicos trabajan con definiciones de la enfermedad basadas en desviaciones de un punto de partida conocido y saludable. Por ejemplo, un rango conocido del nivel de glucosa en sangre indica la presencia o ausencia de diabetes. En el campo de la salud mental es todo lo contrario (Watzlawick, 1976): la enfermedad se considera el factor conocido, mientras que la normalidad es imposible de definir. Tal disposición invertida crea una situación propicia para la autopromoción y la manipulación de los denominados hechos.

Trastorno diagnóstico

Sigmund Freud (1990, p. 56) dijo una vez: “He encontrado poco que sea bueno de los seres humanos. En mi experiencia, la mayor parte de ellos son basura”. ¡Sorprendente comentario de nuestro padre fundador! Pero el sector todavía sigue considerando

escaso lo bueno de los seres humanos. La única diferencia es que se ha catalogado como “basura” en cientos de tipos específicos en el compendio profesional de los desastres humanos, el *DSM-IV* (APA, 1994).

En primer lugar, queremos mencionar un par de matices: criticar el diagnóstico de ningún modo disminuye la desviación o rareza de algunos comportamientos o la angustia que muchas personas soportan. La mayoría coincide en que el abuso sexual es socialmente anormal y que oír voces es extraño. Muchas personas también están preocupadas por las experiencias de depresión o ansiedad. Además, nuestra diatriba contra el diagnóstico no significa que algunos individuos no encuentren consuelo o ayuda viéndose diagnosticados a sí mismos. Más bien, la cuestión es si el diagnóstico es útil o necesario para que las personas resuelvan sus problemas y si es tan científicamente sensato como sugiere su abrumador dominio. El hecho es que el diagnóstico no cubre las expectativas.

EL DIAGNÓSTICO CARECE DE FIABILIDAD. Incluso aquellos que enarbolan la bandera del diagnóstico, deben ponerse de acuerdo acerca de cuál es el diagnóstico adecuado, si es que esto puede ser calificado como útil. Esto se llama fiabilidad. Los diagnósticos de salud mental son notablemente imprecisos, aunque la mayoría de los profesionales consideran la fiabilidad un problema resuelto desde hace mucho tiempo por los supuestos avances del *DSM-III* (APA, 1980; Carson, 1997; Kirk y Kutchins, 1992). En realidad, está lejos de ser resuelto.

Considérese el estudio más importante llevado a cabo por algunos de los autores (Williams et al., 1992) del *DSM-III* (APA, 1980). Un estudio a gran escala realizado en distintas localidades por médicos ampliamente capacitados para hacer diagnósticos precisos usando la mejorada y tan elogiada nueva versión del DSM. Después de que los investigadores elaborasen el entrenamiento y la supervisión, parejas de clínicos entrevistaron a seiscientos clientes para ver si podían ponerse de acuerdo sobre el diagnóstico. El estudio definió como *acuerdo* los diagnósticos que encajaban en la misma *clase* de trastornos, aunque no coincidieran en el *tipo* específico. El acuerdo general para estos clínicos especialmente capacitados osciló de .68 a .72 para el Eje I, y de .56 a .64 para el Eje II. ¡Los índices de fiabilidad individual en trastornos específicos fueron tan bajos como .26! En estos ensayos de campo, un médico podía diagnosticar a un individuo con un trastorno distímico y un trastorno de pánico, y otro podría diagnosticar al mismo con un trastorno de depresión mayor y un trastorno obsesivo compulsivo. Ambos diagnósticos seguirían considerándose de acuerdo, porque entran dentro de la misma clase de trastornos. Puede juzgar usted mismo la fiabilidad que se desprende de este acuerdo. Imagine la fiabilidad en un trastorno específico por un profesional cualquiera de la salud mental, en un contexto clínico típico.

Para ser justos, los partidarios creen que con la publicación del *DSM-III-R* (APA, 1987), el campo ha obtenido niveles aceptables de fiabilidad (Garb, 1998). Esta supuesta fiabilidad aceptable, sin embargo, se ha reducido misteriosamente con los años. Antes del *DSM-III*, el acuerdo sobre las categorías específicas se consideró importante. Después de los ensayos de campo del *DSM-III*, el 70 por ciento del acuerdo dentro de una categoría *general* fue reformulado como bueno. Ahora, se han propuesto niveles más bajos. De acuerdo con Garb, la fiabilidad se dice que es

mediocre si los valores son menores que .40, suficiente entre .40 y .59, buena entre .60 y .74, y excelente por encima de .75.

Veintitantos años después de que el problema de la fiabilidad se haya declarado resuelto (bajando los estándares y comparando solamente las clases generales), ningún estudio importante ha repetido las pruebas de campo o demostrado que los profesionales habituales de la salud mental puedan utilizar rutinariamente el DSM con alta fiabilidad (Kutchins y Kirk, 1997). Sin embargo, incluso si aceptamos que el diagnóstico puede estar comprendido en un buen intervalo bajo condiciones especializadas (si el 60 por ciento de acuerdo en una categoría general se puede considerar bueno), no importa, ya que el diagnóstico no se sostiene ante una prueba de validez.

EL DIAGNÓSTICO CARECE DE VALIDEZ. La falta de validez del diagnóstico ha sido considerablemente aceptada, incluso entre sus defensores dentro del ámbito de la psiquiatría. Kendell y Zabransky (2003, p. 7), al escribir en la revista *American Journal of Psychiatry*, concluyeron que “Actualmente hay poca evidencia de que la mayoría de los diagnósticos psiquiátricos contemporáneos tengan validez, porque todavía están definidos por síndromes que no se ha demostrado que tengan límites naturales.” Para ellos un hecho significativo es que los síntomas psiquiátricos forman un continuum con la experiencia humana normal y no se unen en grupos bien definidos. De acuerdo con Kendell y Zabransky, una categoría diagnóstica puede ser descrita como válida solo si sus características definitorias están separadas de síndromes contiguos y de la normalidad; o si la categoría es definida por una anomalía fisiológica, anatómica, histológica, cromosómica o molecular que muestre diferencias claras. Estos criterios tan solo producen unos pocos ejemplos de diagnósticos válidos, como el síndrome de Down y otros similares. Por supuesto, estos autores tan solo están repitiendo lo que se conoce y ha sido relatado desde hace años: no hay ninguna norma empírica para diferenciar los hipotéticos estados patológicos de la fluctuación humana normal de los problemas de la vida. El resultado es un conjunto turbio de criterios de inclusión para una lista de trastornos cada vez mayor.

El *DSM* no pretende lograr un sistema de clasificación válido. Pero la mayoría de los profesionales en el campo dan por sentado que es válido. ¿Por qué? Porque todo lo relacionado con él clama por su validez: su gran tamaño, los cientos de contribuciones de expertos, la financiación por parte del NIMH, las extensas reseñas literarias, los comités y conferencias dedicadas a su constitución; y el debate en curso sobre su faceta científica y su base de datos. Este impresionante despliegue de destreza científica y autoridad médica emana un aura de validez donde no la hay.

Otro camino para evaluar la validez de los diagnósticos es examinar su utilidad. En este sentido, la validez plantea la pregunta: ¿qué utilidad tiene el diagnóstico para el tratamiento? Considérese un trastorno límite de personalidad (TLP), el equivalente en salud mental a “la cosa” en las películas de terror. La guía diagnóstica dominante proporciona 126 formas posibles de establecer un diagnóstico. Todo lo que necesita es reunir cinco de los nueve criterios. Si uno puede estar diagnosticado como TLP de 126 formas posibles, ¿cuán característico o valioso puede ser este diagnóstico?

Además y más específicamente, el diagnóstico no selecciona una cura para las personas, ni tampoco predice si el tratamiento va a tener éxito. Si un diagnóstico no puede indicar un tratamiento en particular o no está relacionado con el éxito o el

fracaso en el tratamiento de una persona, entonces tiene poco valor (Garfield, 1986). Tratemos primero la cuestión de la selección. Por ejemplo, si un diagnóstico de depresión es verdaderamente análogo a un diagnóstico de diabetes, entonces éste debería permitir al terapeuta seleccionar el tratamiento adecuado para ese trastorno específico. ¡El problema es que ningún enfoque ha demostrado ser superior sobre otro ante cualquier trastorno! Todos trabajan sobre lo mismo.

Por ejemplo, considérese el Proyecto de Cooperación para la Investigación del Tratamiento de la Depresión (TDCRP) (Elkin et al., 1989). Este histórico proyecto del NIMH fue considerado como el estudio metodológicamente más sofisticado hecho nunca; en él participaron psiquiatras y psicólogos en varias ciudades. Se dividió aleatoriamente a 250 participantes en cuatro grupos: terapia cognitivo-conductual (TCC), terapia interpersonal, tratamiento antidepresivo y, por último, el grupo tratado con placebo y manejo clínico. En general, los cuatro tratamientos -incluido el placebo- ¡obtuvieron aproximadamente la misma eficacia! Igual que en otros estudios sobre otros trastornos, no hubo diferencias en la eficacia global entre las diferentes condiciones de tratamiento. A pesar de la insistencia de los charlatanes y los obsesionados con el modelo, no ha surgido ningún ganador para la depresión o cualquier otro trastorno. Los diagnósticos no ayudan en la selección ni en la planificación del tratamiento. De entre todas las opciones posibles, para seleccionar el tratamiento que más se adecúe a cada cliente se requiere una estrecha colaboración con éste, para conocer de primera mano las circunstancias específicas que lo rodean y las ideas que él mismo tiene sobre cómo le podríamos ayudar.

La predicción del resultado es aún más perturbadora empíricamente que el tema de la selección de tratamiento. Si el diagnóstico predijese realmente cómo le va a la gente en terapia o al menos si les beneficia, entonces podría argumentarse que el diagnóstico tiene algún valor salvador. Pero esto no es así. No existe correlación alguna entre el diagnóstico y el resultado, ni tampoco entre el diagnóstico y la duración del tratamiento (Brown et al., 1999; Beutler y Clarkin, 1990). En pocas palabras: no hay beneficios específicos del diagnóstico en la psicoterapia. El diagnóstico carece de validez (Garfield, 1986). En salud mental, nombrar un problema con uno de los apodos diagnósticos ni lo explica ni lo resuelve. Otros factores, que pronto veremos, son mucho más predictivos de éxito que esas limitadas descripciones de las experiencias de los clientes.

EL DIAGNÓSTICO DESCRIBE UNA IMAGEN IRRELEVANTE Y SINIESTRA. El diagnóstico proporciona una imagen plana y sin color que resalta las debilidades en detrimento de los recursos, ofrece una historia no representativa equivalente a leer una página de un libro o mirar una escena de una película. Recordemos a María y cómo el diagnóstico de depresión, aunque podría decirse que es correcto, contaba una historia muy limitada acerca de ella, dejando de lado su milagrosa resiliencia. Invocar los puntos fuertes de la gente para abordar sus preocupaciones es fundamental para la planificación e implementación de un tratamiento. Además, el conocimiento de las circunstancias únicas de una persona y las metas de la terapia son mejores indicadores que un diagnóstico para saber qué enfoque aplicar (Beutler y Clarkin, 1990).

Para complicar aún más las cosas, el diagnóstico no recoge la mayor parte de los problemas por los que la gente busca la ayuda de los terapeutas (Beutler y Clarkin,

1990). Los problemas relacionales y la situación de angustia de la vida cotidiana son las preocupaciones más comunes que se presentan. ¿Cómo se diagnostica un problema marital, un conflicto familiar o la preocupación de no conocer el potencial de uno?

El diagnóstico marca a la gente con etiquetas que implican culpa, desesperanza e impotencia. No es de extrañar que aún exista un estigma para buscar asesoramiento psicológico, a pesar de que todas las relaciones públicas trabajen para transmitir que está bien tener una enfermedad mental. En cuanto se adjunta una etiqueta, se pega como una lapa. Aunque muchos defensores de un diagnóstico apropiado advierten sobre la equiparación de la etiqueta a la totalidad de la persona, es imposible evitar esta asociación. Llamamos a esto “atribución invasora”⁷ (Duncan, Hubble y Miller, 1997). Una vez puesto en marcha, el diagnóstico crea expectativas sorprendentemente resistentes de algo trabajoso o con mal resultado (Salovey y Turk, 1991). Si no se controlan, las expectativas se materializan en la persona. Cuando esto ocurre, los observadores (tanto los no profesionales como los médicos) distorsionan involuntariamente la información para cumplir sus expectativas. (Véase el experimento clásico de Rosenhan publicado en *Science* en 1973.)

Considérese el rey de todos los diagnósticos, la esquizofrenia. Muchos, si no la mayoría, aceptan que la esquizofrenia es una lucha de por vida contra una enfermedad mental que solo se hace un poco más manejable con la medicación; una vida catastrófica, si no desesperada, turbulenta y miserable. Muchos, si no la mayoría, nunca han oído hablar del estudio de Harding (Harding, Zubin y Strauss, 1987). Harding rastreó a 269 clientes ingresados en los hospitales de Vermont con un diagnóstico de esquizofrenia, un promedio de treinta y dos años después de su primera admisión. Encontró que cerca de dos tercios de estos antiguos pacientes no mostraban ningún signo de esquizofrenia y ¡hacia tiempo que habían dejado su medicación! La tasa de “recuperación” es asombrosa, teniendo en cuenta las típicas imágenes que la etiqueta de esquizofrenia evoca en nuestras mentes. Además, los clientes informaron que la clave para la recuperación había sido encontrar un lugar seguro y decente para vivir y tener un mentor, alguien de confianza, a quien le importaban. Las perspectivas de los clientes, al igual que estos comentarios, pueden desbaratar la atribución invasora que acompaña a la “esquizofrenia” (véase el Apéndice I para un relato conmovedor sobre la desesperación que acompaña a la etiqueta de esquizofrenia).

A pesar de nuestra concienciación con la atribución invasora, los diagnósticos continúan dirigiendo la formación de impresiones y socavando el pensamiento crítico. Los terapeutas, armados con el DSM requerido en su formación, reforzados en sus colegios profesionales y obligados por terceros pagadores, escuchan de forma selectiva la información que les ofrecen las personas y se centran en los comportamientos que mejor confirman sus expectativas. Los clientes aceptan el diagnóstico como un hecho médico y se convierten en esclavos de sus implicaciones. Como demuestra la literatura existente, este proceso es resistente, opera fuera del área de la conciencia y erosiona los elementos curativos de la terapia (Duncan et al., 1997).

⁷ NT: *attribution creep* en el original. Aunque *invasora* no es la traducción exacta para *creep*, pensamos que este término plasma bastante bien la idea que los autores quieren transmitir.

Dinero, Poder, Moda e Influencia Cultural

El ascenso del diagnóstico en salud mental hasta su condición actual es particularmente irónico dada la tradicional indecisión de la mayoría de los terapeutas para etiquetar a los clientes. El ochenta y siete por ciento de una muestra nacional de trabajadores sociales, por ejemplo, indicó que utilizaron un diagnóstico menos grave para evitar el impacto adverso de este etiquetado (Kirk y Kutchins, 1988). La mayoría de los terapeutas lo ven como una mentira piadosa para un buen propósito, una formalidad económica sin relación con el tratamiento. En una encuesta realizada entre psicólogos (Miller, Bergstrom, Cross y Grube, 1981), el 86.1 por ciento dijo que habían utilizado el diagnóstico ya que era requerido para los pagos; ¡solo el 2.8 por ciento consideró que era fiable y válido! Citamos estas viejas encuestas porque muchos nuevos profesionales de la salud mental no saben la oposición que el diagnóstico ha tenido históricamente. Desafortunadamente, son todavía menos los que saben que desde siempre ha tenido escasa fiabilidad y validez, ya que se ha convertido en un elemento fundamental en los programas de capacitación clínica, requerido para las licencias estatales y los comités de acreditaciones. El diagnóstico es mucho más aceptado ahora que nunca.

Teniendo en cuenta esta aceptación, una reciente y amplia encuesta realizada a psicólogos, sin duda una profesión que abraza incondicionalmente la perspectiva del modelo médico, es aún más reveladora. Murphy, DeBernardo y Shoemaker (1998) encontraron que el 63 por ciento de los encuestados indicaron que los psicólogos alteran diagnósticos para proteger la confidencialidad del paciente, sus futuros empleos o sus seguros médicos. El 61 por ciento cree que los psicólogos emiten el nivel más bajo de diagnósticos remunerado y omiten los diagnósticos del Eje II. Si el diagnóstico es científicamente sensato y útil para las masas que sufren, ¿por qué tantas personas, incluso entre los conversos, tratan de suavizar su impacto?

El número de categorías del DSM de la Asociación de Psiquiatría Americana pasó de sesenta y seis en la primera edición (1952) a más de trescientas en su versión actual. Al parecer estamos enfermos y empeorando por momentos. La irónica observación del renombrado psiquiatra Jerome Frank (1973) se está confirmando: la psicoterapia puede ser el único tratamiento que crea la enfermedad que trata. Kutchins y Kirk (1997) comentan las implicaciones económicas de la observación de Frank y sostienen que el DSM transforma las reacciones normales al estrés de la vida en lucrativas patologías. Todo el mundo se convierte en un potencial paciente. Véanse los informes recientes (por ejemplo, la Comisión Presidencial Nueva Libertad para la Salud Mental) que sugieren que el treinta por ciento de los adultos y el veinte por ciento de los niños sufren un trastorno mental diagnosticable (Holloway, 2003). ¿Quién se beneficia de estas estadísticas? ¿Cuántas veces hemos oído de nuevos diagnósticos que trágicamente se han subestimado y ahora requieren un tratamiento a gran escala?

Los diagnósticos cambian a medida que lo hacen nuestras tolerancias sociales y preferencias (Beutler y Clarkin, 1990). Considérese el ejemplo más famoso, la homosexualidad que, increíblemente, se tomaba como un trastorno mental. La homosexualidad fue “curada” por el voto de la Asociación de Psiquiatría Americana cuando los activistas homosexuales protestaron al ser tildados de enfermos. Y la historia continúa: Kutchins y Kirk (1997) presentan una explicación reveladora sobre la votación a favor y en contra de los diferentes trastornos, y muestran de manera

convinciente cómo la inclusión de un diagnóstico se basa mucho más en la política y en la economía que en la ciencia. De forma provocadora, sugieren que el lenguaje del DSM sobre la enfermedad mental es un interesado instrumento político arraigado en el empeño de los psiquiatras buscando la credibilidad de sus colegas médicos.

David Healy (1997) argumenta de forma persuasiva en *The Antidepressant Era* que las compañías farmacéuticas están tanto en el negocio de la venta de diagnósticos psiquiátricos como en el de la venta de medicamentos psicotrópicos porque, obviamente, uno promueve al otro. Al hacerlo, sacan provecho a la propensión pública de creer en la autoridad médica. Healy plantea preguntas inquietantes sobre hasta qué punto la ciencia médica del diagnóstico se rige por intereses económicos.

Finalmente, hay que tener en cuenta que el diagnóstico no incluye factores contextuales. El diagnóstico solo describe el comportamiento individual; ignora las influencias de tipo relacional, medioambiental y cultural. Clasificar solamente el comportamiento individual como anormal implica que cuando alguien no encaja sin problemas en su rol cultural preestablecido, es la persona la que falla. El resultado es que los diagnósticos con frecuencia refuerzan las desigualdades entre hombres y mujeres y codifican los prejuicios raciales y culturales (Kutchins y Kirk, 1997). No es de extrañar que las mujeres se lleven la peor parte. Ellas constituyen la mayoría de las personas diagnosticadas de TLP y llenan las listas de otros muchos diagnósticos. Como prueba adicional, un estudio reciente (Zito, Safer, dosReis y Riddle, 1998) encontró que tanto la raza como el estatus social de los niños influyó en los diagnósticos y el tratamiento que recibieron. Los niños culturalmente diferentes de quienes les ayudaban recibieron diagnósticos más graves y más medicación, y tenían menos posibilidades de recibir terapia.

Trastorno diagnóstico: una enfermedad poco citada que necesita tratamiento a gran escala

Para recapitular: el diagnóstico psiquiátrico representa una extensión defectuosa del modelo médico. Mantiene un misterio médico en torno a los problemas que devalúa a los clientes y oculta caminos más esperanzadores para el abordaje de las situaciones problemáticas. El diagnóstico tiene, en el mejor de los casos, una fiabilidad cuestionable, y no tiene ningún valor en cuanto a la planificación del tratamiento y la predicción de resultados. Puede generar atribuciones nocivas al etiquetar a los individuos, a sus familias y a los profesionales que les ayudan. A la mayoría de los terapeutas no les gusta el diagnóstico, mienten activamente para proteger a los clientes de sus consecuencias, y declaran que no guía su trabajo diario. Finalmente, el diagnóstico es culturalmente tendencioso y cambia como la marea, dependiendo de las corrientes predominantes de la política y la atracción gravitatoria del mercado.

Ya es hora de destronar al diagnóstico como faraón de la salud mental y dejar de utilizar la excusa de que tenemos que diagnosticar para que nos paguen. La única razón por la que debemos usarlo para cobrar es porque no hemos expresado con claridad a las fuentes de financiación sobre los inconvenientes de su uso, ni hemos ofrecido algo diferente. En este libro ofrecemos una alternativa basada en el resultado, en el beneficio de los servicios que proporcionan los terapeutas. Imagínese que la próxima generación entera de profesionales de la salud mental desafíase las bases mismas del diagnóstico y se explorasen nuevas alternativas. Imagínese esas

posibilidades surgiendo de formas cada vez más creíbles y humanistas de entender el comportamiento humano.

EL MITO DE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA: LA CURA MILAGROSA

Admiro a los que buscan la verdad. Evito a los que la encuentran.

Lema francés

Cuando se caracteriza la psicoterapia en seminarios y libros, es fácil dar la impresión de que funciona con una precisión tecnológica. La ilusión es que el terapeuta que todo lo sabe asigna el diagnóstico adecuado y selecciona el tratamiento apropiado para el trastorno en cuestión. El terapeuta evalúa el demonio que atormenta al desventurado cliente, carga la bala de plata⁸ en el revólver psicoterapéutico, y dispara al hombre-lobo psíquico que aterroriza al cliente. Esta sección arroja la luz del conocimiento empírico sobre este relato mítico y, esperanzadamente, lo echa por tierra de una vez por todas.

Las investigaciones han dado lugar a una conclusión indiscutible que es una buena noticia tanto para los profesionales de la salud mental como para los clientes: la psicoterapia es eficaz para ayudar con los problemas humanos. Sin embargo, la buena noticia sobre la utilidad de la terapia se ha visto acompañada por una gran proliferación de diferentes modelos. A lo largo de los años, nuevas escuelas de terapia han ido apareciendo con la regularidad de los catálogos del Círculo de Lectores. La mayoría pregonaba haber captado la verdadera esencia de las disfunciones psicológicas y de los mejores remedios.

Con la esperanza de demostrar la superioridad de sus enfoques favoritos, una generación de investigadores marcó el comienzo de la época de los ensayos clínicos comparativos. Tenía que haber ganadores y perdedores. De este modo, las terapias conductuales, psicoanalíticas, centradas en el cliente o humanistas, racional-emotivas, cognitivas, con y sin límite temporal, y otras, se enfrentaron entre sí en una gran batalla de marcas. Sin embargo, todo este ruido y furia produjeron una inesperada hoguera de vanidades (Hubble et al., 1999a). Dicho de otra manera y reiterando el epígrafe de Huxley que introduce este capítulo, la ciencia mató a una bella hipótesis con un hecho feo. La premisa fundamental de los estudios comparativos, que una (o más) terapias serían mejor que las demás, prácticamente no recibió apoyo. A pesar de algún hallazgo ocasional significativo para una terapia en particular, la masa crítica de datos no reveló diferencias de eficacia entre los diversos tratamientos para los trastornos psicológicos. A pesar de los esfuerzos hercúleos de legiones de devotos del modelo, nadie consiguió proclamar su religión como la mejor.

Estos hallazgos han sido creativamente resumidos citando al pájaro dodo de *Alicia en el País de las Maravillas*, que dijo: “todos han ganado y todos deben tener premio”

⁸ NT: *silver bullet* en el original; se refiere a la idea (criticada por los autores) de que existe un tratamiento concreto y específico particularmente indicado y eficaz para un determinado diagnóstico: una bala de plata. Entendemos que *cura milagrosa* refleja ese significado y así lo hemos reflejado en otros lugares. Sin embargo, en alguna ocasión –como esta– preferimos utilizar la traducción literal de *bala de plata* por cuadrar mejor en el contexto de la frase.

(Carroll, 1962). En su notable y reputada exposición de la perspectiva de los factores comunes, Saul Rosenzweig (1936, p. 412) recogió por primera vez las palabras del dodo para ilustrar su observación profética del éxito equivalente de las distintas psicoterapias (Duncan, 2002). Casi cuarenta años después Luborsky, Singer y Luborsky (1975) validaron empíricamente la conclusión de Rosenzweig en su revisión clásica de ensayos clínicos comparativos. Tras examinar la ausencia de diferencias entre los modelos, concluyeron en bautizar sus observaciones como “el veredicto del pájaro dodo” (p.1003). Ha demostrado ser el hallazgo más replicado en la literatura.

Confirmar la idea de que todos los modelos son iguales es el hito que el TDCRP mencionó primero (Elkin et al., 1989). Después de todo el esfuerzo invertido en el diseño de un estudio que representase la vanguardia en la investigación de resultados, los investigadores se vieron sorprendidos por sus propios hallazgos. Recordemos que, en general, los cuatro tratamientos -incluyendo el placebo- tuvieron aproximadamente la misma eficacia. Avances recientes en metodología estadística, particularmente estudios meta-analíticos, permiten a los investigadores examinar la inmensa literatura clínica y extraer conclusiones a partir de grupos enormes de datos, aportando así aún más credibilidad al veredicto del pájaro dodo. En una exhaustiva revisión de la literatura de resultados realizada en 1997 por el investigador en psicoterapia Bruce Wampold y sus colegas, se analizaron unos 277 estudios llevados a cabo entre 1970 y 1995 para determinar qué modelos terapéuticos habían dado los resultados más sólidos (Wampold et al., 1997). Esta revisión confirmó una vez más que ningún enfoque tiene una superioridad rigurosamente probada sobre cualquier otro. Otros estudios meta-analíticos recientes también confirman la sabiduría del pájaro dodo. “¿Por qué, se pregunta Wampold (p. 211), persisten los investigadores en sus intentos por encontrar diferencias entre los tratamientos cuando saben que los efectos de dichas diferencias son pequeños?...”

Para enfatizar este punto, está el enorme estudio que dirigió *Human Affairs International* con más de dos mil terapeutas y veinte mil clientes. Este estudio de eficacia llevado a cabo en situaciones reales (en comparación a los estudios de eficacia controlados) no reveló diferencias en los resultados y tuvo en cuenta hasta trece enfoques distintos, incluyendo la terapia familiar y la medicación (Brown et al., 1999). Tan solo un puñado de estudios han encontrado diferencias y su número es mucho menor de lo que sería atribuible al azar (Wampold, 1997). Por ejemplo, Wampold (2001) revela que, de las más de tres mil comparaciones de variables dependientes de TCC con otras formas de terapia, solo quince han encontrado a esta terapia superior a las otras.

Pese a los extraordinarios esfuerzos, los datos predominantes indican que nadie puede decir que un método es superior a otro. El hecho de que el veredicto del pájaro dodo surgiese por accidente -mientras los investigadores estaban tratando de demostrar la superioridad de sus propios modelos- lo hace particularmente digno de considerar. Se trata de un hallazgo notablemente libre del sesgo del investigador. Pero, ¿qué significa? Como dijo Rosenzweig asombrosamente en 1936 (y a partir de él muchos investigadores más, por ejemplo Frank, 1973), puesto que todos los enfoques parecen iguales en eficacia, deben operar factores comunes a todas las teorías que eclipsan cualquier diferencia percibida o supuesta entre los enfoques. La terapia funciona, pero nuestra comprensión de cómo funciona no se puede encontrar en las explicaciones

sectarias de las diferentes orientaciones teóricas; más bien debemos buscarla en los factores comunes a todos los enfoques.

Si las terapias funcionan, pero esto no tiene nada que ver con su parafernalia, ¿cuáles son los factores comunes de cambio? Nuestro reciente libro *The Heart and Soul of Change* (Hubble, Duncan y Miller, 1999c) responde empíricamente a esta pregunta. Reunimos a los principales investigadores de resultados para revisar cuatro décadas de investigación y revelar sus implicaciones para la práctica. La figura 2.1 representa los cuatro factores de cambio y su porcentaje de contribución a un resultado positivo independientemente de la orientación teórica o disciplina profesional del terapeuta (Asay y Lambert, 1999).

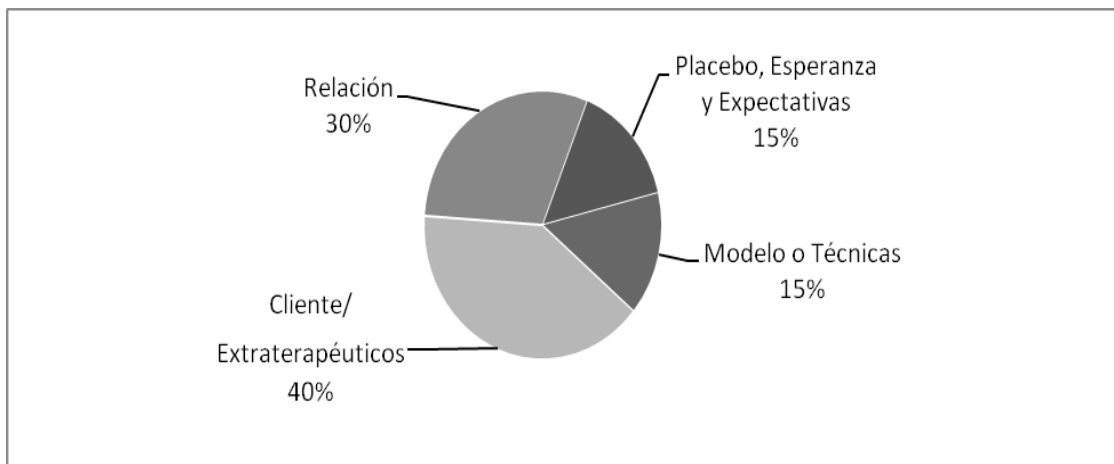


Figura 2.1. Factores que dan cuenta del cambio en terapia.
Fuente: Asay y Lambert, 1999.

Los factores comunes proporcionan el marco empírico para métodos de trabajo dirigidos por el cliente y guiados por los resultados. Un enfoque dirigido por el cliente y guiado por los resultados no incluye técnicas fijas, ni patrones invariantes en el proceso terapéutico, o teorías causales relativas a las preocupaciones que la gente trae a terapia. Cualquier interacción con un cliente puede ser dirigida por el cliente y guiada por los resultados. Esto ocurre cuando los terapeutas forman equipo con los clientes para tres propósitos: (1) potenciar los factores, independientemente de las teorías, que explican el éxito (capítulo tres), (2) utilizar la teoría del cambio del cliente para orientar la elección de la técnica y el modelo (capítulos tres y seis), y (3) guiar la terapia con medidas válidas y fiables de la experiencia del cliente con el proceso y el resultado (capítulo cuatro).

Desde la publicación de *The Heart and Soul of Change* y la primera edición de este libro, Bruce Wampold (2001) publicó su revisión meta-analítica de la investigación de resultados en psicoterapia. No solo ha reforzado nuestra perspectiva de los factores comunes, sino que se ha ampliado significativamente nuestra comprensión. Para nuestra sorpresa la descripción de Lambert de los factores comunes da incluso más importancia a la técnica y subestima la importancia de las características del cliente y de la alianza.

Factores del Cliente

Los clientes siempre han sido caracterizados como los portadores del mensaje frustrado de disfunción familiar, los creadores de resistencia y, en la mayoría de las tradiciones, el blanco de cualquier intervención supuestamente importantísima. Raramente se le selecciona para el papel de agente principal del cambio, ni tampoco se le menciona en la publicidad que anuncia la última moda en la boutique de técnicas terapéuticas. Sin embargo, la revisión de investigaciones de Tallman y Bohart (1999) deja claro que el cliente es en realidad el factor más potente para el resultado en psicoterapia -los recursos que los clientes traen a la sala de terapia y las influencias sobre sus vidas fuera de ella (Miller, Duncan y Hubble, 1997). Estos factores e influencias pueden incluir la persistencia, la sinceridad, la fe, el optimismo del cliente, una abuela comprensiva o la pertenencia a una comunidad religiosa (todos los factores que operan en la vida de un cliente antes de que él o ella entren en terapia). También incluye interacciones fortuitas entre tales fortalezas internas y la casualidad, tales como un nuevo trabajo o una crisis negociada con éxito. Asay y Lambert (1999) atribuyen el 40 por ciento de mejoría durante la psicoterapia a las características del cliente. El meta-análisis de Wampold (2001) atribuye la friolera del 87 por ciento a los llamados factores extra-terapéuticos, dejando solo el 13 por ciento de la varianza explicada por el impacto de la terapia. Esta perspectiva acerca de cómo ocurre el cambio sugiere una revisión radical de nuestras ideas acerca de los clientes y acerca de a qué debería parecerse la terapia. Como consecuencia, las curas milagrosas cuidadosamente adquiridas y escandalosamente promocionadas no son los factores que definen el cambio. Los clientes son los protagonistas, los héroes y heroínas del escenario terapéutico. Con esta información, el capítulo tres se burla de las D's asesinas que degradan al cliente -diagnóstico, déficits, trastornos [disorders], enfermedades [diseases], discapacidades y disfunciones- y, en su lugar, sugiere formas de poner los factores del cliente al servicio de los objetivos de éste.

Factores de la Alianza

Bachelor y Horvath (1999) argumentan convincentemente que junto a lo que el cliente trae a terapia, la percepción del cliente de la relación terapéutica es responsable de la mayor parte de los avances que se consiguen. Los factores de la relación representan el 30 por ciento del éxito (Asay y Lambert, 1999).

En un estudio que examina las percepciones del cliente de la relación, Bachelor (1995) encontró tres tipos diferentes de relación que los clientes valoran. Casi la mitad de los clientes describen una buena relación en términos de respeto del terapeuta, la comprensión empática y la escucha atenta; esto incluye a menudo una relación amistosa con el terapeuta. Para otro 40 por ciento, la mejora de la auto-comprensión, adquirida a través de la clarificación por parte del terapeuta del material del cliente, caracteriza una relación positiva. Por último, una proporción menor de clientes veían la relación en términos de colaboración. El cliente de tipo colaborativo apuntaba que la labor de la terapia no era exclusivamente responsabilidad del terapeuta y que cada parte colabora. Por lo tanto, parece que desde la perspectiva del cliente no existe un único e invariable tipo de relación. Algunos clientes desean una amistad, algunos consejo experto, y otros un esfuerzo de colaboración. El trabajo de Bachelor sugiere que un repertorio flexible de posturas relacionales que se adapten a los diferentes clientes es importante para la eficacia de la terapia.

Buscando una descripción más satisfactoria de las dinámicas interpersonales implicadas entre el cliente y el terapeuta, los investigadores han ampliado la relación en un concepto más amplio conocido como alianza. La alianza hace hincapié en la colaboración entre el cliente y el terapeuta para alcanzar los objetivos del cliente (Bordin, 1979). La investigación encuentra repetidamente que una alianza positiva es uno de los mejores predictores de resultado (Horvath y Symonds, 1991). Por ejemplo, Krupnick et al. (1996) analizaron los datos del TDCRP y encontraron que la alianza fue predictor de éxito para todas las condiciones (recuérdese que el modelo terapéutico no lo fue). En otro gran estudio de varias terapias para el alcoholismo, la alianza también fue un predictor significativo de éxito (la sobriedad), incluso en el seguimiento a un año (Connors, DiClemente, Carroll, Longabaugh y Donovan, 1997). Por otra parte, las calificaciones de los clientes de la alianza son mucho mejores predictores del resultado que las calificaciones del terapeuta (Bachelor y Horvath, 1999). Claramente, entonces, es crucial para los terapeutas prestar atención a la alianza que se desarrolla con los clientes y monitorizar regularmente su calidad.

Si usted no está convencido de que la alianza debería ser parte fundamental en sus ideas sobre el cambio, considere la perspectiva meta-analítica de Wampold (2001) sobre la alianza. Él atribuyó el 54% de la varianza del impacto de la terapia a la alianza. (Recuérdese que él atribuye solamente un 13 por ciento de la varianza total a la terapia. No importa si las cifras de Wampold suman el 100 por cien; las cifras citadas siempre están en comparación con los efectos de la técnica y el modelo). Para poner esto en perspectiva, la cantidad de cambio atribuible a la alianza es de aproximadamente siete veces mayor que la atribuible a un modelo o técnica específica.

La investigación sobre el poder de la alianza refleja más de mil hallazgos y se siguen sumando (Orlinsky, Grawe y Parks, 1994; Orlinsky, Ronnestad y Willutzki, 2004). Orlinsky y colegas (1994, p. 361) reducen su extensa revisión de la alianza a una palabra, *participación*, y concluyen:

La calidad de la participación del paciente en la terapia se destaca como el factor más determinante del resultado.... La contribución del terapeuta para ayudar al paciente a alcanzar un resultado favorable se hace principalmente a través del compromiso empático, afirmativo, colaborativo y autocongruente con el paciente.... Estas relaciones consistentes entre el proceso y el resultado, basados literalmente en cientos de resultados empíricos, pueden considerarse *hechos* probados a lo largo de más de cuarenta años. . . de investigación.

Debemos dejar de lado el atractivo intelectual de los modelos teóricos, las promesas de las técnicas deslumbrantes, el carisma de los maestros y la perspicacia comercial de los charlatanes. La investigación indica que la terapia funciona si los clientes experimentan positivamente la relación y son participantes activos. El capítulo tres se dedica a este cuerpo de información y sugiere maneras de amoldarse a las percepciones que los clientes tienen de la alianza y buscar su participación en la terapia. La monitorización de la alianza ocupa un lugar destacado para guiarse por los resultados (capítulo cuatro).

Expectativa, Esperanza y Lealtad

Después del cliente y los factores de la relación vienen las expectativas. Esta clase de influencias en el resultado se refieren a la parte de mejoría derivada del conocimiento de los clientes de estar en terapia, la instilación de esperanza y la percepción de credibilidad de los fundamentos y técnicas de la terapia por parte del cliente. Se cree que estos efectos no surgen específicamente de un procedimiento dado del tratamiento; vienen de las expectativas esperanzadoras que acompañan al método. Asay y Lambert (1999) fijan la contribución de las expectativas al resultado de la psicoterapia en el 15 por ciento. El capítulo tres sugiere formas de ofrecer posibles soluciones creíbles (para el cliente) basadas en sus expectativas.

Una idea similar, pero desde el punto de vista del terapeuta, es el concepto de lealtad. Wampold (2001) define los efectos de la lealtad como los imputables a la confianza del terapeuta en el tratamiento administrado. Messer y Wampold (2002) sugieren que el 70 por ciento de los efectos de un enfoque particular se explican por la lealtad del terapeuta al modelo utilizado. Para poner esto en perspectiva, considérese que solo el 1 por ciento del cambio es debido al impacto de cualquier modelo, y el 70 por ciento de este 1 por ciento se atribuye a la fe y el entusiasmo del terapeuta por el tratamiento utilizado. En realidad, esto arroja poca luz a cualquier énfasis en la técnica por encima de los efectos del cliente, de la alianza y de las expectativas.

Factores del Modelo o la Técnica

Finalmente, los modelos y las técnicas constituyen el último de los cuatro factores y contribuyen al 15 por ciento del cambio en la terapia (Asay y Lambert, 1999). Los factores del modelo o la técnica son las creencias y procedimientos únicos para tratamientos específicos; por ejemplo, la pregunta milagro en la terapia centrada en soluciones, el genograma en la terapia familiar de Bowen, la desensibilización en la terapia conductual, las interpretaciones de transferencia en la terapia freudiana, y las premisas teóricas correspondientes a estas prácticas. El meta-análisis de Wampold (2001) asigna sólo un 13 por ciento del total a los efectos de la terapia, tanto factores generales como específicos combinados. De ese 13 por ciento solo el 8 por ciento es la parte de la contribución de los efectos del modelo. De la varianza total de cambio, ¡solo el 1 por ciento puede ser asignado a la técnica específica!

Exactamente, ¿de qué manera deberíamos considerar a los modelos cuando tanta varianza está controlada por otros factores -85 por ciento en la estimación de Asay y Lambert (1999) (40 por ciento factores del cliente, 30 por ciento factores de la relación y 15 por ciento expectativas)- y un increíble 99 por ciento según la perspectiva de Wampold (2001)? Los modelos proporcionan una estructura para la realización de la terapia y, más importante, formas alternativas de abordar las preocupaciones del cliente cuando no hay mejoría. Las diferentes escuelas de terapia pueden ser más útiles cuando proporcionan a los terapeutas formas nuevas de ver viejas situaciones, cuando facultan a los terapeutas para cambiar en lugar de formarse una opinión acerca de los clientes (Miller et al., 1997). Con más de cuatrocientos modelos terapéuticos y técnicas para elegir, hay pocas razones para continuar siendo leales a un enfoque particular cuando no está produciendo resultados. No es necesario buscar culpables; terapeutas y clientes pueden simplemente volver al gran bufé, por así decirlo, y hacer otra selección.

Como se ilustrará en el capítulo cuatro, ver los modelos de esta forma es clave para un enfoque guiado por los resultados. Los modelos que ayudan al terapeuta a aproximarse de forma diferente a las metas del cliente, establecer un mejor ajuste con la teoría del cambio del cliente, aprovechar las casualidades, o utilizar apoyos del entorno es probable que sean más beneficiosos en la resolución de cualquier impasse.

Práctica basada en la evidencia: la cura milagrosa definitiva.

A pesar del apoyo abrumador para el veredicto del pájaro dodo y toda la investigación que respalda los factores del cliente y la alianza, el campo de la salud mental permanece peligrosamente enamorado de técnicas llamativas y la promesa de curas milagrosas. Los clínicos son bombardeados regularmente por folletos de talleres y anuncios de libros que pregonan qué hay de nuevo y diferente. En los últimos tiempos la llamada ha sido para la definitiva y todopoderosa cura milagrosa: el tratamiento basado en la evidencia. Esto, recuérdese, es la noción empíricamente insolvente de que para un problema en particular hay un tratamiento específico que es mejor. El problema en este caso, además del hecho de que nadie ha demostrado nunca la superioridad de un método sobre otro, es que excluye totalmente al cliente del estudio. Sus promotores equiparan al cliente con el problema y describen el tratamiento como si se aislase de los factores más poderosos que contribuyen al cambio (los recursos del cliente, sus percepciones y su participación).

¿De dónde viene esta loca idea? Como con el diagnóstico, las implicaciones políticas y financieras cobran gran importancia. El creciente predominio de la práctica basada en la evidencia puede ser mejor entendida como el producto de presiones crecientes (es decir, los órganos legislativos que definen los estándares de práctica, terceros pagadores que adoptan guías empíricas) que sirven para incrementar la competencia entre los profesionales de la salud mental. Recuérdese que desde la década de 1980 el número de profesionales de salud mental ha aumentado sobre un 275 por ciento. En respuesta, los diversos grupos profesionales han sentido la necesidad urgente de documentar la eficacia científica de sus enfoques preferidos. Siguiendo la tendencia de la medicina hacia los grupos diagnósticos relacionados, a principios de la década de 1990 los miembros de la Asociación de Psiquiatría Americana decidieron que debían tomar la iniciativa determinando los mejores tratamientos para los diversos subgrupos diagnósticos de enfermedad mental.

Comenzando en 1993 con las directrices para la depresión mayor y los trastornos alimenticios, el comité elaboró guías para trastornos que van desde el trastorno bipolar hasta la enfermedad de Alzheimer pasando por la dependencia a la nicotina. Las guías prácticas abarcan todo, desde la planificación del tratamiento al manejo psiquiátrico y la selección del tratamiento para cada uno de los trastornos. El visto bueno de la psiquiatría ha dado un aura de legitimidad científica a lo que principalmente era un acuerdo entre psiquiatras acerca de sus prácticas preferidas, con énfasis en el tratamiento biológico.

Por temor a la hegemonía histórica de la psiquiatría en el cuidado de la salud, los psicólogos se subieron al carro de los tratamientos empíricamente validados. Los tratamientos basados en la evidencia están siendo promovidos como el punto de

reunión, una "causa común" para una profesión clínica que lucha contra la exclusión (Nathan, 1997, p. 10). Argumentando que los clientes tienen derecho a tratamientos "probados", no consensuados, la Asociación de Psicología Americana (APA) se apresuró a seguir el ejemplo de la psiquiatría. En 1993 un grupo de trabajo especial actuando bajo los auspicios de la División de Psicología Clínica ridiculizó la lista de tratamientos aprobados por la psiquiatría como médicamente sesgada y no representativa de la literatura clínica, y describió sus conclusiones sobre lo que constituían los tratamientos científicamente validados (APA, 1993). En lugar del consenso clínico y directrices generales, el grupo de trabajo centró sus esfuerzos en las demostraciones de la investigación de que un tratamiento particular ha demostrado ser beneficioso para los clientes en ensayos clínicos aleatorios (ECA). Similar a las normas ECA de la Federal Drug Administration, con el fin de ser considerado bien establecido, un tratamiento debe demostrar en solo dos estudios independientes que sus beneficios son superiores a los de un tratamiento alternativo o a una condición de placebo.

La idea de contar con una intervención psicológica específica para un determinado tipo de problema -el equivalente psicológico de una pastilla para la angustia emocional- tiene un cierto atractivo. Pero, de hecho, una mirada más atenta revela que la idea de la práctica basada en la evidencia es sumamente deficiente, especialmente como cualquier tipo de mandato respecto de lo que debe hacerse en terapia. Para empezar, consideremos el ECA. Fue diseñado para comparar los efectos de un fármaco (un compuesto activo) con un placebo (una sustancia terapéuticamente inerte o inactiva) para una enfermedad específica. El supuesto básico del ECA es que los ingredientes activos (únicos) de diferentes fármacos (o psicoterapias) producirán diferentes efectos, superiores al placebo, con diferentes trastornos.

En pocas palabras, el modelo de los principios activos o metáfora de las drogas (Stiles y Shapiro, 1989) del ECA no se ajusta a la psicoterapia (Wampold et al., 1997). No hay ingredientes únicos o activos para los enfoques de terapia. Los factores comunes son la norma. Por ejemplo, en un estudio con treinta clientes deprimidos, Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue y Hayes (1996) compararon los efectos de una técnica específica de terapia cognitiva, la focalización en la corrección de las cogniciones distorsionadas, con otros dos factores denominados no específicos: la alianza y la implicación emocional del cliente con el terapeuta. Los resultados revelaron que, si bien los dos factores comunes estaban muy relacionados con el progreso, la técnica única de la terapia cognitiva -eliminación de las emociones negativas mediante el cambio de cogniciones distorsionadas- ¡se relacionó negativamente con un resultado exitoso! Además, los estudios de componentes, que desmontan los enfoques para separar ingredientes únicos, han encontrado igualmente poca evidencia para apoyar cualquier efecto único o específico de la terapia (Jacobson et al., 1996). Estos estudios han demostrado que no importa qué componente dejes fuera: el enfoque funciona tan bien como el modelo que tiene todos sus componentes. Quizás para acabar con este tema, un reciente meta-análisis de los estudios de investigación de componentes (Ahn y Wampold, 2001) no sostiene la idea de los ingredientes únicos en los enfoques de psicoterapia. En conclusión: la evidencia de que los ingredientes *específicos* explican la eficacia del tratamiento sigue siendo débil o inexistente. De hecho, Wampold (2001) concluye, "Décadas de investigación en psicoterapia han fracasado en encontrar una pizca de evidencia conforme *cualquier* ingrediente específico es necesario para el cambio terapéutico" (p. 204, la cursiva es añadida). En consecuencia, toda la filosofía del diseño del ECA no encaja en el campo de la psicoterapia.

En segundo lugar, los criterios utilizados para validar un tratamiento contienen un sesgo fatídico. Los ECA requieren que los tratamientos evaluados no contengan las inevitables improvisaciones de la terapia tal como se practica en el mundo real. En vez de eso, los enfoques estudiados están todos obligados a seguir un guión, un manual, de modo que la variable que presumiblemente está siendo examinada -una forma de tratamiento estructurada y definida con precisión- pueda ser estrictamente controlada. Desde una perspectiva clínica, sin embargo, los manuales fracasan y parecen la prueba irrefutable de que los investigadores son *nerds*⁹ declarados. Los terapeutas experimentados saben que los matices del trabajo requieren la adaptación singular de cualquier enfoque a un cliente y circunstancia particular. En pocas palabras, los terapeutas no hacen terapia de manual.

Sin embargo, los datos muestran claramente que los terapeutas formados para prestar una atención protocolizada incrementan la adherencia al manual. No obstante, la misma investigación no muestra mejoras en el resultado y sí la fuerte posibilidad de consecuencias negativas indeseables (Beutler et al, 2004; Lambert y Ogles, 2004). Con respecto a lo primero, los investigadores Shadish, Matt, Navarro y Phillips (2000) encontraron que la psicoterapia no protocolizada es tan eficaz como la de manual en un meta-análisis de noventa estudios. En cuanto a lo último Addis, Wade y Hatgis (1999) mostraron que los manuales afectaron negativamente a la calidad de la relación terapéutica, redujeron el alcance del tratamiento innecesaria e inadvertidamente, y disminuyeron la probabilidad de la innovación clínica. En efecto, los terapeutas que hacen terapia siguiendo el manual desarrollan mejores relaciones con sus manuales que con los clientes y parecen perder la capacidad de responder de forma creativa.

Aunque ciertos tipos de terapia se pueden escribir como un guión -la TCC es la más destacada- la mayoría no. Por lo tanto no debería ser una sorpresa que la TCC y otros enfoques conductuales predominen, suponiendo sobre el 80 por ciento de la lista real de tratamientos basados en la evidencia. ¿Esto es porque estos tratamientos son más eficaces? No, en realidad es porque son los más fáciles de protocolizar y por ello han sido elegidos para ser investigados. Téngase también en cuenta que muy pocos enfoques tienen el privilegio de ser investigados. Así que la lista basada en la evidencia realmente es solo de aquellos enfoques que se practican en contextos que apoyan los esfuerzos investigadores y que son capaces de lograr financiación. Este privilegio no se extiende a los más de 250 enfoques que existen hoy en día.

Más comprometedor, sin embargo, es que la superioridad que demuestra sobre el placebo o el tratamiento habitual no está diciendo mucho, ¡la psicoterapia ha demostrado su superioridad frente al placebo durante casi cincuenta años! La terapia es el doble de eficaz que el placebo y aproximadamente cuatro veces mejor que el no tratamiento. Esta investigación, con toda su pompa y circunstancia, no nos dice nada que no sepamos ya: ¡la terapia funciona! Además, la eficacia demostrada sobre el placebo no es lo mismo que la eficacia demostrada sobre otros enfoques. Recordemos el veredicto del pájaro dodo. No hay diferencia en la eficacia entre los enfoques. ¿Por qué las organizaciones de financiación de estudios nos dicen lo que ya sabemos? ¿Por qué los defensores de los tratamientos basados en la evidencia parecen pretender que la eficacia frente al placebo significa que un determinado tratamiento es mejor que otros?

⁹ Nerd: anglicismo de uso peyorativo, referido a una persona inteligente centrada obsesivamente en una tarea muy concreta y desconectada del entorno.

Cuando alguien afirme la eficacia diferencial de un enfoque, desconfíe. Recordemos que el número de estudios que encuentran diferencias no son más que lo que uno esperaría por azar. Además, una investigación más atenta de los estudios que proclaman superioridad revela dos problemas importantes que deben considerarse: los efectos de la lealtad y las comparaciones indirectas (Wampold, 2001). Recuérdense también que los efectos de la lealtad son los atribuibles a la afinidad del terapeuta o del investigador hacia el tratamiento utilizado, y que Messer y Wampold (2002) sugieren que la lealtad representa hasta el 70 por ciento de los efectos del tratamiento.

Por ejemplo, a pesar de que algunas revisiones hayan encontrado una ventaja muy pequeña de los enfoques cognitivo-conductuales, estudios posteriores encontraron que las diferencias desaparecieron por completo cuando los investigadores tuvieron en cuenta la lealtad de los experimentadores a los métodos que estaban investigando (Lambert y Bergin, 1994). Como punto de comparación, considérese que en el TDCRP la investigadora principal, Irene Elkin, no tenía una afiliación por ninguno de los enfoques investigados. Además, cada uno de los tratamientos comparados fueron proporcionados por los clínicos que tenían lealtad a los modelos que aplicaban. El TDCRP, por lo tanto, controló los efectos de la lealtad. Cualquier diferencia de tratamiento informada siempre debe ser matizada por el conocimiento de la lealtad de los investigadores y de los terapeutas en el estudio.

Consideremos la terapia centrada en la emoción (TCE), la reina empíricamente apoyada de la terapia de pareja, incluso promocionada como una demostración de "los mejores resultados" y tácitamente "la revolución en terapia de pareja" según uno de sus promotores (Johnson, 2003, p. 363). Llamando al veredicto del pájaro dodo "el cliché dodo" y diciendo que es anticuado, Johnson cita cuatro estudios para apoyar su conclusión, a pesar de los muchos más que no han encontrado ninguna diferencia (p. 367). Dejando a un lado la exageración de la revolución (los factores del modelo representan sólo el 1 por ciento de la varianza de los resultados) y la aparente incomprensión de Johnson del significado del veredicto del pájaro dodo (Johnson explica: "como el pájaro Dodo, la idea de que algunos modelos de intervención son más efectivos que otros se ha extinguido" [p 367]), vamos a considerar su afirmación de "mejores resultados".

En primer lugar, todos los estudios de TCE menos dos incluyen demostraciones de su eficacia sobre el placebo o ningún tratamiento, y no se comparan con otros enfoques de tratamiento para parejas. Todas las terapias pueden hacer afirmaciones similares de mejores resultados cuando se comparan con no tratamiento. Dos estudios investigaron los efectos diferenciales. El primero enfrentó la TCE con la intervención para resolución de problemas (IRP) (Johnson y Greenberg, 1985), una cuestionable comparación directa con otro modelo de terapia (ver más abajo). En este estudio, la TCE mostró diferencias significativas con respecto a la IRP en todas menos cuatro de las trece medidas de final de tratamiento. A las ocho semanas de seguimiento, estos escasos resultados fueron aún menos notables -solo dos indicaron superioridad-. Dejando a un lado estos decepcionantes resultados, tengamos en cuenta las afirmaciones de los "mejores resultados" en el contexto de los problemas de lealtad. En este artículo se reconoce que el primer autor había actuado como terapeuta en el estudio y que los autores desarrollaron la TCE. Johnson, Hunsley, Greenberg y Schindler (1999) reconocen también que casi todos los estudios sobre la TCE han sido llevados a cabo por sus

promotores, lo que sugiere que hasta el 70 por ciento de la "revolución" observada es atribuible a la fe de los investigadores en la TCE. Cuando se controlan los efectos de la lealtad, el pájaro dodo todavía reina. Un ejemplo: El otro estudio (Goldman y Greenberg, 1992), notablemente no mencionado en el artículo de la "revolución", fue una comparación cara a cara entre la TCE y un enfoque sistémico integrado (ESI). Como era de esperar, no se encontraron diferencias en los resultados de este estudio, si bien en el seguimiento el ESI tenía ventaja.

Otro tema importante en la evaluación de las afirmaciones de una eficacia diferencial es si el estudio realmente presenta un combate justo: ¿Es la comparación ofrecida realmente un contraste entre dos enfoques totalmente previstos para ser terapéuticos? ¿O los experimentadores enfrentan a su modelo favorito contra un tratamiento habitual o un oponente inferior al ideal? Wampold (2001) llama comparaciones indirectas a estos emparejamientos injustos. Considérese la terapia multisistémica (TMS), que se ha mostrado impresionantemente superior al no tratamiento o al tratamiento habitual para reducir los actos criminales juveniles y para otros beneficios (p.ej., Henggeler, Melton y Smith, 1992). Sin embargo, para sugerir que se ha probado que es diferencialmente mejor que la terapia individual se destaca más por lo que se oculta que por lo que se expone.

Una revisión de dicha comparación involucrando a delincuentes juveniles graves (Borduin et al., 1995) revela que la TMS se lleva a cabo en el hogar, con la participación de los padres y otros sistemas que interactúan, por terapeutas supervisados regularmente por los fundadores del enfoque. El estudio compara la TMS con la terapia individual del adolescente, con poco o ningún aporte externo de los padres u otras personas, realizado en una clínica ambulatoria por terapeutas sin supervisión ni lealtad especial. Este tipo de comparación se hace realmente con un tratamiento habitual más que una comparación con un tratamiento fiable. Si los investigadores hubiesen comparado otro enfoque llevado a cabo en el hogar que controlase los efectos de lealtad (mediante la inclusión de personas realizando con la misma convicción el tratamiento alternativo) y las partes relevantes involucradas, sospechamos que podría encajar el veredicto del pájaro dodo.

Un apunte rápido aquí: nuestra sugerencia de que la eficacia sobre el placebo o sobre no tratamiento no es noticia de primera plana, y nuestros comentarios críticos sobre la capacidad de la TCE, la TCC, o la TMS para afirmar una eficacia diferencial no disminuye los resultados que han logrado estos enfoques para mejorar situaciones clínicas difíciles. Por el contrario, aplaudimos los esfuerzos de los investigadores y sólo recomendamos cautela al interpretar los resultados como prueba de la superioridad de cualquier enfoque sobre otro. Sus datos no indican tal privilegio.

Por último, los resultados de los ECA están inherentemente limitados debido a que no generalizan bien la forma en que la terapia se lleva a cabo en el mundo real. A diferencia de estos estudios, en la práctica clínica real el terapeuta no utiliza un manual ni practica puramente una terapia. Las terapias son predominantemente eclécticas; los clientes no se asignan al azar a los tratamientos; raramente entran en terapia con un singular trastorno DSM definido. A pesar de todas estas dificultades, los tratamientos con apoyo empírico tienen unos privilegios que los datos no apoyan. Terceros pagadores y aquellos que están al mando de los distintos grupos profesionales promulgan una lista cada vez más amplia, no muy diferente a los cerdos de Orwell en

Animal Farm, siguen afirmando que algunas terapias son más iguales que otras. El gremio y las presiones del mercado, no la ciencia, motivan esta afirmación.

DIAGNÓSTICO MÁS PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA NO ES IGUAL A EFICACIA. Amy, una estudiante de veintiún años de edad, fue diagnosticada de trastorno límite de la personalidad (TLP) y tratada con terapia conductual dialéctica (TCD), el tratamiento con apoyo empírico para el TLP. La TCD ha demostrado su eficacia sobre el placebo o el tratamiento habitual y ofrece muchas ideas útiles para abordar los comportamientos peligrosos que algunos clientes presentan. Amy fue remitida para consulta porque ella y su terapeuta consideraron que el tratamiento estaba en un callejón sin salida. A fines formativos, la entrevista fue realizada con circuito cerrado de TV para todo el equipo.

Amy comenzó la sesión con cautela y describió como su mayor preocupación los problemas en las relaciones. La medida de resultado dada al principio de la conversación reflejaba un alto nivel de angustia, sobre todo en la escala relacional, y era indicativa de personas que están en terapia. Cuando el terapeuta consultor preguntó sobre su aflicción, Amy informó de dificultades de confianza y dijo que ella se esforzaba sobre todo cuando empezaba a sentirse cerca de la gente. Amy moderaba lentamente el ritmo de la sesión y dejaba un amplio espacio para la reflexión. El despliegue de preocupaciones de Amy acerca de las relaciones en última instancia llevó a la terapeuta a preguntarle cómo pensaba que era mejor abordar esta cuestión y cambiarla.

Pasó un momento y Amy dijo: "Yo sé en mi corazón lo que necesito, y lo he sabido todo el tiempo." Ella era prudente y reflexiva y expresó su temor a compartir sus ideas por miedo a que algunos pudieran encontrarlas inapropiadas. La terapeuta consideró las implicaciones de la situación con Amy, los pros y los contras de divulgar sus ideas frente a todos los consejeros del equipo. La terapeuta dejó mucho margen para que Amy examinase las consecuencias de su revelación, y finalmente compartió sus ideas. Simplemente dijo que necesitaba una relación con un terapeuta para ayudarla a madurar en su aproximación a las relaciones. Obviamente, con el beneficio de pensarlo mucho antes, Amy detalló la forma precisa en que esta maduración podría desarrollarse en un proceso de ensayo y error impulsado por el feedback.

El ritmo se aceleró cuando Amy cambió de tema y describió su tratamiento actual como "demasiado conductual." Amy sintió que sus ideas sobre lo que tenía que suceder no encajaban con la TCD que estaba recibiendo. Además, compartió que se sentía reacia a expresar sus puntos de vista, ya que no eran aceptables para su terapeuta de TCD. Ahora era comprensible la reticencia inicial de Amy a contar sus preocupaciones: era claramente infeliz con su terapia actual y con su terapeuta de TCD, que estaba observando la consulta. La terapeuta exploró más a fondo las ideas específicas de Amy sobre el tipo de relación que buscaba en un terapeuta. La descripción de una relación tipo mentor ganó adeptos conforme el diálogo continuaba. Amy dijo: "No entiendo las reticencias de darme este tipo de relación. ¿No va en realidad la terapia sobre la relación de todos modos? ¿Cómo sabe la gente de la TCD que el cambio no sucede por la relación que el cliente tiene con el terapeuta o los otros miembros del grupo?"

La terapeuta cerró la conversación elogiando el talento y perspicacia de Amy y sugiriendo que poner en marcha lo que sabía que era correcto es lo que sería útil para

ella. El proceso de medición de puntuaciones de Amy reflejó un alto grado de satisfacción incluyendo la confianza e indicó una buena coincidencia entre sus ideas y las del terapeuta. Cuando se le preguntó sobre su experiencia, ella respondió:

Esta terapia realmente se tomó en serio mis ideas e incorporó mis planes al tratamiento. Yo era una parte en la decisión de por dónde iba la conversación y cuáles eran las metas. Me ayudó a tener en cuenta mis ideas sobre las cosas. Me sentí respetada por lo que pensé que necesitaba. He encontrado la relación segura, así que me sentí lo suficientemente libre para explorar mis pensamientos e ideas más íntimos. Creo que sobre todo sentía que yo sabía de lo que estaba hablando y no me sentía como si estuviera siendo una rebelde al pensar mis propios pensamientos. Esto no es lo que he sentido antes en terapia. Siempre sentí como si fuera difícil, una alborotadora o algo así. Estaba buscando una relación con un terapeuta que me permitiese ser totalmente honesta acerca de mis necesidades. Siempre me sentí avergonzada de decir estas cosas, como si fuera malo o inadecuado. La sesión de hoy me ayudó a explorar lo que pensé que necesitaba en vez de decidirlo la terapia, y esto me permitió tener un cierto control de mi propia terapia.

Una vez más, esto no es una historia de un milagro terapéutico sino de la locura de la aplicación de cualquier método, sea un modelo basado en la evidencia o uno normal y corriente, que no incluya la propia sensibilidad del cliente en la ecuación del cambio. Esta historia no significa una acusación contra la TCD por crímenes contra la terapia, ni contra el terapeuta por tratar de seguir el modelo, sino más bien un llamamiento para la inclusión de los clientes heroicos en todas las decisiones que les afectan. Por cierto, Amy terminó su terapia con un consejero diferente y está asistiendo a la escuela de posgrado para convertirse en una terapeuta.

UN CHALECO ANTIBALAS PARA LAS BALAS DE PLATA. Igual que el diagnóstico no pasa la prueba de la fiabilidad y la validez, la práctica basada en la evidencia recibe un suspenso cuando sus afirmaciones son examinadas empíricamente.

- La eficacia frente al placebo no es eficacia frente a otros enfoques.
- No hay efectos específicos de la psicoterapia, los ECA no encajan.
- Las afirmaciones sobre la eficacia diferencial se deben examinar para comparaciones indirectas y efectos de la lealtad.
- El factor más importante del cambio, el cliente, se queda fuera de los tratamientos con apoyo empírico.
- La terapia protocolizada socava la alianza.

Tenga cuidado con la bala de plata. No importa el nombre o la forma que tome, las afirmaciones de éxito son exageradas. Ignoran los ingredientes más esenciales de una buena terapia y, tras una inspección más cercana, no se sostienen ante el escrutinio empírico. Aunque somos entusiastas de la investigación empírica como un camino valioso para conseguir resultados más exitosos, estamos igualmente apasionados por el rechazo de las intervenciones prescritas como una orden de lo que debe hacerse.

UNA ECUACIÓN DIFERENTE

Adquirir un conocimiento y no practicarlo es como labrar la tierra y dejarla sin sembrar

—Sa'di, Gulistan

La historia de la psicoterapia se puede caracterizar como la búsqueda de los mecanismos o procesos específicos que produzcan un cambio de manera fiable. Pocos podrían debatir el éxito de esta perspectiva en la medicina, donde una base organizada de conocimiento, asociada a las mejoras en el diagnóstico y la patología y al desarrollo de tratamientos que contienen ingredientes terapéuticos *específicos*, nos ha guiado hasta la casi extinción de un número de enfermedades hasta ahora fatales. Desafortunadamente, para todas las afirmaciones y contra-afirmaciones, la psicoterapia, a pesar de numerosos años de investigación y desarrollo, no puede jactarse de logros similares. El diagnóstico en salud mental está empíricamente en quiebra y la práctica basada en la evidencia está recibiendo permanentemente avisos de descubiertos de la cuenta del pájaro dodo.

Sin embargo, intentar encajar la clavija redonda de la psicoterapia dentro del agujero cuadrado de la medicina sigue siendo atractivo por varias razones, incluyendo la aceptación general de la visión médico-científica en la sociedad occidental y la dura realidad económica de nuestro sistema sanitario (Miller et al., 2004). Aún así, los hechos son difíciles de ignorar: la psicoterapia no funciona de la misma forma que la medicina. Como resume Wampold (2001) en su meticulosa revisión de la literatura de resultados, “la evidencia científica... muestra que la psicoterapia es incompatible con el modelo médico y que... concebirla de esta manera... bien podría destruir la psicoterapia” (p. 2).

Los terapeutas han esperado, quizás, que acomodándose al modelo médico podrían asegurarse la supervivencia en estos tiempos tumultuosos de la gestión sanitaria. La complicidad, sin embargo, simplemente asegura un estatus de segunda clase para los terapeutas y los clientes en un ambiente dominado por los lenguajes especializados del diagnóstico y los modelos de tratamiento.

Nos enfrentamos a una situación dura. Por no decir no, decimos que sí: el silencio permite que predomine lo mismo de siempre. Ha llegado el momento de decir no: no al diagnóstico y no a los tratamientos basados en la evidencia. Es el momento de establecer una identidad separada, liberar nuestra dependencia adolescente del modelo médico y ofrecer una ecuación diferente basada en el modelo relacional:

RECURSOS Y RESILIENCIA DEL CLIENTE + TEORÍA DEL CAMBIO DEL CLIENTE + FEEDBACK DEL CLIENTE SOBRE EL AJUSTE Y EL BENEFICIO DEL SERVICIO = PERCEPCIONES DEL CLIENTE DE LOS RESULTADOS PREFERIDOS

Creemos que cuando ofrezcamos una elección entre el modelo médico y el relacional, muchos elegirán este último. El resto de este libro ilustra esta alternativa.

CAPÍTULO 3.

CONVERTIRSE EN TERAPEUTA DIRIGIDO POR EL CLIENTE

Historia de dos dinosaurios

Tenemos las respuestas: solo necesitamos a alguien que nos ayude a ponerlas delante de nosotros.

—*Molly, cliente heroica de diez años*

El campo de la salud mental ha sostenido tenazmente la noción del cliente como un monstruo patológico de dimensiones épicas (p. ej., los *borderline*). En nuestros talleres, para representar la visión de los clientes desde la profesión, intentamos divertirnos un poco. Primero, preparamos a la audiencia anunciando que estamos a punto de mostrar un caso grabado en video, uno particularmente problemático, visto por el equipo de tratamiento en nuestra clínica. Entonces mostramos un fragmento de la película clásica Godzilla.

Mientras se alzan enormes armas, los tanques se apresuran hacia el lugar, y los preocupados técnicos se ocupan de misteriosos instrumentos, un jovencísimo Raymond Burr está atento a la Bahía de Tokio dando testimonio del horror que se va desplegando.

Un prehistórico monstruo que los japoneses llaman Godzilla acaba de salir de la Bahía de Tokio. Es tan alto como un edificio de treinta plantas y se abre camino hacia la principal línea defensiva de Tokio, una barrera de trescientos mil voltios, una barrera contra Godzilla.

Godzilla alcanza el tendido eléctrico, y los técnicos accionan el interruptor echando todo lo que tiene la ciudad para detener el progreso del monstruo. Godzilla se revuelca y emite fuertes sonidos chirriantes que suenan como el acople de un concierto de heavy metal; pero en vano. Todo lo que consiguen es enfurecer realmente a Godzilla, que libera un rayo blanco incendiando Tokio.

Bromeando sugerimos una nueva categoría diagnóstica, trastorno de personalidad Godzilla, y llamamos a los técnicos cognitivo-conductuales, y a su intento de electrocución una intervención del tipo detención del pensamiento. La gente se ríe e inmediatamente recuerda las innumerables descripciones clínicas que caracterizan a los clientes como impresionantes, peligrosos adversarios que aplastan entre sus dedos a los terapeutas o los incineran con un blanco rayo mortal. Una visión igualmente perjudicial de los clientes, aunque más sutil, es la de considerarlos idiotas desafortunados, tontos inútiles que van recorriendo su camino de tropiezo en tropiezo.

Otra historia de dinosaurio ilustra esto. En el verano de 1964, John Ostrom y Grant Meyer, paleontólogos de Yale, estaban caminando por la pendiente de una erosionada colina en el centro sur de Montana. Se encontraron con los restos fósiles de una criatura que Ostrom más tarde llamaría *Deinonychus* (garra terrible). Aunque descubrir dinosaurios ha llegado a ser relativamente común, el hallazgo de *Deinonychus* sacudió

el fundamento mismo del pensamiento paleontológico y avivó las llamas de una gran revolución en la manera de ver a los dinosaurios.

Mientras que antes los dinosaurios eran vistos como pesados, de sangre fría, monstruos que arrastran los pies torpemente, *Deinonychus*, por su anatomía esquelética, señalaba la indiscutible existencia de un cazador ágil, dinámico, con cerebro más grande, y quizá incluso de sangre cálida, que no era nada lento, desgarrado o estúpido. Como resultado de la oportunidad de encontrarse con *Deinonychus*, la anterior ortodoxia, sólidamente establecida en la paleontología, fue sentenciada a ser muy pronto tan extinta como los animales que presumía explicar (Wilford, 1986).

Así como el descubrimiento de *Deinonychus* cambió radicalmente la manera en que eran vistos los dinosaurios, la crisis a la hora de dar cuenta de los resultados y un renovado interés en lo que funciona han subrayado la importancia del cliente para obtener un resultado positivo. Como el meteorito que puso fin a la era de los dinosaurios, tener que dar cuenta de los resultados puede detener las creencias del reinado de los dinosaurios que consideran a los clientes como torpes inútiles o monstruos patológicos en lugar de capaces y motivados cazadores de vidas más gratificantes.

Dando al cliente papeles heroicos

Creo que tengo que hacer algo por mí mismo porque no puedo depender de mi madre toda mi vida

—Sean, cliente heroico de nueve años

El veredicto del pájaro dodo ilustra que a pesar de las fortunas gastadas en talleres de fines de semana vendiendo la última moda, la competición entre las más de 250 escuelas terapéuticas equivale a poco más que la competición entre aspirina, Advil [ibuprofeno] y Tylenol [paracetamol]. Todos ellos alivian el dolor y funcionan mejor que no recibir ningún tratamiento. Ninguno destaca sobre los demás. Funcionan igual de bien porque comparten un muy importante, aunque clásicamente ignorado ingrediente: el cliente y sus poderes regenerativos (Tallman y Bohart, 1999).

El veredicto del pájaro dodo parece cumplirse porque las habilidades del cliente para el cambio trascienden cualquier diferencia entre los modelos. Recuérdese que cuarenta años de datos sobre resultados muestran que los clientes y sus fortalezas, recursos, apoyos sociales –todo esto disponible para ellos dentro o fuera de la terapia- explican el 40 o el 87 por ciento (dependiendo de los análisis empleados) del cambio (Asay y Lambert, 1999; Wampold, 2001). Los métodos funcionan igual de bien porque los clientes usan lo que cada método proporciona para abordar sus problemas (Bohart y Tallman, 1999). Si esto es así y el cliente es el común denominador del cambio, deberían darse otros ejemplos de la igualdad de resultados. Y se dan: comparaciones entre profesionales y paraprofesionales, terapeutas con más y menos experiencia, tratamientos de autoayuda y terapia, intervenciones asistidas por ordenador y proporcionadas por terapeutas no han proporcionado diferencias apreciables (Duncan y Miller, 2000).

Antes de entrar en tu garaje, cerrar la puerta y encender tu coche, ten en cuenta lo que esto significa. No significa que el terapeuta o la terapia sean inútiles, sino más bien que lo que nosotros empleamos tanto tiempo en adquirir (curas milagrosas) apenas valdría el precio que pagamos. Si lo que nosotros proporcionamos en el asesoramiento psicológico fuera la auténtica cuestión, entonces la uniformidad de resultados a través de los diferentes enfoques, capacitaciones y niveles de experiencia de los terapeutas y autoayuda no serían la norma. Los datos apuntan a una inevitable conclusión: la máquina del cambio es el cliente (Tallman y Bohart, 1999). La implicación es que quizá deberíamos emplear nuestro tiempo más sabiamente ganando experiencia en modos de implicar al cliente en el proceso del cambio.

Increíblemente, el fundador de los factores comunes, Saul Rosenzweig (1936) aludió a la sagacidad natural del cliente para tomar lo que la terapia ofrece y sacar lo mejor de ella. Argumentó que las formulaciones que el terapeuta hace del problema sólo necesitan tener la suficiente relevancia para impresionar al cliente para empezar el trabajo del cambio. Los comentarios de Rosenzweig reflejan una creencia básica en la capacidad del cliente para el cambio y su movilización en ese empeño. En la época del artículo de Rosenzweig sobre los factores comunes, había bastante más respeto por las potencialidades de los clientes, así como un manifiesto reconocimiento a la unicidad del individuo (Duncan, 2002).

Por supuesto, ningún terapeuta dirá ahora que él o ella ven a sus clientes como monstruos o como personas inútiles. Negarían caracterizar a los clientes como monstruos patológicos, mientras al mismo tiempo los diagnostican con devastadoras etiquetas que reflejan descripciones en la misma medida poco halagadoras. Se erizarían ante cualquier evaluación de sus clientes como tontos ineficaces, mientras les prescriben tratamientos basados en la evidencia, reduciendo al cliente a una enfermedad incorpórea sobre la que ser intervenido, en lugar de ver a alguien que aporta, un compañero con recursos con quien discutir opciones. La hiperbólica representación del cliente como un monstruo o persona ineficaz somete a examen los supuestos ocultos de la psicoterapia: el terapeuta heroico cabalgando el corcel blanco del conocimiento experto, blandiendo una espada de tratamientos validados y salvando al pobre paciente disfuncional acosado por el dragón de la enfermedad mental. Nos permite cambiar esta historia y cambiar el reparto, convirtiendo a los clientes en protagonistas, los héroes y heroínas de la escena terapéutica.

Prestando atención a las historias heroicas

Los y las terapeutas pueden comenzar a poner a los clientes en el papel de agentes principales del cambio empezando por escuchar y ser curiosos con respecto a sus competencias -las historias heroicas que reflejan su parte de superar obstáculos, iniciar la acción, y mantener el cambio positivo. Aquí no hay fórmula; más bien la clave es la actitud que el terapeuta asume con respecto a las resiliencias y habilidades inherentes del cliente. Ocuparse de las historias heroicas requiere un equilibrio entre escuchar empáticamente las dificultades, prestando atención a las fortalezas y recursos que sabes que hay ahí.

Los seres humanos tenemos la hermosa complejidad de presentar simultáneamente características opuestas. El campo ha asistido tradicionalmente a una sola cara del continuo. Escuchar y ser curioso sobre las competencias de los clientes, sus recursos y

resiliencias no significa que el terapeuta ignore el dolor del cliente o asuma una actitud de animador. Más bien requiere que el terapeuta escuche la historia completa: la confusión y la claridad, el sufrimiento y la resistencia, el dolor y la superación, la desesperación y el deseo.

Básicamente, atender a las historias heroicas solo sugiere que los terapeutas se abren a la existencia de varias historias que compiten entre ellas con respecto a la experiencia del cliente. El diagnóstico sólo nos cuenta una historia; la descripción de un problema nos cuenta otra. Simultáneamente existen otras muchas historias de supervivencia y coraje. Recuérdese a María y su historia real de un accidente horrible y sus devastadoras consecuencias. Pero otra historia, una que no sólo compite con la primera, sino que la trasciende, estaba presente y lista para ser contada.

Nueva visita a María

María entró en terapia buscando un sueño que había perdido.

María: Antes del accidente era oficial de policía, una detective.

Terapeuta: Guau! Qué trabajo de responsabilidad!

María: Sí, me encantaba. Sabe, tengo una titulación en orden público. Trabajé en las calles durante 15 años. Viví mi sueño hasta el accidente. ¡Un conductor borracho, de todas las cosas posibles!

Terapeuta: ¡Dios mío!

María: Y estuve en coma, y le dijeron a mi familia que no iba a vivir, luego le dijeron que si vivía sería un vegetal toda mi vida y que no había esperanza de que tuviera una vida productiva.

Terapeuta: Guau!

María: Y sabe, echo de menos lo que tenía. Cuando paso junto al departamento de policía hay una parte de mí que realmente duele. Cuando era niña sabía que iba a trabajar en el orden público. Incluso patrullé con la policía estatal cuando estaba en el instituto. Trabajé duro toda mi vida para conseguir mis sueños.

Terapeuta: Sus sueños se hicieron añicos, no sólo lo que tenía, sino también su futuro... ¿Cómo trabajó por su sueño?

El terapeuta hace comentarios sobre la pérdida y también prosigue con la otra parte de la historia, de cómo María logró su sueño.

María: Fui a la escuela durante dos años, y entonces conseguí una diplomatura en orden público y justicia criminal. Luego trabajé diez años en las calles, y llegué a ser detective. No sólo fui la primera mujer del estado en graduarme en una academia de policía de una gran ciudad, también fui la más joven de mi clase. También fui la primera mujer que llegó a ser detective en el estado. Estoy muy orgullosa de mis logros.

Terapeuta: Guau!

Al menos han surgido tres historias: la historia de un catastrófico accidente y las consecuentes pérdidas e incapacidades; una historia heroica de una niña pequeña que supo que quería ser oficial de policía, que hizo todo lo humanamente posible para lograr su objetivo y hacerlo a los más altos niveles; y una historia heroica de supervivencia de una persona que volvió de la muerte para probar que todos estaban equivocados, una

mujer que incluso no podía hablar cuando se despertó del coma, pero que aún así vino a la sesión por sí misma con la única ayuda de un bastón.

María: No quiero que suene como que estoy menospreciando a nadie por tener una discapacidad, pero no quiero ser discapacitada toda mi vida. Me gustaría recuperar mi sueño de nuevo. Y supongo que dentro de mí todavía no estoy preparada para aceptar que estoy incapacitada. Y sé que hay cosas que no puedo volver a hacer. Y es un poco como forzarlo a bajar por mi garganta cuando tengo que decirlo y cuando el terapeuta de rehabilitación, el terapeuta del grupo de apoyo, el psiquiatra, todos me dicen que tengo que aceptarlo, llorar mi pérdida, y seguir adelante hacia algo más.

Terapeuta: ¿Sabe esa parte de usted a la que le cuesta aceptar la incapacidad? Realmente me gusta esa parte.

María: [risas] ¿Sí? ¿Por qué?

Terapeuta: Bien, ese es su espíritu. Esa es la luchadora que hay en usted: esa es la persona que enseguida supo que quería ser oficial de policía, que quería romper las barreras puestas por ser mujer. Esa es la parte de usted que venció el accidente, el coma y todas las terribles predicciones de los médicos. Esa es la parte de usted que nunca dice muere... Esa es la parte de usted que dice “no estoy incapacitada, y hay mucho más de mí aquí que tengo para ofrecer al mundo sobre lo que no hay nada de discapacidad.”

María: ¡Me gusta el modo en que lo presenta! ¡Así es como me siento!

El terapeuta reforzó la parte heroica y para María sonó convincente. Su historia de pérdida desgarradora y habilidades disminuidas para realizar el trabajo de policía era real. El terapeuta, aunque empático ante el terrible accidente, rechazó sucumbir a esa particular historia como la única verdad de la vida de María. En lugar de ello, reforzó y tomó una historia de asombrosa resiliencia y coraje. Teniendo en cuenta lo potente que son el cliente y sus recursos para un resultado exitoso, la elección para los profesionales de la salud mental parece clara. Las historias heroicas de los clientes allanan el camino del cambio. Los profesionales de la salud mental también pueden incorporar los aspectos heroicos de las vidas de sus clientes tomando los recursos del mundo fuera de la terapia. Sea buscando un amigo de confianza o un familiar, sea comprando un libro o una cinta, sea yendo a la iglesia o a un grupo de ayuda mutua, los clientes encuentran apoyo fuera de la relación terapéutica. Para prestar atención al mundo del cliente fuera de la terapia, el terapeuta puede simplemente estar atento y ser curioso sobre lo que ocurre en la vida del cliente que es útil. Varias preguntas son de ayuda para tener en mente:

- ¿A quién se refiere el cliente como que le ayuda en su vida diaria?
- ¿Qué hace el cliente para conseguir que estas personas le ayuden?
- ¿Qué personas, lugares o cosas busca el cliente entre sesiones incluso para una pequeña cantidad de consuelo o ayuda?
- ¿Qué personas, lugares o cosas ha buscado el cliente en el pasado que fueron de ayuda?
- ¿Qué fue diferente en esas ocasiones que posibilitaron al cliente usar esos recursos?

El terapeuta puede preguntar por los aspectos útiles de la red social de apoyo existente del cliente, las actividades que le proporcionan alivio, incluso temporalmente, y circunstancias fuera de la terapia en las que el cliente se siente más capaz, exitoso y sereno. Algunas veces el terapeuta incluso puede ser más directo invitando a alguien de la red social de apoyo existente del cliente (p.ej. padres, pareja, jefe, amigo, rabino) a

participar en la terapia o remitiendo al cliente a los recursos de la comunidad (p.ej. grupos de autoayuda y espirituales, líneas de apoyo, clubs sociales). Es importante recordar que el propósito de cualquier camino que el terapeuta tome es identificar no lo que los clientes necesitan, sino lo que ya tienen y pueden usar para alcanzar sus objetivos.

Convertirse en terapeutas centrados en el cambio: Creando nuevas historias heroicas

Si tienes un éxito, vas a conseguir más. Así es como funciona el juego.

-Sean, cliente heroico de nueve años.

Heráclito es a menudo alabado por decir que nada permanece excepto el cambio. A diferencia del diagnóstico -caracterizaciones estáticas que connotan un aspecto de constancia e incluso permanencia en las quejas que presenta el cliente- la magnitud, severidad y frecuencia de los problemas están en flujo, cambiando constantemente. Tanto si se les indica como si no, los clientes pueden describir estos cambios, el vaivén y flujo de la presencia de los problemas y la influencia en sus asuntos diarios. Estos cambios informados y acontecimientos aparentemente no relatados que a menudo ocurren por casualidad pueden proporcionar poderosas oportunidades para contar nuevas historias heroicas.

Desde este punto de vista, el cambio es un importante factor del cliente -afectando las vidas de los clientes antes, durante y después de la terapia- que puede emplearse para la cocreación de posibilidades y quizá nuevas identidades. Para apoyar esta conclusión tenemos el fenómeno del cambio pretratamiento. Muchos (p.ej. Lawson, 1994; Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1987) han encontrado que el 60 por ciento o más de los clientes que acuden a su primera sesión informan de mejorías en el problema actual desde que solicitaron la cita. Simplemente marcar una consulta puede ayudar a poner en movimiento la rueda del cambio y ofrecer la posibilidad para una historia emergente de competencia y control.

Consecuentemente, sugerimos que los terapeutas vean a los clientes a través de unas lentes centradas en el cambio. Poner el foco en el cambio, como nos ha enseñado la terapia centrada en las soluciones, ilumina los recursos del cliente y permite su movilización. Quizá más importante, presentar el cambio del cliente, de cualquier clase, abre la posibilidad de nuevas historias heroicas animando al cliente a hacer distinciones "antes y después". Los clientes reflexionan sobre sus experiencias y distinguen entre la manera en la que estaban y la que están ahora, esencialmente creando una recién descubierta identidad de sabiduría y competencia obtenida de la escuela de duros golpes de sus vidas.

Prestando atención al cambio

Para desarrollar un enfoque en el cambio, un terapeuta puede prestar atención y validar la mejoría, cuando ocurra y cualquiera que sea la razón por la que ocurra. Un enfoque en el cambio también requiere que el terapeuta crea, como Heráclito, en la certeza del cambio y cree un contexto en el que dar la bienvenida, explorar y desarrollar nuevas o diferentes perspectivas, comportamientos y experiencias hacia nuevas narrativas

heroicas. De especial interés es lo que el cliente ha hecho o está haciendo para producir o aprovecharse del cambio y cómo el cliente da sentido a todo ello.

La indagación sobre el cambio puede evolucionar a través de dos líneas. Primero, el terapeuta puede preguntar al cliente sobre el cambio pretratamiento.

- Mucha gente advierte que, entre el momento en que llamaron para la cita y esta primera sesión, las cosas ya parecen diferentes. ¿Qué ha notado con respecto a su situación (Weiner-Davis et al., 1987)?

O los terapeutas pueden estar atentos a las oportunidades para destacar los cambios que los clientes mencionan. Investiguen las palabras clave o frases (p.ej. *excepto, hasta ahora, por primera vez*) para obtener una mayor especificación. Cuando los clientes informan de cambios, el terapeuta puede hacer preguntas para elaborar el cambio y las contribuciones del cliente al mismo. En efecto, esto ayuda a unir el cambio positivo al propio comportamiento del cliente, destacándolo de este modo como un ejemplo de auto-curación y quizá el comienzo de un capítulo nuevo importante.

- ¿Qué estaba ocurriendo en esos momentos? [Obtenga una descripción detallada] ¿Qué cree que estaba haciendo para ayudar a que eso ocurriera? ¿Qué necesitaría hacer (o que necesitaría que ocurriera) para experimentar más de eso? ¿Cómo explica el cambio en este punto de su vida?
- Mientras continúa haciendo estas cosas buenas por usted mismo (o aprovechando lo que es de ayuda) ¿Qué diferencia supondrá eso para usted mañana? ¿Cómo irá mejor su día? ¿Qué están diciendo estos cambios sobre usted?

Asimismo, como el cliente debería volver a otras consultas, el terapeuta puede dirigir la atención a los cambios que han tenido lugar entre las sesiones. Por ejemplo, los terapeutas pueden prestar atención y ampliar cualquier referencia que el cliente hace durante la sesión a mejoras entre sesiones o acontecimientos no directamente relacionados con las preocupaciones declaradas del cliente. También en los momentos de apertura de la sesión, los terapeutas pueden preguntar directamente al cliente sobre qué cambios, si ha habido alguno, han ocurrido desde su última visita. La pregunta más simple sería en esta forma ¿Qué es diferente? o ¿Qué mejoró? Tal pregunta, cuando es usada juiciosamente y con sensibilidad a la aceptación del cliente, se focaliza tanto en el cambio como en la contribución del cliente para provocarlo. De este modo el clínico puede ayudar al cliente a atribuir cualquier cambio a sus propios esfuerzos. La experiencia de cambio del cliente encaja de forma destacada en el enfoque de gestión del resultado que discutiremos en el capítulo cuatro.

Expandiendo el Cambio en las Historias Heroicas

Tanto si el cambio empieza antes o durante la terapia, si es resultado de las propias acciones del cliente o de la casualidad, un paso crucial para mejorar los efectos del cambio es ayudar a los clientes a ver cualquier logro como una consecuencia de sus propios esfuerzos, y como parte de una historia heroica emergente de una nueva identidad. Naturalmente, una consideración fundamental es la percepción, concretamente la percepción de los clientes de la relación entre sus propios esfuerzos y la ocurrencia del cambio y su significado en el contexto de la historia de sus vidas. Al

menos, es importante que los clientes lleguen a ver el cambio como resultado de algo que hicieron y pueden repetir en el futuro.

Los terapeutas pueden apoyar el cambio de varias maneras. Como ilustramos, el terapeuta puede expresar curiosidad por el papel del cliente sobre cualquier cambio que ocurra. Además puede hacer preguntas o declaraciones directas que presuponen la participación directa del cliente en el cambio resultante (Berg y Miller, 1992; Walter y Peller, 1992).

- **Espere un segundo. ¿Qué hizo? Cuénteme más sobre eso. ¿Cómo supo usted hacer lo que hizo?** Esa fue una buena idea. ¿Qué hay en usted que le ayudó a hacer lo que hizo?

Como parte de una última reunión, los terapeutas también pueden resumir los cambios que ocurrieron e invitar a los clientes a revisar su propio papel en el cambio. Aunque los clientes atribuyan firmemente el cambio a la suerte, al destino, a la agudeza del terapeuta o a la medicación, el profesional debería pedirles que consideren en detalle (1) cómo adoptaron el cambio en sus vidas, (2) qué hicieron para usar los cambios en su beneficio, (3) qué harán en el futuro para asegurarse de que los logros se mantienen, y (4) cómo reflejan los cambios nuevos capítulos en sus vidas.

Joan

Joan, una mujer de veintiocho años recuperada de una adicción a la cocaína, fue citada a una consulta porque su terapeuta de grupo percibió un punto muerto, y ambas estaban buscando nuevas direcciones.

Terapeuta: ¿Qué sería más útil que hablásemos hoy?

Joan: Creo que lo más grande que está ocurriendo en mi vida es que hay un caballero interesado en mí.

Terapeuta: OK, estupendo.

Joan: Ha pasado mucho tiempo, y lo que ocurrió fue, la primera vez que salimos juntos, él era como muy, muy atrevido y obviamente muy fogoso. Así que antes de verlo la siguiente vez, pensé mucho. Y fue la primera vez en mi vida, con respecto a la relación con un hombre, que fui honesta con respecto a mis necesidades. Quiero decir que él quería fijar una fecha para hacer el amor.

Terapeuta: Guau!

Joan: Lo sé, y estaba totalmente disgustada por eso. Simplemente podía haber usado el teléfono y decir “No necesito esto”. Pero yo quería retarme a mí misma y enfrentarlo. Así que salimos a tomar un café y cuando llegó el momento, se lo dije y fue totalmente auténtico, totalmente honesto, esto fue nuevo para mí y me dio resultado. Le dije “Si esto no es bueno para ti, si no es algo que quieras, entonces lo dejaremos aquí.” Y él cambió completamente y dijo “Está bien”. Y “Tienes razón, debería ser espontáneo. Deberíamos estar enamorados”. Ya sabes, era como, guau, la honestidad y ser sincera funciona.

A pesar del hecho de que la terapeuta que hizo la derivación y la cliente percibieron un punto muerto (volveremos sobre ello más adelante), en los momentos iniciales de la conversación Joan menciona una experiencia “nueva” y “por primera vez”. El terapeuta centrado en el cambio sigue con curiosidad el significado de este importante hito en la vida de la cliente.

Terapeuta: Totalmente. Así que tengo auténtica curiosidad sobre cómo fue capaz de hacer eso en ese momento. ¿Cómo fue capaz de retarse a sí misma para superar el miedo de enfrentarse a esta situación y ser sincera, de manera que pudo ver la posibilidad de que saliese bien?

Joan: ¿Quiere decir, cómo, cuál fue mi proceso de pensamiento?

Terapeuta: Sí, sí. Porque eso parece un avance real.

Joan: Sin duda, tiene razón en eso. Gran parte de ello fue el tema de la seguridad. Creo que lo más importante era protegerme a mí misma.

Terapeuta: Ok, así que de algún modo ha sido capaz de ponerse a usted misma en primer lugar y protegerse intentando ser sincera con alguien y asegurándose de que no estaba en peligro.

Joan: Sí, y esa fue la segunda vez en mi vida que he hecho esto. La primera vez fue como hace un mes, y esa también tuvo resultados positivos cuando fui honesta.

Terapeuta: Guau. Y el incidente de hace un mes me hace creer que está haciendo por sí misma una marejada de cambios vitales bastante importantes.

Joan: Desde luego. Es formidable.

El terapeuta ahora propone delinear todos los factores que han contribuido a este importante acontecimiento y explora lo que quieren decir.

Terapeuta: ¡Caramba! ¿Cómo explica eso en este momento de su vida? Está tirando por usted misma de varias cosas muy importantes y es capaz de empezar a ponerlas en práctica en sus relaciones más cercanas.

Joan: Ok, mmm. Tener apoyo es realmente importante. Y por primera vez en mi vida no sólo tengo el apoyo de mis padres y hermanas, sino también estar aquí en la clínica y en el grupo.

Terapeuta: Ha tenido esta experiencia de progreso; tiene el apoyo de su familia y aquí en la clínica y ha notado los beneficios del grupo. Y me estoy preguntando qué más explica que esté en esta coyuntura en su vida donde está empezando a poner en práctica lo que ha aprendido.

Joan: Otra cosa es que mi vida entera era muy espontánea; no había moderación, ni horario. Y ahora sigo un horario, hago mi trabajo, las mismas horas cada semana. Y asisto al grupo tres veces a la semana. Estoy teniendo esa estabilidad. Me siento así, sabe, segura. Creo que la última cosa por responder a esta pregunta es retarme a mí misma. Ya sabe, ampliar los límites.

Terapeuta: Ajá.

Aquí es donde se vuelve realmente emocionante. Joan ha descrito como “formidables” los cambios y como varias cosas diferentes han venido a apoyar estos cambios. Ahora ella está empezando a contar una nueva historia sobre Joan. Fíjense en las implicaciones de “antes y después” y en el tiempo pasado de sus declaraciones -lo que constituía su identidad entonces y cómo describe su identidad ahora.

Joan: En este punto de mi vida si me reto a mí misma y no funciona, sabe, he aprendido a no darle vueltas.

Terapeuta: ¡Oh, vaya!

Joan: Y no mantener una mentalidad de víctima. Lo que hice toda mi vida, sabe, es improductivo.

Terapeuta: ¿Y esto es lo que intenta hoy, retarse a sí misma, esforzarse?

Joan: Sí, sí.

Terapeuta: Eso es increíble. ¿Y esto es lo que hace, ser sincera con sus amigos varones?

Joan: Sí, eso también era un reto. Como dije, habría sido muy fácil para mí levantar el teléfono y hacerlo. Pero dije, "No, quiero ese contacto visual, quiero ese cara a cara", ¿sabe?

Terapeuta: Donde habría sido fácil solo llamar y decir "No quiero que volvamos a vernos," sin haber visto si la relación puede pasar al siguiente nivel.

Joan: Es verdad. No pensé en eso. Ese es un punto muy bueno. Me hace sentir bien porque lo que está diciendo es que estoy lista para tener una relación saludable. ¿Verdad?

Terapeuta: Exacto.

Joan: Eso me hace sentir bien.

Terapeuta: Claramente quiere decir que ha creado la posibilidad para que tenga lugar una relación saludable. Porque, sabe, si no puede decirle a alguien que hay algo bastante equivocado en el modo en que se acerca, eso quiere decir que usted se ha rendido y quizá incluso que ha perdido su integridad. Y ellos van a asumir el mando, y usted va a empezar a complacerles para hacer que la relación funcione y entonces, está fastidiada.

Joan: ¡Y continúa! Así es exactamente como fueron todas mis relaciones; me perdí a mí misma.

Terapeuta: Ajá.

Joan: Me perdí a mí misma y le digo, había hecho un pacto conmigo misma, nunca permitiría que eso ocurriera otra vez. Y si significa que tengo que estar sola, sin una relación en mi vida, no tengo problema con eso.

Terapeuta: Eso es algo bastante increíble de decir. Algunas personas, antes de estar solas, continuarían sacrificándose a sí mismas hasta que no quede nada de ellas. Pero usted está más allá de eso, para decir que prefiere estar sola.

Joan: Sí.

Terapeuta: Y segundo, que realmente dé el siguiente paso y sea sincera es bastante asombroso.

Joan: Esto es sólo como el comienzo. Como dije, esto fue bastante reciente, sobre los últimos uno o dos meses que tuve las dos experiencias reales de sinceridad. Y al mismo tiempo, me hice con mi cachorro. Así que tiene que tener algo que ver con esto. ¿Sabe lo que estoy diciendo? Porque conseguir el cachorro fue un gran paso. Tienes esta gran responsabilidad. Tienes que cuidar de esta pequeña vida, y entonces de vuelta, obtienes el amor incondicional.

Terapeuta: Ajá

Joan: Dios, quiero decir, es tan grande el paso de dejar la mentalidad de víctima -que te retiene. Quiero decir incluso la manera en que trato con mi propio padre. Ya no reacciono a él. Porque mi vida entera todo lo que hice fue reaccionar. Mi humor y la manera en la que actuaba era un reflejo directo de cómo las otras personas estaban actuando conmigo. No tuve nada de individualidad.

Terapeuta: Ahora está pensando cómo quiere ser, en lugar de reaccionar a cómo son ellos. Este es un asombroso cambio que ha hecho. Una parte que me interesa es que esto gira, algo de ello, en torno a la decisión de conseguir un perrito. De algún modo esto era parte de esta experiencia de avance o está llevando estos cambios a la vida, esta persona nueva, teniendo otra criatura de la que cuidar.

Joan: Sí, y no me había dado cuenta hasta que usted me hizo esa pregunta. Ni siquiera me di cuenta de que fue el momento en que empecé a dar hacia delante los pasos de sinceridad y ser auténtica.

La discusión culminó en una historia heroica sobre el nuevo modo de Joan de enfocar su vida. El cachorro vino a simbolizar su nueva identidad y representó una señal concreta del antes y después de la vida de Joan. Es asombroso ser testigo de cómo los clientes progresan, mientras reflexionan sobre sus vidas y construyen nuevas historias de competencia y coraje, así como dan sentido a sus experiencias. Joan, por supuesto, se había beneficiado mucho de su trabajo en los grupos a los que asistió. Entonces, ¿por qué ella y su terapeuta habían percibido un punto muerto? Joan había intentado previamente discutir su interés en salir con alguien, pero había sido disuadida debido a las reglas del programa de posponer las relaciones hasta que los clientes estén limpios y sobrios durante dos años. Joan, por tanto, no se había sentido cómoda hablando de su nueva relación y los logros que estaba obteniendo allí.

Los clientes como críticos del desempeño terapéutico

Los terapeutas me hacen preguntas sobre diferentes temas y estoy como pensando, realmente no quiero responder a estas preguntas porque ¿no debería contaros lo que pienso sobre esto?

-Molly, cliente heroica de diez años

Así como a los clientes tradicionalmente y de manera poco apropiada se les han adjudicado los papeles de villanos o tontos, las perspectivas de los clientes con respecto a la terapia y los terapeutas frecuentemente terminan en el suelo de la sala de montaje. Esto es curioso, dado que las percepciones de los clientes de los factores relacionales supone el 30 por ciento del resultado exitoso (Assay y Lambert, 1999) y sus visiones de la alianza explican el 54 por ciento de los beneficios terapéuticos (Wampold, 2001). Recuérdese también como la alianza, en etapas tempranas, es un firme predictor del resultado final. Los datos de la alianza sugieren que la terapia funciona si los clientes sienten positivamente la relación, perciben que la terapia es adecuada a sus preocupaciones y objetivos, y son participantes activos. El terapeuta debería tomarse al cliente como un crítico de cine del New York Times, si existe cualquier deseo de éxito de taquilla.

Influir en la percepción del cliente de la alianza terapéutica representa el impacto más directo que los terapeutas podemos tener en el cambio. Bordin (1979) define la alianza como compuesta por tres elementos que interactúan entre sí: (1) el desarrollo de un vínculo relacional entre el terapeuta y el cliente, (2) el acuerdo en los objetivos de la terapia y (3) el acuerdo en las tareas de la terapia.

Afianzando el vínculo relacional

Como en la escucha de historias heroicas, la actitud del terapeuta también es fundamental para desarrollar un vínculo relacional. Una parte esencial de esta actitud es la creencia de que la alianza es el amo a quien hay que servir. Para implementar esta actitud, encontramos útil entender cada sesión como una primera cita (sin las connotaciones románticas), en la que intentamos conscientemente dar la mejor impresión, cortejar activamente al cliente y atraer su participación. Recordemos que la colaboración activa del cliente en el proceso, la calidad de esta participación, es el mejor indicador de la probabilidad de éxito. Ya que la relación se forma pronto en el proceso, es muy importante prestar mucha atención a sus percepciones y reacciones iniciales.

A partir de esta actitud hacia la alianza, el terapeuta está en posición de adaptarse a la visión que tiene el cliente de una buena relación. Esto requiere una monitorización de la respuesta del cliente al proceso en sí mismo y calibrar la terapia a las expectativas del cliente. Prestamos especial atención a aquello que activa al cliente: ¿Cuándo se inclina hacia delante? ¿Cuándo levanta la voz? ¿Qué hace que sus ojos brillen? ¿Qué temas y formas de relacionarse aumentan su actividad y compromiso?

Recordemos el estudio de Bachelor (1995) y cómo los clientes varían mucho en su experiencia de lo que constituye una buena relación. Verificar con el cliente sus expectativas y percepciones en relación a la terapia, y verificar la utilidad de determinadas respuestas del terapeuta puede ayudar a éste a reajustarse a las necesidades individuales del cliente. Transmitir a los clientes que el terapeuta valora y desea actuar teniendo en cuenta sus puntos de vista, incluyendo aquello que no les satisfaga, le envía un mensaje muy potente. Los terapeutas necesitan estar particularmente alerta a las señales que indican problemas, porque los clientes suelen ser reacios a comunicar sentimientos negativos y su propia insatisfacción con la terapia (Hill, Nutt-Williams, Heaton, Thompson y Rhodes, 1996). La monitorización de la alianza es un componente crucial para la gestión de los resultados. El capítulo cuatro proporciona un método sistemático para poder recoger las ideas que tiene el cliente acerca de la alianza.

Ajustarse a las distintas expectativas relacionales de los distintos clientes requiere un alto grado de flexibilidad por parte del terapeuta, así como una disposición a cambiar su propia postura relacional para ajustarse a la percepción del cliente sobre lo que sería más útil para él. Algunos clientes, por ejemplo, preferirán una manera de actuar más formal o profesional sobre un estilo más informal o cercano. Otros podrían preferir que el terapeuta se abra más a él, mayor directividad, que se focalice en sus síntomas o que enfatice en los posibles significados que habría bajo ellos, un ritmo más rápido o quizá más relajado de trabajo terapéutico (Bachelor y Horvath, 1999). Un enfoque único para todos torpedea la formación de alianzas.

Además de la monitorización continua y la flexibilidad, una forma útil de entender las respuestas relacionales del terapeuta es la idea de *validación*, un proceso en el que el terapeuta respeta las dificultades del cliente como importantes, tal vez represente un momento crítico en la vida del cliente y acepta, cree y considera los pensamientos del cliente, sus sentimientos y comportamientos como totalmente comprensibles considerando sus difíciles circunstancias (Duncan, Solovey y Rusk, 1992). La validación refleja una aceptación genuina del cliente tal cual es e incluye la búsqueda empática de una justificación de la experiencia del cliente. El terapeuta legitima el marco de referencia del cliente, y sustituye así la invalidación que puede formar parte del mismo.

En resumen, el terapeuta sirve a la alianza:

- Siendo agradable, amable y sensible (como si fuera una primera cita).
- Observando cuidadosamente las reacciones de los clientes a los comentarios, explicaciones, interpretaciones, preguntas y sugerencias.
- Siendo flexible: haciendo lo que sea necesario para enganchar al cliente. Somos muchas cosas para muchas personas (amigo, pareja, padre, hijo, hermano). Usemos

nuestra propia complejidad para adaptarnos a diferentes clientes.

- Validando al cliente: legitimando las preocupaciones del cliente y destacando la importancia de su lucha.

Sam

Sam, un hombre de 51 años de edad, que estaba recuperándose de una adicción a la heroína, fue citado para una consulta porque él y su consejero sentían que estaban atascados. La falta de participación de Sam en Narcóticos Anónimos u otros grupos de apoyo propiciaron esta percepción. Recogemos a continuación un fragmento de la conversación después de que Sam compartiera varios aspectos problemáticos de su vida.

TERAPEUTA: Bueno, esto me da una idea de la cantidad de basura a la que tiene que enfrentarse cada día. Dios, tiene que estar enfrentándose constantemente a estos círculos viciosos¹⁰. El trabajo frente a la discapacidad, el SIDA y la necesidad de tomar medicación frente a sentirse bien, la epilepsia, trabajar con su hermano mientras él no sabe realmente si puede confiar en usted. Además de todo esto, sus amigos dejan de consumir drogas y luego vuelven a consumir otra vez. No está realmente seguro sobre lo que puede hacer en este momento. Pero al final, a pesar de toda esta mierda, decide que no va a consumir. Estaba preguntándome cómo demonios lo ha hecho.

SAM: Es una batalla. Pero a pesar de que aún no volví a consumir, tengo esta barrera. Bob [su consejero] dijo un par de veces, que yo sepa, que una de mis partes malas es que soy un vago.

TERAPEUTA: Ok, hábleme sobre esa barrera.

El terapeuta intenta enumerar las reflexiones del cliente acerca de su milagrosa habilidad para estar limpio a pesar de todos los obstáculos. Sam responde con su percepción, y su consejero dice que él es vago. No es exactamente una explicación validadora sobre su “barrera”. Así que la búsqueda se centra en una explicación más validadora.

SAM: Bueno, yo quiero que me den todo hecho. Como en el tema del trabajo. Si alguien viene y me dice, “Eh escucha, tengo un buen trabajito para ti” y es un trabajo a la medida, si está a una milla o dos de casa y sólo son unos días a la semana. Yo lo quiero todo fácil.

TERAPEUTA: No me extraña, Sam, es usted un pequeño Napoleón luchando todas estas batallas en todos estos frentes... no está solo intentando encontrar un trabajo, está enfrentándose al SIDA por aquí, a una adicción por allá, y además tiene epilepsia ¡por el amor de Dios!. Son demasiados frentes para estar peleando al mismo tiempo.

SAM: Por supuesto. Y todo esto es definitivamente agotador, muy agotador. Perdí a mi parienta de SIDA en el 95. Murió en mis brazos, y fue realmente traumático. Me hicieron falta años para recuperarme de aquello.

TERAPEUTA: ¡Vaya! Debió pasar por un infierno.

¹⁰ NT: el autor escribe “you have all these catch 22’s going on ”, una expresión referida a la novela “Catch 22” de Joseph Heller, traducida como “Trampa 22” en relación a un bombardero del ejército de los EEUU que intenta hacerse el loco para evitar participar en misiones de combate. Dado que según reglamentos del ejército ninguna persona cuerda querría volar en misiones de combate por su peligro, al pedir permiso para no volar en este tipo de misiones demuestra estar cuerdo; al contrario, cualquier aviador que deseara volar en misiones de combate demostraría que está loco y por tanto incapacitado para volar. La expresión se utiliza para indicar una situación paradójica, un dilema sin salida, en la que las personas no pueden evitar los problemas por sus propias reglas contradictorias.

SAM: Sí, pero supongo que soy un vago. Debo admitirlo. En realidad no quiero trabajar mucho en mi recuperación. Quizá no me doy suficiente crédito a veces. Pero cuando digo vago, como sé que lo dice Bob muchas veces, ¿por qué no vas a una reunión? No me gustan las reuniones del programa de 12 pasos, realmente no me gustan. Cuando voy a una reunión, ¡me siento como si estuviera consumiendo!

TERAPEUTA: Suena como si no ir fuera una buena decisión.

SAM: Pero he oído algo de otro grupo de apoyo que empezó hace unas semanas en ese lugar que es un grupo de apoyo para personas VIH-positivas. Y estoy pensando seriamente acudir.

TERAPEUTA: Ok

SAM: Pero a esto me refiero con el tema de la vagancia. Sé que hay algo allí que puedo hacer, un peldaño en el camino correcto para mí, pero ¿por qué me niego a darlo?

TERAPEUTA: ¿Cuál es su impresión sobre eso?

SAM: Si soy honesto, no lo sé, excepto por mi vagancia...

TERAPEUTA: Bien, ¿tiene alguna idea sobre lo que le podría ayudar a dar ese paso para ir al grupo de apoyo de SIDA?

SAM: Si fuera más tarde en el día. [Risas]

TERAPEUTA: Sí, es algo muy pragmático.

SAM: Bueno, parece bastante tonto. Es a las dos de la tarde. Eso no debería ser realmente una razón. Parece una razón de mierda.

TERAPEUTA: No le parece una razón muy buena.

SAM: Así es. Si lo quisiera realmente, debería ser capaz de hacerlo... creo que tengo algún problema en dejar que la gente se acerque a mí. Soy una persona amistosa. Tengo un buen corazón. Quiero hacer amigos, pero por otra parte, al mismo tiempo me gusta mantener a la gente alejada.

El terapeuta acepta las afirmaciones de Sam sobre que no le gustan los grupos de Narcóticos Anónimos y valida su decisión de no ir. Después, Sam identifica una razón, diferente de ser vago, para no asistir al grupo de VIH.

TERAPEUTA: Ummm, Dios, no me extraña. Perdió a alguien muy cercano a usted.

SAM: Sí... quizá tiene bastante que ver con ello.

TERAPEUTA: Hay mucho que decir acerca de por qué nunca quiere acercarse a nadie, especialmente considerando cómo la perdió a ella y el contexto de un grupo.

SAM: De acuerdo... de acuerdo.

TERAPEUTA: Sí, es un riesgo ir a ese grupo de apoyo de VIH porque podría conocer a alguien que fuese a morir.

SAM: ... de acuerdo... de acuerdo... Absolutamente con eso... sí...

La búsqueda de una razón diferente de la vagancia dio sus frutos. Sam no quiere enfrentarse de nuevo a la situación que experimentó cuando su pareja murió. Reemplazar la invalidación que a menudo está incrustada en las historias de los clientes a veces los libera para poder hacer por sí mismos lo que necesitan hacer.

TERAPEUTA: Así que hay algo que podría darle un poco de apoyo y amistad, pero existe el riesgo de que esté acompañado de esto, ¡y conoce ese riesgo demasiado bien!

SAM: Así es.

TERAPEUTA: Así que, puedo entender la relación con no querer ir allí.

SAM: Así es. Bueno, es algo que quiero hacer. Quiero hacer un trato conmigo mismo y asistir por lo menos a una reunión.

TERAPEUTA: Ok.

SAM: Hacerlo y ver qué pasa. Y conozco a una persona que va. Así que, al menos conozco a alguien que estará allí.

TERAPEUTA: Suena como si estuviera preparado para comprometerse a hacer eso.

SAM: Si, de hecho, mañana sería un buen día para empezar.

Y lo hizo.

Aceptar las metas del cliente

El segundo aspecto de la alianza es el acuerdo en las metas de la terapia. Cuando hablamos a los clientes, pasamos poco tiempo desarrollando diagnósticos o teorizando sobre la posible etiología del motivo de consulta, y menos tiempo aún pensando en qué modelo terapéutico y técnica va a ser más útil. En lugar de esto, el proceso se compone de una escucha cuidadosa y una monitorización de la alianza, combinada con preguntas dirigidas a definir y redefinir los objetivos del cliente. Dependemos de la información que nos proporciona el cliente, su participación e implicación para determinar los objetivos para la terapia.

Cuando preguntamos a los clientes qué quieren de la terapia, qué quieren que sea distinto, damos credibilidad a sus creencias y valores en relación al problema y su solución. Estamos diciéndoles que sus opiniones importan y que la terapia está para servirles a ellos. Un acto tan simple como este invita a los clientes a verse a sí mismos como colaboradores a la hora de hacer su vida mejor.

Los terapeutas pueden comprender las metas de los clientes escuchando y ampliando las historias y experiencias que ofrecen sobre sus propios problemas, incluyendo sus pensamientos, sentimientos e ideas sobre a dónde quieren ir y sobre la mejor manera de llegar allí. El terapeuta también puede preguntar directamente sobre los objetivos. Por ejemplo, el terapeuta podría preguntar:

- ¿Cuál es su objetivo para que trabajemos juntos?
- ¿Qué espera, desea o piensa que debe ser diferente como consecuencia de venir aquí?
- ¿Qué es lo que querría cambiar en relación a su vida, problema, etc.?
- ¿Qué debería ser mínimamente diferente en su vida para que pueda considerar que nuestro trabajo ha sido un éxito?
- ¿Cuál será el primer signo para usted de haber dado un paso sólido en el camino de mejorar, aunque eso no signifique que todo esté solucionado?

Una vez más, la actitud del terapeuta es de suma importancia para el proceso de obtener y respetar las metas del cliente. Independientemente de cómo suenen aceptaremos los objetivos del cliente al pie de la letra porque esos son los deseos que le van a activar y motivar para iniciar la acción en su propio beneficio. Si estamos sirviendo al amo de la alianza, sabemos que el acuerdo con el cliente sobre los objetivos de la terapia es esencial para obtener un resultado positivo. Este acuerdo inicia el proceso de cambio, sea donde sea que el cliente quiera llegar.

A veces los objetivos de los clientes no se ajustan a nuestras propias sensibilidades acerca de lo que necesitan. Esto es especialmente cierto cuando los clientes llevan consigo determinadas situaciones problemáticas o diagnósticos. Es precisamente en estas circunstancias, aquellas en las que el cliente parece “psicótico” o más desesperado, cuando hay que tener más cuidado en relación con nuestra propia perspectiva sobre los objetivos de los clientes.

Pensemos en Sarah, una mujer de veinticuatro años que vivía en una residencia supervisada y estaba considerada como una “enferma mental”. Pasaba la mayor parte de su tiempo viendo la televisión y comiendo patatas fritas. Sarah expresaba constantemente su deseo de ser una BenGal, una animadora de los Bengals de Cincinnati (un equipo profesional de fútbol americano). Pero su terapeuta simplemente no podía aceptar este objetivo. Después de todo, era imposible. Así que nadie escuchó ni supo nunca porqué Sarah tenía una meta tan interesante. Y el trabajo con Sarah fracasó. En raras ocasiones habló y respondía a las preguntas de forma mínima. El terapeuta estaba realmente preocupado y quería que Sarah saliera más al mundo en lugar de estar sentada delante de la tele con una bolsa de patatas fritas en la mano. Así que el terapeuta consultó con su equipo, que le recomendó dos cosas: que averiguara de dónde venía su deseo de ser animadora, que luego encontrara una manera de aceptar ese objetivo, y reconociera la motivación y la energía que este objetivo representaba.

Cuando el terapeuta le preguntó a Sarah sobre su objetivo, Sarah le contó la historia de cómo creció viendo a los Bengals con su padre, que disfrutaba mucho viendo a Sarah aprender y practicar las coreografías. Sarah se iluminó cuando habló de su padre, que había fallecido hacía algunos años. El terapeuta se dio cuenta que era lo máximo que le había oído hablar nunca. Al terapeuta le impactó esta experiencia y a menudo le preguntaba a Sarah sobre su padre, tema sobre el que ella estaba encantada de responder. Además el terapeuta decidió frenar sus esfuerzos por hacer que Sarah socializara o hiciera ejercicio; en lugar de esto, se apoyó más en el interés de Sarah por ser animadora. Sarah veía habitualmente concursos de animadoras en la ESPN, así que su terapeuta decidió sentarse con ella para verlos. El terapeuta comprobó que Sarah sabía muchísimo sobre animación y realmente disfrutaba mostrando su considerable pericia. Estas vibrantes conversaciones comenzaron a dominar las interacciones de Sarah y su terapeuta. Después de un tiempo, Sarah decidió por sí misma organizar un equipo de animadoras para el equipo de baloncesto de la comunidad patrocinado por la organización que gestionaba la residencia supervisada. Sarah mantiene su participación en el equipo de animadoras, ahora pasa menos tiempo sentada delante del televisor y participa activamente en la comunidad.

Adaptar las tareas de la terapia

El aspecto final de la alianza es el acuerdo en las tareas de la terapia. Las tareas incluyen las técnicas específicas o puntos de vista terapéuticos, temas de conversación, procedimientos para la entrevista, frecuencia de las sesiones, etc. Otra demostración de nuestro respeto hacia las capacidades del cliente y de nuestros esfuerzos conscientes para lograr su participación se da cuando le pedimos al cliente que nos ayude a definir las tareas de la terapia.

En una alianza de trabajo, el cliente percibe las tareas, lo que está sucediendo en la terapia, como pertinente y efectivo. En una alianza que funciona bien, los terapeutas y los clientes trabajan conjuntamente para construir intervenciones concordantes con los resultados que desea el cliente. Tradicionalmente, la búsqueda terapéutica está dirigida a intervenciones que reflejan verdades objetivas que promueven el cambio validando la teoría preferida por el terapeuta. Sin embargo, la búsqueda, a la hora de impulsar una alianza fuerte, debe estar dirigida a ideas y acciones que promuevan el cambio mediante la validación de la visión del cliente sobre lo que es útil.

Gaston (1990) proporciona un giro un poco diferente. Reitera los temas principales de la alianza pero también enfatiza la congruencia entre las creencias del cliente y el terapeuta acerca de cómo las personas cambian en terapia como un aspecto esencial para una alianza fuerte. Este aspecto se relaciona con la teoría del cambio del cliente, que discutiremos ahora.

LA TEORÍA DEL CAMBIO DEL CLIENTE

El terapeuta me dijo qué hacer, pero yo no quería hacerlo porque no eran mis ideas y no me parecía... correcto.

Molly, cliente heroica de 10 años.

Puesto que todos los enfoques son equivalentes con respecto a los resultados, y debido a que las técnicas palidecen si las comparamos con el cliente y con los factores de la relación, en este relato el cliente no sólo es la estrella del espectáculo terapéutico, sino también el director del proceso de cambio (Duncan et al., 1992). Consideraremos ahora la cosmovisión del cliente, su propio mapa del territorio, como la teoría determinante en la terapia (Duncan et al., 1997), que dirige tanto el destino deseado como las vías para restablecerse.

La idea de que las percepciones del cliente sobre la formación del problema y su resolución –lo que llamamos teoría del cambio del cliente– tiene implicaciones importantes para la terapia, tiene unos valiosos antecedentes teóricos aunque algo ignorados. Aunque muchos han señalado la sabiduría clínica que supone la atención a las formulaciones propias del cliente en cuanto al cambio (ver capítulo cinco), pocos han intentado obtener de modo sistemático las ideas del cliente sobre el cambio en el proceso.

Del mismo modo, pocas investigaciones han estudiado el uso intencional de las preferencias de los clientes en la selección de los enfoques de tratamiento. Sin embargo, los estudios en los que a posteriori se encuentra que el tratamiento ofrecido era congruente con las preferencias del cliente apuntan a un mayor compromiso con el tratamiento y mejores resultados. Por ejemplo un análisis post-hoc de los datos del Proyecto de Cooperación para la Investigación del Tratamiento de la Depresión (TDCRP, el estudio a gran escala sobre tratamientos para la depresión) encontró que la congruencia entre las creencias de la persona sobre las causas de su depresión y el enfoque terapéutico ofrecido tuvieron como consecuencia unas alianzas terapéuticas más fuertes, una mayor duración del tratamiento y en consecuencia mejores resultados (Elkin et al., 1999). Encontramos más apoyo empírico para el ajuste a la teoría del

cambio del cliente en los resultados hallados en la literatura sobre atribuciones, esperanza y aceptabilidad (ver Hubble et al., 1999b, para una revisión).

En vez de la reformulación de la queja del cliente en función de la orientación del terapeuta, sugerimos exactamente lo contrario: que los terapeutas deben elevar las percepciones del cliente por encima de la teoría y permitir que la visión del cambio del cliente dirija las elecciones terapéuticas. Tal proceso garantiza con seguridad una alianza fuerte. La alianza y su relación con la teoría del cambio del cliente puede ser entendida como un taburete con tres patas (figura 3.1). Sobre el telón de fondo que suponen las fortalezas y los recursos del cliente, cada pata del taburete representa cada uno de los ingredientes centrales de la alianza. Una pata del taburete representa el acuerdo entre el cliente y el terapeuta sobre las metas, significado y propósito de la terapia; otra simboliza la visión del cliente acerca de la relación y acerca del papel del terapeuta y la última pata representa el acuerdo sobre los medios o métodos utilizados. Si falta una pata o está inestable, ya conoce el resultado: la alianza y cualquier esperanza de un resultado positivo caerá al suelo. La teoría del cambio del cliente es el asiento de nuestro metafórico taburete. Permite al cliente sentarse cómodamente en la terapia asegurado por un buen ajuste de la relación.

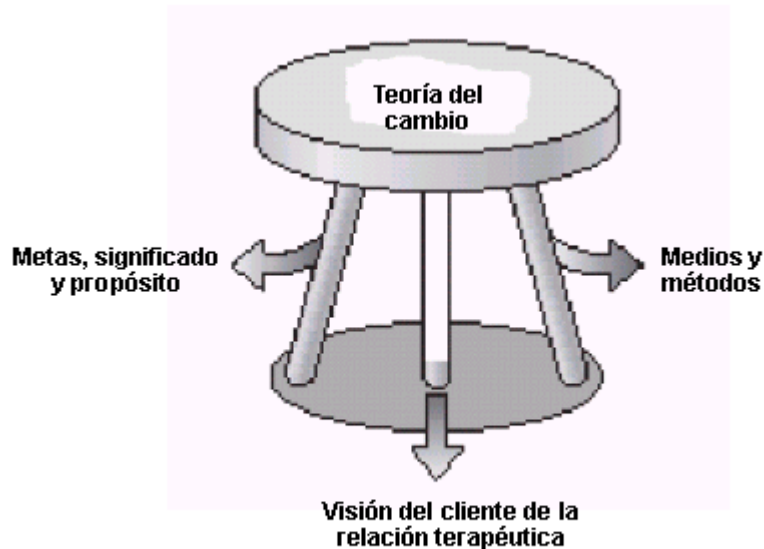


Figura 3.1. La alianza terapéutica

Aprender y honrar la Teoría del Cambio del Cliente

El cliente tiene una teoría personal y única esperando a ser descubierta, un marco para el cambio que debe ser desplegado y utilizado para conseguir un resultado exitoso. La mejor forma de explorar la teoría del cliente es viéndonos a nosotros mismos como extraterrestres venidos de otro planeta. Buscamos una comprensión nítida del encuentro cercano con las interpretaciones únicas del cliente de sus experiencias culturales. Para aprender las teorías de los clientes, debemos adoptar sus puntos de vista en sus propios términos, con un fuerte sesgo a su favor.

Empezamos escuchando atentamente el lenguaje del cliente. A menudo tomamos nota para poder registrar las palabras exactas que el cliente elige para describir problemas,

deseos y soluciones. Tomar notas discretamente transmite el interés del terapeuta en lo que aporta el cliente, así como su importancia. Mostramos nuestras notas a los clientes o incluso hacemos copias si ellos lo desean. Explicamos que el propósito de las notas es registrar lo que ellos dicen para no perder la descripción de sus experiencias y de lo que quieren de la terapia.

Usar el lenguaje del cliente privilegia su comprensión idiosincrásica y transmite la importancia de sus ideas y de su participación; representa una forma más en que el terapeuta mantiene al cliente en el centro del escenario. Por último, hablar y trabajar con el lenguaje del cliente proporciona la base para aprender la teoría del cliente.

Después de hacer preguntas directas sobre los objetivos del cliente, preguntamos sobre sus ideas en relación al cambio. Qué quiere el cliente y cómo cree que se puede conseguir debe ser la información más importante que el terapeuta puede obtener. Pensamos que los clientes no solo tienen todo lo necesario para resolver los problemas sino que además deben tener alguna muy buena idea sobre cómo hacerlo. Las preguntas que intentan extraer las corazonadas y conjeturas del cliente fomentan la participación, enfatizan la información proporcionada por el cliente y proporcionan un acceso directo a la teoría del cambio del cliente. Pregunte al cliente:

- ¿Qué ideas tiene sobre qué debe pasar para que ocurra la mejoría?
- Muchas veces la gente tiene muy buenas corazonadas, no sólo en cuanto a qué está causando el problema sino también qué lo va a resolver. ¿Tiene alguna teoría sobre cómo va a ocurrir el cambio en este caso?

Pregunte también acerca de cuál es el método habitual de cambio del cliente o sobre cuál es su experiencia con el cambio:

- ¿Cómo suelen ocurrir los cambios en su vida?
- ¿Qué suele hacer usted u otros para iniciar los cambios?

Además, hablar sobre soluciones previas proporciona una forma excelente de aprender la teoría del cambio del cliente y su manera preferida para trabajar. Explorar las soluciones anteriores permite al terapeuta escuchar una evaluación franca por parte del cliente de sus intentos previos y adecuarse a lo que cree que puede ser de utilidad.

- ¿Qué ha intentado para solucionar el problema o la situación hasta el momento? ¿Sirvió de ayuda? ¿Por qué no funcionó?

Por último, encontrar cuál es el papel del terapeuta en el proceso de cambio es fundamental a la hora de implementar la teoría del cliente. Algunos clientes requieren que sea una caja de resonancia, otros quieren un confidente, algunos quieren una tormenta de ideas y resolver problemas, otros quieren consejos y otros quieren un experto que le diga lo que tiene que hacer. Explore cuáles son las preferencias del cliente sobre su papel preguntando:

- ¿Cómo ve que me podría adaptar a lo que le gustaría que pasara?
- ¿Cómo puedo ser más útil para usted?
- ¿Qué papel me ve adoptando en su esfuerzo para cambiar esta situación?
- Deje que me asegure de que estoy entendiendo esto bien ¿está buscando que le dé

alguna sugerencia sobre esta situación?

- ¿Cómo ve que yo y este proceso podemos ser útiles para conseguir sus objetivos?

Se honra la teoría del cliente cuando un procedimiento terapéutico determinado se adapta o complementa las creencias previas acerca de sus problemas o sobre el proceso de cambio. Simplemente escuchamos y luego ampliamos las historias, experiencias e interpretaciones que los clientes ofrecen sobre sus problemas, y sobre sus pensamientos, sentimientos e ideas sobre cómo deberíamos abordar esos problemas. A medida que la teoría del cliente evoluciona, implementamos las soluciones identificadas por el cliente o buscamos un enfoque que se ajuste a su teoría al tiempo que ofrece posibilidades de cambio.

Dada la frecuencia con que salen nuevos métodos del mes, existe la tentación de convertir una idea como la de la teoría del cambio del cliente en una nueva prescripción terapéutica invariante: pregunte al cliente qué le gustaría hacer (o prescriba un ritual, chasquee los dedos, etc.) y ¡mire cómo un milagro sale por la puerta de su despacho! Esto no es lo que estamos proponiendo. No van a florecer todas las soluciones desde la primera pregunta sobre las ideas, actitudes y especulaciones del cliente sobre el cambio.

Tampoco estamos diciendo que nosotros nunca ofrecemos ideas o sugerencias o que no contribuimos a la construcción de la teoría del cambio del cliente. La exploración para descubrir la teoría de cambio del cliente es un proceso de coevolución, un cruce de ideas que genera una perfecta conexión de significados socialmente construidos. El grado e intensidad de nuestra aportación varía y está dirigida por las expectativas del cliente sobre nuestro papel. Algunos clientes quieren mucho de nosotros en términos de generación de ideas, mientras otros prefieren que nos mantengamos como una caja de resonancia. El capítulo cinco explora más en profundidad la teoría del cambio del cliente y proporciona unas guías para la selección de métodos e ideas que responden a los puntos de vista del cliente acerca del cambio.

Mike

Mike, un hombre de 31 años diagnosticado de esquizofrenia que está luchando con una dependencia al alcohol, fue citado para consulta porque su terapeuta percibía un estancamiento en cuanto al consumo de alcohol.

TERAPEUTA: ¿Hay algo de lo que le gustaría hablar conmigo hoy?

MIKE: No sé, yo ya tengo una terapeuta, Marty, ella lo hace bien.

TERAPEUTA: ¡Oh, genial! ¿Cuánto tiempo lleva viendo a Marty?

MIKE: De vez en cuando ahora, desde hace unos cuatro años.

TERAPEUTA: OK. ¿Y sobre qué cosas habla con ella?

MIKE: Últimamente hemos estado hablando sobre mi abstinencia, porque he estado bebiendo y luego la veo y parece que esto no va a ninguna parte. No sé. Es como que no tiene sentido verla a ella si voy a seguir bebiendo.

TERAPEUTA: Ahá.

MIKE: Lo he estado haciendo muy bien durante el último mes.

TERAPEUTA: Guau, ¿Cómo está pasando eso? ¿Qué piensa sobre esto?

MIKE: Si yo tuviera que sentarme aquí a hablar con usted sobre cómo debería dejar de beber y mientras tanto estoy abriendo cervezas... quiero decir, no va a ser una buena idea para usted ser mi terapeuta.

TERAPEUTA: No parece que vayamos a ser demasiado efectivos.

MIKE: Cierto, cierto.

TERAPEUTA: Cierto, cierto. ¿Y de qué manera durante el último mes, dice que estuvo haciendo que Marty pareciera mejor terapeuta?

El terapeuta retoma la idea de cómo fue Mike capaz de cambiar e interroga más a fondo sobre esta realidad emergente o teoría del cambio. Tenga en cuenta que el terapeuta no hace preguntas específicas sobre la teoría del cambio. Simplemente explora y expande las ideas del cliente tal como surgen.

MIKE: Supongo que es porque me preocupo por ella.

TERAPEUTA: Sí, lo hace.

MIKE: De verdad. Realmente me importa.

TERAPEUTA: Sí, entonces su preocupación por ella ¿ha contribuido de alguna manera a que estuviera sin beber? ¿Estoy entendiendo bien?

MIKE: Sí, sí. A veces me pregunto qué es peor, beber o sus consecuencias. Comienzo a hacer daño a la gente, a otras personas, al día siguiente. Si voy junto a mi madre y le digo, “Mamá, estoy teniendo una ansiedad... muy fuerte” ¿se da cuenta de lo que hago? Se lo echo todo encima a mi madre.

TERAPEUTA: Ahá.

MIKE: Ella tiene que lidiar con la resaca. Es una de las personas que se ven afectadas por la bebida a pesar de que nunca la ha visto delante. A ella le afecta porque me ve sufrir, no creo que deba verme sufrir.

TERAPEUTA: Parece como si la abstinencia dependiera de lo que haga por otros, manteniendo a otra gente en su corazón y en su mente.

El terapeuta da pasos articulando la teoría del cambio de Mike o su teoría de la abstinencia. Mike responde con otro ejemplo de cómo hace cosas por los otros, una buena indicación de que el terapeuta va por buen camino.

MIKE: Sí, como mi compañero de habitación, él bebe cuando yo bebo, y no me gusta eso, porque sé que si bebo, él no va a dormir esa noche.

TERAPEUTA: Mire, estoy entendiéndolo ahora realmente.

MIKE: Me gusta, realmente me gusta el Papa.

Esta frase pone al terapeuta un poco en un bucle, porque parece salir de la nada. Pero confía en que cobrará sentido si le permite a Mike el espacio y el tiempo para conectar los puntos. Y lo hace.

TERAPEUTA: ¿El Papa Pablo?

MIKE: El Papa Juan Pablo, y me parece que es una persona muy humilde.

TERAPEUTA: Sí.

MIKE: Así que lo veo siempre que puedo. Porque aprendí mucho de él.

TERAPEUTA: Sí, es un ejemplo increíble.

MIKE: Se sacrifica por la gente. Quiero decir como, alguien le dispara y él va a visitarlo a la cárcel.

TERAPEUTA: Así es.

MIKE: El tío va para cadena perpetua, pero el Papa fue a perdonarlo.

TERAPEUTA: Es un ejemplo difícil de seguir.

MIKE: No sería difícil para mí.

TERAPEUTA: Es lo que me imagino. Entonces, esa es la forma en que dice cómo es respecto a su sobriedad. Que al presumir que lo ha estado haciendo por usted mismo, sería un presumido.

MIKE: Sí, y para mi forma de pensar ese no soy yo.

TERAPEUTA: Ese no es usted.

MIKE: No.

El terapeuta ahora puede entender parcialmente algo del punto muerto percibido por este cliente. El modelo de doce pasos predica que uno debe mantenerse sobrio por sí mismo, no por otros. Esto, por supuesto, equivale a un sacrilegio para el punto de vista de Mike.

MIKE: Otra cosa es lo que pasa al despertarme a la mañana siguiente de una borrachera, es como si no pudiese rezar el rosario cuando estoy borracho. Como si tirara por la ventana mi parte espiritual.

TERAPEUTA: Y la parte espiritual es una parte grande e importante.

MIKE: Sí, la parte más importante. Creo que esto me va a ayudar con Marty porque ese es el tipo de cosas de las que nunca hablé con ella. Ella no sabe nada acerca de mis creencias religiosas. Cómo son de profundas. Y aquí, usted es como un perfecto desconocido, y estoy hablando con usted sobre esto.

A veces nuestra formación simplemente se interpone a la hora de incorporar la teoría del cambio de nuestros clientes (ver Duncan et al., 1997). Todo el mundo le ha dicho siempre a Mike que necesitaba mantenerse sobrio por sí mismo, que no podía hacerlo por nadie más. Desafortunadamente, una perspectiva como esta, tal como se plantea, no podía estar más lejos de las convicciones religiosas de Mike. Los terapeutas a veces son reacios a hablar acerca de las creencias religiosas de personas como Mike, que están diagnosticados de esquizofrenia, por temor a dónde podría ir a parar el debate. Estas ideas a menudo no dejan espacio para que emerjan las teorías de los clientes y evolucionar hacia planes de acción. Nosotros animamos a Mike a discutir sus puntos de vista en cuanto a mantenerse abstinente, y desdobló un mapa diferente del camino hacia la recuperación. Su fe profunda en Dios y la convicción sincera hacia la humildad y el altruismo, en lugar de ser un obstáculo, proporciona un camino viable hacia la abstinencia permanente.

A veces ayuda situarnos en la metáfora del taburete de tres patas para entender la teoría del cliente. La figura 3.2 proporciona una visión de la perspectiva de Mike puesta en el marco de la alianza y la teoría del cambio.

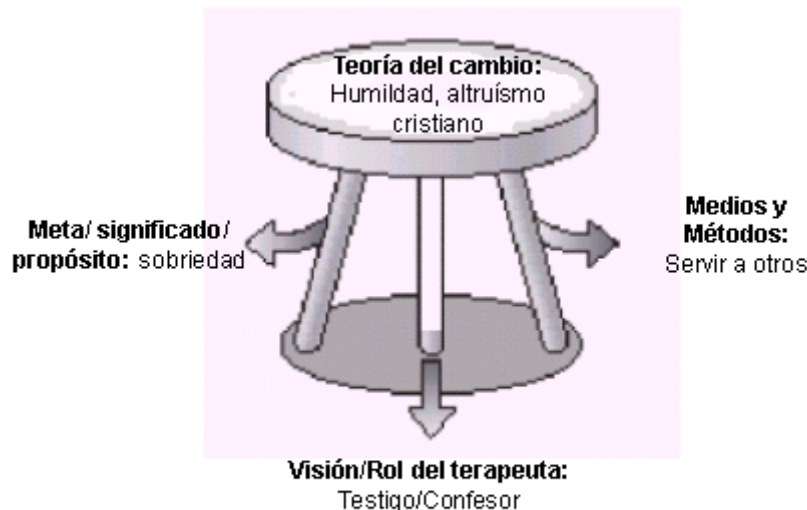


Figura 3.2. La alianza terapéutica: Mike

LA EVOLUCIÓN Y LOS PELIGROS DE APLICAR LOS FACTORES COMUNES

Es mucho mejor cuando le preguntas a la persona qué es lo que quiere hacer... porque no es nada divertido cuando alguien te dice qué es lo que tienes que hacer.

Molly, una cliente heroica de 10 años

En cada uno de los ejemplos sobre clientes presentados en este capítulo, demostramos cómo se aplican los factores comunes, el terapeuta incorporó el heroísmo del cliente, sirvió proactivamente al amo de la alianza, y atendió a las sensibilidades del cliente acerca del cambio. Pero es necesaria una advertencia. Así como nuestro pensamiento ha evolucionado a partir de nuestra lealtad a un modelo preferido hacia una perspectiva centrada en los factores comunes, ahora estamos pensando en la aplicación de los factores comunes de una manera diferente. Como ya hemos comentado, los datos indican que el cliente y la alianza terapéutica representan la mayor parte de la varianza en los resultados del tratamiento. Tales datos han proporcionado una fuerte evidencia empírica para poner al cliente al frente de la terapia. Argumentamos que un tratamiento exitoso es cuestión de aprovechar los recursos de los clientes y asegurarse una experiencia positiva de la alianza. Hay un tercer elemento que se añadió a estos dos, lo que llamamos la teoría del cambio del cliente (Duncan et al., 1997; Duncan y Miller, 2000; Duncan et al., 1992). Adoptar el marco de referencia del cliente como la teoría definitiva para la terapia se ajusta a varios de los hallazgos más importantes entre los existentes en la literatura sobre procesos y resultados. ¿Qué mejor manera de conseguir la colaboración de los clientes que acomodarse a sus creencias preexistentes sobre el proceso de cambio?

Sí, a primera vista, aprovechando los recursos de los clientes, asegurando por su parte una experiencia positiva de la alianza, y acomodando la terapia a su teoría del cambio, se saca provecho de los dos factores que más contribuyen al éxito. Al mismo tiempo,

hay un peligro -da igual cómo de abstractas se puedan presentar las ideas, si son definidas como principios más que como órdenes, un examen más exhaustivo deja claro que cualquier aplicación concreta entre los clientes solo conduce a la creación de otro modelo de cómo hacer terapia. En este punto la investigación es clara, sea dirigido por el cliente o no, los modelos finalmente importan muy poco en términos de resultados.

También existe el peligro de que tales esfuerzos por definir principios basados en los factores comunes, aunque de manera involuntaria, de forma sutil, pero seguramente ha continuado privilegiando el papel del terapeuta y su perspectiva. Como ha ocurrido durante la mayor parte de la historia de la psicoterapia, el terapeuta estuvo todavía “al mando” –en este caso, encontrando las fortalezas del cliente, determinando el estado de la alianza, entendiendo la naturaleza de la teoría del cliente, y eligiendo cuál, de cualquier método, podría ser congruente con esa teoría. Para poner remedio a la mera creación de otro modelo más, y al privilegio continuado del punto de vista del terapeuta, y para darle a los clientes la voz en el tratamiento que la literatura de investigación dice que merecen, empezamos a controlar informalmente la alianza y los resultados de nuestros servicios a los clientes. Cuando nuestra investigación demostró que la evaluación informal de la alianza no era fiable, empezamos a usar medidas formales para hacer el seguimiento de nuestro trabajo y nos embarcamos en una vía de investigación para ver si había diferencias.

Aprendimos que un enfoque dirigido por el cliente sólo puede ser implementado con cada cliente basado en esa percepción individual y única sobre el progreso y el ajuste de la terapia: la experiencia del cliente de la existencia de beneficio debe dirigir las elecciones del terapeuta. Aprendimos que ser dirigido por el cliente implica también guiarse por los resultados. El capítulo cuatro describe este cambio en nuestra forma de pensar y demuestra una manera muy sencilla de mejorar la eficacia y legitima nuestros servicios hacia quienes nos pagan. Convertirse en terapeuta guiado por los resultados asigna al cliente los papeles clave en la determinación de la forma en que los servicios de salud mental son tanto proporcionados como financiados, dando en este sentido las prácticas dirigidas por el cliente un gran paso adelante.

Capítulo 4

Convertirse en terapeuta guiado por el resultado

Evidencia basada en la práctica

Con Lynn Johnson, Jeb Brown y Morten Anker

La prueba del pastel está en comérselo.

Cervantes, Don Quijote

Durante gran parte del siglo XIX y el siguiente, la industria del ferrocarril fue el negocio más exitoso de América. Varias compañías competían para extenderse de ciudad en ciudad a través de todo el continente, acelerando el ritmo de vida al mismo tiempo que se enriquecían durante el proceso. Sin embargo, en la década de los 60 el gran incondicional del comercio americano se fue debilitando seriamente –desapareció, en realidad. Cuando se les preguntaba sobre la causa, generalmente los ejecutivos respondían que la necesidad estaba siendo cubierta con otras alternativas (esto es, coches, camiones, aviones, y tecnologías nuevas y en expansión como el teléfono). Era difícil argumentar con esa lógica. Cuando se trataba de transporte, los consumidores buscaban alternativas más rápidas, sencillas e individualizadas.

Para Theodore Levitt, profesor de empresariales en la Universidad de Harvard, la creencia sostenida popularmente no tenía sentido en absoluto y, de hecho, generaba preguntas. Levitt (1975) argumentó que la industria no tenía problemas “porque la necesidad fuese cubierta por otros... sino porque no lo hizo el propio ferrocarril” (p.19). ¿Por qué la industria no se diversificó cuando tuvo la oportunidad? Porque resulta que los ejecutivos del ferrocarril habían llegado a creer que estaban en el negocio del *tren* más que en el negocio del *transporte*. Como consecuencia, las industrias del transporte por carretera y el aéreo crecían mientras los caballos de hierro hacía tiempo que se oxidaban en los campos ferroviarios.

En el que se ha convertido en uno de los artículos más citados en la literatura de los negocios, Levitt (1975) muestra cómo varias industrias, desde los ferrocarriles a Hollywood, sufrieron dramáticos reveses de fortuna cuando se convirtieron en “orientados al producto en lugar de orientados al cliente” (p. 19). Por ejemplo, la industria televisiva cogió totalmente desprevenidos a los magnates del cine porque pensaron erróneamente que estaban en el negocio del cine más que en el del entretenimiento. Y así el famoso ejecutivo y director de estudio Darryl F. Zanuck afirmó osadamente, “la televisión no será capaz de mantenerse en ningún mercado después de los primeros seis meses. La gente se cansará pronto de mirar fijamente cada noche una caja de madera” (Lee, 2000). Finalmente, tal extraordinaria falta de previsión forzó el cierre de los una vez poderosos estudios y llevó a la quiebra a numerosos grandes jugadores del gremio.

Aplicando estas ideas al campo de la psicoterapia se sugiere que las largas décadas de debate entre este o ese modelo de terapia pierden la mayor parte de su sentido. Francamente, se ha procedido como si nuestro campo fuera el negocio de la terapia más que el negocio del cambio. “La ilusión,” según Levitt, es que “el crecimiento continuo es una cuestión de producir innovación y mejora continua” (p. 27). Sin embargo, por su parte los consumidores (y pagadores) se preocupan poco sobre cómo ocurre el cambio:

simplemente lo quieren. De por sí, centrarse exclusivamente en los medios para producir el cambio (esto es, modelos, técnicas, proceso terapéutico) ha sido y continúa siendo un camino equivocado. Como sus colegas en los negocios del ferrocarril y el cine, los terapeutas corren el peligro de perder su clientela.

En este sentido, los datos indican que los consumidores ya están abandonando la psicoterapia como un medio para la realización personal y la salud psicológica. Recuérdese que los beneficios de la atención en salud mental se redujeron en un 54 por ciento entre 1988 y 1998, la última década de la que se dispone de datos. Durante este mismo período, las visitas de pacientes externos al terapeuta se redujeron un 30 por ciento. Aunque podría ser tentador atribuir tales problemas a las restricciones impuestas por la gestión sanitaria, otros estudios sugieren algo más inquietante. El último año, los americanos gastaron *de su propio bolsillo* 13,7 billones de dólares en cuidados alternativos de salud –cantidad que no incluye cuotas de gimnasio, compras de vitaminas y suplementos, o visitas al masajista. Claramente, que la suerte de la psicoterapia flaquee no se debe a un descenso en el deseo de los clientes de un cambio significativo. Por el contrario, tal como indicaban los grupos de discusión de la Asociación Americana de Psicología en el Capítulo Uno, se percibe que nuestro campo no cubre esa necesidad.

De acuerdo con Levitt (1975), en los negocios, una industria próspera *comienza* por las necesidades de los clientes y opera *hacia atrás*, “primero preocupándose por la... consecución de la satisfacción del cliente. Después, retrocede más para crear las cosas por las que, en parte, se logran esas satisfacciones” (p. 20). Se emplea menos tiempo y recursos en codificar, identificar y controlar los medios de producción, y más esfuerzo para seguir en contacto con los deseos de los clientes. De lo contrario, advierte Levitt, corre el riesgo “de definir una empresa, un producto o un cúmulo de conocimientos tan limitado como para garantizar su vejez prematura” (p. 20).

Desde esta perspectiva, lo importante no es tanto qué constituye una práctica terapéutica efectiva –ecléctica o empíricamente apoyada, integrada o diversificada– sino si los clientes experimentan los cambios que desean *a través de cualquier medio posible*. En vez de asumir que el proceso correcto conduce a resultados favorables, el campo necesita utilizar el resultado para construir y guiar el proceso terapéutico tanto como para inspirar la innovación.

DEL PROCESO AL RESULTADO EN TERAPIA

Para un campo como es la terapia, que intenta identificar y codificar los métodos de tratamiento, abandonar el proceso en favor del resultado puede parecer verdaderamente radical. No obstante, existe una tradición completa sobre el uso del resultado para guiar el proceso. La investigación de resultados indica que *la trayectoria general de cambio en terapia exitosa es altamente predecible*, con la mayor parte del cambio ocurriendo más pronto que tarde en el proceso de tratamiento (Brown, Dreis y Nace, 1999; Hansen y Lambert, 2003; Haas, Hill, Lambert y Morrell, 2002; Howard, Moras, Brill, Martinovich y Lutz, 1996; Whipple et al., 2003). En su ahora clásico artículo sobre el efecto dosis de la relación Howard, Kopte, Krause y Orlinsky (1986) encontraron que entre el 60 y el 65 por ciento de las personas experimentaba un alivio sintomático significativo entre las sesiones una a siete, cantidad que aumentó a un 70-75 por ciento después de seis meses, y a 85 por ciento en un año. Estos mismos resultados mostraron

además “un curso de rendimiento decreciente con cada vez más esfuerzo requerido para lograr diferencias perceptibles en la mejoría del paciente” conforme se prolonga el período de tratamiento (Howard et al., 1986, p.160; ver Figura 4.1).

Más recientemente, los investigadores han estado utilizando mejorías tempranas –en concreto, la experiencia subjetiva del *cliente* del cambio de significado en las primeras sesiones– para predecir si un emparejamiento dado del cliente con el terapeuta o un sistema de tratamiento dará lugar a un resultado exitoso (Hass et al., 2002; Lambert et al. 2001). Para ilustrar esto, Howard, Lueger, Maling y Martinovich (1993) no sólo confirmaron que la mayoría del cambio en tratamiento tenía lugar más hacia el principio que hacia el final, sino que también encontraron que la ausencia temprana de mejoría en la sensación subjetiva de bienestar del *cliente* reducía significativamente las probabilidades de conseguir alivio sintomático y un funcionamiento vital más saludable al final del tratamiento.

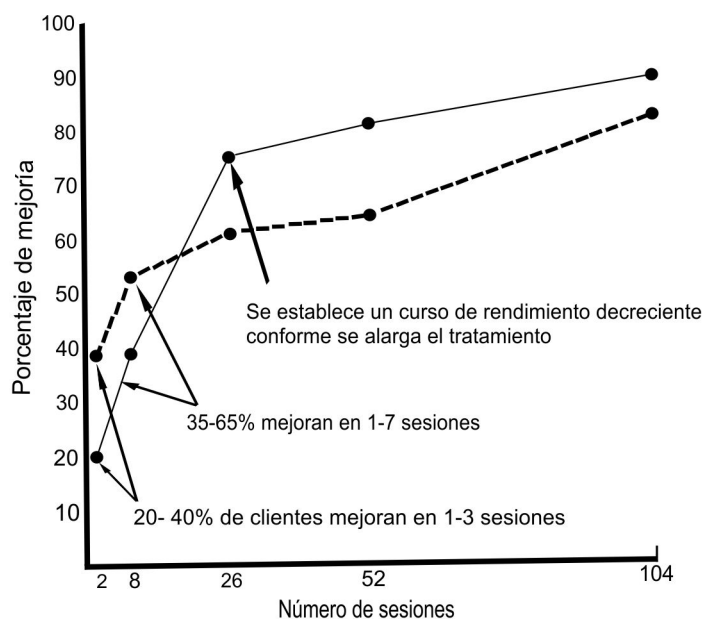


Figura 4.1. Relación del número de sesiones de Psicoterapia y el Porcentaje de Clientes que mejoran

Nota: La línea continua muestra los índices objetivos a la finalización; la línea discontinua muestra los índices subjetivos durante la terapia.
 Fuente: “El efecto dosis de la relación en Psicoterapia”, de K. I. Howard, S. M. Kopte, M. S. Krause, y D. E. Orlinsky, 1986, *American Psychologist*, 41 (2), 159-164. Reproducido con permiso

De modo similar, en un estudio de más de dos mil terapeutas y miles de clientes, los investigadores Brown et al. (1999) encontraron que las relaciones terapéuticas en las que no se apreciaba mejoría hacia la tercera sesión, por término medio no lograron mejoría en el curso completo del tratamiento. Este estudio mostró más a fondo que los clientes que empeoraban hacia la tercera sesión eran dos veces más propensos a abandonar que aquellos que informaban de progresos. De manera importante, variables como diagnóstico, severidad, apoyo familiar, y tipo de terapia fueron “no...tan importantes [en el resultado final pronosticado] como saber si el tratamiento que estaba siendo proporcionado de hecho [estaba] funcionando” (p. 404, el énfasis es nuestro).

A mediados de los noventa, varios investigadores comenzaron a utilizar datos generados *durante* el tratamiento para mejorar la calidad y el resultado de la atención. En 1996, Howard et al. demostraron cómo las medidas del progreso del cliente podían ser utilizadas para “determinar la idoneidad del tratamiento actual... [determinar] la necesidad de más tratamiento... [y] dar pie a asesoramiento clínico para pacientes que no [estaban] progresando según las tasas esperadas” (p. 1063). Ese mismo año, Lambert y Brown (1996) esgrimieron un argumento similar utilizando una herramienta de resultado más breve, y por tanto más factible. Por último, Johnson y Shaha (1996) publicaron un estudio de caso clínico cuasi-experimental combinando el feedback sobre el progreso y la solidez de la alianza terapéutica. Otros investigadores ya habían documentado que las calificaciones tempranas de la alianza por parte de los *clientes*, igual que el progreso, fueron “predictores significativos del resultado final del tratamiento” (Bachelor y Horvath, 1999, p. 139). Sobre esta base y su propio trabajo anterior (Johnson, 1995), Johnson y Shaha (1996, 1997) fueron los primeros en documentar el impacto de las herramientas de resultado y proceso en la calidad y resultado de la psicoterapia, y en mostrar cómo tales datos pueden promover una relación comprometida y cooperativa con los pagadores.

La conclusión resultante de las investigaciones anteriores está clara: el feedback de los clientes es esencial e incluso aumenta el éxito. En cuanto al método, los diversos enfoques incluidos en estos datos indican claramente que el tipo particular de terapia empleada es menos importante. Más que conocer con antelación qué enfoque utilizar para un diagnóstico dado, los terapeutas necesitan saber si la relación actual está ajustada y proporciona beneficios y si no, necesitan ser capaces de ajustarse y acomodarse lo suficientemente pronto para maximizar las oportunidades de éxito.

CONTROL DEL RESULTADO

Enseñanos a contar bien nuestros días, para que nuestro corazón adquiera sabiduría.

Salmos 90:12

La preocupación por los resultados en salud mental está bien fundada. En un estudio sobre seis mil clientes en seis ámbitos ambulatorios diferentes, solo un insignificante promedio del 35 por ciento de ellos mejoraron o se recuperaron (Hansen, Lambert y Forman, 2002). Aunque la terapia puede ser muy útil, que también puede no ser nada beneficiosa no nos coge por sorpresa. Además, todos sabemos que nadie es eficaz con todos; por desgracia, hasta ahora poco se ha hecho para descubrir quién no se está beneficiando para que pueda pasar algo diferente.

Actualmente hay una diversidad de enfoques para evaluar el resultado de la psicoterapia. La mayoría de tales intentos se valen de medidas bien establecidas diseñadas principalmente para los propósitos de las investigaciones, tanto las valoradas por el clínico como por el cliente, además de las calificaciones del observador, los índices fisiológicos y la información del entorno (Lambert, Ogles y Masters, 1992). Aunque estas evaluaciones multidimensionales de resultado son válidas y fiables, su complejidad metodológica, la duración de su aplicación y su coste, suelen hacerlos inviables para muchos profesionales y contextos. En realidad, el clínico medio en la práctica actual está saturado con trabajo administrativo y otras actividades no relacionadas con el servicio (por ej, llamadas telefónicas, reuniones, planes de

tratamiento, notas de avances, etc). Obviamente, esta realidad debe tenerse en cuenta para guiarse por los resultados. Brown et al. (1999), por ejemplo, encontraron que la mayoría de los clínicos no consideraron funcional ninguna medida o combinación de medidas que les llevara más de cinco minutos completar, puntuar e interpretar. En consecuencia, se puede argumentar convincentemente para adoptar medidas breves, además de fiables y válidas. También es importante mencionar que muchas de las medidas utilizadas actualmente para evaluar el resultado de la terapia no fueron diseñadas para medir el cambio. Por el contrario, la mayoría se desarrollaron específicamente para evaluar rasgos estables de la personalidad o patrones persistentes de conductas problemáticas.

El Cuestionario de Resultados 45.2 (Outcome Questionnaire 45.2, OQ) (Lambert et al., 1996) es un ejemplo de una medida específica de resultado diseñada específicamente para ser sensible a los cambios que la investigación sugiere que son probables en la terapia exitosa. El OQ evalúa tres dimensiones del funcionamiento del cliente: (1) angustia sintomática o personal (evaluación de la depresión, ansiedad, uso de drogas y alcohol, etc.), (2) relación interpersonal (evaluación de lo bien que se lleva el cliente en sus relaciones íntimas), y (3) rol social (evaluación de la satisfacción con el trabajo y las relaciones fuera del hogar). Dos estudios han demostrado ahora que el OQ es sensible al cambio en las personas sometidas a tratamiento, mientras que es estable en poblaciones no tratadas (Kadera, Lambert y Andrews, 1996; Vermeersch, Lambert y Burlingame, 2000). Tales resultados significan que las diferencias en las puntuaciones entre las aplicaciones pueden atribuirse con seguridad al tratamiento dado más que a un error de medida o una mejoría general (Lambert y Hill, 1994).

El OQ es el referente de la evaluación de resultados para la práctica con pacientes ambulatorios. Tiene abundantes datos normativos, es indiscutiblemente fiable y válido, aplicable a un amplio rango de clientes y de quejas presentadas, y relativamente barato (cuesta lo mismo que una fotocopia). Además, el software también está disponible para corrección e interpretación, y al menos un proveedor ofrece una versión informatizada aplicada telefónicamente.

Los dos primeros autores estaban familiarizados con el OQ, habiéndolo utilizado tanto en su propia práctica como en la investigación y consultas con numerosas agencias de salud mental y de terceros pagadores. Prácticamente en todos los casos, clínicos y clientes se quejaban sobre el tiempo necesario para completar la evaluación (hasta quince minutos), además del tamaño de la copia y el contenido y relevancia de las preguntas. A pesar de la disponibilidad de las versiones telefónica e informatizada y de la posibilidad de su utilización intermitente más que el uso consistente de la escala sesión a sesión, persistieron los problemas con la aplicación. En las clínicas ocupadas, por ejemplo, un solo cliente que se retrasase podía sembrar el caos con el horario. El uso de la herramienta en servicios telefónicos emergentes y a través de Internet se consideró imposible por razones similares. Además, tanto clientes como terapeutas se quejaron por igual de que la evaluación no parecía adecuarse a los temas que los clientes traían a terapia. Simplemente no tenía “validez aparente”¹¹ para muchos de los que trataron de utilizarlo. En esencia, los terapeutas se revelaron. Se hizo evidente que a

¹¹ NT: grado en que una medida parece válida desde el punto de vista del observado; es importante pues se supone que influye en el grado de colaboración de la persona que está siendo observada.

pesar de la calidad de la medida, no habría beneficios de la gestión de resultados si los terapeutas no la utilizaban.

La Escala de Evaluación del Resultado (ORS)

A causa de estas experiencias, y en un intento por desarrollar un instrumento fácil de usar por clientes y terapeutas, que estimulara la conversación colaborativa sobre el resultado con los clientes, Miller y Duncan (2000a) desarrollaron la Escala de Evaluación del Resultado (Outcome Rating Scale, ORS), como una alternativa muy breve y factible del OQ. Adaptaron ítems específicos en la ORS de las tres áreas de funcionamiento del cliente evaluadas por el OQ: individual, relacional y social. Los cambios en estas tres áreas son ampliamente consideradas como indicadores válidos de resultado exitoso del tratamiento (Lambert et al., 1996). La ORS simplemente traslada estas tres áreas y un índice global en un formato analógico visual de cuatro líneas de 10 centímetros, con instrucciones para colocar una marca en cada línea, con estimaciones bajas a la izquierda y altas a la derecha (ver Apéndice IV). Las cuatro líneas suman una puntuación total de 40. La puntuación consiste simplemente en la suma de las marcas hechas por el cliente medidas al centímetro más cercano en cada una de las cuatro líneas. Una puntuación de 25, el punto de corte clínico, diferencia entre los que experimentan sufrimiento suficiente como para ponerse a tratamiento de aquellos que no. Aquellas puntuaciones por encima de 25 normalmente reflejan las puntuaciones de personas que no están en terapia.

La investigación ha demostrado la fiabilidad y validez de la forma ultrabreve de la escala analógica visual en varias áreas incluyendo la evaluación y manejo del dolor (véase Ger, Ho, Sun, Wang y Cleeland, 1999), la calidad percibida de la atención (véase Arneill y Devlin, 2002), la psicoeducación (véase Dannon, Iancu y Grunhaus, 2002), e incluso la evaluación del cambio en respuesta al tratamiento médico (véase Grunhaus, Dolberg, Polak y Dannon, 2002). Además de su brevedad y facilidad de aplicación y puntuación, tales escalas con frecuencia gozan de validez aparente para los clientes, algo normalmente ausente en las herramientas más largas y técnicas que parecen alejarse de la experiencia del cliente.

La ORS es breve, sencilla de marcar e interpretar, y fácil de administrar; de hecho, lleva menos de un minuto aplicarla y puntuarla. Los clientes pueden empezar antes de iniciar la sesión y sin ayuda del terapeuta. Después, cliente y terapeuta pueden dedicar el principio de la sesión a comentar conjuntamente los resultados en vez de perder un valioso tiempo aplicando la escala. Debido a la sencillez de la ORS, el feedback de la medida está disponible inmediatamente para utilizarse *en el momento en que se presta el servicio*. Cualquier demora limita necesariamente la utilidad de los resultados. Los sistemas de medida que proporcionan feedback sobre el progreso en la *próxima* sesión programada puede ser demasiado tarde (es prácticamente imposible predecir si un cliente volverá).

La ORS también evalúa a un nivel de lectura de segundo grado, haciéndola viable para la mayoría de adultos que buscan terapia. Para los clientes, la escala es menos lejana de su día a día o de sus vivencias, así que pueden trasladarla inmediatamente a sus circunstancias específicas. En cuanto a los terapeutas, Miller, Duncan, Brown, Sparks y Claud (en prensa) informaron que los clínicos encontraban la medida más fácil de utilizar e integrar en su práctica clínica diaria que el OQ.

Por último, cuando los terapeutas normales se den cuenta de la caída de sus ingresos pocos estarán interesados en incrementar sus gastos básicos de funcionamiento. La evaluación es un gran negocio en salud mental, con el coste de los instrumentos oscilando entre unos pocos dólares a literalmente miles. Algunos pueden comprarse al instante; otros requieren el pago de una cuota al autor cada vez que se utiliza la escala. Como pasa con la mayoría de las cosas, lo más caro no es necesariamente lo mejor. Además, muchos instrumentos bien establecidos están gratis a disposición del público. La ORS es gratis para uso individual y puede ser descargada desde <http://www.talkingcure.com>.

La Escala de Evaluación de la Sesión (SRS): la monitorización del ajuste

A pesar de añadir un tiempo precioso al proceso de gestión de resultado, creemos que también es importante asociarse con el cliente para monitorizar el ajuste del servicio con las expectativas y sensibilidades del cliente acerca de la relación y el cambio. La incorporación de la evaluación de la alianza en curso permite al clínico individual identificar y corregir puntos débiles en los servicios prestados antes de que ejerzan un efecto negativo en el resultado.

Recuérdese que en el emblemático Proyecto de Investigación Colaborativa para el Tratamiento de la Depresión (TDCRP) las calificaciones de los clientes de la alianza terapéutica fueron mejor predictor de mejoría que el tipo de tratamiento recibido o la severidad del problema presentado (Blatt, Zuroff, Quinlan y Pilkonis, 1996; Krupnick et al., 1996). Recuérdese también que los investigadores encontraron resultados similares en buena medida en el Proyecto MATCH, un estudio sobre el tratamiento de personas con problemas de alcohol (Connors et al., 1997). Por último, recuérdese la investigación presentada en el capítulo tres, mostrando que las calificaciones de los clientes de la relación terapéutica tienen una correlación mucho más alta con el resultado que las calificaciones de los terapeutas (Bachelor y Horvath, 1999).

Al reconocer que la alianza terapéutica era primordial, Lynn Johnson creó la Escala de Evaluación de la Sesión (SRS) a principios de los 90 para ayudar a monitorizar su propio progreso con los clientes (véase Johnson, 1995). Más tarde, Scott Miller y Barry Duncan pusieron en marcha esta primera medida de la alianza “de trabajo” en una variedad de contextos diferentes de salud mental. A pesar de que la medida era solo de diez ítems, prácticamente en todos los casos las quejas sobre la extensión y el tiempo requerido para acabarla aparecieron pronto entre los clínicos y los clientes (principalmente los clínicos). Se vieron dificultades similares aplicando el Inventario de Alianza de Trabajo de 12 ítems (WAI) (Horvath y Greenberg, 1989), y con el Cuestionario de Alianza de Ayuda II (HAQ) de 19 ítems (Luborsky et al., 1996) también inviable (Duncan et al., en prensa). Por consiguiente, la versión 3.0 de la Escala de Evaluación de la Sesión (a partir de ahora SRS) se desarrolló (Johnson, Miller y Duncan, 2000) como una alternativa más breve, especialmente comparada con las medidas de alianza más extensas basadas en la investigación, para abordar las quejas de los clínicos y para estimular las conversaciones rutinarias sobre la alianza con los clientes.

La SRS también es una escala analógica visual y tiene cuatro ítems. El primero, una escala de relación, evalúa la sesión en un continuo desde “Sentí que el terapeuta no me escuchó, no me entendió” a “Sentí que la terapeuta me escuchó, me entendió y me respetó” (una pata del taburete de la alianza). El segundo es una escala de metas y temas que califica la sesión en un continuo que va desde “No trabajamos ni hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar” a “Trabajamos y hablamos de lo que yo quería trabajar y hablar” (otra pata del taburete). El tercero es una escala del enfoque y el método (no sólo una pata de la alianza sino también una indicación de la coincidencia con la teoría del cambio del cliente) que requiere que el cliente califique la sesión en un continuo que va desde “El método del terapeuta no va conmigo” a “El método de la terapeuta va conmigo”. Por último, la cuarta escala examina cómo el cliente percibe la sesión globalmente a lo largo de un continuo que va desde “Algo faltó en la cita de hoy” a “Globalmente, la cita de hoy fue buena para mí”.

Los primeros tres ítems de la SRS fueron adaptados de la definición clásica de alianza de Bordin (1979), con el foco en la teoría del cambio del cliente sugerida por Gaston (1990). El cuarto ítem refleja la guía recibida a partir de un análisis factorial de las grandes escalas de alianza en uso (es decir HAQ, WAI y las Escalas de Alianza Psicoterapéutica de California [Gaston, 1990]). Hatcher y Barends (1996) revelaron que además del factor general más medido por todas las escalas de alianza (es decir, la fuerza de la alianza), otros dos factores fueron predictivos: la *colaboración segura* y la *expresión de sentimientos negativos*. La colaboración segura hace referencia al nivel de confianza que el cliente tiene de que la terapia y el terapeuta le serán de ayuda. Aunque solapada con la tercera pregunta de la SRS (el ajuste del método del terapeuta), la cuarta escala de la SRS aborda directamente este factor, y mide la confianza del cliente en la sesión.

El otro factor predictivo, además de la fuerza general de la alianza, es la libertad del cliente para expresar al terapeuta sentimientos y reacciones negativas. Este factor sugiere que los clientes que expresan incluso niveles bajos de desacuerdo con sus terapeutas informan de mejores avances (Hatcher y Barends, 1996). La SRS completa se basa en animar a los clientes a identificar problemas de alianza, a obtener desacuerdos del cliente sobre el proceso terapéutico para que el clínico pueda cambiar el proceso para ajustarse mejor a las expectativas del cliente.

La SRS simplemente convierte estas ideas teóricas en cuatro escalas análogas visuales, con instrucciones para colocar una marca en una línea donde las respuestas negativas se representan a la izquierda y las respuestas positivas a la derecha. Las investigaciones hace tiempo que habían identificado estos factores como importantes, pero hasta el trabajo pionero de Johnson no había una medida clínica que proporcionara proactivamente al terapeuta feedback de la alianza en tiempo real de modo que pudieran abordarse los problemas.

Además de evaluar factores que la investigación ha ligado a resultados positivos, la SRS es altamente factible. Igual que la ORS, administrarla y puntuarla lleva menos de un minuto. Además, el contenido de los ítems tiene sentido para clientes y terapeutas, dando a la escala una buena validez aparente. La SRS se puntúa de forma similar a la ORS, sumando el total de las marcas del cliente en las líneas de 10 centímetros.

La utilización conjunta de la ORS y la SRS representa el único sistema de medida factible disponible que monitoriza proceso y resultado, aprovechando así los dos predictores conocidos de resultado. Este proceso de gestión de resultados también es el único que se asocia con los clientes para abordar conjuntamente la eficacia, el ajuste y la responsabilidad por los resultados de los servicios. El terapeuta utiliza las medidas en colaboración con los clientes para amplificar sus voces y sus opiniones durante el proceso de ayuda, invitándolos en definitiva al círculo más íntimo de la terapia. Por esta razón, estas medidas basadas en los clientes representan una desviación radical de lo que es habitual en el tema de la salud mental, teniendo la capacidad de cambio sobre cómo son prestados, administrados y financiados los servicios.

Fiabilidad, validez y viabilidad de la ORS y la SRS

Para considerarse fiable, cualquier diferencia entre dos aplicaciones del mismo instrumento deben atribuirse a cambios en la variable que está siendo medida (McCall, 1980). Un termómetro, por ejemplo, que proporciona diferentes lecturas bajo circunstancias similares no constituye una medida fiable o confiable de la temperatura. De manera similar, las puntuaciones que varían a pesar de mínimas o ninguna diferencia en el tratamiento o en el cliente no son medidas fiables del proceso terapéutico o del resultado clínico. A su vez, cualquier decisión basada en tales medidas (por ejemplo, si la terapia es o no eficaz, o si el servicio tiene las cualidades del trabajo eficaz, etc.) podría no ser fiable.

Hay varias formas de documentar la fiabilidad de los instrumentos de evaluación. En general, se incluyen informes de correlación o grado de correspondencia entre aplicaciones repetidas del mismo instrumento, entre formas alternativas del instrumento o entre ítems individuales en la escala (Anastasi, 1982). Por ejemplo, en un estudio de la ORS, una estimación estadística del grado de correlación entre los cuatro ítems de la escala (conocido como coeficiente alfa) oscila entre .87 y .96, comparándose favorablemente al .93 informada para el OQ (Miller, Duncan, Brown, Sparks y Claud, en prensa). De modo similar, la investigación disponible indica altas estimaciones de fiabilidad para la SRS (.88) (Duncan et al., en prensa).

La validez de la ORS se establece de varias formas. La primera es la evaluación de la validez concurrente o el grado en que correlaciona con instrumentos establecidos que miden aproximadamente lo mismo, por ejemplo el OQ. La correlación global entre la ORS y el OQ es .59, un índice moderado de validez concurrente. Aunque la ORS está inspirada en el OQ, no es razonable esperar coeficientes muy altos de correlación entre las dos medidas debido a la naturaleza mucho más breve de la ORS. No obstante, la correlación es respetable y proporciona evidencia de que la ORS es una alternativa ultrabreve para la evaluación global subjetiva del sufrimiento similar a la que se mide mediante la puntuación de la escala completa en el OQ.

De modo similar, la correlación global entre la SRS y otra escala de la alianza más extensa (diecinueve ítems) y establecida, el HAQ (Luborsky et al., 1996), es .48; nuevamente, este es un índice moderado de validez concurrente (Duncan et al.; en prensa). Aunque no se pueden reducir tanto los ítems (de los cuarenta y cinco ítems del OQ a los cuatro de la ORS y de los diecinueve del HAQ a los cuatro de la SRS) sin perder parte de la riqueza del original, la ORS y la SRS han alcanzado con creces nuestra meta principal –proporcionar medidas fiables y válidas que los profesionales de

la salud mental pudieran utilizar en contextos reales sobre una base cliente a cliente. Estas medidas sencillas permiten a todos conocer y reaccionar a la visión del cliente de si los servicios le están ayudando y si se ajustan a sus expectativas.

Otra forma de evaluar la validez es determinar si la ORS es sensible al cambio, como pretende. Esto constituiría la validez de constructo. La ORS, si es válida, debería reflejar el cambio que sigue a la psicoterapia y sólo debería permanecer estable en una población no tratada o no clínica (Lambert y Bergin, 1994). Por lo tanto, deberíamos esperar que las puntuaciones de la ORS en muestras clínicas se incrementaran, mientras que en muestras no clínicas deberían variar mínimamente. Y de hecho ese fue el caso en nuestro estudio reciente: la ORS fue sensible al cambio en aquellos que recibían psicoterapia y relativamente estable en aquellos que no (Miller, Duncan, Brown, Sparks y Claud, en prensa).

La comparación entre puntuaciones de grupos clínicos y no clínicos también puede utilizarse para proporcionar evidencia sobre la validez de constructo. Si la ORS fuese capaz de discriminar con exactitud entre las dos muestras se esperaría que las puntuaciones iniciales fueran significativamente más bajas (mostrando más sufrimiento) para el grupo clínico. Este fue el caso. Es más, en las dos muestras clínicas utilizadas en el estudio de la ORS (Miller, Duncan, Brown, Sparks y Claud, en prensa), la puntuación media a la entrada fue similar (19), indicando que la ORS proporciona una medida estable del nivel medio de sufrimiento que experimentan las personas al acceder a terapia. Además, una muestra noruega de 400 personas que iniciaron una terapia por dificultades de relación mostraron puntuaciones medias de entrada similares, lo que sugiere un paralelismo intercultural del nivel de sufrimiento para el que normalmente las personas buscan servicios de psicoterapia (Anker y Duncan, 2003).

Con respecto a la SRS, una forma de establecer la validez de constructo es examinar la correlación entre la SRS y el resultado. La investigación ha establecido una relación sólida entre las primeras calificaciones de la alianza y el resultado del tratamiento. Si la SRS demostrase una relación con el resultado similar a otras medidas establecidas de la alianza, sería un indicador de su validez de constructo. Duncan et al. (en prensa) seleccionaron aleatoriamente 100 clientes de un centro comunitario de salud mental y tomaron las calificaciones del cliente en la SRS en la segunda sesión y correlacionaron aquellas puntuaciones con el resultado medido por la ORS. El análisis reveló una correlación de .29, indicando que la SRS sirve en gran parte igual que otras medidas de la alianza.

Por último, veamos la viabilidad, una consideración igualmente importante en cualquier intento de monitorización del resultado. La viabilidad de un instrumento de resultado se refiere a la probabilidad de que el instrumento de hecho será utilizado; la viabilidad es el grado en el que un instrumento puede ser explicado, completado e interpretado rápida y fácilmente. Si las medidas de resultado no satisfacen las exigencias de tiempo de la práctica clínica real, tanto el personal como los clientes pueden enfrentarse a ellas con resistencia. Además, las medidas que son difíciles de puntuar o parecen irrelevantes a clientes y terapeutas es menos probable que se utilicen. El estudio de la ORS (Miller, Duncan, Brown, Sparks y Claud, en prensa) examinó las tasas de utilización a lo largo del tiempo en dos centros clínicos con clientes similares y órdenes de evaluar la viabilidad de la ORS en comparación con el OQ. La tasa general de utilización después de un año fue del 25 por ciento para el OQ y del 89 por ciento para la ORS. De forma

similar, el estudio de la SRS (Duncan et al., en prensa) examinó tasas de cumplimiento entre terapeutas de agencias similares; una agencia puso en marcha la SRS y la otra utilizó el WAI de 12 ítems. Después de un año, la SRS contaba con una tasa de utilización del 96 por ciento mientras el WAI sólo se utilizó el 29 por ciento de las veces. Las ganancias en viabilidad compensan las pérdidas en fiabilidad y validez cuando se cambia a medidas más cortas como la ORS y la SRS.

Las medidas fáciles de integrar en el tratamiento y que tengan validez aparente fomentan la colaboración entre el cliente y el terapeuta para monitorizar la eficacia del servicio. La responsabilidad por el resultado se convierte en un esfuerzo colectivo, parte integral de la construcción de la alianza, en vez de simplemente más papeleo. Obviamente, no importa cuán fiable y válida es una medida si no se utiliza, los beneficios de la gestión de resultados no se harán efectivos.

La ORS y la SRS en acción

La SRS y la ORS han sido empleadas con efectos positivos en varios contextos clínicos. Como se ha señalado, dada la naturaleza breve y la facilidad de uso de las escalas para el clínico y el cliente, se ha desplomado el número de quejas sobre la utilización de las herramientas y se ha disparado la tasa de cumplimiento. Proporcionar feedback a los terapeutas sobre la satisfacción del cliente con la alianza y el progreso del tratamiento a través de la SRS y la ORS también ha demostrado que conlleva mejorías significativas tanto en la continuidad del cliente en el tratamiento como en el resultado final del mismo. Por ejemplo, Miller et al. (en prensa) encontraron que los clientes de terapeutas que optaron por no completar la SRS eran dos veces más propensos a abandonar el tratamiento y de tres a cuatro veces más propensos a obtener un resultado negativo o nulo. En el mismo estudio, el tamaño medio del efecto de los servicios en la agencia donde se emplearon ambas medidas se desplazó de .5 a .8 –un incremento del 60 por ciento. Un análisis detallado de los doce mil casos incluidos en la muestra demostró que esta mejoría fue debida a una combinación de una disminución de resultados negativos, un incremento de los resultados positivos y un cambio general positivo en el resultado de los terapeutas que trabajan en la clínica.

Por increíble que los resultados puedan parecer a primera vista, son totalmente consistentes con los hallazgos de otros investigadores. Por ejemplo, en un metaanálisis de tres estudios, Lambert et al. (2003) informaron que aquellas relaciones terapéuticas con riesgo de resultados negativos o nulos que recibieron feedback formal estaban, al final de la terapia, mejor que el 65 por ciento de las que no tuvieron el beneficio de la información sobre el progreso del tratamiento (tamaño del efecto medio = .39, $p < .05$). En otro estudio, Whipple et al. (2003) encontraron que los clientes cuyos terapeutas tenían acceso a información sobre el resultado y la alianza era menos probable que empeorasen, más probable que permanecieran más tiempo en tratamiento, y *dos veces más probable* que alcanzasen cambios clínicos significativos.

En particular, los resultados de nuestra propia investigación además de la de Lambert y sus colegas fueron obtenidos sin ningún intento de organizar, sistematizar u otra forma de control del proceso de tratamiento. En estos estudios los terapeutas tampoco fueron entrenados en nuevas modalidades terapéuticas, técnicas de tratamiento o procedimientos diagnósticos. Más bien, cada clínico fue completamente libre para participar con sus clientes en la forma que les pareciera. La disponibilidad de feedback

formal del cliente proporcionó la única constante en un ambiente de tratamiento por lo demás diverso y caótico.

El feedback del cliente en la ORS sobre el éxito o el fracaso de las primeras visitas puede proporcionar información valiosa sobre la combinación entre cliente, terapeuta y método. En particular, dicho feedback informa de decisiones clave sobre cómo ajustar la terapia a las necesidades y características específicas de clientes particulares y de cuándo terminar o derivar a otro terapeuta o centro de atención cuando el cliente no está obteniendo beneficios. Respecto a la alianza, ya que la investigación indica que con frecuencia los clientes abandonan el tratamiento *antes* de hablar de los problemas con la alianza, la SRS proporciona la oportunidad de abrir el diálogo y remediar cualquier problema que exista.

Más importante, el doble hallazgo de que (1) el cambio es más temprano que tardío en las terapias exitosas; y (2) hay una trayectoria de rendimiento decreciente conforme la terapia se extiende en el tiempo, *no* debería interpretarse como una condena de las terapias que se alargan más allá de unas pocas sesiones. Al contrario, como muestra la figura 4.1, los datos proporcionan de manera convincente el hecho de continuar *siempre y cuando se vaya progresando y el cliente esté interesado*. En otras palabras, aunque la cantidad de cambio decrece con el tiempo, los clientes se benefician de que el contacto continúe. Al mismo tiempo, sin embargo, los hallazgos dejan claro que las terapias en las que hay poco o ningún cambio (o un empeoramiento de los síntomas) al *principio* del proceso corren un riesgo significativo de obtener un resultado nulo o incluso negativo (Brown et al., 1999).

Otra área donde el enfoque guiado por los resultados puede ejercer influencia sobre el proceso terapéutico es en la planificación y duración del tratamiento. Los clientes pueden citarse de manera más regular al principio de la terapia cuando la pendiente del cambio es empinada y después reduciendo conforme disminuye el ritmo de cambio. Otros datos de resultado sugieren con fuerza que se haga lo posible para minimizar la cantidad de tiempo entre la programación y la primera cita. Howard et al. (1986) y otros (Lawson, 1994; Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1987) han documentado porcentajes significativos de clientes que mejoran antes del comienzo formal del tratamiento (15, 60 y 66 por ciento, respectivamente). Cuanto mayor es el intervalo, mayor es la probabilidad de que el resultado esperado habrá alcanzado un punto de rendimiento decreciente disminuyendo así la motivación del cliente para asistir al tratamiento. Puesto que la evidencia disponible indica que la terapia aumenta la magnitud y la durabilidad de dicho cambio pretratamiento, el abandono del cliente mientras espera ser atendido -a pesar de alguna mejoría medida en el funcionamiento- solo puede verse como una oportunidad perdida (Lambert y Ogles, 2004).

El feedback de resultado también puede dar pistas sobre decisiones relacionadas con la intensidad del tratamiento (es decir, paciente externo versus hospitalizado, tratamiento versus educación o terapia de apoyo). Por ejemplo, Brown et al. (1999) y Miller et al. (en prensa) encontraron que hasta un tercio de los clientes que iniciaron terapia comenzaron con puntuaciones en las escalas de resultado que superaban el punto de corte clínico. Resulta que dichos clientes estaban en riesgo significativo de empeorar más que de mejorar en el transcurso del tratamiento. Animar a los terapeutas a adoptar un enfoque basado en los recursos o en la solución de problemas en vez de tratamientos profundos u otras estrategias intensivas de tratamiento puede servir para maximizar el

compromiso mientras se minimiza el riesgo de deterioro del cliente. Del mismo modo, cuando un cliente obligado o involuntario puntúa por encima del punto de corte clínico, la visión del cliente de la calificación que da de él o ella la fuente de derivación en la ORS pueden utilizarse para guiar las decisiones relacionadas con la planificación e intensidad del tratamiento. En tales casos, el cliente y el terapeuta podrían trabajar juntos para resolver el problema que el derivante tiene con el cliente.

Los beneficios aquí descritos, cuando se toman en combinación con el fracaso evidente del campo para descubrir y sistematizar el proceso terapéutico de una manera que mejoren los éxitos de modo fiable, nos han llevado a concluir que la mayor esperanza para el campo está en los resultados.

COLABORANDO CON LOS CLIENTES: LAS TUERCAS Y LOS TORNILLOS

...trivial elocuencia ni me convences ni me satisfaces...tienes que mostrármelo.

*-Willard Duncan Vandiver,
Discurso en un Banquete Naval en Filadelfia*

En realidad, colaborar con los clientes para monitorizar el resultado y ajustarse comienza antes del inicio formal de la terapia, tanto para los terapeutas como para los clientes. Los terapeutas tienen que comprometerse con dos cosas: primero, tienen que pensar que privilegiar las percepciones, ideas y experiencias del cliente es algo bueno. Si el profesional de la salud mental no valora la perspectiva del cliente primero y ante todo, y si no cree que el cliente debiese dirigir la terapia y ser un participante activo en las decisiones que le afectan, entonces el proceso de resultado propuesto no tendrá efecto. Segundo, el terapeuta debe querer responder ante el cliente por encima de todo pero también ante el sistema que paga el servicio. Una parte esencial de esta idea es que el servicio es un producto valioso y debería ser utilizado con sensatez, para asegurar que todos los que demandan atención tendrán acceso a ella. Continuar viendo clientes en ausencia de avances es un tremendo gasto de recursos.

Los clientes también necesitan estar comprometidos. Esto significa informar al cliente sobre la naturaleza de la colaboración cuando se planifica la primera cita y crear una cultura de feedback en la que el terapeuta considera esencial la voz del cliente y le invita proactivamente a realizar sus aportaciones. Por ejemplo, en una práctica dirigida por el cliente y guiada por los resultados, el terapeuta podría decir:

Permítame explicarle cómo nos gusta trabajar. Como terapeutas, nos dedicamos a ayudar a nuestros clientes a conseguir los resultados que desean. También creemos que usted tiene derecho a saber lo antes posible si es probable que le seamos útiles o no. Por estas razones hemos encontrado importante monitorizar nuestro progreso de sesión a sesión utilizando dos formularios muy breves de papel y lápiz. Su feedback continuado nos dirá si vamos por buen camino, si es necesario cambiar algo en nuestro enfoque, o si es necesario derivarle a algún otro lugar para ayudarle a conseguir lo que quiere. ¿Cree que me puede ayudar con esto?

Como indica la declaración, los resultados del proceso de medición proporcionan feedback continuo a la terapia (Duncan, Sparks y Miller, 2000; Miller y Duncan, 2000b). En un contexto ambulatorio típico, el terapeuta daría al cliente la ORS *antes* de cada sesión y la SRS hacia el final. Con respecto a la ORS, es útil pedir a los clientes comenzar su cita cinco minutos *antes* de la reunión con el terapeuta; pueden encontrar la ORS simplemente en un mostrador de recepción o en un portapapeles para cubrirla. Muchos clientes rellenarán la ORS (algunos incluso trazarán sus puntuaciones en las gráficas proporcionadas) y entrarán en el despacho del terapeuta discutiendo ya las conclusiones. Utilizar una escala bastante sencilla para los clientes (y los terapeutas) para puntuar e interpretar no sólo acelera el proceso sino que también aumenta el compromiso de los clientes en la valoración de los servicios que reciben. Cualquier cosa que incremente la participación en la terapia es probable que tenga un impacto positivo en el resultado.

Toda puntuación e interpretación de las medidas se realiza *conjuntamente con* los clientes. Esto no sólo representa una desviación radical del uso tradicional de los instrumentos de evaluación sino que también proporciona a los clientes una nueva forma de ver y comentar su experiencia tanto de los progresos como de la terapia en sí. La evaluación, más que una evaluación del cliente dirigida por el experto, se convierte en una parte fundamental de la relación terapéutica y del cambio mismo (Duncan et al., 2000).

Administrar las escalas en cada encuentro es importante por dos razones. Primero, como se destacó anteriormente, es difícil sino imposible anticipar cuándo dejarán los clientes de venir a terapia. Si el plan es evaluar al inicio y al final o a intervalos regulares (por ej., primera, tercera, quinta sesión; véase Brown et al., 1999), hay un riesgo significativo de que un gran número de clientes terminen antes de aportar las medidas finales. En consecuencia, no se dispondrá de información del resultado para un considerable grupo de clientes, un hecho que podría dificultar seriamente cualquier intento posterior de dar sentido a los resultados generales.

PASO 1: INTRODUCIR LA ORS EN LA PRIMERA SESIÓN. Recuérdese que establecer una cultura de feedback donde se privilegia la voz del cliente ya comenzó en el primer contacto con el cliente. En la primera consulta se da continuidad a esa cultura. Es importante evitar la jerga técnica y en cambio explicar el propósito de las medidas y su justificación de manera natural y con sentido común. La gran mayoría de los clientes piensa que la monitorización para ver si la terapia funciona tiene sentido. La idea aquí es hacer de la monitorización parte de una forma relajada y ordinaria de tener conversaciones y trabajar con los clientes. Las palabras específicas no son importantes. El interés del terapeuta en el resultado deseado por el cliente dice mucho sobre el compromiso del terapeuta hacia cada persona y la calidad del servicio que él o ella reciben (Duncan y Sparks, 2002).

¿Recuerda nuestra conversación telefónica? A lo largo de nuestro trabajo conjunto le daré dos impresos muy breves preguntándole cómo cree que van las cosas y si están encarriladas. Creemos que para aprovechar mejor nuestro tiempo juntos y para obtener el mejor resultado, es importante asegurarnos de estar en la misma línea respecto a cómo está, cómo lo estamos haciendo y hacia dónde estamos yendo. Emplearemos sus respuestas para mantenernos en el buen camino. ¿Está de acuerdo?

Aquí está el impreso que le mencionó nuestra recepcionista. Permítame un momento para explicarle un poco más. La ORS es una medida de resultado que me permite ver dónde está, cómo le va, cómo están cambiando las cosas, o si no lo hacen. Nos permite determinar además si yo le estoy siendo de ayuda. Lo utilizo porque quiero asegurarme de estar proporcionándole la mejor atención posible. Sólo le lleva un minuto rellenarlo, y la mayoría de los clientes lo encuentran de mucha utilidad. ¿Le gustaría intentarlo? ¡Estupendo!

PASO 2: INCORPORAR LA ORS EN LA PRIMERA SESIÓN. La ORS señala dónde se encuentra el cliente y proporciona un punto de comparación para las sesiones posteriores. Involucra al cliente en un esfuerzo de colaboración para observar el progreso en diferentes aspectos de la vida. La incorporación de la ORS implica sencillamente sacar a colación los resultados iniciales y posteriores del cliente en la conversación para su discusión, clarificación y solución de problemas.

Según la ORS parece que está experimentando verdaderos problemas. [O] Por su puntuación parece que se siente bien. ¿Qué le trae aquí hoy? [O] Su puntuación total es 15; vaya, es bastante baja. Una puntuación de 24 o menos indica que las personas están bastante angustiadas para buscar ayuda. Las cosas deben ser muy difíciles para usted. ¿Qué está pasando?

El modo en que funciona la ORS es que las marcas hacia la izquierda (o las puntuaciones por debajo de 24) indican que hay cosas que son duras para usted ahora o que le hacen sufrir lo suficiente como para venir a terapia. Su puntuación en la escala individual indica que realmente está pasando una mala racha. ¿Le gustaría hablarme sobre eso? [O si todas las marcas se sitúan hacia la derecha] Generalmente la mayoría de las personas cuando sitúa sus marcas hacia la derecha (o cuando puntúan por encima de 25), es indicativo de que las cosas les van bien. Sería muy útil para mí entender qué le trae a terapia ahora.

A menudo los clientes comienzan la conversación haciendo un comentario sobre su marca más baja en la ORS. Debido a que la ORS tiene validez aparente inmediata, con frecuencia los clientes hacen comentarios sobre su puntuación en las diferentes escalas en relación con la razón por la que buscan terapia. En otras situaciones, los terapeutas deben iniciar la conexión entre las descripciones del cliente sobre las razones por las que buscan terapia y sus puntuaciones en la ORS. La ORS no tiene sentido como herramienta para medir resultado o como ayuda terapéutica a menos que el terapeuta lo vincule con la experiencia descrita de la vida del cliente. No es una prueba de rayos X de la experiencia del cliente. Este es un punto crítico porque tanto el terapeuta como el cliente deben saber lo que representa para el cliente la marca en la línea y qué necesitará que ocurra para que alcance un cambio y lo indique en la ORS. La línea de la ORS es irrelevante hasta que y a menos que el cliente le otorgue significado. Vincular la ORS a la experiencia del cliente es relativamente fácil de hacer y lleva menos de un minuto integrarlo en la conversación.

En algún momento de la sesión, el terapeuta solamente necesita recoger los comentarios del cliente y conectarlos a la ORS:

Oh, bien, parece que tiene que ver con la pérdida de su hermano (o la relación con su marido, el alcoholismo de la hija, o los ataques de ansiedad, etc.), es un aspecto importante de qué estamos haciendo aquí. ¿La angustia de esa situación explica su marca en la escala individual (u otra) de la ORS? De acuerdo,

entonces ¿qué cree que tendría que ocurrir para que la marca se moviera hacia la derecha?

La ORS, por su diseño, es un instrumento general de resultado y proporciona contenido no específico para orientar las impresiones del cliente o del terapeuta. La ORS solo ofrece un esqueleto vacío al que el cliente debe añadir la carne y la sangre de sus experiencias, al que dar vida con sus ideas y percepciones. Tiñen la ORS con el significado que proporciona la rica fuente de conocimiento de las experiencias idiosincrásicas del mundo del cliente. En el momento en que el cliente vincula la marca en la ORS con la situación que le aflige, la ORS se convierte en una medida significativa del progreso del cliente.

PASO 3: INTRODUCIENDO LA SRS. La SRS, como la ORS, es mejor presentarla de manera relajada e integrándola en la manera de trabajar habitual del terapeuta. El uso de la SRS da continuidad a la cultura de feedback y de privilegiar al cliente, y además amplifica o al menos abre espacio para la opinión del cliente sobre la alianza. La SRS puede ser administrada durante un descanso en la sesión (normalmente alrededor de los 40 a 45 minutos una vez empezada la consulta) o muy al final de la misma, dejando tiempo suficiente para debatir las respuestas del cliente.

Durante la sesión tomaremos un corto descanso en el que le entregaré otro formulario, donde dará su opinión sobre nuestro trabajo conjunto, y dirá si estoy satisfaciendo sus expectativas. Es una manera de tomar la temperatura a nuestra relación hoy ¿Estamos demasiado calientes o muy fríos? Esta información me ayuda a mantenerme en el camino. El propósito último de utilizar estos formularios es hacer todos los esfuerzos posibles para que la terapia sea una experiencia beneficiosa para usted ¿Está de acuerdo?

Antes de concluir hoy, me gustaría pedirle si puede rellenar este otro pequeño formulario. Este se refiere directamente a cómo lo estoy haciendo. Es muy importante para mí responder a sus necesidades. Muchos estudios han mostrado que lo bien que trabajemos juntos se relaciona directamente con lo bien que vayan las cosas. Si pudiera tomar un momento para rellenarlo, lo discutiría con usted antes de marcharse.

PASO 4: INCORPORANDO LA SRS. La SRS se incorpora al final de la sesión durante el mensaje final o proceso de resumen. Ya que la SRS es fácil de puntuar e interpretar, el terapeuta puede hacer un chequeo visual rápido e integrarlo en la conversación. Si la SRS se ve bien (puntuación mayor que 36) el terapeuta sólo necesita comentar el hecho e invitar a cualquier otro comentario o sugerencia. Si el cliente ha calificado cualquier escala por debajo de 9 centímetros, es un buen indicador de que el terapeuta debe continuar. Los clientes tienden a puntuar alto todas las medidas de la alianza, por lo tanto el terapeuta debería abordar cualquier sugerencia de un problema. Cualquier puntuación por debajo de 37 podría indicar algún problema, y por tanto es prudente invitar al cliente a comentarla. Algunas veces los clientes dicen que no ha pasado el tiempo suficiente para saber o que la puntuación es la mejor que pueden dar. Todas las respuestas son correctas y amplían la invitación abierta hecha al cliente para

continuar con el proceso de feedback. Agradecer al cliente este feedback y solicitar que continúe siendo honesto mantiene abiertas las vías de comunicación. La apreciación por parte del terapeuta de cualquier feedback negativo es un poderoso constructor de la alianza. De hecho, las alianzas que empiezan negativamente, pero dan lugar a la flexibilidad del terapeuta hacia el input del cliente, tienden a predecir un buen resultado.

La SRS da la oportunidad de reparar cualquier problema de la alianza que se está desarrollando y muestra a los clientes que el terapeuta hace algo más que hablar de boquilla sobre respetar la perspectiva de los clientes.

Permítame un segundo para echar un vistazo a esta SRS -es una especie de termómetro que mide la temperatura de nuestro encuentro aquí hoy. Guau, genial, se ve bien, parece que estamos en la misma onda, que estamos hablando de lo que usted cree que es importante, y cree que la consulta de hoy fue adecuada para usted.

Déjeme ver rápidamente este otro formulario, que me permite saber cómo cree que lo estamos haciendo. OK, parece que estoy fallando aquí. Muchas gracias por su honestidad, y por darme la oportunidad de abordar de modo diferente lo que puedo hacer. ¿Hubo alguna cosa más, sobre la que debería haberle preguntado o debería haber hecho para que esta consulta fuese mejor para usted? ¿Qué faltó?

Una aceptación elegante de cualquier problema y una disposición para ser flexible con un lenguaje no defensivo dice mucho al cliente y normalmente da la vuelta a las cosas. Recuérdese que los clientes raramente ponen sobre la mesa los problemas y tradicionalmente han permitido al terapeuta saber que la alianza está debilitada al no volver a las sesiones o al no participar en la terapia. La SRS proporciona una vía para hablar y abordar las dificultades en la alianza, manteniendo así a los clientes involucrados en la terapia.

Paso 5: Revisando el cambio en las consultas sucesivas. Una vez preparado un clima de feedback en la primera sesión, el asunto de ser guiado por los resultados puede empezar con la visión por parte del cliente del progreso y el ajuste, influyendo realmente sobre lo que pasa en la terapia. Cada sesión sucesiva compara la ORS de la sesión actual con la de la previa, y busca cambios. El terapeuta analiza con el cliente si hay alguna mejora (un movimiento a la derecha en cualquier escala, o incremento en la puntuación), un retroceso (un movimiento a la izquierda de la escala, o un decremento en la puntuación), o ningún tipo de cambio. Las puntuaciones son utilizadas para implicar al cliente en un debate sobre el progreso, y lo más importante, qué debería haber hecho diferente, si no lo hay.

Guau, sus marcas se han movido mucho en las líneas de bienestar personal y general -¡sobre 4 centímetros a la derecha cada una! Su puntuación total se incrementó de 8 a 29 puntos ¡vaya salto! ¿Qué ocurrió? ¿Cómo lo consiguió?... Este tipo de cambio se llama cambio fiable, y puede significar que es el momento de reevaluar ¿A dónde cree que deberíamos ir desde aquí?

Si ha ocurrido un cambio el terapeuta debería poner en marcha todas las formas de validar el progreso y animar al cliente a responsabilizarse de un nuevo capítulo en su vida (ver capítulo tres). Si no ha habido un cambio las puntuaciones también invitan al análisis, quizás más importante incluso.

Ok, así que las cosas no han cambiado desde la última vez que hablamos ¿Qué sentido tiene eso para usted? ¿Deberíamos estar haciendo algo diferente aquí, o deberíamos continuar con el mismo rumbo por el que vamos? Si vamos a mantenernos en la misma línea ¿cuánto tiempo deberíamos seguir antes de empezar a preocuparnos? ¿Cuándo sabremos cuando decir “basta”?

De nuevo la idea es involucrar al cliente en el proceso de monitorizar el progreso, y en la decisión de qué hacer después. El proceso de feedback ORS/SRS se repite en todas las sesiones, pero en las sesiones posteriores gana mayor relevancia y garantiza un plus de acción. El número exacto de encuentros que desencadenan atención extra o incrementan el debate dependen totalmente del marco en que se lleva a cabo el servicio.

Nosotros llamamos a esas interacciones con los clientes en sesiones posteriores conversaciones de control o debates de última oportunidad dependiendo de la urgencia reflejada por los datos de una agencia o práctica profesional concreta. Por ejemplo, en un marco ambulatorio típico las conversaciones de control generalmente son realizadas alrededor de la tercera sesión y los debates de última oportunidad se inician en la sexta sesión. Esto simplemente quiere decir que alrededor de la 3ª sesión los clientes de una agencia determinada que se benefician están mostrando ese beneficio en la ORS, y si el cambio no se nota sobre la sexta sesión, entonces el cliente está en riesgo significativo de obtener un resultado negativo o nulo, basado en las trayectorias de cambio de la media de clientes en ese marco particular. Diferentes contextos tendrán diferentes números de sesiones para conversaciones de control o debates de última oportunidad. Por ejemplo en un programa grande de asistencia al empleado, los clientes que no han mostrado beneficio sobre la segunda sesión están en riesgo, porque para ese contexto la media de clientes que se beneficia de los servicios refleja un cambio alrededor de la segunda sesión. En ese contexto, la sesión de última oportunidad es la tercera.

Otros marcos terapéuticos -residenciales, hospitalarios, o aquellos que tienen relaciones a largo plazo con los clientes- tendrán otros números para las sesiones de control y última oportunidad. En esos contextos, en vez de número de sesiones, los indicadores de control y última oportunidad serán probablemente unidades de tiempo. El punto importante es elegir para cada contexto específico dos momentos en el curso de la terapia, *case management* o tratamiento residencial en los que valorar si un cliente necesita un cambio de escenario basado en el resultado esperado deseado por el servicio y la trayectoria típica de éxitos de los clientes en esa agencia.

Estas son las reglas generales sencillas para las conversaciones de control y los debates de última oportunidad. Recuérdese que la idea principal es invitar a los clientes a un intercambio significativo sobre las opciones que existen para ayudarlos a conseguir sus objetivos. Si no ha ocurrido un cambio significativo al llegar a la sesión de conversación de control, el terapeuta responde explorando la SRS ítem por ítem. Los problemas de alianza son un factor que contribuye significativamente a la falta de progreso. A veces es útil decir algo como “Parece que no estamos yendo a ningún lado. Déjeme revisar los

ítems en la SRS para asegurarme de que está consiguiendo exactamente lo que buscaba en mí y en nuestro tiempo juntos.” Examinar la SRS y obtener del cliente respuestas detalladas puede ayudar al cliente y al terapeuta a conseguir un mejor entendimiento de lo que puede estar funcionando y lo que no.

A continuación, una falta de progreso en esta fase es una clara indicación de que el terapeuta necesita intentar algo diferente, porque el cliente no ha informado de cambio según lo esperable para el terapeuta o el marco terapéutico. Esto puede adoptar tantas formas como clientes hay. El terapeuta involucra al cliente en un torbellino de ideas: traer gente diferente, un equipo, un coterapeuta, un enfoque diferente, derivar a otro terapeuta, a un consejero religioso o a un grupo de autoayuda, cualquier cosa que parezca valiosa para el cliente. Se introduce cualquier idea que surja y el progreso se sigue supervisando continuamente a través de la ORS y las preferencias de resultado del cliente.

Si el terapeuta y el cliente han hecho la tormenta de ideas e introducido posibilidades diferentes y el cliente aun no ha experimentado ningún cambio, es el momento para el debate de última oportunidad. Como el nombre implica, hay cierta urgencia para lograr algo diferente: llegados a este punto, la media de los clientes exitosos en ese contexto determinado ha conseguido ya algún cambio, y el cliente actual está en riesgo significativo de concluir la terapia negativamente. Recuérdese que el propósito de la comparación entre este cliente y la media de los clientes que han tenido un resultado satisfactorio es animar a un intercambio abierto y posibilitar nuevas alternativas para dirigirse a los objetivos del cliente. Una metáfora que nos gusta es que el cliente y el terapeuta están conduciendo por un gran desierto con el depósito casi vacío cuando en la carretera aparece una señal de “última oportunidad para repostar”. La metáfora representa la necesidad de parar y debatir las implicaciones de continuar una terapia sin que el cliente esté alcanzando el cambio deseado.

Este es el momento en que debe considerarse y debatirse francamente una derivación. Si el terapeuta ha creado un clima de feedback desde el principio, entonces esta conversación no sorprenderá al cliente. La respuesta del cliente a un debate abierto sobre la falta de progreso es variada. Algunos acaban sin identificar una alternativa; otros piden o aceptan una derivación a otro terapeuta o contexto. Es raro que los clientes quieran continuar una relación de la que no se están beneficiando. Si el cliente elige, el terapeuta puede continuar como apoyo hasta que se puedan tomar otras medidas. Sin embargo, rara vez hay justificación para continuar el trabajo con clientes que no han conseguido cambiar en el período típico para la mayoría de los casos vistos por un terapeuta particular o una agencia determinada. Raramente, aunque no siempre.

Es particularmente importante considerar una derivación porque manteniendo a los clientes en una terapia ineficaz, los terapeutas se pueden convertir en obstáculos para que los clientes consigan los cambios deseados. La investigación muestra que no existe correlación entre una terapia con mal resultado y la probabilidad de éxito en la siguiente terapia. Guiarse por el resultado ayuda a los terapeutas a quitarse del medio y no convertirse en un impedimento para los esfuerzos de cambio del cliente.

Los terapeutas no pueden ser eficaces con todo el mundo, y otros ajustes relacionales pueden funcionar mejor para el cliente. Aunque algunos clientes pueden desear continuar con el mismo prestador de servicios en ausencia de cambio, muchos más no

querrán continuar una terapia ineficaz cuando se le da una salida elegante. Cuando a la luz de sus propias calificaciones los clientes no se ven beneficiados por los servicios, la ORS permite a los terapeutas preguntarse a sí mismos sobre cuestiones difíciles, poniendo de este modo al tanto a los clientes sobre tales decisiones. La gestión de resultados no ayuda a los terapeutas con los clientes con los que ya están siendo efectivos; más bien los ayuda con aquellos a quienes no están beneficiando, porque permite un debate abierto de otras alternativas y, en ausencia de cambio, la capacidad de terminar honradamente la terapia y proponer al cliente una relación más productiva.

Niños, adolescentes, parejas y familias ofrecen retos y oportunidades adicionales para el proceso de gestión de resultados. Típicamente los niños han sido excluidos y la mayoría de los sistemas solo preguntan a los padres o a otros significativos para evaluar el bienestar del niño. Nosotros creemos que es un error, así que además de obtener las calificaciones que los padres dan de los niños en la ORS, hemos desarrollado medidas experimentales (ver apéndice IV) que permiten a los niños comentar su progreso además de dar su opinión sobre la terapia misma. Aunque los formularios para niños aún no han sido validados (se está haciendo un estudio), al menos las medidas sirven para enganchar a los niños y transmitir también la importancia de su perspectiva.

Con adolescentes, parejas y familias, las medidas estimulan conversaciones sobre las diferencias y similitudes de las calificaciones individuales, y permiten a los terapeutas prestar atención a la perspectiva de cada uno sobre el cambio y la alianza. La SRS y la ORS proporcionan un terreno común en el que hacer comparaciones y extraer distinciones permitiendo a cada individuo ser parte del debate de lo que necesita que ocurra a continuación.

Habitualmente las parejas llegan con calificaciones muy diferentes en sus ORSs. Cuando el terapeuta explora esto generalmente sigue un vivo debate sobre qué miembro de la pareja está más interesado en hacer que las cosas cambien, dónde siente cada uno que radica el problema, y qué cree cada uno que necesita que ocurra para que la relación mejore (sus respectivas teorías del cambio). Clarificar esos puntos con la ayuda de la ORS permite a los terapeutas buscar temas y metas comunes. No es inusual para las puntuaciones en la ORS de una pareja reflejar un escenario familiar: la percepción de mejora de una persona, puntuada en la ORS, se contrasta con el empeoramiento de la puntuación del otro compañero (este tipo de patrón se ilustra usando un gráfico con diferentes líneas en diferente color para cada persona). Esto puede abrir una conversación productiva sobre los costes y beneficios del cambio para ambos, y cómo quieren proceder.

El mismo proceso puede ilustrar gráficamente no solo distintos niveles de malestar y cambio, sino también las diversas percepciones de los múltiples miembros de la familia. La SRS da al terapeuta la posibilidad de ver, si hay alguno, qué miembros de la familia se sienten menos conectados con el proceso. Así el terapeuta tiene un conocimiento preciso de dónde centrar más su atención. Utilizar la ORS y la SRS con parejas y familias es de incalculable valor para mantenerse en la senda de muchas trayectorias de cambio y muchas agendas; todo esto lleva a una disposición por parte del terapeuta para hacerse un experto en reunir datos rápido y sin interrupción algunas veces, de 5 o 6 personas en la sesión, y para tener la capacidad de hacer la información relevante, usándola como trampolín para la conversación. La recompensa es la misma tanto para la pareja como para la familia o el individuo: el feedback fiable sobre si las cosas están

cambiando y sobre la fuerza de la alianza, así la terapia puede ajustarse mejor a las preferencias del cliente para obtener el mejor resultado.

Hacer que los números cuenten

Puede ser un reto hacerse una idea del beneficio potencial o actual de un servicio particular para un cliente específico. Pueden tomarse algunas líneas generales de la literatura revisada previamente en este capítulo. Recuérdese que estos datos indican lo siguiente: (1) la mayoría de los clientes (60 a 65 por ciento) experimenta alivio sintomático entre una y siete consultas; (2) los clientes que informan de poco o ningún cambio al principio no muestran, por término medio, mejoría en el curso de toda la terapia; y, por último, (3) los clientes que empeoran al principio están en riesgo significativo de abandonar o tener un resultado negativo o nulo.

Sin embargo, no todos los clientes o terapeutas son iguales. Tendría poco sentido usar las mismas guías generales para evaluar la terapia en un programa de asistencia al empleado y en un servicio comunitario local de salud mental, por ejemplo, porque los clientes en los dos marcos terapéuticos difieren en la manera que afectaría a la naturaleza, duración y resultado del tratamiento. Lo mismo pasaría con las agencias o con los terapeutas individuales, que limitan su práctica a unas quejas particulares (abuso de sustancias) o en grupos de clientes (por ej. niños). Para desarrollar directrices válidas para estos casos el grupo o practicante individual necesitaría determinar cómo suceden los cambios *en su práctica particular* en cada momento específico.

Los métodos para estimar cómo tiene lugar el cambio en una práctica profesional concreta cubren la gama desde lo sencillo, tosco y barato a lo sofisticado, preciso y costoso. Respecto a lo segundo, varios servicios que están disponibles utilizan medidas patentadas y bases de datos para el seguimiento y la predicción de la respuesta del cliente. Una agencia u organización grande que sirve a una clientela muy diversa podría encontrar la precisión de tales programas como lo más apropiado para sus necesidades. Sin embargo, no todos los terapeutas o agencias tienen los medios para contratar tales servicios. Además, la investigación no ha establecido la eficacia de tales sistemas sobre alternativas más simples.

En esta sección se ilustrará un método altamente sofisticado y otro sencillo para determinar cómo ocurren los cambios de los clientes en un contexto o marco particular.

El cambio mediante la curva de sesión

Un método relativamente simple para rastrear la ocurrencia del cambio está basado en el trabajo pionero del psicólogo Ken Howard. Brevemente, Howard et al. (1996, p. 1060) encontraron “una legítima relación lineal entre... el número de sesiones y la... probabilidad de mejoría.” Con frecuencia, la literatura de resultados se refiere a estos hallazgos como el *efecto dosis* de la relación. Creando una curva de cambio por sesión (CBSC) que muestra la relación entre el número de sesiones (dosis) y el resultado (efecto), los clínicos pueden determinar la probabilidad de éxito para un cliente específico de una sesión determinada en un momento concreto del tratamiento.

El proceso comienza recogiendo los datos de resultados en muestras representativas de clientes. Simplemente se fija un período determinado de tiempo (por ej, un año) durante

el que se reúnen los resultados de todos los clientes. En general, cuanto mayor sea el número más precisos serán los datos que representan a los clientes con los que una agencia o terapeuta particular trabajan habitualmente.

El siguiente paso es separar los casos exitosos de los no exitosos, anotando en particular la sesión en la que cada cliente cumple o excede las puntuaciones indicativas de “cambio fiable”. Para la ORS una diferencia de 5 puntos o más es la prueba de que el cambio presentado por un individuo en terapia es fiable o clínicamente significativo (Duncan y Sparks, 2002). En otras palabras, los cambios medidos son más grandes que cualquier variación casual en el instrumento o en el desarrollo normal del cliente.

El paso final es trazar los resultados de los clientes exitosos en una gráfica, con el número de sesiones aumentando a lo largo del eje de las abcisas (eje X), y el porcentaje de clientes exitosos a lo largo del eje de ordenadas (eje Y). La figura 4.2 nos da un ejemplo de datos de una CBSC recogido en la Oficina de Orientación Familiar en Vestfold, Noruega (Anker y Duncan, 2003).

El número total de clientes en este estudio fue de 422 y participaban 13 terapeutas. Setenta y cuatro clientes fueron vistos individualmente, mientras el resto fue visto en terapia de pareja. Solo con mirar los casos individuales, una sencilla comparación del número de casos exitosos y no exitosos reveló que aproximadamente el 57 por ciento (42) de los 74 clientes individuales que empezaron tratamiento en esta clínica experimentó un cambio clínicamente significativo o fiable previo a la terminación. La inspección visual del gráfico también muestra que la mayoría de esos clientes exitosos empezó el cambio hacia la tercera sesión y la aplastante mayoría consiguió un cambio fiable hacia la sexta consulta. Por tanto, para los clientes de esta muestra la conversación de control probablemente debería ocurrir en la tercera sesión y el debate de última oportunidad hacia la sexta consulta.

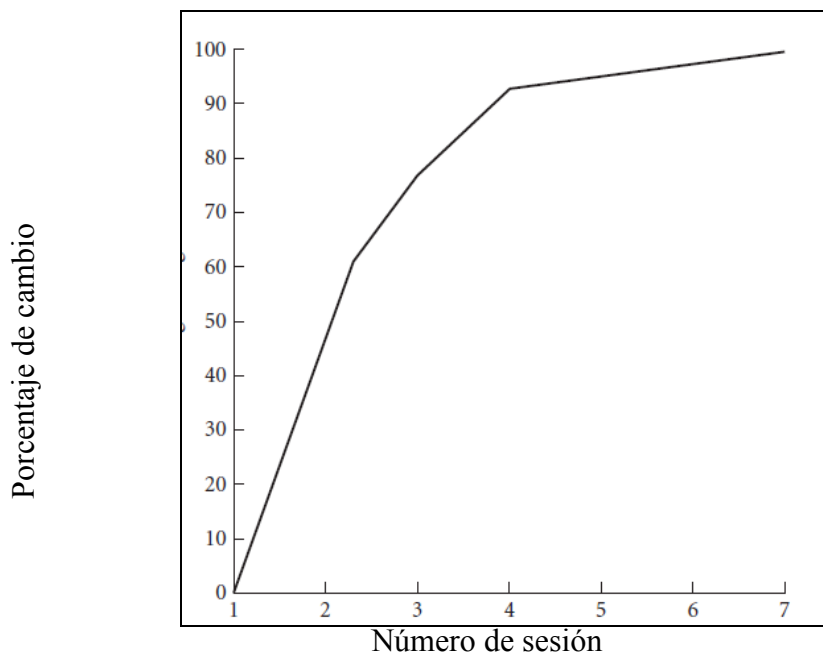


Figura 4.2. Curva de cambio por sesión.

Fuente: “El uso de la ORS con parejas”, de M. Anker y B. Duncan, 2003. Usada con permiso

En esta pequeña muestra todos los clientes que consiguieron un cambio fiable lo habían hecho por la séptima sesión. Este gráfico de la CBSC confirma la observación de Howard y cols (1996) de que el cambio en el tratamiento está relacionado con el número de sesiones -pero solo hasta cierto punto. Más allá de un cierto número de sesiones (5 en esta muestra) “se necesitan cada vez más esfuerzos para producir apenas diferencias notorias” (p.1060). La ventaja obvia de este enfoque es que el terapeuta y el cliente pueden determinar rápidamente si la terapia está progresando del modo habitual para casos exitosos *sin* tener que hacer ningún cálculo estadístico.

Antes de continuar, debemos señalar que los terapeutas no deberían utilizar la CBSC para tomar decisiones sobre cuándo *terminar una terapia exitosa*. Al contrario, la CBSC simplemente dice al terapeuta cuándo esperar un cambio en una determinada agencia o práctica. Como se mencionó antes en este capítulo, la literatura de investigación presenta una sólida argumentación empírica para continuar viendo a los clientes mientras estén haciendo progresos medibles y estén interesados en continuar (véase un ejemplo en el epílogo).

El concepto de cambio fiable discutido antes tampoco debería ser confundido con el de recuperación. Aunque los investigadores debaten los detalles, la mayoría están de acuerdo en que la recuperación significa que las puntuaciones de una persona sobre la medida de resultado no son solo indicativas de un cambio fiable sino que son también más similares a las puntuaciones de personas que no están en tratamiento. En otras palabras, el cliente ya no se puede distinguir de sus pares (Ogles, Lambert y Masters, 1996).

Recuérdese que la línea divisoria entre las poblaciones clínica y no clínica es derivada estadísticamente, y conocida como el punto de corte clínico. Como se mencionó, en la ORS el número es 25. Para considerar a los clientes como recuperados, por tanto, en el curso de la terapia las puntuaciones tendrían que cambiar 5 o más puntos (el índice de cambio fiable) y subir por encima de una puntuación total de 25 (Duncan y Sparks, 2002).

Regresión Lineal Simple (SLR)

La palabra *simple* coincidiendo con *regresión lineal* en la misma frase puede parecer un oxímoron. Y realmente los clínicos promedio que trabajan en solitario pueden saltarse esta sección sin que les suponga un gran problema. En esos casos la CBSC será suficiente para generar un diálogo con los clientes sobre el valor del tratamiento. Sin embargo, para aquellos profesionales, administradores y pagadores que requieren una mayor precisión o necesitan comparar la eficacia de un clínico o lugar de tratamiento con otro, el método CBSC pronto se revelará como seriamente deficiente.

Una limitación significativa de la CBSC es la fiabilidad de la curva en el índice de cambio fiable (RCI) para identificar y separar casos exitosos de no exitosos. Como se dijo antes, un cambio en las puntuaciones que exceda el RCI puede ser considerado más grande que cualquier variación en las puntuaciones debido a la casualidad o al mero paso del tiempo. En otras palabras, y más importante, el cambio puede ser atribuido al tratamiento. El problema es que el RCI es una media, a la que se llega agregando clientes de niveles variables de severidad. Como resultado, es probable infravalorar la

cantidad de cambio necesaria para considerarlo fiable para algunos casos (por ejemplo, aquellos en el nivel severo) mientras se sobreestima la cantidad para otros (por ejemplo, aquellos en el nivel leve).

En contextos reales no es infrecuente que un porcentaje significativo de personas que puntúa en el nivel leve en medidas de resultado como la ORS busque tratamiento. De hecho, en un gran sistema de salud que está usando la medida, más de un 30 por ciento de clientes empezaron tratamiento con puntuaciones en el nivel leve, o sobre el punto de corte (es decir, el nivel no clínico). En la muestra noruega (Anker y Duncan, 2003) el 24 por ciento del total de los clientes puntuaron sobre el punto de corte. Un terapeuta que esté viendo muchos clientes con malestar relativamente leve, probablemente muestre un porcentaje relativamente pequeño de personas que mejoren, según el RCI. Además, una CBSC generada por ese mismo terapeuta podría mostrar tantos clientes mejorando como empeorando, con muchos de ellos permaneciendo sin cambios. Comparar los resultados de ese terapeuta con los de otro cuyos clientes puntúan mayoritariamente en el nivel más severo en el comienzo del tratamiento, no sería solamente injusto, sino también incorrecto.

El método más simple para lidiar con estos problemas es desagregar los datos y comparar clientes con niveles de severidad similares. Por ejemplo, las puntuaciones en la ORS al inicio podrían ser asignadas a uno de los cuatro niveles distintos de severidad (es decir, cuartiles), determinados por el rango típico de una agencia específica. La puntuación media del cambio podría calcularse entonces para cada uno de los cuatro niveles. El paso final sería calcular la diferencia entre la media y el resultado actual para un individuo dado, para determinar si el resultado fue mejor o peor que la media de los clientes en ese rango de severidad.

Un método más preciso es utilizar un modelo de regresión lineal simple para predecir la puntuación al final de la terapia (o en cualquier punto intermedio) basado en la puntuación al inicio. Aunque va más allá de nuestra exposición aquí, en pocas palabras, es posible utilizar la pendiente y una intersección para calcular una fórmula de regresión para todos los clientes en una muestra dada. Una vez obtenida, la fórmula puede utilizarse para calcular el resultado esperado para cualquier nuevo cliente, a partir de la puntuación al inicio. Además, analizando la diferencia entre el cambio predicho y el cambio medido a través del tiempo y entre los clientes puede ser utilizado para comparar terapeutas y contextos de tratamiento.

La ignorancia no da la felicidad: la SRS en acción

Linda, una ejecutiva de una compañía de software de 42 años y madre de 2 niños, presentaba quejas de depresión. En la primera consulta explicó que su depresión era consecuencia de los problemas que estaba teniendo en el trabajo. En concreto, los antes amistosos compañeros de trabajo habían cambiado recientemente, acusándola de mantener relaciones sexuales con un ejecutivo jefe para ganarse un ascenso. La puntuación inicial de Linda en la ORS fue de 11, lo cual solamente reforzaba su historia de estar profundamente angustiada.

Al final de la sesión Linda rellenó la SRS y pidió una cita para la siguiente semana. Sin embargo, creyendo que la sesión había ido bastante bien, el terapeuta se despistó de mirar la escala antes de que Linda dejase el despacho. Más tarde a lo largo del día, el

terapeuta miró la SRS y comprobó que Linda había quedado *insatisfecha* con la sesión. Específicamente sus respuestas indicaban que había esperado algo muy diferente y había puesto la marca bastante a la izquierda en las líneas “enfoco o método” y “general”.

Como resultado del feedback el terapeuta la telefoneó inmediatamente y le ofreció verla al día siguiente durante la hora del almuerzo. En la conversación Linda confirmó su insatisfacción con la primera consulta y admitió no estar segura sobre si volvería a la segunda. Concretamente, Linda hubiera querido que el terapeuta le diera más sugerencias concretas para manejar su situación, algo que no había hecho durante la sesión inicial.

La llamada, dijo ella, marcó la diferencia. Apareciendo puntual para la cita programada, trabajó con el terapeuta en estrategias específicas para abordar los problemas en el trabajo. Las puntuaciones de Linda en la SRS, que ella marcó al final de esa sesión, 38 en total, indicaron que estaba mucho más satisfecha con la consulta. En el transcurso de las 4 consultas adicionales, sus puntuaciones en la ORS se desviaron gradualmente, alcanzando un nivel de recuperación de 27 en la última sesión.

Evidencia basada en la práctica: Haciendo lo que funciona, desafiando lo que no

Bárbara se presentó en terapia con quejas de depresión, lapsus de memoria, dificultades de concentración, cambios de humor y baja autoestima. Su puntuación inicial de 13 en la ORS indicaba que estaba significativamente angustiada. Le dijo al terapeuta que había sido abusada sexualmente por un miembro de la familia desde los trece años hasta los dieciséis, y expresaba un fuerte deseo de conseguir “controlar sus cambios de humor” y “aprender a mejorar su afrontamiento” con su historia de abuso.

Utilizando una combinación de métodos orientados a la competencia y cognitivo-conductuales, el terapeuta resaltó las veces que Bárbara afrontó inusualmente bien sus recuerdos y síntomas. La puntuación de Bárbara en la SRS al final de la consulta indicaba un alto nivel de ajuste (un total de 39). El terapeuta le pidió “hacer más de lo que había funcionado” para ella previamente, como tarea para casa entre sesiones. La siguiente semana Bárbara volvió, parecía y se veía mejor. Sus puntuaciones en la ORS confirmaron los cambios que continuaron hasta la tercera consulta, con su puntuación subiendo a 18.

A pesar de los resultados positivos Bárbara expresó un fuerte deseo de “cambiar de dirección” en la terapia. En particular, quería recordar más sobre el abuso que había sufrido. Después de explorar los pros y los contras, ella y el terapeuta acordaron intentar recuperar algunos recuerdos. El efecto fue inmediato y dramático. Las puntuaciones de Bárbara en la ORS tras la cuarta visita indicaron que estaba más angustiada de lo que había estado al principio: la puntuación se desplomó a 9. Juntos, el terapeuta y Bárbara discutieron lo apropiado de continuar recuperando recuerdos. Finalmente, Bárbara decidió volver a lo que había estado trabajando en las primeras tres sesiones. Sus puntuaciones dieron la vuelta rápidamente y mejoraron en las siguientes dos visitas, volviendo a subir a 19.

En la sexta sesión, Bárbara expresó de nuevo su deseo de recuperar recuerdos sobre el abuso. Después de algún debate, el terapeuta aceptó la dirección del cliente y comenzó a explorar los recuerdos con Bárbara. Cuando su puntuación en la ORS bajó otra vez la siguiente semana, ambos acordaron no volver a perseguir sus recuerdos, y mejor trabajar en estrategias de afrontamiento. Tras la octava y última visita había mejorado significativamente y su puntuación en la ORS había llegado a 22. Un contacto rutinario telefónico un año más tarde reveló que estaba viviendo confortablemente sin ninguna queja más.

En esta situación el uso de la ORS promovió un debate abierto de los costes y beneficios de diferentes métodos y permitió al cliente tomar una decisión informada. El proceso fue simple, reforzó la relación terapéutica, y mejoró el proceso en general. Más importante, el ejemplo no dice nada sobre el valor *absoluto* de los enfoques de tratamiento orientados a la competencia, cognitivo-conductuales, o de recuperación de recuerdos. Más bien, nos muestra lo que funciona para este cliente, en un momento temporal determinado, para un solo terapeuta, usando un tipo de modalidad de tratamiento en oposición a otra. Los datos de resultado pueden también ser útiles en ausencia de cambio.

Trayendo a la luz los resultados: Cuando el cambio no está ocurriendo

Steven, un hombre en la treintena, se presenta en terapia con quejas de depresión crónica. Hijo de un reverendo muy conocido y respetado, Steven era una persona amable y profundamente espiritual, que había estado en consulta unas cuantas veces con consejeros tanto religiosos como seculares. En al menos dos ocasiones sus relaciones con los terapeutas habían durado varios años. Aunque Steven creía que cada una de esas relaciones había sido útil, su continua lucha con lo que él llamaba “la oscuridad” le dejó con la sensación de que algún “asunto subyacente” permanecía sin resolver desde su infancia. Él expresaba un fuerte deseo de “llegar a la raíz” del problema en el tratamiento actual. El terapeuta estuvo de acuerdo y, en el curso de las siguientes sesiones, trabajó con Steven en un marco de tratamiento psicodinámico explorando varias experiencias desde su infancia e intentando establecer conexiones con su problema actual.

Las puntuaciones de Steven en la SRS dadas al final de cada consulta no podían ser más altas. En otras palabras, según sus respuestas, la terapia que estaba recibiendo concordaba con lo que él consideraba que era el enfoque adecuado. Sin embargo, sus puntuaciones en la ORS contaban otra historia. De semana en semana, la medida mostraba que no solo no mejoraba, sino que estaba empeorando. Particularmente a medida que avanzaba la terapia, él sugería que sus bajas puntuaciones mostraban que se estaba volviendo más introvertido en sus relaciones interpersonales y sociales.

Cuando el terapeuta comentaba los resultados al finalizar cada sesión, Steven estaba de acuerdo, pero honestamente no podía explicar el declive. El terapeuta tampoco lo podía explicar. Sabiendo que no había apoyo empírico para el viejo dicho de que en terapia “algunos clientes tienen que empeorar antes de mejorar”, el terapeuta empezó a explorar activamente diferentes opciones hacia el final de la cuarta visita. Steven y el terapeuta exploraron varias posibilidades en la conversación de control, pero se decidieron por una consulta de equipo. Steven eligió un formato de equipo reflexivo (Anderson, 1987)

con tres estructuras de equipo distintas con la esperanza de generar posibilidades (Duncan y Sparks, 2002).

En lo que llegó a ser un caos de sugerencias y especulaciones sin censura, se consideró un abanico de posibilidades, incluyendo: no cambiar nada, tomar medicación, asistir a un grupo de apoyo y cambiar a otros enfoques. Steven expresó el mayor interés en una idea lanzada cerca del inicio del proceso: que su lucha recurrente con “la oscuridad” podría no deberse a un asunto subyacente aún por descubrir, sino más bien por haber aprendido a minimizar sus habilidades para así no eclipsar a sus reconocidos y respetados padres. En las siguientes cuatro sesiones, el foco cambió. Mejor que escarbar en el pasado buscando algo que pudiese explicar su problema actual, Steven y el terapeuta trabajaron para traer a la luz sus características positivas. Exploraron activamente las fortalezas y los rasgos de carácter que él poseía y que podrían ser útiles cuando estuviese tentado de rendirse ante la depresión.

El material que surgió en las consultas tenía un distintivo carácter religioso. En un momento particularmente dramático, por ejemplo, Steven citaba pasajes de la biblia, apuntando que, aunque motivado positivamente, había pasado buena parte de su infancia “escondiendo su luz bajo un canasto” (Mateo 5:14-17). Ahora que era consciente de su tendencia, él juró “permitir que su luz brillase ante todos”, previniendo depresiones futuras por camuflarse en “la armadura de Dios”. Los resultados fueron espectaculares. Su puntuación en la ORS dio la vuelta y empezó a mejorar, estabilizándose por encima del punto de corte clínico.

Con Steven la presencia de los datos de la ORS ayudó a evitar un resultado negativo empujando al terapeuta a explorar pronto alternativas en el proceso. Cuando contactó de nuevo un año después de finalizar la terapia, Steven informó que aunque tentado, había sido capaz de evitar deprimirse otra vez. Otra aplicación de la ORS corroboró su informe. Por supuesto, abrir un diálogo sobre la falta de progreso no siempre da como resultado encontrar una alternativa útil. Cuando en el pasado tales situaciones habrían sido vistas como fracasos, la falta de resultados de hecho da al terapeuta una oportunidad para dejar de ser un impedimento para el cliente en su proceso de cambio. Simplemente no hay razón para tomárselo como algo personal.

Tampoco el fracaso de una relación terapéutica dada dice nada sobre el cliente o sobre su potencial para el cambio en general. Durante la mayor parte de la historia en este ámbito, los terapeutas han sido entrenados para atribuir la falta de progreso al cliente (principalmente) o a la terapia ofrecida. El sentido común sugiere que es simplemente imposible para los terapeutas formar relaciones exitosas de trabajo con todas las personas que se encuentran. Sin embargo el trabajo clínico dirigido por el cliente y guiado por el resultado puede considerarse exitoso cuando los clientes consiguen el cambio y cuando, en ausencia de cambio, el terapeuta trabaja con el cliente para dejar de ser un obstáculo.

Fracasando Exitosamente: Una Conclusión Digna

Consideremos a Robyn, de 35 años, descrita a sí misma como “agorafóbica”, cuya pareja la trajo a terapia porque ella estaba demasiado asustada para venir sola. Una persona antes extrovertida y activa, haciendo progresos constantes en su profesión, Robyn se había vuelto progresivamente más ansiosa y miedosa desde hacía varios años.

“Siempre he sido un tipo de persona nerviosa”, señaló durante su primera visita “ahora apenas puedo salir de mi casa”. Añadió que había visto un par de terapeutas y probó con varios medicamentos. “No es que esas cosas no hayan ayudado”, añadió, “es que nunca desapareció completamente. El año pasado estuve un par de días en el hospital”.

En unas cuantas sesiones el terapeuta trabajó con Robyn sola, y en un par de ocasiones con su compañero presente, para desarrollar y poner en marcha un plan para tratar con la ansiedad. Aunque su miedo era palpable durante las visitas, aun así dio la valoración más alta en la SRS. Sin embargo, desafortunadamente sus puntuaciones en la ORS evidenciaban poca mejoría. En este marco de tratamiento concreto el 50 por ciento de los clientes experimentaban un cambio fiable hacia la cuarta sesión. Después de cuatro sesiones, la CBSC empezó a estabilizarse. Obviamente, la terapia con Robyn estaba en riesgo de obtener un resultado nulo o negativo.

Los datos de la ORS llevaron al terapeuta y a Robyn a revisar sus respuestas a la SRS al final de la cuarta visita (recuérdese la conversación de control). Como mostró el ejemplo de Linda, la ejecutiva de la compañía de software, esas revisiones no son solamente útiles para asegurar que la terapia contiene los elementos necesarios para un resultado exitoso, sino también para descubrir problemas en la relación que el terapeuta quizá haya pasado por alto o que el cliente no haya informado. Sin embargo esta vez la conversación de control no reveló nada nuevo. De hecho, Robyn indicó que sus puntuaciones altas concordaban con su experiencia en las sesiones. Sabiendo que más de lo mismo llevaría a más de los mismos resultados, el terapeuta y Robyn acordaron organizar un equipo participativo (como un equipo reflexivo, pero en el cual el cliente se une al caos), en una corta sesión para generar ideas. Cuando las ideas que emergieron en esa reunión no hubieron dado lugar a un cambio medible sobre la octava sesión, el terapeuta supo, sin embargo, que era el momento de apartarse del camino de Robyn. Era el momento para el debate de última oportunidad. Después de todo la pendiente de la CBSC después de la sexta sesión estaba completamente plana. ¿Explicación? Había una mínima oportunidad de que esta relación acabara en éxito.

En las discusiones que siguieron, Robyn señaló su deseo de un tratamiento más intensivo. Mencionó haber leído sobre un tratamiento residencial fuera del estado que estaba especializado en su problema concreto. Cuando su compañía de seguros rechazó cubrir el coste del tratamiento, Robyn y su pareja pusieron su único coche a la venta para cubrir los gastos. Después de ser liberada del programa seis semanas más tarde, Robyn llamó para informar sobre el progreso que había hecho y describió sus planes post-tratamiento. ¡También pidió la oportunidad de completar la ORS una vez más! No hay necesidad de decir que sus puntuaciones habían mejorado significativamente. En efecto, el terapeuta había conseguido fracasar exitosamente.

LOS RESULTADOS Y EL FUTURO: IMAGINA...

Aquí, efectivamente, está nuestro problema. Debemos salvar esa distancia entre poesía y ciencia.

*John Dewey,
“Wandering Between Two Worlds”*

Las políticas de sanidad han sufrido un tremendo cambio a lo largo de las dos últimas décadas. Entre las diferencias, la investigación y los comentarios han documentado un mayor énfasis en el resultado. El giro hacia el resultado es tan significativo que Brown y col. (1999) argumentaron “En el escenario emergente, el resultado del servicio más que el servicio en sí mismo es el producto que los proveedores tienen que promocionar y vender. Aquellos incapaces de evaluar sistemáticamente el resultado del tratamiento no tendrán nada que vender a los compradores de servicios sanitarios” (p. 393).

En este capítulo hemos planteado un cambio del proceso al resultado, de la práctica basada en la evidencia a la evidencia basada en la práctica. Apoyan esta perspectiva datos que se remontan 18 años atrás, comenzando con el trabajo pionero de Howard y col. (1986) y extendiéndose hacia delante a Lambert y col. (2003), Johnson y Shaha (1996) y nuestros propios estudios (Miller y col., en prensa). El enfoque que defendemos es simple y directo, y potencialmente podría unificar el campo alrededor del objetivo común del cambio. Al contrario que los esfuerzos orientados al proceso que el campo ha empleado hasta ahora, la gestión del resultado da lugar a mejoras significativas en la efectividad de los servicios de psicoterapia.

Es cierto que los estudios hasta la fecha son algo limitados. Sin embargo, como Lambert y colaboradores (2003) señalan, “aquellos que defienden el uso de psicoterapias apoyadas empíricamente lo hacen de acuerdo con efectos mucho más pequeños del tratamiento” (p.296). En cualquier caso la evidencia levanta serias dudas sobre la especialización profesional, la formación y la certificación, el reembolso de los servicios clínicos, la investigación y sobre todo el bienestar público. Desde luego las normas son importantes, aunque no sea más que para proteger a los consumidores. Sin embargo, dadas las actuales normas de acreditación y formación, es teóricamente posible para los terapeutas obtener la licencia para ejercer y trabajar durante toda su carrera sin ayudar a una sola persona. ¿Quién lo sabría?

Adoptando un enfoque guiado por el resultado se recorrería un largo camino hacia la corrección de este problema, ofreciendo al mismo tiempo la primera protección “en tiempo real” para consumidores y pagadores. Después de todo formación, certificación y estándares de cuidado conllevarían una continua y sistemática evaluación del resultado -la primera preocupación de quienes buscan y pagan tratamientos. En vez de terapias empíricamente validadas los consumidores tendrían acceso a terapeutas empíricamente validados. Más que práctica basada en la evidencia, los terapeutas ajustarían su trabajo al cliente individual mediante la evidencia basada en la práctica. Liberados del tradicional énfasis en el proceso, los terapeutas estarían en mejores condiciones de conseguir lo que ellos siempre reivindicaron que es su tarea: ayudar al cambio. Más importante, finalmente los clientes obtendrían en el tratamiento la voz que la literatura siempre sugirió que merecían.

Ciertamente esto sería revolucionario porque la psicoterapia ha operado fuera del ámbito de la misma gente a la que pretende servir, dando lugar a prácticas irresponsables que rozan la opresión. Imaginen clientes a cargo de todos los aspectos de la terapia y recibiendo servicios basados en su propia teoría del cambio, usando su feedback para guiar todas las decisiones. Imaginen no más pruebas diagnósticas, planes de tratamiento, formularios de ingreso; información personal o confidencial no divulgada o entregada electrónicamente con propósitos de pago; o cualquier otra forma o práctica que no tenga relevancia para el resultado. En su lugar imaginen simplemente

presentar datos de resultado sin contenidos que den lugar automáticamente al pago por un número ilimitado de sesiones mientras los clientes se estén beneficiando. Quizás digan que somos unos soñadores, pero no somos los únicos. De hecho todas estas cosas ya están sucediendo. Una compañía de *managed care* está experimentando con ese sistema de pago, mientras otra compañía global de EAP¹² está montando una red de proveedores basada solamente en el resultado. Además terapeutas y agencias de todo el mundo están poniendo en marcha las ideas y prácticas del cliente heroico y se están convirtiendo en agencias heroicas (Duncan y Sparks, 2002).

Imaginen que por primera vez en la historia los profesionales de la salud mental tendrán la prueba de su efectividad y valor del trabajo clínico diario y ya no necesitarán apoyarse en el modelo médico para legitimarse. Imaginen no obtener aceptación mediante la adopción del cuestionable lenguaje y prácticas de la profesión médica (por ej, el DSM, los tratamientos prescriptivos) solamente para asegurar el status permanente de segunda clase al que la terapia ha sido relegada desde los tiempos de Freud. Imaginen la creación de una identidad separada del campo de la medicina. Es fácil si lo intentan.

¹² NT: programa de asistencia a empleados.

CAPÍTULO 5.

LA TEORÍA DEL CAMBIO DEL CLIENTE

Integrando enfoques cliente a cliente

Con Susanne Coleman, Lisa Kelledy y Steven Kopp

Entonces dijeron, “Venid y construyamos una ciudad, y...pongámonos un nombre.” El Señor dijo, “...Venid, descendamos, y allí confundamos su idioma, de modo que no entiendan ninguna otra forma de hablar.”... Por eso fue llamada Babel, porque allí el Señor confundió la lengua de toda la tierra.

-Génesis 11:1, 4-5, 7-9

Una revisión histórica de la psicoterapia, o simplemente la experiencia con clientes, conduce a la decepcionante aceptación de que todos los modelos son limitados. Una única talla no le sienta bien a todos. La respuesta en este campo ha sido la creación de escuelas rivales, cada una diseñada para abordar las deficiencias de las otras. Por eso los terapeutas no han sufrido escasez de modelos para elegir. Ahora tienen más variedad que Baskin-Robbins y Howard Johnson juntos¹³.

La ventaja, naturalmente, es que bajo ciertas circunstancias una idea determinada puede ser plenamente satisfactoria. El atractivo de aumentar la eficacia de la terapia a través de la aplicación selectiva de modelos dispares ha avivado el interés por estrategias eclécticas para la práctica. De hecho, el eclecticismo es la orientación teórica predominante en los terapeutas de habla inglesa (Norcross, 1997). Terapeutas de todas las clases prefieren identificarse como eclécticos, lo que indica un reconocimiento de las deficiencias de cada una de las escuelas y el valor de unir esfuerzos para ayudar a los clientes.

Aunque el movimiento ecléctico tiene el mérito de haberse desviado del mundo del “dogma que devora al dogma” (Saltzman y Norcross, 1990, p.xv) propio de las facciones rivales en terapia, sufre los mismos problemas que prácticamente han reducido la psicoterapia a diagnósticos médicos y a la prescripción de tratamientos empíricamente validados: la figura clave, el cliente, se ha quedado al margen, y la búsqueda de procedimientos mágicos que produzcan cambio nos deja ciegos ante la variable más importante del resultado de nuestro trabajo. Como consecuencia, cualquier esfuerzo integrador o ecléctico debe darse a nivel del cliente individual. Eso sólo puede pasar adaptando la combinación o la integración de enfoques con las ideas del cliente por medio del feedback directo del cliente sobre el resultado de la terapia, cliente a cliente.

Con esta idea en mente, este capítulo lleva más allá nuestro debate sobre la teoría del cambio del cliente. Lo que planteamos es que respetar la teoría del cambio del cliente no sólo influye en un resultado exitoso sino que también proporciona un camino para integrar la infinidad de enfoques disponibles hoy en día.

¹³ NT: marca de helados y cadena de restaurantes, ambas famosas por su número de sabores y locales respectivamente.

Los ejemplos ilustran cómo la incorporación de las percepciones de los clientes permite soluciones creativas desde una amplia base de diferentes ideas y métodos.

LA TEORÍA DEL CLIENTE: UN VALIOSO LEGADO

Es lo conocido lo que generalmente eludes en la vida. Lo que está delante de nuestras narices es lo último que vemos.

William Barret, desconocido

Ya en 1955, el psiquiatra Paul Hoch declaró “Hay algunos pacientes a los que les gustaría someterse a un tratamiento terapéutico cuyos fundamentos teóricos estuviesen de acuerdo con sus propias ideas sobre el funcionamiento de la psique” (p. 322). Casi al mismo tiempo, el psicólogo George Kelly (1955, p. 228) plantea que cada individuo posee una “teoría de constructos personales”, una teoría científica que “merece tenerse en cuenta” en el proceso de terapia. Kelly veía el tratamiento como la formulación de hipótesis sobre su teoría, la planificación de pruebas de campo y la evaluación de resultados, permitiendo al cliente probar activamente la teoría.

Más tarde, Torrey (1972) afirmó que compartir creencias similares con los clientes acerca tanto de las causas como del tratamiento de los trastornos mentales es un prerrequisito de éxito en la terapia. Wile (1977) también creía que los clientes entran en terapia con sus propias teorías sobre los problemas, sobre cómo se desarrollaron y cómo tienen que resolverse. Wile afirmó que “muchos de los típicos conflictos que surgen entre clientes y terapeutas pueden ser atribuidos a las diferencias en sus teorías sobre [la etiología y] el tratamiento” (p. 437). De manera similar, Brickman et al. (1982, p. 375) hipotetizó que “muchos de los problemas que caracterizan las relaciones entre quienes dan ayuda y quienes la reciben surgen del hecho de que las dos partes están aplicando modelos que no están en sintonía uno con el otro.”

Erickson (1980) arremetió contra las imponentes teorías de los terapeutas sobre los clientes. En su lugar propuso lo que llamó *utilización*: “explorar una singularidad del paciente para determinar qué aprendizajes de la vida, experiencias y habilidades mentales son válidas para encargarse del problema [y] utilizar esas respuestas internas personales para conseguir metas terapéuticas.” (Erickson y Rossi, 1979, p.1). Basándose en el legado de Erickson, el Mental Research Institute (MRI) (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974) desarrolló el concepto de *postura*, las creencias del cliente que influyen específicamente en el problema presentado y en la participación del cliente en la terapia (Fisch, Weakland y Segal, 1982). El MRI recomienda una valoración rápida de la postura del cliente de modo que el terapeuta pueda confeccionar una intervención de acuerdo a ella. De forma similar, Frank y Frank (1991, p.xv) sugirieron que “los terapeutas deberían elegir para cada paciente la terapia que sea acorde, o que pueda llegar a ser acorde, con las características personales del paciente y su visión del problema.”

Held (1991) divide las creencias de terapeutas y clientes en dos categorías. La teoría formal se basa en la estrategia explicativa que el terapeuta aplica a lo largo de los casos para solucionar los problemas. La teoría informal se refiere a las ideas concretas que los clientes tienen acerca de las causas de sus quejas. Held propone que el terapeuta pueda seleccionar estrategias de cualquier modelo basado en la congruencia con la teoría

informal del cliente. Duncan et al. (1992) demostraron clínicamente tal proceso de selección en su enfoque dirigido por el cliente.

Duncan y Moynihan (1994) afirmaron que utilizar la teoría del cambio del cliente facilita la relación, incrementa la participación del cliente, y por tanto mejora el resultado. Duncan et al. (1997) ven la teoría del cambio del cliente como el contenedor de las claves del éxito a pesar del modelo que utilicen los terapeutas, y especialmente con casos “imposibles”. De manera similar, Frank (1995, p.91) concluye: “Me inclino a considerar la idea de que la eficacia relativa de la mayoría de los métodos psicoterapéuticos depende casi exclusivamente del modo en que el terapeuta es capaz de hacer que los métodos se ajusten a las expectativas del paciente.”

Los académicos representantes de una amplia variedad de orientaciones tienden a coincidir en que la percepción del cliente acerca de la etiología del problema y su solución es probable que afecte al proceso y al resultado de la terapia.

Conversación, Contenido y Cambio

Preferimos llamar a lo que hacemos con los clientes conversar o conversación, más que entrevista (Goolishian y Anderson, 1987). Entrevistar implica algo que se hace a los clientes más que con ellos, y tiene la connotación de acopio de información por parte de expertos para fines evaluativos (por ej., la entrevista para obtener un diagnóstico o para conocer el estado mental, combinando características). La conversación, por otro lado, embarca a los clientes en el descubrimiento de la posibilidad, definiendo la terapia como un acontecimiento interpersonal centrado en las metas del cliente. Una forma de ver la conversación es examinar el contenido de los temas tratados.

Recordemos que Held (1991) define el contenido de la conversación en niveles teóricos formal e informal. La teoría formal consiste o bien en ideas generales acerca de la causa de los problemas (por ej., los síntomas son el resultado de un pensamiento distorsionado) o bien en explicaciones específicas (por ej., la sobregeneralización), que deben ser aplicadas a solucionar problemas. El terapeuta moldea las quejas de los clientes según esos contenidos preconcebidos, empujando la terapia hacia caminos muy trillados a partir de la teoría formal. Si el terapeuta se encuentra con una queja de ansiedad de un cliente, por ejemplo, provocada por un pensamiento distorsionado, la terapia analizará y corregirá el pensamiento distorsionado. La teoría formal de los terapeutas disfruta de una posición privilegiada por encima de las visiones de los clientes, y estructura una definición del problema además de los criterios de resultados.

La teoría informal, por otro lado, se basa en las ideas específicas que los clientes tienen acerca de las causas de sus situaciones particulares. Como se trató en el capítulo tres, también incluimos las visiones específicas del cliente sobre cómo puede darse el cambio. Más que moldear de nuevo las propias visiones del cliente dentro de la teoría formal del terapeuta, ajustamos teorías aplicables a las creencias del cliente. Cada cliente, por tanto, ofrece al terapeuta una nueva teoría a descubrir y un diferente camino a seguir hacia la solución.

La lealtad de los terapeutas hacia algún contenido teórico particular supone un compromiso que posibilita y limita opciones. La lealtad teórica proporciona una dirección clara pero es inherentemente restrictiva; la anarquía teórica posibilita

flexibilidad pero también introduce incertidumbre. Aunque todos los terapeutas tienen preferencias, no hay ideas fijas y correctas ni métodos que se crucen con las situaciones que los clientes traen a terapia y por tanto no hay formas intrínsecamente correctas de conducir la terapia. Tan alucinante como suena y tan aterrador como se siente, tal visión abre ilimitadas posibilidades para el cambio. La única indicación es que cualquiera que sea la idea seleccionada debe producir beneficio.

Es esta indeterminación la que aporta a la terapia su textura y le infunde el entusiasmo por el descubrimiento. Con esta indeterminación, el objetivo de la conversación es hacer explícitas las perspectivas del cliente relacionadas específicamente con el cambio. Fijar la atención en las ideas del cliente requiere un esfuerzo centrado en seguir su guía en cuanto al contenido de la conversación.

La terapia comienza invitando a los clientes a contar sus historias: “¿Qué te trae por aquí?” A medida que van contando, los clientes expresan su filosofía de vida, sus razones para vivir o lo que no quieren. Los clientes revelan cuáles son sus héroes, heroínas, villanos y guiones, mientras comparten las comedias, tragedias y triunfos de sus vidas. Esta historia de aventuras fija los parámetros de contenido de las preguntas terapéuticas. El terapeuta habla en el lenguaje del cliente porque las palabras que éste utiliza representan un comentario editado de su visión de la vida; los clientes son novelistas que escogen cuidadosamente sus palabras para transmitir su historia desde un punto de vista específico.

Las preguntas del terapeuta permanecen dentro del marco de contenido del cliente y con el tiempo se añaden a él. El terapeuta aporta el mínimo contenido en estas preguntas y permite al cliente el máximo espacio para encontrar nuevas conexiones, particularidades y significados. Las preguntas no son diseñadas para influir determinados significados ni otras realidades basadas en la teoría, sino más bien para provocar reacciones en los clientes y descripciones de las preocupaciones que dieron lugar a la terapia. Se desarrolla un intercambio franco, lo que da lugar a una fórmula de colaboración sobre lo que el terapeuta y el cliente abordarán, los criterios para el resultado exitoso, y un plan de cómo se realizará la terapia.

El terapeuta respeta la decisión del cliente respecto a cuáles son las experiencias relevantes para la discusión y revisión. Como participante activo, el terapeuta echa mano de ideas que posiblemente vengan al caso para intercalar en la conversación. Esta aportación se convierte en un diálogo significativo o se desvanece dependiendo de la respuesta del cliente. Una atención minuciosa de las reacciones del cliente al contenido generado por el terapeuta proporciona una guía de lo que el cliente considera importante. El entusiasmo del cliente sobre determinadas ideas informa sobre la elección de lo que viene después en la conversación. Las experiencias del terapeuta en cada momento sobre qué anima a los clientes y qué mejora su participación media el siguiente paso y así sucesivamente.

Cuando se introducen ideas en la conversación, tenemos tres cosas en cuenta. Primero, aunque todos tenemos nuestras ideas favoritas, las descartamos como las noticias de ayer si no involucran las fortalezas de los clientes ni concentran sus energías para abordar sus preocupaciones. Segundo, cualquier idea debe aceptar explícitamente que quiere el cliente y proporcionar una opción que aborde sus deseos. Si una idea no pasa esa prueba, la descartamos tan rápidamente como se agria la leche. Finalmente, el

cliente debe estar de acuerdo con entusiasmo con las ideas del terapeuta. Si el cliente no apoya esa idea efusivamente, el terapeuta la abandona como si fuera una cita a ciegas con un tatuaje “nacido para perder”. La dependencia de una cálida aceptación no sólo se extiende a la participación íntima del cliente, lo sumerge en un mar de posibilidades desde el cual puede emerger como dueño de las ideas.

El terapeuta rocía de abundantes preguntas de comprobación -preguntas que verifican que la terapia va por buen camino y se dirige a la cuestión fundamental- la receta conversacional para asegurarse que los clientes descubran un diálogo exquisito, y abra su apetito al cambio. La Escala de Evaluación de Resultado (ORS) y la Escala de Evaluación de la Sesión (SRS) contribuyen convenientemente a la conversación. El cliente combina aspectos de su experiencia con otros puntos de vista que surgen del diálogo terapéutico. La terapia, entonces, únicamente entrelaza ideas, formando una teoría del cambio perteneciente a las circunstancias específicas del cliente.

Los clientes están básicamente a cargo del contenido y de sus vidas, mientras que los terapeutas se encargan de desarrollar poco a poco ese contenido, construyendo una teoría del cambio, y de canalizarlo hacia las metas del cliente. El cliente también está encargado de probar si cualquier idea emergente o cualquier paso a la acción es beneficioso o no.

Seleccionar el contenido

Recuérdese que respetar la teoría del cliente requiere de una selección de métodos o ideas que se ajusten o complementen las creencias que los clientes tienen acerca del proceso de cambio. Ponemos en marcha las soluciones identificadas del cliente o buscamos un planteamiento que se ajuste a su teoría y proporcione posibilidades para el cambio. La naturaleza correcta o correctiva del contenido seleccionado no es importante; lo que importa es que la relación entre el contenido y la teoría del cambio del cliente proporcione un cambio potencial. El terapeuta puede responder al cliente partiendo de un número de fuentes de contenido: (1) problemas específicos; (2) enfoques específicos y, lo más probable, (3) partiendo únicamente de las descripciones y experiencias del cliente. Determinados problemas están constituidos por patrones genéricos de respuesta y áreas particulares de preocupaciones. Los patrones genéricos de respuesta (por ej., el proceso de duelo, el trauma por violación, el estrés postraumático, etc.) describen fases típicas de respuesta a cambios evolutivos o a crisis imprevistas. Asimismo, el contenido derivado de un área particular de preocupación (por ej., ansiedad, SIDA, etc.) puede proporcionar un marco organizador que sirva para aportar ideas a la conversación.

Ante algunas quejas los investigadores han sugerido enfoques particulares (por ej., terapia cognitivo-conductual para la depresión), proporcionando así opciones para debatir con los clientes. De manera similar, si por casualidad la visión del cliente es congruente con un marco teórico particular, el terapeuta puede usar ese enfoque para proporcionar input y dirección. Como hemos puesto de relieve, sin embargo, independientemente de en qué medida la investigación, la tradición o la literatura clínica respalde el contenido seleccionado (técnica o enfoque), la aceptación del cliente es la variable fundamental. El contenido seleccionado resulta prácticamente inútil si el cliente no lo ve provechoso o aplicable a sus circunstancias particulares. Tampoco tiene valor si no redonda en beneficio del cliente.

El contenido, entonces, es sólo el vehículo a través del cual la conversación fluye y afloran las posibilidades. Los tratamientos basados en la evidencia y los enfoques específicos son simplemente lentes para probar, que pueden o no ajustarse al marco del cliente y a los requisitos de la prescripción. De este modo, el terapeuta no endiosa ni demoniza los métodos ni los modelos sino que los mantiene como auxiliares útiles que ofrecen explicaciones metafóricas de cómo la gente puede cambiar.

El trabajo de Milton Erickson ejemplifica la tercera y más prevalente fuente de contenido: el cliente. Sin las trabas de la ortodoxia dominante en su época, Erickson se basó en la creatividad de sus clientes. Considérese el siguiente ejemplo: Erickson atendió a Kim, una profesora preocupada por jóvenes desnudos flotando sobre su cabeza. Solicitó a Erickson que no eliminase a los jóvenes sino más bien que detuviera su interferencia en su vida diaria. Él sugirió a Kim que dejase a los jóvenes desnudos en un armario en su oficina, donde estarían seguros y no interferirían con su clase. Estuvo pendiente de los jóvenes al principio pero gradualmente dejó de hacerlo. Mucho tiempo después, Kim se mudó a otra ciudad y se preocupó por lo que ella llamaba sus episodios psicóticos. Erickson le propuso que pusiera sus episodios psicóticos en un sobre de papel manila y se los enviase. Ocasionalmente envió a Erickson un episodio psicótico y mientras tanto continuó con una vida productiva (Erickson, 1980).

Erickson vió a otro cliente, Bob, que quería corregir su conducción irresponsable y temeraria. Cuando Erickson preguntó qué podría hacer él para serle de ayuda, Bob respondió que Erickson no podía hacer nada, que tendría que hacerlo a su manera. Erickson preguntó cuán pronto deseaba hacer los cambios, y Bob dijo que el próximo mes debería estar conduciendo adecuadamente. Bob repitió de varias formas a lo largo de dos sesiones la frase de que tendría que parar a su manera. Dos semanas después, Bob informó exultante que se las había arreglado a su manera: había conducido de forma tan alocada que, en un momento dado, tuvo que abandonar su coche justo antes de precipitarse por una ladera. Desde ese incidente, reveló, había estado conduciendo de manera prudente y dentro de los límites legales de velocidad.

Como Erickson creía firmemente en las capacidades de auto-curación de los clientes, se centraba intensamente en las visiones de los clientes acerca de sus preocupaciones, sus metas en terapia, y sus ideas sobre el cambio. Erickson entendía la importancia de no tratar de eliminar los jóvenes desnudos de Kim ni confrontar el deseo de Bob de “hacerlo a su manera.” Erickson no se atascó en sus propios miedos (por ej. que pueda estar reforzando los delirios de Kim) o en preferencias de tratamiento a priori (por ej., que tenía la necesidad de hacer algo con Bob). En lugar de eso, ofreció una idea basada únicamente en el contenido que el cliente proporcionó y no introdujo contenido teórico externo.

Los terapeutas a menudo nos preguntan en nuestros seminarios sobre los clientes que presentan teorías de cambio con las que no estamos de acuerdo o tienen ideas o comportamientos que nos parecen inaceptables. Cada caso a continuación representa un ejemplo; cada uno es provocador y prueba nuestra determinación a respetar la teoría del cambio del cliente.

PRIVILEGIAR LA VOZ DEL CLIENTE CUANDO NO ES TAL PRIVILEGIO

Las personas se convencen mejor por las razones que ellos mismos han descubierto que por aquellas que han venido de la mente de otros.

-Blaise Pascal, Pensées

Lo que sigue son ejemplos que ilustran las tres áreas de contenido. El primer cliente desafió nuestra postura de modelo antimédico y nos enseñó que el cliente siempre tiene razón. Este cliente ejemplifica cómo discutir sobre un problema determinado creó posibilidades de solución. La segunda cliente muestra la selección de un enfoque determinado y el valor de seguir una idea de la cliente hasta su conclusión lógica. Esta cliente nos asustó con su visión patológica de sí misma, además de su teoría de cómo tenía que ocurrir el cambio. Finalmente, el tercer y cuarto casos ilustran la selección de contenido que surge únicamente del cliente. En el tercero el cliente comenzó con una teoría del cambio que incluía castración química. En el cuarto una mujer describió las borracheras de su marido y sus preocupaciones acerca de sus hijos pequeños, dejados a su cargo.

El Área del Problema Específico: “Depresión Genética”

Quizás ningún enfoque ha influenciado tanto una visión no patológica de los clientes como el MRI (Watzlawick y col., 1974) y la terapia para resolver problemas de Jay Haley (Haley, 1976). Hace más o menos tres décadas, el MRI propuso un modelo que normalizaba los problemas de la vida y no necesitaba los requerimientos de una visión basada en la enfermedad (Duncan y col., 2003). Del mismo modo, Haley abordó los problemas según sus contextos de desarrollo y de relación, y desafió satíricamente las convenciones prevalecientes sobre patología y terapia de larga duración (Haley, 1980). Las actuales terapias orientadas a la competencia tienen una deuda de gratitud pocas veces expresada con estos pioneros de las perspectivas positivas de los clientes.

Aunque el MRI y Haley escribieron las primeras notas de una melodía antipatológica, las denominadas teorías postmodernas han compuesto una sinfonía completa. Nadando contra la corriente de los discursos dominantes sobre diagnósticos y patología, los enfoques narrativos y centrados en soluciones sitúan la voz del cliente en el centro del escenario, resaltando sus competencias, y desafían los discursos agobiantes, opresivos, de la vida de los clientes (por ej., Eron y Lund, 1996; Madigan y Epston, 1995; Walter y Peller, 2000; White y Epston, 1990). Nosotros, por supuesto, hemos abandonado de modo similar la dependencia de las D's asesinas (diagnóstico, trastornos [disorders], disfunción, enfermedad [disease], discapacidades y déficit) y hemos bajado del trono del glorificado experto. En vez de eso, solicitamos y formalizamos la aportación y el feedback del cliente, movilizamos sus recursos, y valoramos su colaboración. Poner en un lugar privilegiado la voz del cliente es fundamental no sólo para nuestro enfoque sino también para nuestros valores.

Todo eso está bien hasta que tienes que enfrentarte con los clientes que, en vez de responder a los grandes esfuerzos de los terapeutas por resaltar los puntos fuertes, se

adhieren a una visión patológica de sí mismos sin la cual incluso parecen perderse. ¿Cómo se puede evitar tomar una postura de experto cuando los clientes imploran asesoramiento y minimizan sus propias habilidades y conocimientos? ¿Cómo echar mano de la teoría del cambio del cliente cuando es tan contraria a tus valores fundamentales que suena como el acople chirriante de un micrófono?

Afortunadamente, los clientes nos ayudan a enfrentar esas pruebas. Ellos son los mejores profesores de terapia. La siguiente cliente nos enseñó el valor de seguir la teoría del cambio del cliente incluso cuando era contraria a nuestras creencias. Además, nos enseñó que respetar la perspectiva del cliente ofrece nuevas posibilidades además de aumentar su conformidad, posibilitando soluciones que ni siquiera podríamos haber imaginado de antemano.

Pat, un ama de casa de treinta y siete años, fue derivada por el director de la escuela de su hija (Murphy y Duncan, 1997). Al parecer había provocado un gran revuelo con sus apasionadas preocupaciones acerca de lo que ella consideraba la depresión de su hija Ann. La escuela no compartía sus preocupaciones. Según su profesor Ann era una niña educada de nueve años; sin embargo, el psicólogo de la escuela creía que Pat era una “chiflada”.

Pat era un personaje interesante, excelentemente compleja y de extremos opuestos. Emitía sus palabras de manera escandalosa a lo Phyllis Diller¹⁴, parando de vez en cuando para dar una calada a un cigarrillo que colgaba del borde de un cenicero. Ann tenía el aspecto de una granuja en potencia, pero se dejó caer en la silla y no levantó la vista mientras su madre abría la sesión.

SESIÓN UNO, EXTRACTO UNO

PAT: Ann está muy deprimida. Se disgusta mucho cuando los niños se burlan de ella en la escuela. Se queja de estar aburrída y se siente abatida cuando no puede encontrar un amigo.... Yo soy depresiva y he estado viendo a un psiquiatra durante 10 años, comprendo que tengo un desequilibrio químico y que tendré que tomar antidepresivos el resto de mi vida. También tomo antipsicóticos porque tuve una crisis después de nacer Ann (¡intenté matarme y todo eso!) He estado deprimida toda mi vida, y mi madre es también depresiva y toma antidepresivos. Mi doctor me dijo que era genético, y estoy segura de que Ann es como mi madre y como yo y probablemente necesite estar medicada. Yo esperaba que ella fuese yendo químicamente bien, pero la genética era demasiado fuerte.

El terapeuta no podría haber escrito un guión más problemático. Las palabras de Pat eran como el destello del proverbial dedo del medio, una ruidosa voz gritando, “¡privilegia esto!” Pat no sólo se envolvió a sí misma en un manto de terminología psiquiátrica y medicaciones sino que, para empeorarlo, quería que el terapeuta transmitiera esto, como una especie de reliquia familiar preciada, a su hija. A veces, privilegiar la voz del cliente no es tal privilegio.

Sin embargo el terapeuta sabía que debía tratar de obtener una visión favorable de Pat y ganarse su colaboración si algo positivo fuese a pasar. De hecho, el cortejo de Pat comenzó en la sala de espera. Haciendo uso de una gran parafernalia acerca de las

¹⁴ NT: actriz de comedia

bebidas gaseosas y el tabaco, nada más presentarse Pat ya dijo que le gustaría fumar. El terapeuta aceptó. Aunque suene tonto, ayudó a que las cosas comenzasen con buen pie.

El terapeuta no tuvo ninguna dificultad en agradar a Pat, lo que ella notó al instante. A veces el arte de este trabajo es valorar y formar alianzas con aquellos con quien otros lo encuentran difícil. Quizás para algunos el problema habría sido Pat (y su visión de la depresión genética). Desafiarla sólo hubiese significado unirse al baile de la conga del fracaso. El profesor de Ann, el psicólogo de la escuela y el director habían intentado convencer a Pat de que nada iba mal. Lamentablemente Pat había percibido esos esfuerzos como un menosprecio de la seriedad de los problemas de Ann y como sutiles críticas hacia su forma de crianza. El terapeuta, aunque inseguro de hacia dónde lo llevaría, tuvo el cuidado de no entrar en un innecesario enfrentamiento de ideologías.

En privado, Ann insistía en que no estaba deprimida. Su único problema era que los chicos a veces se burlaban de ella en la escuela; algo que, decía, les pasaba a todas las chicas de su clase. Lo único que quería era que su madre dejase de preguntar si estaba deprimida.

SESIÓN UNO, EXTRACTO DOS

PAT: Intento consolar a Ann, y hago todo lo humanamente posible para hacerla feliz; mantengo a la depresión bajo una estrecha vigilancia... Supongo que mi miedo es que estos primeros síntomas empeoren y la condenen a la depresión y a la angustia que mamá y yo hemos tenido que padecer.

TERAPEUTA: Parece que ha hecho mucho por hacer un esfuerzo y evitar condenarla a los episodios de su madre y los suyos con la depresión. Teniendo en cuenta lo que me ha contado acerca de la depresión genética de Ann, me preguntaba qué esperaba conseguir aquí. ¿Por qué viene a verme a mí en lugar de ver a otro que pueda darle medicación?

PAT: Usted es el experto. Quiero que me confirme la depresión y que me diga qué puedo hacer para ayudarla. La medicación la puedo obtener de mi doctor.

Pat dijo esto con intensidad, y el terapeuta lo tomó muy seriamente. La tarea ahora era trabajar con su perspectiva de la depresión genética y descubrir posibilidades para llegar a acciones o conclusiones diferentes. Esto requería una selección de contenido que coincidiese con la perspectiva de Pat, creando espacio para una teoría del cambio en desarrollo. Esta tarea empezó en la segunda sesión, transmitiendo a bote pronto una aceptación de la teoría de la depresión genética de Pat.

SESIÓN DOS, EXTRACTO UNO

TERAPEUTA: Hemos llegado a la conclusión de que está completamente en lo cierto en su estimación del problema de Ann. Dada su historia familiar de depresión en su madre y su abuela, parece muy probable que esté genéticamente predispuesta a la depresión.

PAT: Lo sabía. Así que usted también lo ve.

Encontrar una manera de validar lo que al principio puede parecer extraño abre la conversación a la posibilidad, a nuevas direcciones. El terapeuta ofreció input

específicamente derivado de una perspectiva genética de la depresión, un área de contenido derivada de un problema específico. Apoyándose en una popular teoría de genética y depresión (el paradigma de vulnerabilidad al estrés), el terapeuta propuso, de la manera más didáctica y experta que pudo exhibir, que dada la predisposición familiar a la depresión, los factores ambientales eran cruciales.

SESIÓN DOS, EXTRACTO DOS

TERAPEUTA: Debido a que ella está predispuesta genéticamente a la depresión, lo que pase en el ambiente es particularmente importante. Mientras que la predisposición a la depresión está siempre ahí, la depresión puede manifestarse o no, dependiendo de lo que pase en su ambiente y cómo ella aprenda a hacerle frente, a sobrellevarlo. Puede ayudar a Ann con su depresión ayudándola con los aspectos ambientales.

PAT: ¿Qué son los aspectos ambientales? ¿Se refiere a las cosas que hacemos por su autoestima y como nuestra familia se relaciona entre sí?

Pat era ahora una participante activa. En ese momento, la colaboración empezó. Antes, el terapeuta había colaborado con la expectativa que Pat tenía de su rol como experto y con su visión de la depresión de Ann. Esa postura sentó las bases para la colaboración real relacionada con las contribuciones ambientales a la depresión. Exploraron y evaluaron varias opciones en un intercambio abierto y animado.

Pat declaró que era una consentidora y a menudo recompensaba a Ann en un intento de reforzar su autoestima. Llegó a la conclusión de que no podía hacer mucho más. Pat también elogió las virtudes de su matrimonio y no veía ninguna conexión entre esto y los problemas de Ann.

Más tarde, en una discusión sobre las contribuciones de los padres, el terapeuta insinuó que a veces los padres involuntariamente menosprecian los sentimientos negativos de un niño debido a la creencia de que los niños deberían estar siempre contentos.

SESIÓN DOS, EXTRACTO TRES

TERAPEUTA: Debido a que los queremos tanto, bajo ningún concepto queremos que sufran; entonces, inconscientemente, minimizamos sus preocupaciones en lugar de ayudarles a ocuparse de ellas.

PAT: ¡Eso es exactamente lo que yo hago! Siempre soy optimista con ella... siempre diciéndole lo inteligente y bonita que es y que la escuela es divertida. Y todo eso está mal. Supongo que es una forma de desvalorizar sus sentimientos, y eso no ayuda. ¿Es eso lo que quiere decir? Es necesario que le permita tener y soportar sus sentimientos, incluso si es negativo...

TERAPEUTA: Exacto, con la salvedad de que no está usted haciendo nada malo. Está haciendo lo que cualquier madre haría ante una niña deprimida. Está intentando ayudarla. Lo que estoy sugiriendo es que “apoye” su depresión, permitiéndole existir, alentando su expresión, y quizás incluso exagerándola como una forma de ayudar a Ann a trabajar a través de sus sentimientos y aprender a lidiar con ellos.

PAT: Cuando dice “exageración”, estoy pensando en que cuando se critica a si misma, ¿qué tal si exagero hasta el punto de la ridiculez? Por ejemplo si ella dice que es fea, que yo diga, “Sí, eres tan fea que he tenido que recolocar tres espejos rotos porque te miraste en ellos”, en lugar de intentar convencerla de lo guapa que es.

La idea de la exageración tocó especialmente la fibra sensible de Pat, así que se hizo hincapié en ella en la conversación que siguió. Respondía de una manera que mostraba lo adecuado de las ideas; inmediatamente empezó a analizar usos y aplicaciones y propuso su propio ejemplo. El terapeuta observó la reacción de Pat y no habría continuado ante respuestas frías o neutras. El terapeuta busca respuestas positivas en toda regla a las que los clientes reaccionen con aplicaciones específicas para sus vidas o conecten la idea con algo similar de su propia experiencia.

Las sugerencias derivadas de la teoría del cliente son inherentemente validadas. Cada vez que Pat alentaba y exageraba las quejas de su hija, lo hacía con el propósito de ayudar a Ann con su depresión genética. La medicación seguía siendo una opción si los esfuerzos ambientales fallaban.

El marido de Pat, Chris, asistió a la sesión siguiente. Chris era un buen tipo, pero tenía una actitud paternalista hacia Pat que fastidiaba al terapeuta. Chris hacía hincapié en la enfermedad de Pat (depresión psicótica) y se mostraba condescendiente la mayor parte del tiempo. Pero Pat no se molestó. De hecho, parecía totalmente impresionada por su marido. Una vez más, el terapeuta se tragó sus sublimes ideas y siguió la dirección de sus clientes.

Pat volvió a dos reuniones más. En la cuarta sesión informó que Ann estaba sonriendo más y quejándose menos, los signos de mejoría negociados. Pat se reía mientras describía como Ann se había reído en respuesta a sus exageraciones. Pat alteró las ideas propuestas para adaptarlas a su sentido del humor, a sus puntos fuertes. Aunque ella apoyó las quejas de Ann, las exageraciones de Pat sobre los enigmas de Ann sustituyeron de forma divertida a la seria propuesta que el terapeuta había sugerido originalmente. Se convirtieron en los inventos de Pat, no en las intervenciones del terapeuta, un resultado de su imaginación y experimentación.

En la sesión final, Pat contó de forma reveladora que aunque era difícil para ella, no estaba tratando de rescatar a Ann de su depresión. En lugar de eso, se sentía muy bien al ayudarla a enfrentarse a su tristeza y decepciones. Pat llegó a la conclusión de que su hija estaba sólo “levemente” predispuesta a la depresión y la medicación no era necesaria, aunque seguiría vigilando las tendencias depresivas de Ann. Ciertamente, esto era música para los oídos del terapeuta.

Adoptar la teoría del cambio de Pat había abierto la puerta a otras opciones, otros medios para llegar al mismo fin. Parecía, retrospectivamente, que la teoría del cambio de Pat sólo era necesaria para que alguien se tomase en serio sus temores sobre la depresión genética. Pat nos inculcó el valor de seguir al cliente; en última instancia nos lleva a donde queremos ir de manera que nos podamos sentir satisfechos una vez que lleguemos allí.

El enfoque específico: el coraje para curarse -el camino del cliente

Sin lealtad a ningún modelo en particular, el terapeuta puede seleccionar el contenido de cualquier acercamiento mientras sea compatible con la perspectiva del cliente. Somos oportunistas que seleccionamos las semillas dentro del ámbito de experiencia del cliente con el fin de nutrirlas para que crezcan las posibilidades de cambiar lo que los clientes encuentran angustiante. ¿Pero qué pasa si tememos que estas semillas se conviertan en la planta devora-personas de *La Pequeña Tienda de los Horrores*? ¿Qué pasa si el cliente selecciona un método que no sólo no es la opción preferida del terapeuta, sino que también hace al terapeuta claramente aprensivo? Esta era exactamente la situación con el siguiente cliente.

Stacey, una brillante representante de marketing para una empresa de software, con sus treinta años recién cumplidos, estaba muy incómoda con la idea de ir a terapia ("Uno no airea sus trapos sucios ante extraños"). Parecía perdida dentro de su ropa grande de más y compartió tímidamente que quería algunas respuestas porque sabía que había algo que iba muy mal. "Pienso que soy seriamente disfuncional", dijo. Ella se describió con "episodios" que a menudo la forzaban a convertirse en una persona que no le gustaba. En esos episodios ella sentía pánico e inestabilidad, temerosa del destino inminente, deprimida, a veces llorando durante horas. Contó que esos episodios culminaban una noche llena de pesadillas. Stacey insinuó que quizás estuviese horriblemente dañada por algo del pasado. Necesitaba terapia para ayudarle a llegar a entenderlo. Stacey también relató tener "relaciones terriblemente adictivas con hombres" en las cuales a menudo asumía el papel de "víctima".

Stacey fue vista en un contexto que utilizaba un enfoque de equipo. Su calificación inicial en la ORS fue 8, lo que la pone en el rango de muy angustiada.

Aproximadamente a los cuarenta minutos de sesión, el terapeuta hizo un descanso con el equipo y revisó la SRS. Una calificación de 25 indicó, tristemente, que Stacey sintió que el terapeuta no la entendió y que ella no estaba segura de si el terapeuta estaba siguiendo sus ideas para la terapia. Esto era, en realidad, un inicio complicado, pero no sorprendente. El equipo estaba intranquilo y temió echar leña al fuego a la visión patológica que Stacey tenía de ella misma, o a su deseo de una excavación arqueológica en su pasado.

En este punto las preferencias del terapeuta debían reflejar los recursos de Stacey y acentuar su pericia en la resolución de su dilema. Como afirma el capítulo tres, este es un buen punto de partida. El problema era que Stacey no veía las cosas de esta manera. Stacey recibió los primeros intentos de poner de relieve sus competencias y magnificar sus mecanismos de afrontamiento con frustración y un cambio de dirección hacia su exacerbada patología.

Más adelante, aunque Stacey tenía muy claro lo que quería, el terapeuta se opuso de modos sutiles. Stacey buscaba la mano tranquila de un experto al timón para que la guiase a través de su peligroso viaje de descubrimiento. El terapeuta, en cambio, pareció

incómodo con el papel de líder, y reticente a abordar el daño psíquico percibido por Stacey.

Conseguir que los clientes admitan su competencia o su estatus igualitario en la terapia raras veces es productivo. La visión del cliente toma prioridad sobre nuestras propias preferencias, incluso sobre estaspreciadas ideas. Esto no significa que el terapeuta nunca pueda desafiar a los clientes, sino que tales desafíos deben ser evaluados a la luz de la reacción del cliente. ¿El desafío atrajo o alejó la participación, promovió el movimiento hacia las metas del cliente? Aunque difícil a veces, es posible acomodar las visiones negativas de un cliente de sí mismo -o ella misma- y el estatus de autoridad que atribuye a los terapeutas, mientras conservamos la fe en que el cliente nos guíe en una dirección productiva.

El terapeuta entró de nuevo en la sesión y habló de la SRS con Stacey, demostrando un deseo genuino de mantenerse en el buen camino. Stacey reiteró su propósito para estar en terapia, y los dos evitaron la ruptura de la alianza. La sesión adquirió un propósito más colaborativo cuando el terapeuta se acercó al contenido del enfoque de Stacey.

SESIÓN UNO

TERAPEUTA: ¿Entonces dice usted que estos episodios surgen después de una noche de pesadillas?

STACEY: Sí. Aunque no puedo recordar los sueños. Todo lo que sé es que me despierto sudando profusamente y sumamente asustada. Trato de recordar los sueños, pero por alguna razón no puedo. Entonces el día siguiente es horrible. No puedo dormir; tengo una cólera incontrolable, y grito y lloro por todo. Básicamente, al día siguiente no puedo funcionar.

TERAPEUTA: De modo que hay una conexión definida entre los sueños y como usted se siente al día siguiente de estos episodios. ¿Pero usted no puede recordar las pesadillas?

STACEY: Exactamente. No tengo ningún recuerdo en absoluto. Esto me molesta, no poder recordar qué ocurrió durante ellos. Estas pesadillas son la llave de lo que funciona mal en mí. Sé que esto es enfermizo y sé que se trata de mi pasado pero tengo que averiguar qué me ocurre.

TERAPEUTA: ¿Entonces usted tiene la fuerte sensación de que comprender estos sueños le ayudará a resolver lo que le ocurre ahora?

STACEY: Sí.

TERAPEUTA: ¿Puede usted recordar algo sobre ellos?

STACEY: Parezco ser siempre una niña.

Stacey creía que sus sueños contenían la llave que abriría las puertas de su niñez y las experiencias que la preocupaban. Siguiendo su visión del cambio, su conclusión lógica era lo que el equipo decidió hacer, pero no sin inquietud. Al final de la primera sesión, el terapeuta pidió a Stacey que pensara en sus recuerdos más tempranos como niña y revisara sus pesadillas, anotando tanto como ella pudiera recordar. La tarea del equipo era investigar modos posibles de interpretar sus sueños. La sesión terminó con una nota esperanzadora, muy diferente a la sensación en el descanso. La SRS ayudó considerablemente en este proceso.

SESIÓN DOS

TERAPEUTA: Su puntuación en la ORS es más baja, las cosas parece que van peor. ¿Le tiene sentido esto?

STACEY: Sí, esta ha sido una semana dura. Las pesadillas se hacen más vívidas y ocurren más a menudo. Parece como si hubiera un hombre concreto que sigue asustándome. No puedo ver quién es. Sólo tengo, aproximadamente, cinco años en las pesadillas.... ¿Cómo debo interpretar esto? Qué significan, y por favor no me pregunte qué es lo que significan, porque es por esto por lo que le consulto. ¿Y por qué aumentan las pesadillas?

El equipo había hecho su tarea y estaba listo para esta pregunta.

TERAPEUTA: Primero, hay varios modos de interpretar los sueños. Una interpretación estrictamente freudiana examinaría los sueños por su contenido simbólico a la luz de sus significados relacionados con el cumplimiento de deseos. El otro punto de vista, actualmente más popular, consiste en que los sueños tienen acceso al inconsciente más directamente, sueños que pueden ser menos simbólicos y más evidentes de lo que una vez se creyó. Además, ya que usted es la autora última del sueño, podemos mirar cada aspecto del sueño como representando la expresión de una parte de usted. Y nos sentimos obligados a retomar esto; hay quien cree, con razón, que los sueños y su conexión con la memoria pueden ser peligrosos, que los recuerdos en realidad pueden ser creados en la terapia más bien que representar algo que en realidad pasó. Y finalmente, las cosas repuntan ahora porque usted ha abierto la caja de Pandora. Según como usted enfrente estas situaciones y acepte estos sentimientos, le ocurrirán con más probabilidad.

STACEY: Vale, tiene sentido. No estoy preocupada por el material falso de la memoria -vi esto en Oprah¹⁵-, sabré cuando algo suena a verdadero. No soy de las que se imaginan cosas o se inventan un chivo expiatorio. Pienso que los sueños son más bien como una película de mi vida directamente relacionada con la niñez. Sé que nuestra discusión de la semana pasada me ha ayudado a recordar más sobre mis sueños y mi niñez. La otra noche yo trataba de recordar incidencias de mi niñez. Lo que realmente recordé pasó cuando yo estaba en el jardín de infancia. Recordé a mi profesor que nos hizo dibujar un dibujo de nuestra familia. Entonces lo hice. Sin embargo, el dibujo hizo que mi profesor llamara a mi madre. Dibujé a mi madre, a mi padre, y a mí. Pero dibujé a todos ellos sin ropa. Mi profesor se alarmó porque la anatomía de mi padre fue dibujada con toda precisión. No pensé que esto fuera una cosa mala, pero puedo acordarme de estar en un aprieto debido a la vergüenza de mi madre. Me había olvidado totalmente de esto. Pienso que es significativo, pero no sé por qué.

TERAPEUTA: Estamos de acuerdo en que usted está sobre algo, que su sabiduría interna le dirige a la respuesta que usted busca.

STACEY: Sí, estuve leyendo un libro, hace algún tiempo, creo que era "Coraje para curarse" y decía algo sobre volver a vivir los recuerdos o reexperimentarlos con un terapeuta para ponerlos en orden.

Las pesadillas de Stacey y los recuerdos de su vida temprana proporcionaron el marco para la terapia. El contenido fue seleccionado para conjugar sus ideas sobre sus sueños. Confiamos en ella para encontrar lo que necesitaba de nuestras discusiones y proporcionarnos la dirección. Ella hizo exactamente esto. El último comentario de la cliente indicó su visión de cómo continuar. Esto también incrementó el factor "poner los nervios de punta" porque el equipo ahora sabía que ella estaba sobre la búsqueda de un infractor. El terapeuta cerró la sesión conviniendo que había más que aprender del incidente de los dibujos y preguntó a Stacey sobre volver a dibujar el cuadro y ver qué recuerdos podría evocar.

¹⁵ NT: conocida presentadora de TV

SESIÓN TRES

STACEY: He estado pensando mucho sobre nuestra sesión de la semana pasada, y volví a dibujar el cuadro como usted me dijo. Pasé un mal momento haciéndolo. Quiero decir, recordé exactamente lo que parecía el cuadro, pero la vergüenza volvió. Pienso que la vergüenza vino al saber que yo no debería conocer los genitales masculinos tan explícitamente.

TERAPEUTA: ¿Qué tipo de pensamientos y sentimientos tenía usted mientras recreó el cuadro?

STACEY: Me sentí asqueada. Sentí como si yo hubiera sido violada de algún modo. No puedo menos que pensar que puedo haber sido abusada sexualmente en aquella edad. ¿Piensa usted que es posible?

TERAPEUTA: Sí, es posible.

STACEY: Tengo que entender qué es lo que pasa. ¡No puedo vivir así! Parece que escojo a verdaderos capullos o arruino todas mis relaciones, y tengo que saber por qué. ¡Con las pesadillas, mis episodios, y la posibilidad de que puedo haber sido abusada sexualmente, siento que podría volverme loca! Pero sé que hay una conexión entre todo este material.

TERAPEUTA: Es mucho para tratar. ¿Entonces dice usted que si podemos hacer una conexión entre las pesadillas y el abuso sexual, que las cosas en su situación presente pueden cambiar?

STACEY: ¡Sí! Realmente lo pienso. Tengo que entender por qué me pasa esto. Si yo pudiera unir estas cosas, entonces todo tendría sentido y podría comenzar a tratar con ello.

TERAPEUTA: ¿Cuál sería el primer paso en el comienzo de esta conexión?

STACEY: Siento que necesito saber quién es el hombre que está en mis pesadillas. Él parece como si fuera familiar, y eso realmente me molesta.

La teoría del cambio de Stacey ha surgido. Ella podría solucionar sus dificultades con los episodios y sus relaciones negativas si ella pudiera nombrar al infractor, dando una cara a la intimidante figura de sus sueños. Ella y su terapeuta aún no exploraron cómo este conocimiento podría ayudar a su situación actual, pero el terapeuta lo consideró importante y digno de continuación en la siguiente sesión. La sesión concluyó con una discusión sobre los hombres que podrían haber abusado de ella. El terapeuta le pidió que pensara más allá de estos hombres e identificara maneras en que su vida sería diferente si ella descubriera quién era.

SESIÓN CUATRO

TERAPEUTA: ¡Guau! La puntuación en la ORS realmente subió, a 15. ¿Qué opina de eso?

STACEY: Estoy asustadísima, pero estos sueños me llevan más cerca de la verdad. Durante la semana pasada, he pensado mucho sobre cuando fui sexualmente abusada y sobre el posible autor. La última sesión hablamos de diferentes personas y los sentimientos que tenía hacia ellos.... Tuve otra pesadilla. Pero esta vez vi quién era. Tenía miedo de hablar de ello, pero sabía que lo necesitaba. Espero que usted pueda ayudarme a entender este sueño. Bien, en el sueño soy una muchacha joven. Estoy con mis padres en un restaurante. Mi padre me coge y nos alejamos de la mesa. De repente, ¡él comienza a orinar en la pared! Le dije que dejara de hacerlo, pero me dijo que estuviera tranquila. Él entonces me dijo que no dijera nada a mi madre. Me acuerdo de luchar con el pensamiento de si yo debía decírselo o no. De algún modo, terminé en la mesa con ella, y le dije que papá había orinado en la pared. Ella me dijo que debía estar confundida, que mi padre no haría tal cosa. Me desperté en aquel punto. Me desperté odiando a mi madre por no creerme.

TERAPEUTA: Sus sueños pasaron de no tener ninguna cara familiar a ahora esta. ¡Guau! ¿Qué pensó después de despertar de aquel sueño? ¿Con qué tipo de sentimientos le dejó esto?

STACEY: Esto me dejó asqueada, justo como cuando hice aquel dibujo. ¿Piensa usted que hay una razón para soñar esto, para que sueñe que mi padre hiciera algo tan malo?

TERAPEUTA: Sus sueños han sido fuertes indicadores hasta ahora. ¿Qué significado tiene para usted su padre orinando?

STACEY: Él hace algo que no debería hacer. Usa sus partes íntimas para un acto sucio y luego me dice que no se lo diga a mi madre.

TERAPEUTA: ¿Tiene esto alguna importancia sobre otras cosas de las que hemos estado hablando en la terapia?

STACEY: ¿Me pregunta usted si pienso que mi padre abusó sexualmente de mí? Sí, lo pienso. Al minuto de despertarme del sueño, yo sabía que tenía mi respuesta. Supongo que no quise que fuera cierto. Quise que hubiera alguna explicación lógica, pero la única explicación es que él me hizo algo que cambió mi vida. Pero hay más. Mientras reflexionaba sobre esto, tuve mi respuesta, recordé algo más. Recordé a mi padre mirando la televisión en ropa interior, pero la tenía bajada, y le colgaba todo por fuera, incluso puede ser que estuviera erecto. Se lo dije a mi madre y ella me gritó y me dijo que me fuera a mi habitación. Me sentí muy mal [llorando], yo no sabía lo que había hecho tan mal. Esto es justamente lo que ella hizo en aquel sueño (era yo la que había hecho algo malo). Tal vez le dije otras cosas y ella no me creyó. O puede ser que me esté preparando para que ella no me crea esta vez.

TERAPEUTA: [un tiempo después] ¿Cómo piensa que cambiará las cosas para usted saber que era su padre?

STACEY: No estoy completamente segura, pero sé que ya me siento diferente. Ahora ya no me siento tan intimidada por mi padre. Nunca me enfrentaré a él, pero no me asustará más.

Esta fue una sesión agotadora, pero potente. Stacey empleó el siguiente par de sesiones en prepararse para una próxima visita a su familia por vacaciones. Sus puntuaciones en la ORS siguieron aumentando (hasta 23), y la SRS reflejó que la relación terapéutica iba por buen camino. Las pesadillas casi habían parado. Stacey identificó que saber que fue su padre quien abusó de ella le permitiría tratar mejor con él. Aún no estaba segura de cómo le ayudaría esto en sus relaciones. Con el aumento de seguridad en sí misma, Stacey volvió a casa por primera vez desde el redescubrimiento del abuso.

SESIÓN SIETE

TERAPEUTA: ¡Eh!, no me lo puedo creer. Su puntuación en la ORS está en el límite entre las personas en terapia y las que no están en terapia. ¿Qué significa esto?

STACEY: Esto quiere decir que estoy cogiendo el toro por los cuernos. Se acabó la “señorita víctima”. El viaje a casa fue agradable. Fue incómodo y eso, pero de ninguna manera le aguanté una mierda a mi padre, ni dejé que mi madre templara gaitas. Él comenzó con mi trabajo, luego con mi media jornada en la escuela, y finalmente sobre si realmente alguna vez iba a casarme con alguien. Lo puse contra la pared -sin una rabieta ni nada-, simplemente lo despaché como si no tuviera ningún control sobre mí, en absoluto. Estaba muy bien... Pero no es todo. Cuando regresé, abandoné al tipo con el que estaba. Él me decía cómo debía vestir e incluso lo que debería hacer en la terapia. Creo que voy a estar sin un hombre por un tiempo. Va a llevarme un tiempo aclarar todo esto, pero no me voy a desesperar más por esto.

Quizás para muchos terapeutas éste no habría sido un caso desafiante. Después de todo, Stacey era una joven mujer sensacional, comprometida y determinada a encontrar la verdad sobre su problemático pasado. Sin embargo, para los terapeutas orientados a la

competencia curtidors en las horrosas historias de clientes competentes convertidos en mercancías defectuosas que solo pueden superar sus déficits con una terapia interminable, este caso tomó proporciones épicas. Pero al final, venció la cliente heroica.

Ningún Contenido Exterior: Soy un Pedófilo.

Con Pat, no nos gustó la conclusión de una niña de nueve años genéticamente depresiva. Con Stacey, no estábamos locos por la interpretación de los sueños como un método para abordar el pánico, la depresión y los problemas de relación. En el siguiente caso no nos gustó el diagnóstico ni una de las soluciones propuestas por el cliente. Durante diez años Bill, un ingeniero de productos químicos de veintiséis años, se había vuelto cada vez más angustiado por pensamientos sobre tener sexo con muchachos jóvenes. Bill estaba muy callado y obviamente muy avergonzado, pero al mismo tiempo muy decidido para hacer lo correcto. La puntuación inicial en la escala ORS fue 10.

SESIÓN UNO, EXTRACTO UNO

Bill: Me siento físicamente atraído por los niños, pero no he actuado en función de mis pensamientos. Soy un pedófilo. He leído mucho sobre pedófilos. Uno puede desengancharse de su conducta si es joven y está dispuesto a hacerlo. Pero por si acaso, me estoy planteando la castración química. Pero sé que si consiguiera la ayuda de un experto, mis posibilidades podrían aumentar. Ya sabe, la mente de una persona normal no funciona así, soñando con niños. Esto está programado en mi mente.

¡Bill comienza la sesión con una bomba! Se autoproclama pedófilo y considera la castración química como una opción. Su sinceridad es conmovedora, y el equipo respeta su enorme coraje en el manejo de un asunto tan difícil. La perspectiva de Bill sobre las cosas no deja lugar a dudas. El trabajo del equipo era llevar aquella teoría a su conclusión lógica, conectándola y canalizándola para cambiar posibilidades. Bill incluso tiene una hipótesis sobre cómo comenzó probablemente su problema, al molestarle un muchacho de la vecindad cuando él tenía ocho años. Compartió sus creencias sobre su problema (es un pedófilo), sobre el modo en que el cambio ocurrirá (desengancharse de ello), y sobre el papel de la terapeuta (experta). Aunque la terapeuta no creyera que Bill era un pedófilo, no desafió su punto de vista. No tenemos que estar de acuerdo con las teorías de los clientes para trabajar con ellas. En algún punto, sin embargo, si la teoría del cliente no da su fruto, entonces el desacuerdo de la terapeuta puede ser relevante para la conversación.

SESIÓN UNO, EXTRACTO DOS

TERAPEUTA: Ya que usted ha estado pensando e investigando mucho y tiene su propio diagnóstico, ¿ha pensado cómo logrará sus objetivos, cómo se desenganchará de ellos?

BILL: Sí. Esto requerirá tiempo. Le necesito para asignarme tareas que me ayuden a entender todo esto. Todo lo que quiero es encontrar a una mujer que sea muy especial para mí. Alguien que se preocupe por mí, alguien que se sienta cómoda y a salvo conmigo. Pero primero, tengo que enfocar los pensamientos.

La teoría del cambio del cliente se cristaliza. Se desenganchará de sus pensamientos con niños encontrando a alguien que se preocupe por él. Su cura de la pedofilia es mediante

una relación con un adulto. El equipo al instante pensó, como la vieja canción, "¡tenemos que conseguirte una mujer!" Pero Bill dijo otras tres cosas cruciales. La primera era que esto requeriría tiempo; la segunda era que él quería asignaciones de tareas; y la tercera era que primero tenía que enfocar los pensamientos. Por lo tanto, se le asignó la tarea de enfocar sus pensamientos y aprender de ellos.

SESIÓN DOS

BILL: cuanto más enfoqué los pensamientos, más se me hizo evidente que hay algo que falta en mi vida. Mi obsesión con estos pensamientos tiene que ser sustituida por algo sano. Necesito a alguien además de mi familia para compartir mi vida, una relación. Pero realmente no sé por dónde comenzar.

TERAPEUTA: ¿Entonces piensa usted que si encuentra una relación, los pensamientos sobre niños se marcharán?

BILL: Sí, lo pienso. Estoy convencido.

TERAPEUTA: ¿Y le gustaría que contribuyéramos a cómo hacer esto?

BILL: Sí, yo nunca he tenido una cita con nadie, y mucho menos una relación.

La teoría del cambio de Bill se había revelado. Encontrar una relación era su método escogido para eliminar los pensamientos. El terapeuta reforzó la conexión entre la retirada de los pensamientos y el encuentro de una relación asegurando que la terapia iba por buen camino. Además, el terapeuta hizo unas preguntas para ver si Bill quería ideas sobre cómo encontrar una relación. El terapeuta asignó otra tarea que dio credibilidad a las creencias de Bill sobre el problema y su solución, y cumplía con su demanda de tareas. Basándonos en las habilidades de investigación existentes en Bill y en su triunfo como autodidacta, se le pidió que observara relaciones para que identificara qué tipo de relación le gustaría tener.

SESIÓN TRES

TERAPEUTA: ¡Caray! Su puntuación en la ORS ha aumentado por encima del límite; pienso que es genial. ¿Qué opina usted?

BILL: Me siento mucho mejor, así que pienso que tiene razón. Pero esto no significa que yo tenga que dejar de venir, ¿no?

TERAPEUTA: No, no tiene que hacerlo.

BILL: Me estuve fijando en relaciones, hablé con gente, y encontré algunos libros interesantes. También observé a la gente relacionarse y anoté lo que me gustó y lo que no me gustó. Quiero decirle que si la situación se presentara, yo no haría nada con un niño. Los sueños son sueños, y las acciones son acciones. Hay una diferencia. Hubo un cambio positivo. Pensé que yo era un pedófilo. Ahora sé que soy un fantasioso. Todo lo que hago es fantasear, y probablemente podría fantasear sobre cualquier cosa.

Bill, sin la confrontación de su creencia, cambió la visión de sí mismo como pedófilo. Como hablamos en el capítulo tres, el terapeuta centrado en el cambio dio mucha importancia a este cambio de perspectiva, amplificándolo y ampliándolo con varias preguntas que destacaron las capacidades de Bill y sus autodescubrimientos. La conversación siguió, con Bill hablando de su plan para hablar con mujeres. Bill dijo que tenía en mente a alguien, una mujer que se encontró en la biblioteca. El terapeuta siguió la dirección del cliente, y el entusiasmo de Bill sobre la posibilidad de salir con esta mujer ocupó el resto de la sesión.

SESIÓN CUATRO

BILL: ¡Le di un beso a aquella muchacha! Me dirigí a ella, y ella puso su mejilla, y le di un beso. Fue divertido y me hizo sentir bien.... Sé que estoy interesado en chicas, y pienso que las cosas están cambiando. ¿Pero cómo puedo estar seguro?

TERAPEUTA: ¿Han disminuido sus pensamientos?

BILL: Pienso que sí, pero no estoy seguro.

Bill compartió sus apasionantes noticias y su incertidumbre sobre el alcance del cambio. El terapeuta destacó otra vez el cambio y las contribuciones de Bill, y reforzó la conexión entre el encuentro de una relación y la reducción de los pensamientos. Aunque las puntuaciones de Bill en la ORS habían aumentado, Bill quiso una medida más específica de sus pensamientos. Por consiguiente, el terapeuta le pidió que supervisara y contara sus pensamientos para ver si prosiguiendo una relación, realmente disminuían los pensamientos como él sospechaba.

SESIÓN CINCO

BILL: Hice la tarea y averigüé que mis pensamientos habían disminuido considerablemente. ¡Aún mejor, descubrí que puedo controlarlos cuando me vienen! Si sueño con un niño, ahora puedo transferir inmediatamente mi pensamiento a una mujer. Cambio hacia pensamientos con mujeres. He programado de nuevo mi pensamiento. Me siento bien.

Bill tenía su propia teoría sobre cómo resolver su problema, y haciendo honor a esa teoría creó un espacio para emplear sus puntos fuertes. En todas las partes de la terapia las ideas del cliente dirigieron el proceso; el terapeuta usó la teoría del cambio de Bill para dirigir las acciones terapéuticas. La contribución del terapeuta se dedujo directamente del contenido generado por el cliente. El terapeuta no introdujo ningún contenido externo. La teoría de Bill fue desarrollada en todas las partes del proceso conforme hizo nuevos descubrimientos y puso en práctica nuevos comportamientos. Él cambió su autodiagnóstico de pedófilo a fantasioso y aprendió que podía cambiar de fantasear con niños a fantasear con mujeres. El proceso emergente de la terapia entretejida con las ideas de Bill produjo una teoría que le ayudó dentro de sus circunstancias específicas. Un seguimiento reciente reveló la continuidad de la atracción y la búsqueda de mujeres por su parte.

Ningún contenido externo: él bebe rodeado de vagabundos

A veces los terapeutas se enfrentan a situaciones particularmente alarmantes porque implican a niños. El siguiente caso, de Liz y Bob, ilustra una que aumentó inmediatamente la cólera del terapeuta. Bob no dio una primera impresión buena: su pelo largo, sucio, grasiento, parecía no haber sido lavado en semanas; y su barba sólo podría ser descrita como de uno de ZZ Top. Olía como si no se hubiera bañado en mucho tiempo, y su ropa apestaba a gasolina. Parte del rechazo que daba su aspecto era debido a sus múltiples tatuajes y piercings. Estaba claro que Bob no era ajeno a los malos tiempos. Liz, por su parte, parecía haber acabado con la persona equivocada: una mujer muy válida acompañada por un indigente.

SESIÓN UNO, EXTRACTO UNO

LIZ: Siento que no vamos a seguir juntos si esto continúa.

TERAPEUTA: ¿Sabe usted lo que ella quiere decir con "si esto continúa"?

BOB: Sí, no trabajo. Me quedo en casa con el bebé. Bebo durante el día, a veces demasiado. Es más práctico que ella trabaje y que yo me quede en casa. No hay ninguna guardería buena en los alrededores. Ella está yendo a la universidad, y está mejorando, y yo parezco solo un esclavo de la rutina. Todo esto me mete en un círculo vicioso.

TERAPEUTA: Cuando usted dice "si esto sigue" ¿qué es exactamente "esto"?

LIZ: Quiero decir, la intimidad, el sexo. A no ser que yo comience, no tenemos sexo. Decidí no comenzar más.

Desde las primeras declaraciones de la sesión, el terapeuta usó el lenguaje de los clientes. El empleo de "si esto sigue" permitió al terapeuta explorar lo que los clientes veían como relevante y fomentó que salieran sus significados. Aunque la conversación acabara de comenzar, Liz ya indicó, en su declaración, un posible objetivo "no tenemos sexo".

SESIÓN UNO, EXTRACTO DOS

TERAPEUTA: ¿Cómo piensa usted que venir aquí puede ser provechoso?

BOB: Cuando empezamos a estar juntos, solía abrazarla y besarla sin ninguna razón. Yo era mucho más cariñoso. No lo he estado haciendo, como acostumbraba...Yo era mucho más afectuoso. La terapia está consiguiendo que hable y tal vez podría conseguir que vuelva a hacer lo que solía.

LIZ: No creo que debieras estar bebido cuando vigilas a un niño. Tienes que moderarte. Y él bebe rodeado de vagabundos. Y no quiero a mi hija rodeada de ellos. No entiendo como puede hacer esto si la quiere. Se parece a un vagabundo. Todavía está bebido desde el día anterior.... No tengo mucha esperanza. Cuando nos casamos, confié en él, y lo respeté. Ya no confío en él, y no lo respeto. Cuando esto se ha acabado, tu matrimonio se ha acabado.

Sí, esto sonó bastante mal, pero después de la pregunta directa sobre las ideas y expectativas de la pareja, ambos revelaron sus teorías del cambio. Bob creyó que ser cariñoso con su esposa de la manera que solía, ayudaría a los problemas matrimoniales. Para Liz, además de cercanía y sexo, un matrimonio exitoso requería confianza y respeto. Para que Liz confiara y respetara a Bob, necesitaba que Bob se moderase mientras cuidaba de su hija. Los dos identificaron los objetivos y el medio de alcanzarlos. Después de una pausa con el equipo, el terapeuta implementó sus teorías de cambio.

SESIÓN UNO, EXTRACTO TRES

TERAPEUTA: El equipo y yo estábamos muy sorprendidos por su capacidad para hablar honestamente de su matrimonio. Ambos quieren las mismas cosas. Bob, usted quiere ser cariñoso y es lo que también está buscando Liz.

Pero, como Bob dijo, él está metido en un círculo vicioso, tratando de decidir "realmente me gustaría volver a trabajar, pero meter a mi niña en esta guardería ¿es lo mejor para ella?" Es la

lucha de un buen padre. Y esto demuestra, Liz, la responsabilidad que conlleva ser un buen padre. Lo que usted hace es poner a su hija antes que a usted mismo.

LIZ: Nunca lo vi así.

El terapeuta felicitó a la pareja y validó la lucha de Bob en relación a trabajar y mandar a su hija a una guardería inadecuada. Destacando la lucha de Bob como la de un "buen padre" proporcionó a Liz una visión diferente de su marido, compatible con sus esperanzas de recuperar la confianza y el respeto hacia él. El terapeuta respetó la teoría del cambio de Bob con respecto al sentimiento y al deseo de Liz de intimidad y sexo. Para fomentar más un nuevo punto de vista de Bob y la posibilidad de observar los cambios deseados en la pareja, el terapeuta pidió a los clientes que anotaran las cosas que querían que continuaran igual en la relación, que de Shazer (1985) llamaba la tarea de fórmula de la primera sesión.

SESIÓN DOS, EXTRACTO UNO

LIZ: Él ha sido más agradable. Está más atento. Me ha besado y algo más.

TERAPEUTA: Él ha estado más atento, le ha besado. Ahora deme un ejemplo. ¿Cómo está más atento?

LIZ: Bueno, si pasamos el uno al lado del otro, paseando por la casa, él se para y me da un beso o un abrazo.

BOB: Se dejó de hacer durante mucho tiempo, entonces pensé que lo mejor para empezar era volver a lo que solía hacer cuando nos llevábamos verdaderamente bien.

LIZ: Él no se ha emborrachado.

TERAPEUTA: ¿En dos semanas? ¿Cómo ha logrado usted no emborracharse en dos semanas?

BOB: Simplemente no haciéndolo. Esto no es un gran logro. No es difícil. Solamente decido no hacerlo y no lo hago, eso es todo.

TERAPEUTA: ¡Genial!

LIZ: Él quiere salvar el matrimonio.

El terapeuta siguió usando el lenguaje de los clientes para mantener sus significados en un lugar central, y validar sus creencias y valores en relación con sus soluciones. Bob repitió su teoría del cambio declarando, "Entonces pensé que la mejor forma de comenzar era volver a lo que solía hacer". Liz comenzaba a respetar a Bob porque él no había bebido y dio muestras de querer "salvar el matrimonio". Desde que volver al modo en que eran las cosas fue surgiendo como una solución potente, el terapeuta desarrolló los significados de los clientes. El terapeuta decidió no seguir el comentario de Liz "y algo más" debido a su vergüenza obvia. El equipo asumió que la pareja había reanudado el contacto sexual.

SESIÓN DOS, EXTRACTO DOS

TERAPEUTA: ¿Qué otras cosas hacía usted cuando se conocieron?

BOB: Solíamos hacernos reír el uno al otro. Nos metíamos en juegos de palabras. Ya sabe, dos palabras que suenan igual y no significan lo mismo.

LIZ: Nos burlábamos de la lengua inglesa.

BOB: Sol e hijo [sun and son]

LIZ: Criada y hecho [maid and made]

El terapeuta exploró las experiencias de los clientes y descubrió recursos adicionales para potenciar los cambios que la pareja había hecho. La risa y los juegos de palabras caracterizaron el resto de la sesión. Después del descanso para la discusión con el equipo consultor, el terapeuta se acomodó a los juegos de palabras de Liz y Bob en su mensaje final.

SESIÓN DOS, EXTRACTO TRES

TERAPEUTA: El equipo disfrutó realmente de los juegos de palabras. Un juego de palabras para lo que pasa en su relación es *light*.

LIZ: ¿Ligero o luz? [riendo]

TERAPEUTA: Así es, exactamente. Es ligera; las cosas que han logrado son más ligeras entre ustedes dos. Usted está riendo, abrazando más, besando más y hablando más. Y como su relación ha adquirido más ligereza, él es más agradable; él no se emborracha; usted confía en él y lo respeta más. Como su relación sigue haciéndose ligera, la luz de su fuego se hace más brillante. Usted ha vuelto a encender su relación y se hace más brillante cuando le presta atención. Aunque a veces pasan cosas, y no puede prestar tanta atención al fuego. Los niños se enferman; los adultos discrepan; y esto podría hacer parecer que el fuego se apaga. Pero si usted lo alimenta y le da un poquito de atención y vuelve a encenderlo y pone más madera sobre él y hace las cosas con cariño, el fuego alumbrará otra vez.

BOB: Es necesario prestarle atención.

LIZ: Sí.

El terapeuta intercaló las palabras de los clientes de ambas sesiones a través de este segmento final. Después de la pausa el terapeuta tejió juntos todos los hilos para formar una tapicería en el lenguaje del cliente, significados y teorías para destacar las notables excepciones, recursos y soluciones. El juego de formación de palabras de los clientes proporcionó el marco para validar sus ideas de mejorar su relación. Es digno de mención que Liz y Bob resolvieron el problema de la bebida sin la intervención del equipo, además de ser un testimonio de sus recursos inherentes.

CONFIANDO EN LA TEORÍA DEL CLIENTE

El mayor peligro de nuestro tiempo es que solo unos pocos se atreven a ser excéntricos.

John Stuart Mill, On Liberty

A pesar de nuestros esfuerzos bien intencionados por privilegiar sus puntos de vista, los clientes sostienen creencias y valores que de vez en cuando chirrían como uñas afiladas sobre una pizarra. Las mujeres oprimidas por el machismo a veces abrazan una posición subordinada. Los clientes debilitados por sus puntos de vista basados en el déficit o como víctimas a veces persisten en la visión de ellos mismos como mercancía dañada. Clientes engañados por el modelo médico, y deseosos de vernos como expertos a veces no ven el valor de la colaboración. Estas son las situaciones que prueban nuestro temple como terapeutas. Y estos son los clientes de quienes más hemos aprendido.

Como ilustra este capítulo, los clientes nos han enseñado a usar su mapa como la mejor guía para el territorio terapéutico. El terapeuta es un compañero de aventuras, que

explora el paisaje y encuentra una perspectiva privilegiada mientras atraviesa el terreno de la teoría del cambio del cliente. Cuando nos atascamos a lo largo del camino, nos unimos a los clientes para buscar y explorar rutas alternativas sobre sus propios mapas. En el proceso, los clientes descubren senderos que nunca soñamos que existieran.

Este capítulo propuso que la teoría del cambio del cliente ofrece modos de integrar cliente a cliente múltiples perspectivas de terapia. El hecho de confiar en la teoría de cambio del cliente requiere un acto de fe, arriesgarse a saltar de cabeza en aguas desconocidas sin tierra a la vista. Respetar la teoría de cambio del cliente es una iniciativa proactiva que requiere un esfuerzo enfocado a conducir la terapia dentro del contexto de las ideas y circunstancias únicas del cliente. Como el modelo y la técnica representan como mucho sólo el 15 por ciento de la varianza del resultado, para nosotros solo son áreas de contenido, posibilidades metafóricas, que pueden o no demostrar su utilidad en las circunstancias únicas del cliente.

En cuanto campo profesional, deberíamos restar énfasis a nuestras teorías y en cambio enfocar las de nuestros clientes. La amplificación de la voz del cliente a través de la evaluación rutinaria del ajuste y de los resultados obtenidos garantizaría, en gran medida, que las ideas de nuestros clientes pasaran al primer plano, y a evitar intelectualizaciones orientadoras del proceso que se producen sin el conocimiento de aquellos a quienes pretendemos ayudar.

Esperamos que el campo de la psicoterapia se mueva más allá de los esfuerzos orientados a llegar a un consenso acerca de cómo debe hacerse terapia. En vez de eso, los clientes, consejeros, teóricos e investigadores deberían trabajar juntos para desarrollar modos más eficaces de usar las ideas del cliente y la información relativa al desenlace y el proceso de la terapia para mejorar los resultados; los clientes heroicos se asociarían con nosotros para mejorar la eficacia y asegurarían la responsabilidad por los resultados, restaurando la fe en los servicios de psicoterapia y restableciendo nuestra identidad más relacional que médica.

Capítulo 6.

El mito de la píldora mágica

La ética y la ciencia de la medicación

Con Grace Jackson, Roger P. Greenberg y Karen Kinchin.

Es el mejor médico, el que conoce la falta de valor de la mayor parte de los medicamentos.

-Benjamin Franklin.

Este capítulo se enfrenta al mito de la *píldora mágica* y presenta pruebas de que la eficacia superior de muchos medicamentos es en gran parte una suposición, basada en un castillo de naipes empírico, impulsado por una industria que no es consciente de las implicaciones del inquietante crecimiento de la lista de jóvenes consumidores. Pese a nuestra perspectiva crítica acerca de los medicamentos psicotrópicos, no estamos en contra de los fármacos más que de la TCC o cualquier acercamiento posible al sufrimiento humano. De manera similar a nuestra postura hacia la práctica basada en la evidencia, nos oponemos al marketing y a la influencia corporativa que mantiene el control sobre la opinión pública y profesional cuando los datos acerca de los fundamentos teóricos y la eficacia del tratamiento con medicamentos es como mucho poco convincente. Además, reconocemos que la medicación ayuda a algunos clientes y que son libres de elegir los fármacos como primera línea de defensa. En realidad, respetamos las preferencias del cliente, incluso acerca de la medicación, y nos posicionamos en contra de cualquier práctica que no se centre en los deseos de los clientes acerca de cómo quieren ser ayudados.

Este capítulo solamente trata de examinar críticamente la investigación ocupándose de las creencias que se mantienen generalmente acerca de la medicación, con la esperanza de sustituir la obediencia ciega al mito de la píldora mágica por un conjunto de opciones informadas con las que abordar los intereses del cliente. Reconociendo que la mayoría de los profesionales de la salud mental no tienen el tiempo, que a veces se sienten mal preparados para explorar la controversia respecto a los fármacos psicotrópicos, en este capítulo ofrecemos lo esencial de la investigación acerca de la medicación en niños y adultos, para que puedan sacar sus propias conclusiones.

LA ÉTICA DE MEDICAR NIÑOS

Durante la década de los 90, las prescripciones de medicamentos psiquiátricos a niños y adolescentes se dispararon (Olfson, Marcus, Weissman y Jensen, 2002; Zito et al., 2003). Evaluando los registros de casi un millón de jóvenes en Medicaid y HMO¹⁶, Zito et al., en uno de los estudios más grandes y completos hasta la fecha, concluyen que las tasas de niños y adolescentes que consumen psicotrópicos se triplicó respecto a los niveles anteriores a 1990. La prevalencia total de jóvenes que usan medicación psicotrópica llegó hasta un 6,3 por ciento, compitiendo con las tasas de adultos. Según una encuesta de IMS Health¹⁷ entre 1995 y 1999 el uso de antidepresivos se incrementó un 151 por ciento en el grupo de 7 a 12 años y un 580 por ciento en la población menor

¹⁶ Medicaid es un programa de seguros de salud del Gobierno de estados Unidos para gente necesitada, y HMO una corporación privada que ofrece coberturas sanitarias.

de 6 años (Diller, 2000). En menores de 18 años se vio un incremento cercano al 300 por ciento en el uso de medicación antipsicótica como Risperdal. Según Diller, los registros de la Administración para el Cumplimiento de Leyes sobre las Drogas (Drug Enforcement Administration, DEA) y las encuestas nacionales acerca de las prácticas médicas, indican que aproximadamente cuatro millones de niños tomaban estimulantes en 1998.

Tasas aún más alarmantes se agrupan en algunos grupos. Zito et al. (2003) encontraron que los niños en hogares de acogida tenían 16 veces más posibilidades de recibir una prescripción que sus homólogos de fuera. El *Boston Globe* informó que en el programa Massachusetts Medicaid, uno de cada ocho adolescentes y uno de cada nueve niños de entre 6 y 12 años (8 y 13 por ciento respectivamente) tomaba medicación psicotrópica (Barry, 2003). Entre 1991 y 1995, los pediatras y psiquiatras prescribieron un número récord de estimulantes, antidepresivos tricíclicos, clonidina e ISRS a preescolares (Zito et al., 2000). La tasa de prescripciones de metilfenidato (Ritalin)¹⁸ para niños de 2 a 4 años creció en un 169 por ciento. Zito et al. (2000, p. 1026) calificaron de dramáticos estos incrementos, “insólitos a la luz del limitado conocimiento de base que subyace al uso de la medicación psicotrópica en niños pequeños”.

En la mayoría de las principales encuestas acerca del uso de psicotrópicos en niños y adolescentes, los estimulantes se clasifican como los más populares, seguidos por los antidepresivos. La investigación también apunta el aumento de una tendencia cada vez más común, la polifarmacia, prescribiéndose simultáneamente dos o más medicamentos. Según un estudio, la tasa de prescripción simultánea de varios fármacos aumentó significativamente desde el 4,7 por ciento al 11,6 por ciento durante el periodo comprendido entre 1987 y 1996 (Olfson et al., 2002). A los niños con diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) que reciben estimulantes, con frecuencia se les prescribe clonidina, un hipertensivo para adultos, para ayudarles con el insomnio. Estos niños a menudo toman un antidepresivo adicional junto a su amfetamina o metilfenidato. El psiquiatra Joseph Woolston (1999, p. 1455) comenta:

Desgraciadamente, los múltiples diagnósticos de “comorbilidad” pueden cosificar la necesidad de medicaciones múltiples: una medicación diferente para tratar cada “trastorno” diferente. Casi semanalmente, soy consultado para evaluar y tratar niños que supuestamente tienen 5 ó 6 trastornos del Eje I y que están recibiendo tantas o más medicaciones psicotrópicas para tratar cada trastorno.

De estos estudios, encuestas e informes anecdóticos, emerge una imagen consistente. No podemos decir que los niños y adolescentes vivan, jueguen y trabajen en una zona libre de drogas. El uso de drogas para ajustarlos a ellos, a sus padres o sus problemas escolares está descontrolado. IMS Health, la propia fuente de información de la industria farmacéutica, estima que alrededor de cinco millones de niños están tomando alguna forma de medicación psicotrópica (Diller, 2000). Dadas estas tendencias indiscutibles, la comercialización generalizada y la creciente aceptación de la intervención médica, probablemente la prevalencia actual sea mucho mayor.

¹⁷ IMS Health es una empresa que ofrece diversos servicios de información para la industria farmacéutica; entre otras cosas, proporciona datos sobre las ventas de productos farmacéuticos a los principales fabricantes del sector.

¹⁸ El metilfenidato se comercializa en España como Rubifén, Concerta y similares.

Las noticias del aumento de las tasas de prescripciones a niños ha provocado la preocupación de muchas personas. No obstante, la garantía de la clase médica, incluyendo la presencia masiva en los medios de comunicación, sofoca mucho la inquietud de la gente. Aunque las páginas web populares son partidarias de intervenciones psicoterapéuticas, prestan mayor detalle a los tratamientos con fármacos. La página web del NIMH¹⁹ informa que la “enfermedad mental” infantil, contrariamente a lo que se pensaba, puede comenzar a edades muy tempranas; un diagnóstico temprano significa un mejor pronóstico. “Solíamos pensar que los niños no podían estar mentalmente enfermos...”, así que la tendencia es relegar las opciones no médicas a ignorantes épocas oscuras, cuando se dejaba sufrir a los niños sin los beneficios de las modernas medicinas de hoy en día. La lógica y la apelación emocional son convincentes. Los padres preocupados deberían “ver al médico del niño”.

En semejante clima, las legítimas peticiones de alternativas se encuentran frecuentemente con una resistencia terrible. Han salido a la luz informes de acusaciones de negligencia, presentadas por las agencias estatales de protección al menor, a padres que se negaron a medicar a sus hijos. Algunos trabajadores de la salud mental pueden temer por la defensa abierta de intervenciones no médicas, especialmente en casos considerados graves o crónicos, ya que les hace parecer radicales, mal informados o incluso poco éticos. Bajo tales condiciones, el camino hacia el consentimiento informado y la libre elección por parte de los padres, niños y clínicos preocupados se vuelve cada vez más peligrosa.

Hasta hace poco, las medicaciones psiquiátricas para la infancia han sido utilizadas en su mayoría sin haber sido aprobadas por las autoridades sanitarias, es decir, sin los estudios científicos necesarios para ser aceptados por la Federal Drug Administration (FDA). Ahora bien, esta “brecha” se está sellando con más y más estudios financiados casi exclusivamente por las farmacéuticas, encontrando su camino en las revistas y garantizándose así la legitimidad científica de lo que ya parecía simplemente sentido común.

El respaldo científico abre la puerta a más y más fuertes argumentos en favor de la farmacoterapia infantil tanto en la prensa generalista como profesional. Un número reciente de *Family Therapy Magazine*, publicación trimestral de la Asociación Americana de Terapia Familiar y de Pareja, es un ejemplo de ello. Este número se dedica a estudiar a terapeutas familiares y medicaciones, con un artículo especial sobre psicofarmacología pediátrica (Walkup, 2003). John Walkup, psiquiatra infanto-juvenil e investigador en psicofarmacología expone la cuestión: la descripción precisa de las tendencias en las prescripciones de medicamentos para la infancia fracasa en “poner su uso creciente en perspectiva” (p. 35). Argumenta que se están prescribiendo medicamentos a muchos más niños porque:

- Las medicaciones psiquiátricas funcionan para los problemas de los niños.
- Desestigmatizar los trastornos psiquiátricos ha liberado a las familias y las sociedades para buscar medicaciones para los niños problemáticos.
- Los medicamentos han estado disponibles durante la década de 1990 para atender las necesidades de los niños sin tratamiento.

¹⁹ NT: National Institute of Mental Health, Instituto Nacional de Salud Mental.

Nuestro argumento es que tanto el sentido común como la base científica para la administración generalizada de medicación psiquiátrica a los niños es poco convincente. Vamos a tomar cada punto por separado. ¿Qué pruebas tenemos de la eficacia de la medicación psicotrópica para aliviar de forma segura el sufrimiento psicológico de los niños?

Antidepresivos y niños: Una triste historia

¿Qué sabemos acerca de los antidepresivos, el segundo medicamento psicotrópico más recetado a niños y adolescentes? El fracaso de los tricíclicos en el tratamiento eficaz de niños y adolescentes está bien documentado (véase Fisher y Fisher, 1997). Durante la década de los 90, se depositó una gran esperanza en los antidepresivos “más nuevos”, los ISRS. Sin embargo, antes de 1997, los estudios de eficacia de los ISRS encontraron pocos motivos para la esperanza. Una exhaustiva revisión de diez años revela la escasez de eficacia en el tratamiento de niños y adolescentes, tanto de los ISRS como de los tricíclicos (Birmaher, Ryan, Williamson, Brent y Kaufman, 1996). A pesar de esto, con optimismo acérrimo, los autores de la revisión concluyen que “los tratamientos farmacológicos y psicosociales son vitales para los niños” (p.1581).

Antes de 1997, se daba una paradoja: al tiempo que los clínicos estaban prescribiendo más y más ISRS a niños, los investigadores eran incapaces de probar que los antidepresivos eran eficaces para esta población. Todo esto cambió con la publicación de dos estudios de Emslie et al., uno de 1997 y otro de 2002. El primer estudio fue un ensayo aleatorio de ocho semanas a doble ciego controlado por placebo, comparando la eficacia de la fluoxetina (Prozac) con placebo. Este estudio encontró:

- Diferencias significativas en la respuesta entre medicación y placebo en *una* de cinco medidas psicométricas de resultado
- Según las puntuaciones de los autoinformes de padres y adolescentes participantes en el estudio, *no hay diferencias* entre los resultados de los grupos de medicación y placebo
- No hay diferencias* de resultados entre placebo y medicación en otras dos medidas valoradas por clínicos

Los lectores pueden verse fácilmente atascados en el laberinto técnico de la investigación de ensayos clínicos. Los estudios de 1997 y 2002 de Emslie et al. proporcionan ejemplos presentados para aprender a comprender y evaluar la ciencia que sustenta la prescripción psicotrópica. Utilizando los estudios de Emslie ilustraremos cómo cuatro defectos graves invalidan buena parte de lo que pasa por ser investigación farmacológica sensata (Duncan y Miller, 2000; Sparks y Duncan, 2003). Con los cuatro defectos tomados en cuenta, los ya pobres resultados de los estudios de Emslie se vuelven aun más pobres, sumado a sus alegatos que justifican la seguridad y eficacia del Prozac para los niños.

Los Cuatro defectos de la investigación de fármacos

PRIMER DEFECTO: CALIFICACIONES DEL CLIENTE VERSUS CALIFICACIONES DE LOS CLINICOS. Normalmente los estudios de

antidepresivos cuentan con medidas de depresión evaluadas por los clínicos (la escala de Hamilton para la depresión y la Escala de Evaluación Global por ejemplo) en lugar de medidas calificadas por los clientes (como el Inventario de Depresión de Beck o la ORS). Entonces los resultados del estudio reflejan los puntos de vista de los investigadores, no de los clientes. En su provocativo *tour de force From Placebo to Panacea*, Greenberg y Fisher (1997) demuestran que los clínicos y los clientes difieren sustancialmente en sus lecturas sobre el grado de mejoría ocurrida durante los ensayos clínicos con fármacos. Por ejemplo, en 1992 Greenberg, Bornstein, Greenberg y Fisher publicaron un extenso meta-análisis, compuesto por 22 estudios de antidepresivos, con una muestra de 2.230 personas, comparando los efectos del placebo con los “antiguos” antidepresivos (Elavil²⁰, por ejemplo) y con los “nuevos” (Prozac). Según las medidas evaluadas por los clínicos encontraron que tanto los antidepresivos nuevos como los antiguos mostraban una ventaja de aproximadamente un 20 por ciento mayor que el placebo, pero no se muestra una ventaja en las medidas evaluadas por los clientes. En pocas palabras, cuando los clientes valoran sus propias respuestas, a veces no experimentan mejoría con los antidepresivos, más allá de la que puede ser atribuida a la esperanza y las expectativas. Si los clientes no se sienten mejor tras tomar los medicamentos, ¿cuán significativa es la mejoría que otros dicen ver? El estudio de Emslie de 1997 no encontró diferencias entre los grupos placebo y los grupos de ISRS en las dos medidas calificadas por el cliente.

El escepticismo que tienen los investigadores de las percepciones de los participantes del estudio, incluso si estos son niños o adolescentes, refleja la desconfianza profundamente arraigada de la visión del cliente en el discurso de la enfermedad mental. Se ofrecieron varias explicaciones para acallar las voces de los clientes: los clientes están demasiado afectados por lo que se denomina su enfermedad para informar con precisión de su condición, o no pueden valorar objetivamente su mejoría o falta de mejoría de la forma en la que un observador experto puede hacerlo.

DEFECTO NÚMERO DOS: EL COMPONENTE CIEGO EN RIESGO. Pero, ¿cómo de objetivos son los observadores expertos en los ensayos con fármacos? La validez de los estudios en los que se compara el placebo con un medicamento real depende del componente ciego; los participantes que califican los resultados no deben saber quién está recibiendo el fármaco y quién el placebo. Greenberg y Fisher (1997) indican que el uso de píldoras de azúcar como placebo en la gran mayoría de estudios hace posible notar a la mayoría de participantes y clínicos quién está tomando el medicamento real y quién no. Los que tomaron el fármaco son más propensos a experimentar efectos adversos como boca seca, pérdida o ganancia de peso, mareos, dolor de cabeza, náuseas, insomnio, etc. -señales claras de estar tomando un medicamento potente- mientras que los que tomaron el placebo tienen pocas o ninguna reacción. Como consecuencia, el estudio de supuesto doble ciego pierde su característica de ciego por este resultado de las calificaciones, hecho que compromete seriamente cualquier conclusión que se pueda extraer. Utilizando placebos activos que imiten los efectos secundarios de la droga a estudiar se ayuda a evitar este segundo error en los estudios.

Otros problemas entorpecen el componente ciego en los estudios de doble ciego. Por ejemplo, muchos participantes de los ensayos de medicamentos asignados al grupo placebo han estado previamente en régimen de medicación, incluso justo antes de entrar

²⁰ NT: amitriptilina, antidepresivo del tipo tricíclico.

en el ensayo; por lo tanto están familiarizados con los efectos de los fármacos. Una revisión del ciego en ensayos con antidepresivos menciona que los participantes están lejos de ser sujetos pasivos -leen activamente las señales o intentan descubrir su situación de tratamiento y lo hacen con una precisión notable (Evan, Siobud-Dorocant y Dardennes, 2000). Esta misma revisión menciona que simplemente preguntar a los participantes para hacer un seguimiento de los efectos secundarios compromete el ciego desde el principio. En resumen, lo que se presume ciego es, como mucho, visualmente limitado y sujeto a los sesgos del experimentador.

No se utilizó ningún placebo activo en el estudio de Emslie et al. de 1997. Los investigadores de este estudio, indudablemente conscientes de las críticas de los estudios de ciego, trataron de salvaguardar su integridad (ver Hughes et al., 2000). En su valoración, Emslie y otros colegas investigadores, determinaron que el ciego “se mantuvo claramente” (p.593). Cuando los grupos de Prozac y placebo se consideraron juntos, sin tomar en consideración la respuesta del cliente, no se dio una tendencia en la predicción, más allá de la que cabría esperar por azar. Sin embargo, cuando se consideraron las respuestas de los clientes al tratamiento, los clínicos predijeron con exactitud la medicación para los que respondieron (veintisiete de treinta y uno) y el placebo para los que no respondieron (veintiséis de treinta y cinco). Esto representa aproximadamente índices de exactitud del 87 por ciento y del 74 por ciento respectivamente, ¡lejos de predicciones al azar! Es más que interesante que los grandes esfuerzos para reforzar afirmaciones sobre la integridad del ciego, en definitiva, demuestran que el ciego fue desacreditado.

DEFECTO NÚMERO TRES: EL TIEMPO DE LA MEDICIÓN. El tiempo que eligen los investigadores para establecer comparaciones en los ensayos clínicos controlados es crítico para determinar las diferencias reales de efectividad entre medicación y placebo. En primer lugar, los antidepresivos casi nunca se recetan durante períodos cortos de tiempo. En segundo lugar, y más importante, tomando la última medida a las 12 semanas, marco de tiempo habitual en los estudios sobre fármacos, proporciona una visión de diferencia en eficacia inadecuada ya que las diferencias entre los grupos tienden a disolverse en 16 semanas. Este importante fallo en el diseño sugiere que se evitó una evaluación a más largo plazo, como en casi todos los estudios de medicamentos, no por obstáculos logísticos o de financiación sino por miedo a que los efectos desapareciesen. Las 8 semanas del estudio de Emslie et al. de 1997 obviamente fueron un período de tiempo inadecuado para poder obtener cualquier conclusión acerca de las diferencias entre la respuesta a la medicación y al placebo. El defecto número tres, el tiempo de medición, arroja otra sombra de escepticismo a las conclusiones finales de Emslie.

DEFECTO NÚMERO CUATRO: LOS CONFLICTOS DE INTERESES. La importancia del estudio de Emslie et al. (1997) como justificación para la prescripción de ISRS a menores no puede ser subestimada. Hay que tener en cuenta que hasta la publicación de Emslie de 1997, prácticamente no había evidencia que apoyase la cada vez más extendida prescripción de antidepresivos a niños y adolescentes. Este estudio proporcionó base suficiente para que la prescripción a menores continúe sin cesar (aunque sin haber sido aprobadas por las autoridades sanitarias) y supuso el primero de los dos estudios necesarios para conseguir la aprobación de la FDA del Prozac para este grupo.

Emslie et al. (2002) completaron la búsqueda de aprobación del Prozac con la publicación de un segundo ensayo clínico aleatorio controlado con placebo para el tratamiento con fluoxetina de la depresión infantil y juvenil. El primer punto de interés está en la primera página e ilustra el cuarto defecto de los estudios con medicamentos: es decir, *quién financia el estudio y con quién están asociados los autores*. En mayo de 2000, el editor del *New England Journal of Medicine* llamó la atención sobre el problema de las “omnipresentes y múltiples... vinculaciones financieras” que los autores de los ensayos de fármacos tenían con las compañías cuyos medicamentos se estaban estudiando (Angell, 2000, p.1516). Desde este momento, ha habido una mayor presión a las revistas de medicina para que den a conocer las fuentes de financiación y los vínculos del autor con esas fuentes, con el fin de alertar a los lectores de los posibles conflictos de intereses. Bajo el título del estudio de Emslie et al. de 2002, los lectores pueden apreciar como los Drs. Emslie y Wagner fueron asesores pagados por Eli Lilly and Company, que financió la investigación. Los otros seis autores figuraban como empleados de Eli Lilly y “pueden tener sus propias acciones en esa compañía” (p. 1205).

Es más, nada nuevo²¹. Lilly and Company anunció el Prozac como “bien tolerado y efectivo para el tratamiento agudo del Trastorno Depresivo Mayor en niños y adolescentes en régimen ambulatorio” y agregó que “la Fluoxetina es el único antidepressivo que ha demostrado su eficacia, en dos ensayos clínicos aleatorios controlados con placebo, en depresión pediátrica” (Emslie et al., 2002, p.1205). La principal medida del estudio no ha demostrado una diferencia significativa en las respuestas; todas las escalas valoradas por los clientes y dos de las valoradas por los clínicos no mostraron diferencias. Tres de las siete medidas evaluadas por los clínicos mostraron diferencias significativas entre la droga experimental y el placebo. Como ensayo de nueve semanas el estudio no evaluó los resultados a largo plazo. De nuevo, el estudio utilizó un placebo inactivo, poniendo en duda seriamente si los investigadores, ya sean empleados o asesores de la compañía cuyo fármaco estaba bajo investigación, podrían, con tanto en juego, ser objetivos.

Sin embargo, el hecho se consumó: dos estudios demostraban supuestamente la eficacia del Prozac en niños y adolescentes. Poco después de la segunda publicación, la FDA concedió legitimidad a la ya arraigada práctica de la prescripción. El 3 de enero de 2003, la edición del *FDA Talk Paper* preparado por la oficina de prensa de la FDA anunció la aprobación del Prozac para su uso pediátrico en el tratamiento de la depresión. El informe señaló que los estudios encontraron efectos secundarios similares a los encontrados en los ensayos con adultos. En el documento también se admitía que, tras nueve semanas de tratamiento con fluoxetina, los jóvenes en un ensayo clínico crecieron de media 1,1 cm menos y aproximadamente pesaron 1 kg menos, en comparación con los jóvenes que tomaron placebo. El informe de la FDA añadió que, aunque los efectos a largo plazo sobre el crecimiento no se conocen, Lilly había decidido llevar a cabo un estudio fase 4²² para evaluar esta preocupación.

²¹ NT: en el original “same study, different day” (mismo estudio, diferente día), juego de palabras con SSDD (same shit, different day: misma mierda, distinto día), una frase hecha cuyo significado es que no hay nada nuevo.

²² NT: Los estudios de farmacovigilancia son la cuarta y última fase de un ensayo clínico. Tras aprobar un fármaco, a menudo las autoridades sanitarias piden a las empresas que faciliten datos adicionales recogidos con el uso real y masivo del medicamento. Están diseñados para proporcionar una mayor experiencia en la evaluación de la seguridad y la eficacia de los fármacos nuevos, evaluar sus efectos a largo plazo, los efectos secundarios menos comunes, etc.

Lamentablemente, los antecedentes de finalización de los estudios de fase 4 de seguimiento farmacológico son deprimentes. Por ejemplo, de los 107 medicamentos nuevos aprobados entre enero de 1995 y finales de 1999, la FDA no clasificó a ninguno con los compromisos de la fase 4 completados (Sasich, Lurie y Wolfe, 2000).

¿Qué importancia tiene la aprobación de la FDA si la prescripción de antidepresivos a niños y adolescentes ya es un hecho de la vida arraigado y en expansión? La aprobación de la FDA permite la comercialización sin restricciones de estos medicamentos a los que puedan estar preocupados por su impacto en la vida de los niños. La concesión del sello de aprobación gubernamental apacigua los temores reales de padres, clínicos y clientes. Permite que la cuestión de la eficacia sea finalmente acallada. En una época de "práctica basada en la evidencia", se puede decir que en realidad existe evidencia, sin importar lo pequeña que sea, de que al menos este compuesto particular funciona. Este "hecho" se repite en artículos de investigación posteriores, páginas web de salud mental, talleres, clases, libros profesionales y populares, anuncios y demás: la saturación de los medios reafirma la verdad.

Por ejemplo, Brent y Birmaher (2002), en su informe más reciente sobre la depresión en adolescentes, exponen inequívocamente el caso de los ISRS para la depresión en adolescentes. "Los ISRS son el tratamiento más comúnmente utilizado para la depresión en adolescentes debido a la eficacia probada de la fluoxetina, el citalopram y la paroxetina en ensayos controlados con placebo, con una tasa de respuesta de aproximadamente el 60 por ciento y sin efectos secundarios importantes" (p. 668). Y esta "verdad" prácticamente detiene la investigación sobre la actual solidez de la evidencia que subyace a una enorme industria de la salud mental farmacológica de niños y adolescentes.

Por el contrario, aunque no esté apoyada por entidades corporativas multimillonarias, la psicoterapia para niños y adolescentes tiene una fuerte tradición de eficacia probada (Mufson, Weissman, Moreau y Garfinkel, 1999; Asarnow, Jaycox y Tompson, 2001; Michael y Crowley, 2002; Curry, 2001; Lewinsohn y Clarke, 1999). Sin embargo, la influencia política y económica de la psiquiatría médica ha permitido a la psicofarmacología de la infancia ocupar un lugar destacado en la lista de tratamientos.

Estimulantes y niños: La atención equivocada.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es sin duda el tema más controvertido en la historia reciente de la salud mental, debido a que su diagnóstico no se define por un marcador biológico (Leo y Cohen, 2003), es muy subjetivo y difícil de distinguir de la conducta habitual de los niños (recuérdese nuestra exposición sobre la validez del diagnóstico en el capítulo dos). A pesar de las directrices sobre la prevalencia diagnóstica del 3 al 5 por ciento establecido por el panel de consenso del NIH²³ de 1998, las tasas de diagnóstico son tan altas como el asombroso 33 por ciento que alcanza en algunos lugares (LeFever, Arcona y Antonuccio, 2003). Y a pesar de la falta de pruebas de eficacia y seguridad a largo plazo, el tratamiento del TDAH con

²³ NT: NIH son los Institutos Nacionales de la Salud de los EE.UU. Sus objetivos se centran en la investigación médica. Una de sus actividades son las conferencias de consenso donde se revisan datos y otras actividades, para tomar decisiones respecto a recomendaciones de tratamiento de diversas enfermedades.

estimulantes ha sufrido un incremento astronómico, un 700 por ciento en la década de los 90 (Mackey y Kipras, 2001).

Sin tener en cuenta los fallos de diseño, los estimulantes -principalmente el Ritalin- han establecido inequívocamente su eficacia sobre el placebo en pequeñas pruebas clínicas aleatorias a corto plazo teniendo en cuenta síntomas del TDAH (no medidas académicas o sociales). Para contrarrestar la crítica de que los estudios de eficacia a corto plazo no abordan el principal problema de la eficacia -o el éxito de los estimulantes en una gama más amplia de medidas de resultado en ámbitos reales y en un período de tiempo más largo- los investigadores llevaron a cabo el Estudio del Tratamiento Multimodal de niños con TDAH [Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA)] (MTA Cooperative Group, 1999). El MTA comparó cuatro tratamientos para el TDAH: tratamiento conductual (TC), gestión de medicación (GM), TC y GM combinadas y un grupo de tratamiento comunitario como control. El MTA ya había tratado de vender, tanto en publicaciones generalistas como profesionales, que los estimulantes eran más efectivos que la intervención conductual. Dadas las importantes implicaciones políticas del estudio, es importante analizarlo detenidamente para entender sus conclusiones.

Primero, en la parte positiva, el elemento más singular del estudio es su gran muestra. Los estudios anteriores sobre el tratamiento del TDAH han sido generalmente pequeños, de 1 a 20 sujetos en cada condición. Con 144 sujetos por grupo, el MTA fue muy superior desde el punto de vista cuantitativo. El MTA además sobrepasó a sus predecesores porque evaluó el tratamiento durante 14 meses, en vez de las 12 a 16 semanas habituales. Otro aspecto a reseñar es la naturaleza exhaustiva de la conducta evaluada. Más allá de las simples medidas de resultado evaluadas por clínicos que caracterizaban la mayoría de los estudios, el MTA seleccionó un total de 19 medidas de múltiples fuentes (padres, profesores, chicos, compañeros, tests objetivos y observaciones) en múltiples dominios de funciones (síntomas de TDAH, relaciones con compañeros y padres, comportamiento en el aula y logros académicos).

Antes de examinar los problemas específicos con el MTA, considérense los resultados obtenidos al final del mes 14, como los resume uno de los principales investigadores (Pelham, 1999, p. 982):

- Los cuatro grupos mostraron una mejoría dramática.
- El GM fue superior a TC en las evaluaciones de la inatención hechas por padres y profesores y en las evaluaciones de la hiperactividad realizadas por profesores *pero no en ninguna de las otras dieciséis medidas*.
- El tratamiento combinado y el GM no se diferenciaron en ninguna medida dependiente; el tratamiento combinado fue mejor que la TC en las evaluaciones de la inatención de padres y profesores, y en las evaluaciones de los padres de la hiperactividad, del comportamiento oposicionista y del rendimiento en la lectura.
- Tanto el GM como los tratamientos combinados fueron superiores a los tratamientos comunitarios en las evaluaciones de síntomas por parte de padres y profesores, y en habilidades sociales medidas por profesores, mientras que la TC fue equivalente a los tratamientos comunitarios; las dos condiciones con TC fueron superiores al tratamiento comunitario en las relaciones padres-hijo.

Examinemos estos resultados a la luz de los errores habituales de diseño de los estudios con fármacos. Primero, como Breggin (2000a) señala, el estudio no tenía control placebo o doble ciego. El MTA no solo no tuvo un grupo de control con píldora placebo sino que además confió solo en las evaluaciones hechas por padres y maestros, que no desconocían las condiciones de tratamiento. Añadiendo énfasis a esta crítica, Breggin señala el hecho de que *solo* las medidas de doble ciego (los compañeros de clase como evaluadores ciegos) *encontraron que no había diferencias entre ninguno de los grupos de tratamiento*.

A continuación considérese la cuestión del cliente frente a otras evaluaciones. Ni los sujetos mismos (chicos de siete a nueve años) ni sus pares los calificaron como más mejorados cuando tomaron la medicación que cuando se dio terapia conductual o alternativas comunitarias. Breggin (2000a) sugiere que los resultados negativos de los observadores en condición de ensayo ciego, los propios niños y sus compañeros, indican que las drogas estimulantes no ofrecen ventajas sobre otras alternativas no medicamentosas.

Finalmente, recordar que el tiempo de medida es un factor crucial a considerar. Aquí está lo peor de este estudio: las mediciones se realizaron al final de los catorce meses, mientras los sujetos estaban activamente medicados pero *después* de que la terapia se debilitase. ¡Los investigadores tomaron las mediciones de terminación de cuatro a seis meses después del último contacto terapéutico cara a cara! Así que la comparación del MTA del final del tratamiento se hizo con tratamiento activo para GM frente al tratamiento TC retirado. Los resultados del estudio ligeramente favorables a los fármacos son una conclusión previsible basada en la forma en que se diseñó el estudio (Pelham, 1999).

Dado que los resultados reflejan la medicación frente a la terapia retirada, la falta de diferencias en 16 de las 19 medidas (comparando GM con TC) y en 19 de 19 medidas (comparando tratamiento comunitario de la mayoría de los niños medicados con TC) es aún más revelador. Dada la retirada, también destaca que el 75 por ciento de los niños en la condición TC se mantuvieron sin medicación durante 14 meses, incluyendo la mitad de los que fueron medicados al inicio del estudio (Pelham, 1999).

Hay dos artículos sobre los datos de seguimiento a 24 meses que están en revisión (Pelham, comunicación personal, 21 de abril de 2003). Los datos muestran que las diferencias entre grupos son incluso más pequeñas porque el GM y los grupos con tratamientos combinados han perdido muchos de sus efectos, mientras que la TC y los grupos comunitarios han mantenido sus beneficios. Además, a los 24 meses la mayoría de los padres pensaba que sus hijos lo estaban haciendo lo suficientemente bien como para no medicarlos incluso después de finalizar el estudio (Pelham, comunicación personal).

Por otra parte, el MTA informó que los padres preferían significativamente los tratamientos conductual y combinados a la medicación sola. Incluso cuando hay preferencia por la medicación, la mayoría de los padres no desean medicar a sus hijos durante largos períodos de tiempo, como evidencia el hecho de que la mayoría de los diagnosticados de TDAH dejan la medicación durante la infancia tardía y la adolescencia (Pelham, 1999). Esto hace que la intervención no médica sea

particularmente importante, a la luz de la evidencia de que los efectos de los estimulantes, aunque beneficiosos a corto plazo, no van más allá de la terminación de la medicación. Obviamente esta es la razón por la que la medida de terminación en el MTA se hizo con medicación activa y retirada de TC y no viceversa.

Quizás la preocupación parental respecto del uso de estimulantes a largo plazo esté más motivada por las reacciones adversas a los medicamentos. En el MTA se informó de reacciones adversas a los medicamentos en un increíble 64 por ciento de los niños: el 11 por ciento fueron evaluadas como moderadas, y el 3 por ciento como severas, con esta categoría representada principalmente por depresión, ansiedad e irritabilidad. En su revisión de la investigación Breggin (1998) señala que estas alarmantes reacciones a los estimulantes son comunes en los ensayos clínicos.

Finalmente, para resaltar la importancia de las preferencias parentales, considérese la revelación hecha recientemente por uno de los investigadores principales del MTA, el psiquiatra Peter Jensen. Jensen ha viajado por el mundo ensalzando las virtudes de los estimulantes por encima de las intervenciones conductuales. En una reciente reunión de la APA Jensen compartió con la audiencia que su hijo está diagnosticado de TDAH y que, irónicamente, él y la señora Jensen optaron por tratamiento conductual en vez de medicación (O'Connor, 2001).

El MTA, como todas las evidencias disponibles con respecto a los estimulantes, no dicen nada que indique que la medicación debería ser favorecida sobre cualquier otra opción, especialmente cuando somos guiados por la preferencia del cliente. Por otra parte, y más inquietante, el excesivo uso de estimulantes es una medida provisional que localiza el problema exclusivamente en el niño (LeFever et al, 2003) y crea un “déficit de atención” en los profesionales a la hora de responder más creativamente a los niños conductualmente exigentes y a los imperfectos contextos de aprendizaje a los cuales se espera que se adapten. Los profesionales de la salud mental necesitan desafiar la rutina y estimular un amplio debate sobre los problemas socioeconómicos y culturales que afectan a los chicos y sus éxitos escolares.

En resumen, dado el menos que abrumador apoyo empírico y los aparentes riesgos médicos, así como el carácter nebuloso del propio diagnóstico de TDAH (Leo, 2000), parece justificado el uso cuidadoso de los estimulantes. LeFever et al (2003, p.12) hace las siguientes recomendaciones (editadas):

- Antes de cualquier tratamiento, un caso sospechoso de TDAH requiere una cuidadosa evaluación que establezca que los síntomas no pueden ser explicados mejor por otros factores y que son inconsistentes con el nivel evolutivo.
- Si un niño recibe un diagnóstico de TDAH en edad preescolar los estimulantes deben evitarse porque muchos problemas de conducta se resuelven en primero o segundo curso.
- Las intervenciones conductuales deben probarse primero a causa de su eficacia comparable y menores riesgos médicos que los tratamientos farmacológicos.
- Si el niño no responde adecuadamente después de seis meses de terapia, entonces el tratamiento con fármacos puede ser considerado.

- Las medicaciones psicotrópicas no deben ser combinadas hasta que haya datos de estudios controlados que apoyen la seguridad y eficacia de esta combinación en niños.

La desestigmatización y la ayuda a las masas que sufren

Dejando a un lado la decepcionante eficacia de estimulantes y antidepresivos, Walkup (2003) también argumenta que la desestigmatización ha liberado a los cuidadores de usar procedimientos médicos para abordar las necesidades psicológicas de los niños. La desestigmatización puede ser algo bueno, pero encontramos que la lógica de que la enfermedad mental no estigmatiza es un poco difícil de tragar. Peter Breggin (2000b, p.27) lo expresa bien:

Nada es más estigmatizante que cargar con la etiqueta de enfermo mental durante el resto de tu vida. Es especialmente injusto y desmoralizante decirle a los niños que sufren de “enfermedades del cerebro”, “desequilibrios bioquímicos” o “cables cruzados” cuando simplemente no lo sufren.

¿Cómo de benigna es una etiqueta psiquiátrica cuando significa que un niño debe tomar una medicina y confiar en los expertos más que en sus propios recursos para resolver los problemas? ¿Cómo de inofensivo resulta un diagnóstico cuando significa que un niño puede olvidarse de ejercer un trabajo o una carrera en las fuerzas armadas, o no poder optar a un cargo político en el futuro? Mejor coincidimos con Breggin (2000b) en que el diagnóstico psiquiátrico y su compañera, la medicación, *crean* estigma. Preferimos entender los problemas de los niños desde casi cualquier otro marco -falta de madurez, temperamento individual, trauma vital o dificultades relacionales-, situaciones que son solucionables con el tiempo o gracias al esfuerzo de los niños guiados por aquellos más cercanos a ellos. También preferimos tomar en consideración el impacto de las condiciones sociales además del niño, la familia o la escuela que inhibe los mejores esfuerzos de todos. Lo que podría ser visto como una enfermedad cerebral puede, de hecho, ser mejor descrito como enfermedades de la pobreza, racismo u otras formas de marginalización.

Walkup y otros, a menudo por omisión, describen una imagen relativamente benigna de los efectos secundarios de la medicación psiquiátrica infantil. Conocemos una madre que preguntó sobre los posibles efectos de Geodon, un antipsicótico, combinado con Zoloft, para su hijo de quince años. El psiquiatra que se lo prescribió respondió sugiriéndole que no leyera las advertencias del prospecto porque "te volvería loca". Aunque la mayoría de las organizaciones profesionales, incluyendo el NIMH, animan a los padres a leer e informarse cuando consideren dar medicación a sus hijos, nos preguntamos cuán a menudo los efectos adversos se pierden en el discurso de la eficacia y los beneficios del fármaco.

En realidad, los efectos secundarios de la medicación psicotrópica para niños requieren un serio análisis. En primer lugar, el impacto de la intervención química temprana y a largo plazo en un cerebro sin desarrollar del todo es un tema importante (Vitiello, 1998). Hay evidencia de que el uso de neurolépticos y otras medicaciones psicotrópicas provoca cambios duraderos, si no permanentes, en la estructura del cerebro (Breggin y Cohen, 1999). En segundo lugar, demasiados indicios de alerta señalan hacia un *incremento* del riesgo de manía y suicidio causado por la medicación psicotrópica,

especialmente los ISRS (por ej, ver Breggin, 2000b). Emslie et al (1997) fracasaron al analizar las consecuencias de una tasa del 6 por ciento de abandonos debidos a reacciones maníacas en el estudio de 1997 con adolescentes y Prozac. Si esta tasa fuera extrapolada a la población general (como se hace con la eficacia en el estudio), por cada cien mil niños con Prozac, seis mil posiblemente experimentarían este efecto adverso severo.

Por otra parte, en un estudio de la Paroxetina (Keller et al, 2000), también llamado Paxil en los Estados Unidos²⁴, 21 de los 93 consumidores de Paxil (23 por ciento) informaron de síntomas maníacos, incluyendo hostilidad, labilidad emocional y nerviosismo. (En el grupo de Paxil, diez informaron de temblores, ninguno en el grupo del placebo). En la práctica real, cuando estos medicamentos se toman durante períodos de tiempo mucho más largos que en los ensayos clínicos, las tasas de reacciones adversas graves probablemente sean mucho más marcadas. Sin embargo, ambos estudios previamente mencionados proclaman que los fármacos investigados son bien tolerados y seguros. Mientras tanto, los informes de niños que se vuelven más depresivos o más violentos debido a la medicación diseñada para producir los efectos opuestos, crecen cada vez más (por ej., ver Breggin 2000b y Cohen, 1999; Fisher y Fisher, 1997).

Recientemente, la Agencia para la Regulación de Productos de Medicina y de Cuidado Sanitario²⁵ del Reino Unido (MHRA) manifestó que el Seroxat (Paroxetina) no debe prescribirse a nadie por debajo de los 18 años (Bosely, 2003). De acuerdo con el MHRA, los ensayos clínicos han fracasado a la hora de demostrar la eficacia de los compuestos para la depresión en la infancia y la adolescencia. Más importante, estos ensayos indican resultados dañinos como 3.2 veces mayores en el grupo de la Paroxetina en comparación con los niños y adolescentes que recibieron placebo, incluyendo incremento de la agitación, agresión, auto-agresión y tendencia al suicidio. Glaxo, el fabricante del fármaco, negó el encubrimiento de estudios que sugieren que el fármaco podría causar daño a personas menores de 18 años. A principios de año, *The Guardian* reveló que los miembros del primer grupo de trabajo que investigó la seguridad de los ISRS tenía acciones en Glaxo, lo que eventualmente condujo a la disolución del grupo.

Nueve días después, la FDA emitió una advertencia similar. Manifestando que estaban revisando informes de un posible incremento de riesgos de pensamiento suicida e intentos de suicidio en niños y adolescentes tratados con Paxil, la FDA recomendó que no fuese empleado en este rango de edad (*FDA Talk Paper*, 19 de junio de 2003). El anuncio de la FDA también tomó nota del hecho de que tres ensayos bien controlados en pacientes pediátricos con Trastorno Depresivo Mayor fracasaron a la hora de demostrar que el fármaco fuera más efectivo que el placebo. Una vez más, ¿cómo cuadra esto con la siguiente afirmación de los autores de un ensayo altamente reputado: “El Paxil generalmente es bien tolerado y efectivo para la depresión mayor en adolescentes” (Keller et al, 2001, p. 762)? No es de extrañar, este estudio fue financiado por GlaxoSmithKline.

El argumento final que exponen Walkup (2003) y otros es que, en vez de cuestionarse las actuales tasas de prescripción, de hecho debemos preguntarnos si hay *suficientes* niños “recibiendo tratamiento”. Preocupándose por defectos de diseño o incluso unos

²⁴ NT: Seroxat y Motivan en España

²⁵ NT: Medicine and Healthcare Products Regulatory Agency

pocos efectos secundarios desagradables se pierde el panorama más amplio. Este argumento cita la Agenda de Acción Nacional del Consejero de Sanidad para la Salud Mental de los Niños (NAACMH)²⁶, alegando una virtual epidemia de trastornos mentales infantiles. Según la NAACMH, uno de cada diez niños o adolescentes en los Estados Unidos sufre de enfermedad mental lo suficiente como para deteriorar su funcionamiento vital. Lamentablemente, esta iniciativa proclama que solo la mitad de ellos “reciben el tratamiento necesario” (Mitka, 2001, p. 398).

A la luz de estos mensajes, los padres y otros cuidadores están comprensiblemente ansiosos, vigilando nerviosamente las señales indicadoras de que su niño podría ser el próximo en sucumbir. De acuerdo con Walkup (2003, p.35), la cuestión más relevante aquí es “no el aumento del uso de por sí, sino ¿qué porcentaje de niños y adolescentes que sufren condiciones que responden a los fármacos están tomando fármacos actualmente?”. En otras palabras, si solo están siendo tratados la mitad, y si la evidencia ahora indica capacidad de respuesta para las principales categorías de trastornos, entonces las tasas actuales de prescripción para niños prácticamente deberían duplicarse. En vez de los cinco millones más de niños que toman medicación psiquiátrica, debería haber como diez millones o más recibiendo tratamiento.

Desaparecidas en las explicaciones ofrecidas por Walkup (2003) y otros, además de la dudosa eficacia de estos fármacos, hay varios asuntos clave. ¿Cómo sabemos que tantos niños están supuestamente enfermos? Tenemos las cifras de chicos perturbados y trastornos mentales y prácticamente todos permanecieron constantes en las generaciones pasadas, ¿y solo ahora somos capaces de localizarlos, diagnosticarlos y tratarlos? Si el incremento de los llamados trastornos mentales infantiles es un fenómeno más reciente, ¿cómo podemos dar sentido a esto? ¿Por qué los niños pobres -los que están en Medicaid, tutelados por el estado o en dispositivos residenciales- son diagnosticados y medicados más a menudo? ¿Qué papel toman las simples diferencias culturales teniendo en cuenta que la jerarquía psiquiátrica está compuesta en su mayoría por varones estadounidenses blancos (Zito, Safer, dosReis y Riddle, 1998)? Por último, en vez de enfermedades diagnosticables, ¿estamos viendo reacciones comprensibles a las condiciones opresivas por aquellos más propensos a estar bajo la vigilancia del sistema? Si es así, ¿deberíamos centrar nuestro tiempo, energía y recursos hacia agendas sociales más amplias en vez de hacerlo hacia píldoras que someten y estigmatizan a auténticas víctimas de estas condiciones?

Una cosa sí sabemos. El marketing farmacéutico tomó nuevo impulso en los 90, y al mismo tiempo también lo hicieron un montón de trastornos mentales. Con la población “educada” para los síntomas de epidemias silenciosas, las actividades cotidianas de la vida diaria, con su diversidad de temperamentos y ciclos emocionales, se volvieron susceptibles de convertirse en trastorno. ¿A quién beneficia más promover una versión médica contra una no médica de los chicos con problemas? Creemos que una vía ética requiere que se plantee a las comunidades científicas -y otras más amplias- este tema y otros planteados anteriormente, de formas que inviten a clarificar las verdaderas opciones disponibles para los niños y sus familias. Nuestra postura ética es que las familias deberían tomar las decisiones que crean de más ayuda para sus miembros más jóvenes. Sin embargo, creemos que la información que reciben los cuidadores y jóvenes clientes suele estar más sesgada a favor de intereses corporativos que terapéuticos, sin

²⁶ NT: Surgeon General’s 2001 National Action Agenda for Children’s Mental Health. *Surgeon general* sería el equivalente a un Ministro o Consejero de Sanidad en nuestro entorno.

permitir un adecuado consentimiento informado. Recomendamos un debate vigoroso de lo que ha llegado a ser la comprensión cotidiana sobre lo que funciona con niños y adolescentes mientras viajan por los a veces difíciles senderos hacia la adultez. Afirmamos que estas heroicas madres y padres y chicas y chicos deberían tener todas las opciones para realizar este viaje a su manera.

EL PAÍS DE LA MEDICACIÓN

Se debería tratar con un nuevo fármaco a tantos pacientes como fuese posible mientras éste todavía tenga la capacidad de curar

Sir William Osler

Cinco fármacos psicotrópicos (tres ISRS y dos antipsicóticos) aparecieron en la lista de los veinte fármacos más vendidos en 2002 (IMSHealth, 2003): el antipsicótico Zyprexa en el sexto puesto con unas ventas de 2,9 billones de dólares; en el noveno Zoloft, con unas ventas de 2,5 billones de dólares; en décimo lugar y con unas ventas de 2,3 billones de dólares se encontraba el Paxil; en decimoquinto lugar se encontraba el antipsicótico Risperdal, vendiendo más de 1,8 billones de dólares; y finalmente Celexa, situado en el puesto veinte, con unas ventas de 1,6 billones. Prozac, que una vez fue el medicamento de referencia, ha caído del top veinte pero todavía es un competidor. Si los antidepresivos fuesen libros, se convertirían en bestsellers. Se recetaron más de 150 prescripciones de antidepresivos en 2002, y los consumidores gastaron en ellas más de 9 billones de dólares.

El uso de fármacos psicotrópicos para tratar el sufrimiento humano se ha convertido en una creencia popular en nuestra cultura, a pesar de que ninguno de los últimos descubrimientos de la neurociencia ni los resultados de las investigaciones han confirmado su eficacia ni han apoyado firmemente su uso. La publicidad de masas ha triunfado en su intención de hacer que tomar un antidepresivo, por ejemplo, parezca tan normal y generalizado como tomarse una aspirina. Es cierto que la prensa critica regularmente a las industrias farmacéuticas por sus cuestionables estrategias de marketing y por sus perversas prácticas de investigación, pero la mayoría hemos llegado a esperar excesos ocasionales de las empresas que compiten por una cuota de mercado en la sociedad capitalista en la que vivimos.

Y, a pesar de que la mayoría de los profesionales de la salud mental deberían tener conocimiento de que la explicación dada a los clientes es una burda simplificación de lo que actualmente sabemos sobre el funcionamiento del cerebro y reconocen que la mayoría de los fármacos nunca estarán completamente a la altura de la exagerada publicidad, pocos rechazan totalmente el modelo biomédico. Menos todavía se cuestionan la efectividad de los medicamentos, en niños o adultos, y prácticamente ninguno desafía la idea de que la combinación de medicación y terapia es la mejor opción de tratamiento. Al menos esto incluye lo que los psicoterapeutas tenemos que ofrecer. Sin embargo, el problema con estas creencias y prácticas comunes aparece cuando las examinamos bajo la luz de la investigación. Empíricamente existe poco respaldo para:

- El omnipresente desequilibrio bioquímico
- La mayor eficacia del tratamiento farmacológico
- Los mejores resultados combinando terapia y medicación

El mantra de la Psiquiatría: El desequilibrio bioquímico

Los antidepresivos irrumpieron en un nuevo terreno, el de la televisión, durante el campeonato de las World Series de 1999, con un anuncio afirmando el poder de Paxil para curar la ansiedad social. Una avalancha de anuncios dirigidos directamente al público han cubierto el panorama de la publicidad desde ese momento. Quizás el trabajo más impresionante de toma de conciencia pública e identificación de producto ha sido el acometido por los publicistas de Zoloft: una bonita cara ovalada de chico, inicialmente deprimida y con el ceño fruncido, mientras un narrador nos habla sobre desequilibrios químicos; entonces el óvalo comienza a saltar, sonriendo alegremente, presumiblemente después de tomar Zoloft. El “desequilibrio bioquímico” es ahora una irreprimible parte de la lengua vernácula de América.

Para entender la controversia alrededor de la teoría del desequilibrio bioquímico hay que comprender de forma conjunta la historia del tratamiento con fármacos y los mecanismos de acción que se han propuesto. La época actual de tratamiento biológico para los padecimientos mentales se abrió paso a través del compuesto reserpina, un antihipertensivo originario de la India. En 1952 el psiquiatra Nathan Kline experimentó con reserpina en personas diagnosticadas de esquizofrenia obteniendo lo que él percibió como resultados significativos.

Algunos años después, los investigadores encontraron que la reserpina disminuía las catecolaminas (dopamina, noradrenalina y adrenalina) dentro de las terminaciones del nervio presináptico. Este descubrimiento contribuyó a la teoría del exceso de dopamina en la esquizofrenia, la cual sorprendentemente todavía persiste hoy. Recordemos que un neurotransmisor, como la dopamina, se sintetiza y almacena dentro de la terminación del nervio presináptico. Cuando una señal electroquímica estimula la neurona se dispara la liberación del neurotransmisor desde la terminación nerviosa al espacio sináptico. Allí se dispersa para hacer contacto con los receptores de las neuronas pre o postsinápticas, o es eliminado de la sinapsis mediante degradación enzimática (en el caso de la acetilcolina) o recaptado (en el caso de las bioaminas, como la dopamina).

Poco después de que la reserpina fuese presentada al mundo como un tratamiento para la esquizofrenia, los investigadores descubrieron su propensión a causar depresión. Observando una incidencia de la depresión del 15 por ciento entre los pacientes que tomaban reserpina para controlar la hipertensión, los investigadores avanzaron que la teoría de la depleción de catecolaminas tenía que ser la “causa” de los trastornos del humor. La ironía aquí, por supuesto, era que la reserpina acababa de ser pregonada como una terapia altamente efectiva en la esquizofrenia. Los científicos no parecían darse cuenta de las implicaciones de su nueva teoría, la cual sugería que un medicamento que causaba depresión era ahora el remedio para la esquizofrenia. Es más, los científicos fallaron a la hora de explicar porqué el 85 por ciento de las personas que tomaban reserpina (por tensión arterial alta) *no* manifestaban signos o síntomas de depresión, lo que sería esperable que generase el fármaco debido a la pretendida reducción de neurotransmisor.

El segundo nuevo compuesto, la clorpromazina, era un sedante quirúrgico adoptado por los psiquiatras franceses como un “tratamiento” para la ansiedad, agitación y psicosis. Básicamente, las propiedades antipsicóticas del fármaco fueron atribuidas a su habilidad

para bloquear los receptores de dopamina (Barondes, 1993; Snyder, 1986). Uno de los pioneros en psicofarmacología moderna fue el investigador sueco Arvid Carlsson, que estudió los cambios neuroquímicos en los cerebros de ratas después de la administración de clorpromazina. Por una parte, los niveles de *dopamina* permanecieron sin cambios; por otra parte, los niveles de los *metabolitos de dopamina* se incrementaron. Para explicar estos resultados, Carlsson propuso que el bloqueo del receptor postsináptico se convertiría en un mensaje de feedback para la primera neurona, disparando la síntesis de más dopamina. De este modo, los niveles de dopamina parecían ser constantes, mientras la célula producía nuevas cantidades de neurotransmisor para reemplazar la reducción que se producía por la administración del fármaco.

Lo que Carlsson no entendía era la inconsistencia teórica de este primer fármaco “cura” de la esquizofrenia. La reserpina sugería que la psicosis respondía a la *depleción* de dopamina. En cambio, la clorpromazina sugería que la psicosis respondía justo a lo contrario, un incremento de la dopamina (incremento de volumen y de secreción). La biopsiquiatría todavía no ha tenido en cuenta esta discrepancia, la cual es en realidad solamente una entre las muchas que atañen a las aminas biógenas.

El huidizo marcador biológico: Las teorías de las bioaminas

A pesar de cincuenta años de investigaciones, la invención del microscopio electrónico, la aparición de las técnicas de radiomarcación, la revolución de la biología molecular, y la unión de ordenadores y aparatos de neuroimagen, no ha aparecido ningún marcador biológico fiable como la causa definitiva de ninguna “enfermedad” psiquiátrica. Lo que muchos no han apreciado es que estos desequilibrios bioquímicos y otras denominadas enfermedades mentales funcionales pertenecen exclusivamente al territorio en que la medicina se permite los diagnósticos sin ni siquiera una sola prueba confirmatoria de patología subyacente.

La ausencia de una prueba diagnóstica neuroconductual no se debe, sin embargo, a la falta de intentos. Por ejemplo, una vez proclamado como la principal referencia para distinguir entre depresiones endógenas y reactivas, el test de supresión de dexametasona (DST) fue abandonado en los ochenta después del decepcionante resultado. Menos de la mitad de las personas deprimidas dieron negativo ante la supresión del cortisol después de la administración de un esteroide sintético, mientras que muchos de los sujetos no deprimidos dieron positivo en el mismo procedimiento (Nathan, Musselman, Schatzberg y Nemeroff, 1995). Básicamente, el DST fracasó para cumplir las expectativas creadas y fue rechazado debido a su baja validez predictiva. Otros marcadores muy elogiados desaparecieron bruscamente del panorama por razones similares.

La teoría de las aminas biógenas de la depresión se llamó así porque encontraron que los primeros productos químicos que se creía que tenían efectos antidepresivos, alteraban las principales aminas del cuerpo: dopamina, noradrenalina y serotonina (Barondes, 1993). El entusiasmo por la serotonina, la reina de todas las teorías del desequilibrio químico en la depresión, no apareció hasta principios de los años setenta, cuando los investigadores creían que podría haber diferencias entre los fármacos basadas en la selectividad para una de las bioaminas. De acuerdo con Healy (1997), el

primer ISRS (zimelidina, o Zelmid) fue patentado en abril de 1971 y lanzado en Europa en 1982. Sin embargo, este fármaco nunca fue comercializado ni autorizado en los Estados Unidos porque se presentaron casos que lo asociaban a un trastorno neurológico grave. Desde ese momento, por supuesto, una gran variedad de ISRS se han comercializado en todo el mundo. A pesar de que las personas que responden a los ISRS son escasamente diferenciables de los que responden al placebo, el sistema médico y el público continúan aceptando la teoría de la serotonina en la depresión (Antonuccio, Danton, DeNelsky, Greenberg y Gordon, 1999; Kirsch, Scoboria y Moore, 2002).

La búsqueda del desequilibrio de la serotonina, como la del desequilibrio de todos los neurotransmisores, ha implicado estudios de tejido cerebral humano, fluidos corporales y células sanguíneas. En primer lugar, es importante entender que la serotonina está químicamente distribuida por todo el cuerpo. Alrededor del 90 por ciento de la serotonina se produce *fuera* del cerebro por las células enterocromafines del tracto digestivo. Las plaquetas se unen a la serotonina dentro de los vasos sanguíneos del intestino y la transportan por todo el cuerpo para otros propósitos (Gilman, Rall, Nies y Taylor, 1990). La segunda propiedad importante de la serotonina -como en todas las aminas biogénicas- es su tamaño. Es una molécula relativamente grande, la serotonina que atraviesa los vasos sanguíneos es demasiado grande para penetrar en la barrera hematoencefálica. Esta es la razón por la que no se puede dar serotonina oralmente ni de forma intravenosa para suplir los “bajos niveles” en el cerebro; y es también la razón por la que los niveles de serotonina en sangre no se pueden usar como barómetro de la serotonina en el cerebro.

Aún así, en los ochenta los investigadores propusieron las plaquetas como modelos del funcionamiento cerebral, basándose en la hipótesis de que las células receptoras de la sangre podrían representar las propiedades receptoras de las neuronas. Sin embargo, en 1990, la Organización Mundial de la Salud rechazó la validez de esta aproximación denegando el uso de los ensayos de unión plaquetaria como marcadores de depresión (Nathan et al., 1995).

Reconociendo estas limitaciones, algunos investigadores han tratado de cuantificar el nivel de neurotransmisores dentro del cerebro. Por razones principalmente tecnológicas, el muestreo de estos productos químicos directamente en seres humanos no ha sido viable. Ciertamente, con más de un billón de células, cada una extendiéndose a miles de conexiones, y con actividad neurotransmisora cada milisegundo, no hay razón para creer que esta medida directa sea ni posible ni significativa. A pesar de que los investigadores han usado modelos animales, no existe ningún consenso sobre la presencia de anomalías químicas en los cerebros animales, a menos que o hasta que sustancias externas (como la reserpina o la imipramina) las hayan provocado.

Los siguientes treinta años de fracasos tratando de establecer la existencia de un *desequilibrio* neuroquímico, los investigadores cambiaron su atención de los *niveles* de bioaminas a un concepto más global de afectación de la *regulación* y neurotransmisión de las bioaminas. El énfasis ha cambiado a las propiedades del receptor de la neurona (número y sensibilidad), las cuales se supone que interrumpen el funcionamiento de las células postsinápticas. La evidencia presentada en análisis postmortem de tejido cerebral y con técnicas de neuroimagen cerebral en cerebros vivos, han probado una alta variabilidad, sin resultar descubrimientos consistentes que apoyen las teorías de

densidad anormal de receptores (Hales, Yudofsky y Talbott, 1999; Healy, 1997; Fogel, Schiffer y Rao, 1996).

En defensa de la psiquiatría biológica, a pesar de la tantas veces oída historia del desequilibrio bioquímico, la teoría ha avanzado hasta el punto de no atribuir ya la enfermedad mental a déficits o excesos de ningún químico. Se está construyendo un consenso que apoya la enfermedad mental como el resultado de la homeostasis alterada en el tejido de la glía. Dado el hecho de que el cerebro humano está compuesto por más de doscientas sustancias químicas, cien billones de neuronas, y miles de conexiones entre cada una de ellas, uno debería preguntarse si un modelo biológico que atribuye la patología a todas las sustancias químicas incumbe en lo más mínimo a alguna teoría particular.

Como resumen

Antes de que pueda haber una teoría neuroquímica de la patología mental, debería haber una teoría neuroquímica de la salud mental. Las ciencias médicas ya han explicado los mecanismos homeostáticos a través de los cuales el cerebro regula los procesos químicos y receptores. Sin una comprensión básica de cómo el cerebro *controla* estas funciones, continúa siendo inútil discutir los sustratos químicos de la angustia mental, así como los fundamentos de los tratamientos que se supone que los corrigen. Quizás no *existe* evidencia del desequilibrio bioquímico porque no puede *haber* ninguna evidencia. Quizás el comportamiento humano no pueda definirse o determinarse únicamente en términos físicos, sin consideraciones relacionales ni contextuales.

Mientras que la investigación ha perseguido con fervor aunque sin resultados el huidizo marcador biológico que desentrañe los misterios de la enfermedad mental, ha aparecido alguna información sobre las consecuencias neurológicas a largo plazo de los fármacos psicotrópicos -incluso enfrentando la evidencia de que estas medicaciones comúnmente inducen cambios en el funcionamiento de los receptores que podrían agravar tanto la severidad como la cronicidad de los síntomas relacionados con la salud mental. De hecho, como el neurocientífico Elliot Valenstein (1998) apunta en su libro *Blaming the Brain*, los argumentos que respaldan los desequilibrios bioquímicos no solo son poco convincentes, sino que también ignoran la posibilidad de que los fármacos psicotrópicos crean, no curan, problemas bioquímicos debido a la plasticidad del cerebro y a su rápida adaptación a los fármacos.

Sin embargo, nos han dejado con las palabras de sabiduría de nuestro querido chico de Zoloft. A pesar de la escasez de evidencia, en el desarrollo de la narrativa biológica, la depresión y otros problemas humanos no son un lote de miserias formado por muchas fuerzas: una vida sedentaria, solitaria y empobrecida; la pérdida del amor, la salud o la comunidad; sentimientos de impotencia surgidos de un trabajo insatisfactorio, presiones socioeconómicas o factores culturales, niños problemáticos o una relación complicada; o ambiciones frustradas. No, es un desequilibrio bioquímico. Su solución no requiere que uno tenga un apoyo significativo de otras personas, cambie actitudes y acciones, o haga algún esfuerzo personal. Tan sólo se necesita una solución: el consumo pasivo de una píldora mágica.

Desmitificando las píldoras mágicas

La idea de que los fármacos no son una herramienta terapéutica entre otras muchas, sino panaceas universales, tiene un gran atractivo para los profesionales de la salud mental y el público por igual. Muchos terapeutas parecen haber abrazado la publicidad de las compañías farmacéuticas y aceptado su estatus de segunda clase, asumiendo que la primacía de las farmacéuticas no está basada en una muy buena campaña de marketing, sino en buena ciencia. Se han vuelto acólitos, trabajando juntos tras el altar en el que se expone la píldora mágica. Por ejemplo, la Asociación Americana de Psicología, sufriendo de envidia para prescribir, continúa la lucha por el derecho a recetar, reafirmada por su reciente victoria en Nuevo México. Otras organizaciones de profesionales parecen reacias a ofrecer algún contrapunto crítico ante el meteórico incremento del consumo farmacéutico.

Greenberg (2002) sugiere que resolver problemas con píldoras libera a la gente de la responsabilidad de tener que hacer mucho para superar su malestar, mientras que los separa de la necesidad de vincular emociones negativas con eventos vitales que están ocurriendo en ese momento. Simultáneamente, las píldoras ofrecen a los clínicos un tratamiento fácil de administrar y médicamente respetable que está bien respaldado por las compañías farmacéuticas y por el sector de los seguros ávido de enfoques que requieran cada vez interacciones más breves con los clientes. Sin embargo, un examen más detenido plantea importantes interrogantes sobre el verdadero valor de las ventajas que proporcionan las soluciones médicas, y atenúa su brillo como respuestas únicas para la depresión y otros problemas emocionales. Por ejemplo, consultando los estudios científicos más recientes, Moncrieff (2001) concluyó que a pesar de su uso cada vez mayor, los antidepresivos no aportan indicios de que hayan disminuido la carga de las experiencias depresivas. Sus observaciones fueron parcialmente impulsadas por una revisión de las tasas de prevalencia de la depresión durante un período de cuarenta años (Murphy, Laird, Monson, Sobol y Leighton, 2000). Ese análisis mostraba que las tasas de depresión no habían cambiado desde la década de los cincuenta. En opinión de Moncrieff, los antidepresivos están sobrevalorados. Ella no es la única en llegar a esta conclusión.

Otros autores han determinado que la diferencia entre los resultados de los antidepresivos y de las pastillas químicamente inertes llamadas placebos, es mucho menor de lo que se ha hecho creer al público (por ej., Antonuccio et al., 1999; Greenberg y Fisher, 1989, 1997; Kirsh y Sapirstein, 1998). Por ejemplo, Greenberg y Fisher (1997) citan una serie de revisiones que muestran que los resultados de los antidepresivos superan a los del placebo, en tan solo el 18 por ciento de los casos. De forma similar, en un estudio de 1999 de la Agencia para el Cuidado de la Salud y la Investigación²⁷, en el que se revisaban más de trescientos ensayos aleatorios del antidepresivo ISRS más nuevo, se indicaba que el fármaco superaba al placebo solamente en un 18 por ciento (Mulrow et al., 1999). Por otra parte, incluso esta relativamente modesta diferencia entre los resultados de los antidepresivos y de los placebos puede llegar a ser una sobreestimación de los beneficios atribuidos a los antidepresivos. Como hemos tratado anteriormente, la mayoría de los estudios farmacológicos favorecen al fármaco que está siendo investigado cuando el diseño del estudio incluye placebos inactivos, medidas principales calificadas por el clínico y períodos de estudio abreviados.

²⁷ NT: Agency for Health Care Policy and Research

En relación con esto, los efectos secundarios *por sí mismos* pueden predecir los resultados observados en los estudios con antidepresivos. En un estudio de revisión examinando los trece estudios hechos con Prozac disponibles en ese momento (Greenberg, Bornstein, Zborowski, Fisher y Greenberg, 1994) se encontró que los efectos secundarios correlacionaban altamente con la mejoría. Cuanto mayor era el número de efectos secundarios que experimentaban los participantes, mejores eran los resultados valorados tanto por los clientes como por los clínicos. Estos resultados sugieren que una agitación repentina de las percepciones físicas de los clientes, parecía poner en marcha su propia capacidad para la recuperación emocional. En cambio, al revelarse a través de los efectos secundarios quién estaba tomando la medicación real puede que fuesen simplemente estudios no ciegos, y permitieran a los participantes considerar una mejoría basándose en el sesgo de que un fármaco real debería producir más beneficios que una píldora falsa.

Kirsch y Sapirstein (1998) argumentaron convincentemente a favor de que los efectos secundarios y el poder del placebo pueden dar cuenta de la mayor parte de los efectos atribuidos a los antidepresivos. Su revisión meta-analítica sobre diecinueve estudios en los que participaron 2.318 personas mostraron que el 75 por ciento de la respuesta a los antidepresivos se duplicó por el placebo. Ellos especulaban que incluso el 25 por ciento restante del efecto antidepresivo positivo podría llegar a ser atribuible al efecto no ciego de los efectos secundarios. La revisión se hizo eco de una observación hecha por otros (Greenberg y Fisher, 1997; Moncrieff, Wessely y Hardy, 1998), específicamente, que usando placebos *activos* (aquellos que imitan los efectos secundarios de los fármacos reales) los estudios podrían demostrar que la ventaja de los antidepresivos es bastante pequeña o incluso inexistente. El artículo de Kirsch y Sapirstein (1998) creó un aluvión de respuestas emocionales, críticas y apoyos por igual, acentuado por aparecer durante la época en que la psicología presionaba por los privilegios para recetar (Beutler, 1997). Además, la credibilidad de estos científicos prominentes plantó la semilla de la duda en muchos escépticos de las revisiones anteriores.

La controversia sobre los beneficios de los antidepresivos se intensificó aún más cuando Kirsch, Moore, Scoboria y Nicholls (2002) respondieron a alguno de sus críticos con un artículo llamado "The Emperor's New Drugs."²⁸ Este artículo analizaba los datos de eficacia presentados a la U.S. Food and Drug Administration (FDA) para los seis antidepresivos aprobados más ampliamente prescritos entre 1987 y 1999. Una vez más, los resultados fueron provocadores. Aproximadamente el 80 por ciento de la respuesta a la medicación fue reproducida por los grupos de control que tomaron placebo. Además, ¡las diferencias fármaco-placebo eran inferiores a *dos puntos* en la medida evaluada por el médico! La memoria de la FDA daba a entender que la significación clínica de una diferencia tan pequeña era cuestionable.

Como en el artículo anterior, una serie de comentarios debatió la importancia de los resultados. Sin embargo, esta vez Kirsch et al. (2002) respondieron que fueron animados a ver que ahora había un acuerdo unánime entre los comentaristas respecto a que la diferencia significativa entre la respuesta a los antidepresivos y los placebos es muy pequeña, tan pequeña que la mayoría de los estudios sobre fármacos financiados por la industria farmacéutica (57 por ciento) fracasaron al demostrar la diferencia fármaco-placebo. Un grupo de comentaristas (Hollon, DeRubeis, Shelton y Weiss,

²⁸ NT: Las Nuevas Drogas del Emperador

2002) señalaron que hasta hace poco, la pequeña diferencia en la respuesta entre el fármaco y el placebo había sido un “pequeño secreto sucio” conocido únicamente por los investigadores que dirigían ensayos clínicos, los revisores de la FDA, y un pequeño grupo de críticos que inspeccionaron los datos publicados.

Los principales puntos de debate sobre el artículo de Kirsch et al. (2002) se centraban en torno a si incluso las pequeñas diferencias encontradas podrían reflejar la utilidad de los medicamentos para alguna minoría de personas, si los clientes con depresiones más severas responderían mejor que aquellos con depresiones menos graves y si diversos problemas de diseño podrían ser responsables de los preocupantes resultados. Kirsch y sus colegas abordaron cada uno de estos temas, descartaron la mayoría por ser inconsistentes con los datos y decidieron que, en general, sus resultados todavía ponían en duda el poder de la píldora. Reconocieron que quedaban por abordar otras cuestiones, pero sugirieron que dada la existencia de otros potentes tratamientos no farmacológicos para la depresión, los antidepresivos, debido a sus efectos secundarios, deberían ser considerados como el último recurso para ofrecer solamente a aquellos que rehusaran o los que no respondiesen a otras terapias.

Fármacos versus terapia: ¿Son dos tratamientos mejor que uno?

Dadas las minúsculas diferencias de resultado entre placebo y antidepresivo, los terapeutas no tienen que subestimar nunca la psicoterapia ni arrodillarse ante el tratamiento farmacológico, especialmente cuando tenemos en cuenta el seguimiento a largo plazo. Shea et al. (1992) dirigieron un estudio de seguimiento a dieciocho meses con los clientes del proyecto original NIMH en distintas localidades de 1989, e informaron que la psicoterapia superaba a la medicación y al placebo en casi todas las medidas de resultado. Más clientes de terapia que de fármacos se recuperaron de un episodio depresivo mayor sin una recaída, mientras que aquellos que recibieron antidepresivos buscaron tratamiento más a menudo durante el período de seguimiento, mostraron una mayor probabilidad de recaída, y experimentaron pocas semanas con síntomas mínimos o sin ellos que cualquiera de los otros dos grupos, el grupo de terapia o el grupo de placebo.

Pero, ¿no sería el mejor de todos los mundos uno en el que se *combinasen* los fármacos con la psicoterapia en una especie de tratamiento de doble efecto? La idea de que los dos juntos deberían ser mejores que cada uno por separado para hacer frente a los problemas de salud mental, se ha convertido en la nueva ortodoxia. De hecho, esta solución de compromiso aparentemente sensata realmente promueve el uso de medicación, sugiriendo implícitamente que sería útil tomarla prácticamente a cualquiera que acuda a terapia. E incluso hay alguna evidencia que apoya el enfoque de “dos mejor que uno”. Por ejemplo, Greenberg y Fisher (1989) encontraron once ensayos centrados en la cuestión de si combinando fármacos con psicoterapia se producen mayores beneficios. En nueve de los ensayos no se obtuvieron beneficios añadidos. Uno de los dos ensayos que sugiere que la combinación podría tener algunas ventajas apuntó que los fármacos y la psicoterapia tenían su efecto en diferentes aspectos del cuadro clínico. Los efectos de los fármacos influyeron principalmente en el sueño y en el apetito, mientras que los efectos de la psicoterapia fueron más amplios, afectando al humor, la apatía, el trabajo, la ideación suicida y los intereses. Otro importante artículo (Robinson, Berman y Neimeyer, 1990) presentó un meta-análisis de quince estudios comparando psicoterapia, antidepresivos y la combinación de ambos. Los resultados revelaron que la

combinación de los dos no era más eficaz que cualquiera de los dos tratamientos por separado. Otra revisión de diecisiete artículos de investigación concluyó que combinando fármacos con psicoterapia, lo más común era no encontrar ventajas con respecto a la administración de cualquiera de los dos tratamientos por separado (Conte, Plutchik, Wild y Karasu, 1986).

Un completo estudio de Keller et al. (2000) proporciona un contraste con el hallazgo de la escasa ventaja de los tratamientos combinados. En este trabajo en distintos centros se comparan los resultados de 691 personas con depresión crónica, asignadas aleatoriamente para recibir tratamiento antidepresivo, terapia cognitivo conductual, o la combinación de ambas. Tras doce semanas, alrededor de las tres cuartas partes de las personas que recibieron el tratamiento combinado mostraron una respuesta positiva, comparados con aproximadamente la mitad de los participantes en cada uno de los tratamientos individuales. Los autores señalaron que los resultados demostraban que la combinación de tratamientos era más eficaz que cualquier tratamiento individual para clientes con formas crónicas de depresión. Las críticas al estudio plantearon cuestiones sobre la ausencia de un grupo control con placebo y respecto al uso de una sola medida de resultado valorada por el clínico (la Escala Hamilton de Evaluación de la Depresión). Finalmente, los investigadores no sabían en el momento de la publicación si la diferencia en los resultados del tratamiento todavía se manifestarían en un momento de seguimiento más allá de las doce semanas de estudio. No obstante, este proyecto tal vez se presenta como un indicio de que bajo determinadas circunstancias, en ciertos tipos de condiciones crónicas, la combinación de tratamientos puede ofrecer ciertas ventajas, al menos a corto plazo.

Un punto de vista similar surge de un proyecto llevado a cabo por Thase et al. (1997) en Pittsburgh. Ellos usaron un “mega-análisis” para examinar los resultados de 595 personas adscritas a seis protocolos de tratamiento llevados a cabo durante un período de diez años. Los investigadores estaban buscando correlaciones de la respuesta al tratamiento para la depresión. Los clientes habían sido tratados durante dieciséis semanas con psicoterapia o con la combinación de psicoterapia interpersonal y antidepresivos. Los investigadores reconocieron que la mayoría de los estudios no habían podido encontrar diferencias significativas entre terapias únicas y regímenes combinados de tratamiento. De hecho, este estudio también mostró que la mayoría de las personas con niveles moderados o bajos de depresión no consiguieron nada por añadir los medicamentos a la psicoterapia que estaban recibiendo. Sin embargo, encontraron que la combinación ofrecía ventajas para una minoría de personas que sufrían depresiones severas y recurrentes.

Para resumir, la evidencia científica indica que para la mayoría de los casos de depresión, los tratamientos combinados no proporcionan beneficios añadidos y podría someter innecesariamente a los clientes a efectos secundarios desagradables y costes adicionales. En otras palabras, los clínicos deberían considerar la psicoterapia en primer lugar. Al mismo tiempo, los estudios hacen algunas sugerencias sobre una minoría de clientes -aquellos con episodios de depresión crónicos, recurrentes y severos- que podrían obtener algunos beneficios de los tratamientos combinados. Sin embargo, en este momento no se sabe si los beneficios observados en los estudios de investigación son duraderos o si se pueden trasladar a las experiencias reales de las personas que no forman parte de los estudios de investigación controlados. También es posible que los mejores resultados se puedan derivar únicamente de los efectos de las píldoras en el

sueño y la alimentación de los participantes. Una interpretación más pesimista de los beneficios limitados de los tratamientos combinados es que son ilusorios y basados en los sesgos de los evaluadores de resultados, que no están protegidos de saber qué clientes están recibiendo qué clase de tratamiento.

Aunque nos hemos centrado en los antidepresivos por su prevalencia, sobre otros fármacos se pueden plantear argumentos similares; una inspección más detallada revela el problema del doble ciego, el sesgo de las medidas evaluadas por los clínicos, y las medidas de resultados a corto plazo. Esto no quiere decir que los fármacos no sean útiles en ocasiones, pero tampoco que tengan que ser adorados como el único dios verdadero del cambio.

¿A DÓNDE NOS LLEVA ESTO?

Cuando el dinero habla, la verdad guarda silencio

Proverbio ruso

Con toda esa generosidad y publicidad cayendo benevolentemente sobre ellos, ¿hay alguna duda de que las personas se fijen hipnóticamente en el alboroto de una “revolución” farmacéutica e ignoren la letra pequeña de las implicaciones más negativas de los estudios con fármacos? ¿Hay alguna duda de que los profesionales de la salud mental, que no tienen tiempo de filtrar a través del doble lenguaje (por ejemplo los estudios de Emslie et al y el MTA: el hecho de que el Prozac solo superase al placebo en unas cuantas medidas evaluadas por los clínicos; la presentación de prestidigitación de la mano de la integridad del doble ciego; o la interesante opción de diseño de retirar la terapia conductual mucho antes de la medición final en el MTA) llegan a ser seducidos por la creencia de que privilegiar a los fármacos es un hecho científico?

Ser de gatillo fácil al traer la medicación a la discusión es estar automáticamente bajo la influencia de la mala ciencia y de un gran marketing. Cuando los clientes están atascados o desesperados, la medicación es una solución fácil de improvisar; como los platos precocinados, eliminan el trabajo y la ansiedad de “¿Qué voy a cenar?” Lo que se requiere es un cambio, o más bien una reconexión con lo que los terapeutas saben y sobre lo que han experimentado una y otra vez, tanto con los clientes como consigo mismos: que la mayoría de las personas pueden y desarrollarán soluciones hasta para el dilema más descorazonador dándoles apoyo y ánimo, que los estímulos de la salud tienen muchos caminos y en ocasiones toman rutas poco convencionales, y que el cambio ocurrirá y ocurre de forma natural y universal. La esencia es la fe en el cambio y en la tendencia humana a encontrar un camino incluso en medio de la oscuridad.

Privilegiamos esta postura como una forma de nivelar el campo de juego, para competir con la poderosa y bulliciosa ideología médica, promovida por los especuladores y defendida por facciones dentro de nuestras propias profesiones. Cuando somos capaces de aferrar estas creencias en nuestros corazones, alentados por evidencias personales, anecdóticas o empíricas, nosotros y nuestros clientes podemos oír, alto y claro, otras posibilidades en tiempos de crisis, donde antes había tan sólo el canto seductor de la medicación.

Habiendo dicho esto, nunca podríamos interponernos en el camino de un cliente que esté considerando la medicación si considerase que sus problemas son de origen biológico y pensase que los medicamentos puedan serle útiles. Corresponde a los terapeutas privilegiar los deseos de los clientes en la conversación terapéutica, incluyendo el hilo de sus pensamientos, su generación de ideas y su conversación. Cuando los clientes ponen el tema de la medicación sobre la mesa los terapeutas, naturalmente, pueden ayudarlos a explorarlo como una opción. Cuando los clientes creen que la medicación les ayudará, se sienten más esperanzados ante la posibilidad de probar la medicación y ocupan el asiento del conductor en la toma de una decisión bien informada (incluyendo la información sobre los efectos secundarios, la duración del tratamiento y las posibilidades de recaída), entonces la medicación puede ser beneficiosa. Para seguir la guía del cliente hay que maximizar su participación, fortalecer el vínculo terapéutico y mejorar los resultados terapéuticos.

La única excepción a esto sería el caso de los niños. Dado que los fármacos son esencialmente impuestos a los niños sin su consentimiento y que la eficacia y la seguridad de la mayoría de los fármacos todavía no está establecida, consideramos la prescripción de fármacos a niños, obviamente, como el último recurso, y en muchos casos poco ético, hasta que se hayan discutido otras opciones.

Cualquiera que sea el enfoque que evolucione de la síntesis de ideas a partir de la dinámica de cada momento, la medida de su utilidad es la visión del cliente. Debemos saber cuándo el enfoque es la medicación o uno de los cuatrocientos métodos y técnicas de terapia. La terapia debe tener un componente evaluativo que incorpore la ayuda del cliente para determinar la idoneidad de cualquier enfoque, una colaboración que implique la postura del cliente en cada punto y decisión.

En un país que ha llegado a esperar e incluso a exigir milagros de las compañías farmacéuticas, no es de extrañar que los problemas crónicos de la terapia farmacológica y que los excesos del mercado hayan sido en gran parte ignorados. Esperamos contra toda esperanza que alguna píldora, alguna solución simple e indolora, sea la cura para todos nuestros problemas emocionales y familiares. Finalmente darnos cuenta de que la terapia psiquiátrica farmacológica es una industria con afán de lucro construida sobre una ciencia endeble, puede ser la amarga medicina que hemos necesitado. A pesar de que pueda ser difícil de tragar, es hora de que los terapeutas conozcan los datos, revitalicen su fe en la terapia, y ofrezcan a los clientes opciones reales para abordar sus preocupaciones.

CAPÍTULO 7

PLANETA SALUD MENTAL

Investigar lo desconocido es atrevido, pero lo es aun más cuestionar lo conocido

—Kaspar

Pregúntale a un pez, “¿Cómo es el agua?” y el pez dirá, “¿qué agua?” Pídele a psicoterapeutas, terapeutas familiares, psicólogos, psiquiatras y a la gente que usa sus servicios que retrocedan y analicen la “salud mental” y probablemente obtengas un silencio desconcertado. “Salud mental” es un término que se ha convertido en algo tan común, tan de todos los días, que sale de la boca o de las páginas sin pensar. Literalmente no podemos distinguir los objetivos, las teorías, el poder y los fundamentos económicos de la “salud mental” que nos rodean todos los días. Consideremos como la “salud mental” penetra en nuestra vida diaria. Hay títulos en salud mental; libros sobre la salud mental (y su corolario, la enfermedad mental); páginas web de salud mental, conferencias, folletos, bases de datos, proyectos, programas y facturas del Congreso. Nuestra salud mental es discutida, medida, nombrada, tratada, evaluada, esquematizada, y monitorizada. La salud mental se da tan por sentado como un pastel de manzana; ¡Cómo se atreve uno a preguntar qué es o qué significa! Firmemente arraigada en nuestros pensamientos y costumbres, la “salud mental” ofrece pocas oportunidades de comparar y contrastar otras vías de pensamientos o acciones; es invisible, indiscutida e incuestionable.

En este capítulo invitamos al lector a leer con ojo crítico y a cuestionar lo incuestionable. A través de la mirada de un alienígena sobre las conferencias y los textos que garantizan la dominancia de la “salud mental”, el lector puede examinar ideas que se dan por sentado y decidir su rumbo preferido. Dando un paso atrás, vemos a la “salud mental” esclarecerse como un objeto que se cuestiona en vez de una institución sagrada, una elección en vez de algo que se da por hecho. Poniéndolo en mayúsculas como Salud Mental, como haremos en este capítulo, se remarca como una representación de caminos seguros de pensar y actuar. Al mismo tiempo, se denota el protagonismo de esos pensamientos y conductas en nuestra vida cotidiana. Salud Mental hace que el ojo se detenga en la página y estimula la mente a investigar y preguntar. De manera similar, si nos consideramos a nosotros mismos como habitantes del Planeta Salud Mental, apreciaremos lo mucho que la Salud Mental penetra en nuestra vida profesional y personal. Podemos entonces comenzar a preguntarnos si otros planetas podrían ofrecer entornos más agradables, o si podríamos transformar el Planeta Salud Mental y cómo.

La Neurología de la Salud Mental

La Salud Mental es un discurso, un grupo de creencias sobre la naturaleza de quiénes somos y cómo vivimos en nuestro mundo. El discurso de la Salud Mental habla de temas tan fundamentales como qué es la mente humana, cómo debería funcionar, qué es la salud de la mente, cómo es posible que “enferme”, quién podría ayudarla a ponerse bien y cómo (Gergen y Kaye, 1992). La palabra *mental*, por supuesto, se refiere a la mente y *salud* a la ausencia de enfermedad o discapacidad. Con su énfasis en la enfermedad, la Salud Mental adopta una perspectiva científica, médica. Como con la

ciencia, la historia y el desarrollo de la Salud Mental a menudo se da por sentado; “simplemente es.” Sin embargo, desde una perspectiva crítica, vemos la Salud Mental como el producto de un lugar, un tiempo y una forma de pensamiento particulares; tiene una historia, tiene autores con prejuicios específicos y sirve a ciertas necesidades sociales y políticas.

Nuestra época, como tratamos en capítulos anteriores, privilegia la perspectiva biológica sobre la social y psicológica. La “Década del Cerebro” continúa en el siglo XXI, participando en la “medicalización del dolor humano y el sufrimiento emocional donde los genes y neurotransmisores son el foco de.....interés” (Sluzki, 1998, p. 417). En una curiosa combinación mente-cuerpo, las emociones humanas son consideradas como el producto de la cantidad y el flujo de neurotransmisores. Imágenes en resonancias magnéticas de cerebros nublados antes y después proclaman la demolición final de las fronteras entre lo mental y lo físico. A pesar de su apariencia holística, la parte biológica del malestar emocional ha conducido a una conclusión ilógica: la de que solo hay una manera de intervenir. Las intervenciones médicas son consideradas la “mejor práctica” para un montón de problemas psicológicos y conductuales; la palabra y la intervención social se toman como roles complementarios, auxiliares, a menudo prescindibles.

El fundamentalismo biológico requiere un modelo médico y un guión médico, incluyendo la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de las personas enfermas o discapacitadas por parte de expertos clínicos. Un número de supuestos apoyan este guión:

- El malestar psicológico indica un problema con el individuo, incluso si responde a un trauma o estrés social.
- El malestar psicológico debe ser científicamente identificado y categorizado para ser entendido y tratado.
- Las personas que experimentan malestar son disfuncionales y deben ponerse en manos de expertos.
- La perspectiva y el conocimiento del cliente sobre su problema es cuestionable.
- Los recursos de la persona enferma son útiles en la medida en que apoyan las órdenes del doctor.

Invisibles e incuestionados, estos supuestos exageran la autoridad médica y desprecian la experiencia “local”: la sabiduría, la fuerza, la resiliencia y las capacidades naturales del cliente para curarse.

Un guión médico y sus suposiciones subyacentes no son siempre benignas en sus implicaciones. Las diversas prácticas que siguen este guión a menudo afectan a los derechos básicos de los consumidores y socavan su participación para recuperarse de los problemas. Por ejemplo, en el nombre de la Salud Mental, históricamente se han llevado a cabo los métodos más extremos de control (terapia electroconvulsiva, lobotomía, restricción física y aislamiento social). En el nombre de la Salud Mental, se les prohibió a personas con orientaciones sexuales diferentes seguir una carrera, conseguir una vivienda o crear una familia. La Salud Mental ha empujado con benevolencia hacia el

Valium, el Xanax y otras medicaciones los discursos y acciones de las mujeres, el dolor de una relación abusiva y las condiciones sociales intolerables; su silencio y adicción bajo la influencia de los fármacos han reforzado las creencias en su propia patología. En el nombre de la Salud Mental, un número record de niños son medicados por tener distintos estilos de aprendizaje, presuntos temperamentos hiperactivos o malos comportamientos. En el nombre de la Salud Mental, ciudadanos ancianos languidecen, sin vida, sin diversión, de pastilla en pastilla.

Los guiones de la Salud Mental y sus supuestos dominan el trabajo diario de la psicoterapia. En la mayoría de los contextos psicoterapéuticos, prosperan las relaciones médico-paciente en las que el poderoso asiste al desvalido. Este tipo de relaciones reducen necesariamente las contribuciones del cliente al cambio. La venta de la psicoterapia a un modelo médico tiene el completo respaldo de una industria poderosa. Las farmacéuticas blanden sus dólares y su poder publicitario para fortalecer el movimiento de la Salud Mental hacia la biología. El círculo se completa cuando estudios financiados por los medicamentos elaboran supuestas evidencias sobre la necesidad del Prozac. El brazo fuerte de la Salud Mental manda, con sus conocimientos especiales, su dinero especial y sus clínicos especializados.

Nadando en la Patología

Seguramente semejante imagen de control es ficción, como en la novela de Ken Kesey *Alguien voló sobre el nido del cuco*. Tal vez haya situaciones aisladas o instituciones aisladas, donde la Salud Mental adopte una forma radical, represiva. ¿Debería un padre, por ejemplo, estar realmente preocupado por tener a una hija en la clínica local de salud mental porque sus notas están fallando? ¿O debería alguien dudar si contarle al doctor sobre los períodos de depresión? ¿Deberían los clínicos poner bajo sospecha años de entrenamiento en diagnóstico y evaluación o cuestionarse sus propios deseos de ayudar y los de sus colegas?

Revelar y mirar de manera crítica los supuestos de la Salud Mental no rebaja la utilidad de la psicoterapia ni la de la mayoría de los terapeutas. La terapia tiene éxito porque los clientes traen la motivación y los recursos, combinados con el deseo natural de los terapeutas de apoyar esto, a pesar de las presiones para hacer lo contrario. Muchos clínicos soportan los requisitos obligatorios de la agencia para poder empezar a escuchar a sus clientes y lo que realmente quieren. Estos terapeutas armonizan instintivamente su discurso y su terapia de manera que encaje y cree un lenguaje, energía e ideas de solución propios del cliente. Y muchos clínicos se arrastran y hojean el DSM para encontrar el diagnóstico menos estigmatizante para poner en los papeles del seguro. Donde el negocio de la Salud Mental prevalece como siempre, los clientes todavía se las arreglan para girar la terapia a su favor. Algunos podrían decir que los clientes son maestros en conseguir lo que necesitan, incluso en las circunstancias menos favorables.

A pesar de estos triunfos, los y las terapeutas y clientes enfrentan dificultades enormes. La participación del cliente puede sonar buena en la teoría, pero la charla del día a día y la actividad de la mayoría de los ambientes de la Salud Mental revelan unas creencias fuertemente enraizadas sobre la incompetencia del cliente. Por ejemplo, las pruebas, los diagnósticos y las prescripciones de experto refuerzan la incapacidad del cliente, mientras que el lenguaje profesional y los protocolos de trabajo refuerzan el poder del terapeuta. Los terapeutas a menudo trabajan creyendo en la fuerza de los clientes y

construyendo sobre ésta tan solo como un plus adicional de lo que ellos consideran el trabajo real de verdad, los problemas subyacentes.

En este entorno los esfuerzos de los terapeutas por resaltar las ideas e iniciativas de los clientes (por ej, en reuniones de supervisión o discusión de casos) toman una cualidad subversiva, pequeños actos de insurrección en el clima profesional de la Salud Mental. Los terapeutas dirigidos por el cliente pueden encontrarse a sí mismos ejerciendo dentro del armario o tal vez cuestionando sus instintos más fuertes. Al mismo tiempo, los clientes aprenden a dudar de sus recursos más valiosos. En vez de esto, pueden aprender una identidad “enferma”, cada vez más sujeta a la puerta giratoria de la discapacidad. El Planeta Salud Mental encierra a clínicos y clientes por igual dentro de una inescrutable realidad que define lo que está mal en las personas y cómo pueden ser ayudadas. Simplemente es así.

A pesar del reconocimiento de muchos de que algo está mal, de que hay una manera mejor, normalmente el negocio prevalece. Buscamos elevar el umbral de conciencia de los clínicos y consumidores exponiendo cómo el lenguaje del día a día, incluyendo notas de casos, charlas de supervisión de casos, descripciones de casos en libros y talleres, y la vasta gama de textos auxiliares (Internet, TV, panfletos, etc.) perpetúa el discurso de la Salud Mental. Sin embargo, el aspecto más subversivo de la perspectiva dirigida por el cliente es su insistencia en privilegiar el conocimiento local de las personas que buscan asistencia -sus metas, sus puntos fuertes y sus motivaciones- en la práctica real.

A continuación se ilustra un ejemplo real de cómo el lenguaje típico de un terapeuta revela sus raíces en un discurso estándar de Salud Mental. Una mirada crítica a este ejemplo desafía el pensamiento en Salud Mental y sus implicaciones, ofreciendo un argumento contrario y alternativas para la práctica.

JAN Y MARK SE ENCUENTRAN CON LA SALUD MENTAL

Una palabra lleva lejos -muy lejos- la destrucción de acuerdos a través del tiempo así como las balas van volando a través del espacio

—Joseph Conrad, Lord Jim

Recientemente, hemos aportado un capítulo en un libro recopilatorio sobre la comparativa de tratamientos de parejas (Duncan, Sparks y Miller, 2000). Este libro presenta cómo los diferentes modelos conciben y tratan un solo caso de una pareja que busca consejo matrimonial (Dattilio y Bevilacqua, 2000). Los editores dieron a los autores invitados un compendio de dieciséis páginas sobre los conflictos a explorar, así como cualquier cosa sobre la pareja que alguien quisiera saber, y pidieron a los autores que lo comentasen.

Aplaudimos los esfuerzos de los editores por resaltar las diversas maneras de cortar la tarta de la terapia: una pareja que busca terapia se encontrará con diferentes experiencias dependiendo de a quien elijan de las páginas amarillas. Sin embargo, escribiendo el capítulo se presentó un dilema considerable: ¿cómo podríamos expresar en qué consiste una terapia dirigida por el cliente y guiada por los resultados si

seguimos las categorías e instrucciones preprogramadas dadas por los editores? Si nos conformásemos con escribir sobre nuestro modelo, modo de evaluación, intervenciones preferidas, momentos para la terapia y estrategias de terminación, entonces estaríamos de acuerdo en que esas categorías son esenciales para cualquier terapia. Es más, si dirigiésemos estas categorías hacia la información provista en el “Caso de Estudio” (incluyendo “Historia Psiquiátrica”, “Historia médica”, “Historia social de Mark”, “Historia Social de Jan”, “Historia de Abusos de Sustancias”, “Abuso Infantil”, “Historia Criminal”, “Problema Presentado”, “Historia del Problema Presentado” y “Cronología de Eventos Vitales Críticos”) entonces habríamos aceptado de nuevo, a priori, los supuestos que reflejan estas categorías. Nuestra explicación de la terapia estaría entonces predestinada a encontrarse con los requisitos de la Salud Mental.

Esto es lo mucho, si no todo, lo que la terapia es moldeada, bien sea por escrito o en la vida real. Las categorías, áreas de exploración, método y ámbito de la terapia están predefinidas por ideas básicas sobre la terapia y sobre el rol del terapeuta. En las dieciséis páginas de “información” que nos enviaron, ni siquiera había información real para describir una terapia dirigida por el cliente y guiada por los resultados, no había información de los clientes reales en una situación real de terapia, sus voces y descripciones de su problema, sus metas ni sus ideas sobre el cambio. Nos faltaba el corazón y el alma de la terapia, el encuentro momento a momento entre el terapeuta y el cliente, el fluir de ideas y comentarios hacia delante y hacia atrás, que en cada turno de la conversación toma su dirección partiendo de la elección del cliente de los contenidos y metas. En esencia, la información que habíamos recibido estaba en un lenguaje clínico tan incorpóreo, tan parecido a las notas de casos tradicionales, evaluaciones, descripciones “biopsicosociales” de casos en revistas y libros: palabras sin vida en páginas sin vida.

La escritura, por supuesto, limita la comunicación. Sin embargo, existen maneras de suavizar las limitaciones de la escritura y mantenerse fiel a la voz del cliente en las descripciones de casos. Los terapeutas pueden incluir transcripciones del caso o descripciones reales de los clientes. Más importante, los terapeutas pueden asegurarse de que escriben desde la perspectiva del cliente.

Dado que no tuvimos un acceso real a Jan y Mark ni ninguna oportunidad de averiguar sus perspectivas, tuvimos que improvisar. Decidimos describir cómo ser dirigido por el cliente no siguiendo las categorías o el material del caso tal y como nos lo dieron, sino inventando las piezas que faltan, las voces de los clientes. Para hacer esto, nos inventamos la terapia de Jan y Mark, como si estuviera ocurriendo en el presente. De esta manera fuimos capaces de describir una terapia imaginaria que se desarrolló según cada paso del proceso de terapia y no según un modelo de terapia preconcebido. Nuestro capítulo se convirtió más en un video en el cual el lector podía oír y ver a Jan y Mark y saber cómo responde el terapeuta a su punto de vista sobre el problema y a sus respuestas.

La siguiente comparación de los fragmentos de la información de los editores con nuestra explicación de la terapia de Jan y Mark, recalcan los supuestos que subyacen a cada uno. Esto proporciona a los lectores la oportunidad de experimentar una alternativa a la visión privilegiada de la Salud Mental.

Pregunta: ¿Cuál es su modelo de tratamiento?

Pidiéndonos que definamos un modelo ya se sitúa al interrogador en un modelo médico tradicional. En la psicoterapia moderna el modelo manda. Los modelos son las bases para definir competencias, conocimientos especializados y prácticas especializadas. ¿De qué tratarían los programas de entrenamiento en clínica si no fueran para familiarizar a los estudiantes con un surtido de modelos y después ayudarles a desarrollar sus competencias en el enfoque preferido? El conocimiento del modelo separa “a los hombres de los niños”, los para- de los pro-, al experto del psicólogo de pacotilla. El modelo médico, debido a su afiliación con la ciencia, representa el modelo de modelos. Hasta el punto en que el modelo psicoterapéutico imita la medicina, asume un aura de credibilidad no disponible con enfoques alternativos.

El *Merriam-Webster's Collegiate Dictionary* (1993, p. 425) define *modelo* como “1. Un estándar o ejemplo para imitación o comparación” y “2. Una representación, normalmente en miniatura.” Un modelo de terapia es una representación (en la cabeza de alguien o en papel en un libro) de cómo debería transcurrir la terapia: un marco preconcebido para la terapia. Los modelos brotan de muchas fuentes, incluyendo teorías, investigaciones, preferencias personales, o simplemente de lo que está de moda. Lo importante es pensar que un modelo es sólo eso: un marco de trabajo. Entendiendo cómo los modelos se ponen de moda y el papel que realmente juegan en la terapia nos ayuda a poner en perspectiva su importancia y su validez.

Como dijimos anteriormente, los modelos y sus técnicas explican una modesta proporción de los resultados de la terapia. Sin embargo, los modelos tienen su lugar, si solo se quedasen en eso. Las investigaciones indican que los clientes prefieren trabajar con terapeutas que proporcionen una estructura y cierta dirección a la sesión de terapia (Mohl, 1995). Los modelos pueden hacer esto. En la medida en que los modelos impulsan la terapia o dan un sentido del orden, pueden ser útiles. Sin embargo, desde la perspectiva guiada por los resultados, hay varios problemas con los modelos y su adoración.

Los modelos pueden enfrentarse a las trampas de la verdad; sus partidarios condenan a los oponentes como herejes y a la manera de trabajar del campeón favorito como más progresista y fundamentada que otras. El estatus de verdad que los modelos consiguen contradice sus orígenes como construcciones, necesariamente sometidas al capricho de las costumbres políticas o culturales de su tiempo y lugar. Además, los modelos simplemente no se están volviendo mejores en señalar la manera de tener éxito ante un problema dado. A pesar del bombo publicitario, los índices de mejoría en, por ejemplo, abuso de sustancias, recaídas en abuso de sustancias, depresión, ansiedad u otras quejas psicológicas, permanecen sin cambios.

Más importante, la historia de amor de los terapeutas con los modelos los ciega para ver el papel que los clientes juegan en lograr un cambio. Cuando los modelos se agolpan en el pensamiento de los terapeutas en su interacción con los clientes, hay poco margen para que tome forma el modelo del cliente (sus ideas sobre su dilema y qué podría llevar a arreglarlo). Si el terapeuta moldea la contribución del cliente en la forma de un modelo favorito, el modelo del cliente se distorsiona más allá del reconocimiento. Por ejemplo, cuando el rehusar asistir a las reuniones de Alcohólicos Anónimos es etiquetado como “rechazo” o la preocupación parental como relaciones enredadas, las claves de la comunicación sobre lo que el cliente piensa, quiere o valora, no sólo quedan

sin explorar, si no que se les denigra como perjudiciales. El sagrado acto de la interpretación, hijo directo del todopoderoso modelo, anula la materia prima más valiosa de la terapia, las propias ideas del cliente y su colaboración.

La tendencia a asumir la superioridad y eficacia del modelo y la exclusión de la voz y colaboración del cliente a través de la imposición del modelo, fortalece las ideas corrientes de la experiencia clínica. Como los modelos proliferan y florecen, así también lo hacen sus lenguajes especializados, sus sistemas de categorías y sus arsenales de técnicas. La brecha del conocimiento se ensancha, y la división entre los que saben y los que no se solidifica. En la parte superior del montón están los médicos y los psiquiatras, impregnados de capas de teorías médicas y psicoanalíticas. Los psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas familiares y trabajadores de la salud mental añaden sus propios repertorios de lenguaje especializado y teorías, produciendo modelo tras modelo.

Los últimos, por supuesto, son los consumidores, aquellos que están en la oscuridad. Su lenguaje, sus ideas son pintorescas en el mejor de los casos, imitadas por amabilidad o para obtener conformidad. En el peor, las ideas del cliente son parte integrante del problema, aquellos elementos que necesitan ser erradicados o transformados en problemas que el modelo puede arreglar. Una vez que los clientes ven la luz y desisten de sus nociones erróneas de lo que está mal y de lo que es necesario, el cambio puede empezar. En conjunto, desde el punto de vista dirigido por el cliente, el modelo y los devotos del modelo son el becerro de oro, un camino falso lejos de la verdadera fuente del cambio terapéutico.

Respuesta: Los terapeutas no pueden entrar en su trabajo como pizarras en blanco. Todos nosotros tenemos ideas, teorías, tanto formales como informales, sobre las mejores maneras para que ocurra el cambio. No dejamos esas ideas en la puerta sino que las llevamos a la sesión de terapia. Si uno debe usar el término *modelo* entonces el modelo de terapia dirigida por el cliente privilegia el modelo del cliente. Cuando nos piden que detallemos nuestro modelo, elegimos describir el trabajo guiado por los resultados presentando a Jan y a Mark al lector a través de un diálogo inventado. Queremos sus voces desde el comienzo para que llamen más la atención que toda la información sobre la historia de Jan y Mark que los editores nos han dado; en cierto sentido, rechazamos educadamente revisar el caso de Jan y Mark antes de ver y escuchar su historia. Dejando categorías de modelo predeterminadas e “información” en la puerta, mostramos cómo el terapeuta protege el espacio para que los propios modelos de Jan y Mark emerjan y sean vitales en el curso de la terapia.

Pregunta: ¿Qué tipo de evaluación realiza la terapia dirigida por el cliente y guiada por los resultados para estructurar el tratamiento?

La solicitud de escribir sobre cómo evaluaríamos el matrimonio de Jan y Mark basándonos en un montón de información histórica revela su lealtad hacia los supuestos tradicionales de la Salud Mental. La evaluación de un experto es la pieza central del guión médico, las bases sobre las que se forma la relación paciente-médico. Hablemos claro. Usted no se encuentra bien, mental o físicamente. Busca la opinión de alguien entrenado en reconocer la causa de su problema y las maneras en las que éste se manifiesta en su cuerpo o en su mente. La persona entrenada, gracias a su conocimiento, sabe cómo deshacerse del problema. Él o ella le dice qué tiene que hacer o tomar para

aliviar su sufrimiento. Su cura depende de que se entregue fielmente a este proceso y de que se adhiera a sus hallazgos y prescripciones. Usted es, más o menos voluntariamente, el súbdito del poder inherente de este sistema de creencias, ejercido por sus guardianes, los médicos.

Todos estamos familiarizados con este guión, lo más probable es que participemos en él de diversas maneras a lo largo de nuestras vidas. Y cada uno de nosotros ha tenido más o menos éxito en conseguir la ayuda que buscamos dentro de sus confines. De hecho, hay momentos en los que ponerse uno mismo al cuidado del médico es “justo lo que el doctor ha ordenado”; la comodidad y la confianza que ponemos en ciertas personas y en su habilidad y talento para ayudar produce una combinación ganadora. Al mismo tiempo, mientras atribuimos la cura al médico sabio, fracasamos en reconocer nuestras propias creencias y sentido común y su misterioso poder para curar. Puede que no reconozcamos las fuerzas que realmente están en juego cuando invariablemente atribuimos la mejoría a la práctica profesional.

Otros experimentan la evaluación de manera menos benigna. Por ejemplo, el diagnóstico, una forma depurada de valoración, y las evaluaciones, como aquellas comunes en contextos criminales o judiciales, afectan de manera diferente a varios subgrupos culturales (Kutchins y Kirk, 1997; Parker, Georgaca, Harper, McLaughlin y Stowell-Smith, 1995; Whitaker, 2002). En estos casos, las evaluaciones sirven a menudo a propósitos policiales, como la supresión de quejas o el aislamiento forzoso, más que a las necesidades y preocupaciones reales de los evaluados. La relación médico-paciente, cuando se junta con grupos marginales, alcanza su mayor poder de disparidad y su mayor potencial de abuso.

La “Evaluación” está impregnada de nuestras maneras más básicas de comprensión de cualquier fenómeno, específicamente los de causa y efecto. Aunque las nociones de causalidad circular hace tiempo que han hecho su aparición en los textos clínicos, afrontémoslo, pensamos sobre situaciones clínicas muchas veces de la misma manera en que pensamos sobre los acontecimientos cotidianos. A conduce a B y conocer A es saber algo sobre B. La causalidad lineal junto con la teoría freudiana han clavado profundamente la noción de un trauma pasado como la causa de los problemas actuales, y los problemas actuales como dispuestos a cambiar a través del conocimiento y de la intervención en el pasado. La intervención sobre el pasado, una curiosa idea cuando la miras de cerca, ha asumido varios disfraces clínicos, incluyendo la catarsis, la toma de conciencia y “working it through”²⁹. El marco del pasado y del problema causal impregnan la Salud Mental. Sabemos que la tierra es redonda, sin embargo pensamos y vivimos en ella como si fuese plana; podemos saber que el pasado puede ser irrelevante para las soluciones del presente, pero todavía de manera instintiva hablamos y lo tratamos (al pasado) como si fuese el rey.

A modo de ejemplo, cojamos la información que nos dieron como base para evaluar a Jan y Mark y su matrimonio. Creemos que las elecciones de los editores de lo que era relevante ejemplifica la manera en la que muchos casos de estudio, notas de casos y artículos reflejan los supuestos de la Salud Mental, específicamente los sesgos hacia el

²⁹ NT: se trata de un procedimiento psicológico específico para resolver un problema, especialmente de tipo emocional, pensando en él en repetidas ocasiones buscando que disminuya su intensidad, o mediante la obtención de una visión distinta o al hacerse aburrido. Desconocemos un concepto equivalente en castellano.

pasado, los problemas y la evaluación experta.

De las once categorías de información de los editores, todas menos una y una parte de otra tratan sobre conflictos pasados. El principio de “Estudio de caso” incluía información sobre el empleo actual de Mark y Jan, aficiones y rutinas. La categoría “Problema Presentado” describía su declaración, presumiblemente obtenida en el primer encuentro de terapia, sobre las dificultades actuales de la relación y lo que precipitó la llamada para pedir una cita de asesoramiento. El “Problema Presentado” y parte del “Estudio de Caso” sumaban, como mucho, tres páginas. Las doce páginas restantes ahondaban en el problema social, psiquiátrico y médico de Jan y Mark, y en historias de eventos vitales críticos. Los editores aparentemente favorecían la importancia de la historia sobre el presente en la evaluación por una ratio de cuatro a uno. Es posible que los editores ofreciesen un amplio rango de información para acomodar los distintos modelos de los autores que contribuyen en el libro. Sin embargo, la ratio de cuatro a uno no sólo limitaba la elección de aproximaciones más centradas en el presente (o en el futuro), inevitablemente canalizaban las evaluaciones para reflejar los parámetros comunes de la Salud Mental.

Echemos un vistazo a las descripciones de las secciones para ver cómo un supuesto lenguaje neutral revela de hecho un sesgo de Salud Mental. En la sección “Problema Presentado”, los editores describían la interacción entre Jan y Mark:

A veces, Mark evita estar en casa, particularmente cuando Jan está en casa. Hace esto para evitar la tensión de la relación. Este patrón de interacción de evitación del conflicto ha conducido a una falta de confianza y a una distancia emocional entre ellos, afectando enormemente a su nivel de intimidad.

El lector desconoce cómo fue adquirida esta información: ¿por teléfono en el primer contacto, en la primera sesión o de una revisión de un expediente pasado? ¿De quién es la perspectiva: de Jan, de Mark o del terapeuta? Muchos informes de casos y documentos son escritos de manera que no revelan el autor. Lo que se asume por defecto es que, o bien todo el mundo está de acuerdo que este es el caso o que el evaluador tiene conocimiento de primera mano preciso, incluso si los clientes mantienen un punto de vista diferente.

La frase *patrón de evitación del conflicto* casualmente se cuelga en nuestro camino en una descripción aparentemente neutral. Probablemente coge al lector con la guardia baja; y la valoración implícita en esta frase, con todo el juicio y las implicaciones relacionadas con la práctica, se convierte en una conclusión inevitable. En ausencia de un diálogo real del cliente, de las perspectivas del cliente, y una grabación de video (descripción detallada) en las propias palabras del cliente, las palabras y las frases usadas para informar de la interacción del cliente llegan a estar inextricablemente atadas con etiquetas y juicios que reflejan el punto de vista y la experiencia del observador o del escritor.

La información presuntamente neutral o relatada por el cliente, cuando se enmarca de una manera particular, lleva el sello de otro sesgo de la Salud Mental, un problema de foco. El autor escribe, “Su vida sexual se ha deteriorado hasta el punto de que ahora duermen espalda contra espalda”. De nuevo, la frase sale de la página de manera desapercibida. Se deja al lector con un cuadro deprimente de una relación fría, distante. El dictamen ignora cualquier mirada crítica al hecho de que muchas parejas duermen

espalda contra espalda pero tienen vidas sexuales animadas. En las manos del experto, las proclamas de disfunción se convierten en verdades incuestionables.

Respuesta: La relación entre Jan y Mark y su terapeuta, debido a que ocurre en nuestro tiempo y lugar, inevitablemente conlleva una frontera tradicional entre el que ayuda y el que es ayudado, el evaluador y el evaluado; en resumen, Jan y Mark entraron en la terapia del Planeta Salud Mental. Como parte de la cultura tradicional en Salud Mental, Jan y Mark buscaron la ayuda de alguien que ellos creían que poseía una conexión de primera mano de lo que ellos necesitaban para encarrilar su matrimonio. Al mismo tiempo, cada uno poseía una riqueza de conocimientos sobre los problemas que han experimentado en el pasado, tanto como pareja como de manera individual, y de qué manera los habían vencido. Ellos además sabían cuales eran los escollos reales de su dilema actual y tenían al menos una idea aproximada de lo que necesitaba ocurrir para que las cosas mejorasen. En realidad, ellos ya estaban encarrilados.

Desafortunadamente, el guión médico estándar de Salud Mental minimiza estos recursos significativos. Jan y Mark, al igual que muchos, llegaron a la terapia inseguros sobre sus propias ideas y más que dispuestos a que alguien les diese una exclusiva real sobre lo que estaba mal. Estaban preprogramados para dudar de su propio conocimiento y menospreciarlo. Esta preprogramación puede interponerse en el camino de lo que sabemos que es el factor más crítico en cualquier cambio terapéutico, la experiencia y los recursos del cliente.

Sin embargo, la terapia dirigida por el cliente trabaja con lo que el cliente quiere y con sus expectativas, aunque esos deseos y expectativas parezcan hostiles a las fortalezas del cliente. Trabajar en una verdadera colaboración significa confiar y contar con las habilidades de los clientes para sacar el mayor partido del encuentro terapéutico, cuando este encuentro valora sus perspectivas, esperanzas y expectativas. Aliarse con el deseo del cliente de acceder a un perito o tener a un experto que se haga cargo, paradójicamente pone a los clientes en el asiento del conductor y maximiza su colaboración. Nuestro deseo de bajarnos del trono no debe cegarnos al deseo del cliente de que, a veces, estemos ahí.

Desde una perspectiva dirigida por el cliente, la experiencia del terapeuta no existe a costa de la del cliente. Tampoco el deseo de privilegiar a los clientes disminuye la experiencia del terapeuta o evita el trabajo de colaboración con aquellos que buscan una evaluación experta. Sin embargo, importa cómo el terapeuta considere y ejerza esa experiencia. En el trabajo del terapeuta evaluado por el cliente, la evaluación es coevaluación, incorporando las aportaciones y la voz del cliente y disminuyendo las posiciones tradicionales de poder basadas en el conocimiento experto. Las coevaluaciones son evoluciones, luchas compartidas para alcanzar una descripción conjunta del problema y un camino para empezar a resolverlo. La evaluación experta del terapeuta dirigido por el cliente consiste en la habilidad de él o ella para sacar a la luz, expandir y focalizar los recursos del cliente para el cambio.

La ausencia de coevaluaciones se encuentra en el incesante diálogo interno, la interpretación y reformulación de las explicaciones del cliente en los pensamientos del terapeuta, basados en marcos teóricos predeterminados. Los guiones internos y las evaluaciones continuas son parte del proceso humano de pensamiento. Los terapeutas dirigidos por el cliente, como hemos mencionado, no son páginas en blanco; también

llevan consigo nociones evaluativas que constantemente interactúan con las ideas del cliente. Sin embargo, el proceso de coevaluación difiere significativamente de los modos tradicionales de evaluación; las evaluaciones y diálogos internos consisten en una atención constante al lenguaje del cliente y su significado. Los terapeutas comprometidos con el proceso de coevaluación asumen una postura de escucha abierta, preguntando y explorando según lo que dice el cliente para esforzarse en clarificar las intenciones del cliente y sus expectativas.

El diálogo de evaluación entre los terapeutas y los clientes no es un intento de filtrar la información del cliente para que el terapeuta le encuentre un sentido sino que es un intento de seguir las pistas de los clientes hacia direcciones que en última instancia tengan sentido para ellos (los clientes). Las reformulaciones que ocurren en la mente del terapeuta dirigido por el cliente durante el procedimiento de evaluación consisten en búsquedas internas en su depósito de experiencia para ajustarse o expandir las ideas del cliente. La evolución, la conversación giratoria que produce como resultado un conocimiento (evaluación) construido conjuntamente con el material preferido del cliente. En una evaluación dirigida por el cliente, la participación del cliente y su contribución son un hecho, la principal referencia para un resultado positivo.

En el capítulo que escribimos para el libro compilatorio, intentamos articular cómo la evaluación dirigida por el cliente difiere de las evaluaciones tradicionales confeccionando fragmentos del diálogo que reflejan el natural ir y venir de la evaluación desde el punto de vista dirigido por el cliente. Traer las voces de los clientes al papel ha ayudado a representar una evaluación focalizada en el cliente y a descentralizar nuestra propia voz experta como autores de una estrategia o modelo.

Los lectores deberían estar más en sintonía con Jan y Mark y menos con los dictámenes de patrones de evitación del conflicto si leyese la evaluación de la siguiente manera:

En la primera entrevista, Mark expresó que “no le gustaba mucho andar por casa” porque esto siempre parecía terminar con él y Jan “enganchándose”. Jan se queja de que su ausencia de la casa ha resultado en sentimientos de desconfianza sobre el paradero de Mark y sentimientos de “frialdad” hacia él. Sin embargo, tanto Mark como Jan expresan el deseo de recobrar la cercanía que una vez tuvieron.

Simplemente asignando quién cree qué (basado en una escucha precisa y grabando) clarifica las diferencias y similitudes de opinión. Incluir citas reales ayuda a asegurarse que las percepciones y entendimientos del cliente no se alteran sutilmente por la interpretación del terapeuta. Hay tres voces en esta evaluación. Informar de los “hechos” de esta manera pone las voces de los clientes en la misma posición (o en una más importante) que el terapeuta.

Dada una gama de alternativas, podríamos entender y describir las siguientes palabras de Jan: “Solíamos darnos el lote todo el tiempo...ya sabes; ahora él simplemente se da la vuelta y se va a dormir. Al menos no ha empezado a dormir en el sofá todas las noches, como cuando peleamos.” Hay elecciones que hace el que describe la terapia, igual que hay elecciones que el terapeuta hace en cada respuesta a lo que dice el cliente. En este caso el terapeuta-escritor podría oír “vida sexual deteriorada” o podría oír un continuo deseo de mantener algún tipo de proximidad emocional y física. El terapeuta podría narrar esta situación de la siguiente manera: “A pesar de que su vida sexual no es la que quisieran, continúan durmiendo juntos.” Esta reescritura incluye la queja de

ambos clientes y la realidad de su decisión de dormir juntos. El sesgo de la Salud Mental desconecta lo último y se centra en la queja. El sesgo del trabajo guiado por los resultados es a la vez un reconocimiento del problema y una actitud de mirar más allá, de esperanza. Esta actitud está basada en una fe realista sobre las habilidades de los clientes para cambiar y en la importancia de comunicar esta fe para aumentar la esperanza y la expectativa de un resultado positivo.

En la escritura de casos y en la terapia, el cliente puede confirmar o rechazar estas alternativas. Si Mark y Jan prefieren identificar su decisión de continuar durmiendo juntos como digna de consideración, tal vez incluso útil para ayudar a su relación, entonces la incorporarán de manera gradual en la evolución de su historia. Si Jan siente que el terapeuta “no lo pilla”, puede insistir: “Mira, nuestra vida sexual está realmente cuesta abajo. Es un problema para mí.” La disposición del terapeuta de preguntar y de cambiar de caballos a mitad de camino no sólo es el sello de la evaluación dirigida por el cliente sino que es la misma terapia dirigida por el cliente. El trabajo dirigido por el cliente evalúa continuamente y realinea la dirección de la terapia para coincidir con los significados y preferencias del cliente. La evaluación no es, por lo tanto, una fase distinta del tratamiento que precede a la intervención sino que es un componente esencial del cambio mismo. En la medida en que los terapeutas ajustan sus preguntas y la terapia a los puntos de vista preferidos por el cliente sobre lo que necesitan y quieren, las respuestas a los dilemas de los clientes tomarán forma de manera natural.

Pregunta: ¿Cuáles son los objetivos de la terapia dirigida y evaluada por el cliente?

Los editores nos preguntaron; “¿Cuáles serían los objetivos para esta pareja?” Esto seguido de preguntas sobre el modelo y la evaluación. El guión médico se desarrolla de manera predecible. Los objetivos en Salud Mental son los productos naturales de la decisión del terapeuta de lo que está mal (visto a través de las lentes del modelo). Es lógico: si el terapeuta determina el problema, el terapeuta determina lo que no es el problema o cómo debería ser la situación cuando no haya problema. De nuevo, pedirnos que hablemos de las metas en realidad es una petición aparentemente inocua. Es la insinuación de la palabra “tus” la que inclina el sesgo de la Salud Mental en favor del privilegio del terapeuta en la terapia.

Es importante darse cuenta de que las metas, esos criterios de valoración imaginarios que ayudan a centrar la energía de la terapia y mantenerla en el buen camino, están particularmente cargadas de costumbres culturales dominantes. Por ejemplo, en las décadas de los 50 y 60, los psiquiatras establecían metas aceptables para las mujeres en terapia, incluyendo la aceptación de su condición de asistentes de sus parejas y su dedicación desinteresada en el hogar, ya sea en el ejercicio de las tareas domésticas o en las demandas sexuales de sus esposos. Los guardianes (y ejecutores) de la norma que acabamos de ver son hombres; su imagen de los criterios de valoración refleja sus propios prejuicios como miembros de un grupo cultural dominante. Otras normas dominantes han influido sutilmente en las metas de la terapia, incluyendo las preferencias por la riqueza y el éxito, la superioridad de los hogares de dos padres (de sexo opuesto), y la separación de la familia extensa del núcleo de crianza de los hijos. Cada uno tiene su criterio de valoración de las preferencias de la cultura dominante. Incluso los denominados puntos de vista tolerantes, tales como roles parentales igualitariamente compartidos o la importancia de la educación tradicional, pueden tomar la forma de mandatos opresivos cuando fuerza a las familias con diferentes antecedentes

culturales y expectativas diferentes. La insistencia en las metas definidas por el terapeuta pone a la terapia en peligro de ser sólo un arma más de control y conformidad social, más que un medio para la realización de las esperanzas y sueños personales.

Respuesta: Recordemos que la investigación sobre la alianza señala la importancia para la terapia de la acomodación del terapeuta a los objetivos del cliente (Bachelor y Horvath, 1999). Cuando los clientes perciben que los terapeutas aceptan y ayudan a centrar la terapia en lo que ellos quieren, participan y permanecen en terapia hasta su conclusión. La pregunta entonces es, ¿de qué manera los terapeutas guiados por los resultados escuchan, obtienen, comprenden, aceptan y buscan las metas del cliente en la terapia?

En el Planeta Salud Mental, la tendencia a ser dejado de lado es grande. Si pasas cuatro años de tu vida estudiando cómo los hombres reprimen sus emociones en su perjuicio y en perjuicio de sus parejas, tus ojos y oídos -tus metas- estarán intensamente sintonizados con cómo los hombres se expresan o fracasan al expresarse en terapia; tu deseo natural será señalar sus errores e instruirlos para que los corrijan. Está muy bien, puedes pensar, porque aun compartes lo que quieren, más respeto de sus esposas o parejas. Cuando abandonen la terapia tras la segunda sesión, tu punto de vista se confirmará: los hombres que no pueden expresarse se retiran cuando consigues acercarte mucho. El problema es suyo, no tuyo. A lo mejor puedes decir, “todavía no estaba preparado para cambiar”.

Después de regresar de la última conferencia de narrativa, solo parece sensato ayudar a tu cliente adolescente a exteriorizar su problema de alimentación. Aunque lo que ella quiera realmente es saber cómo romper con su novio. Podemos llegar a eso más adelante (si vuelve). En el Planeta Salud Mental todos sabemos que las personalidades múltiples necesitan ser integradas y que las voces no son algo que esté bien llevar rondando en la cabeza. Las ideas acerca de esos "otros" como recursos, regalos especiales, son solo algo que ayuda a los desafortunados a sentirse mejor, para que puedan conseguir el cometido de llegar a ser normales (¡como nosotros!). Sabemos que ella pidió ayuda para lidiar con un jefe abusivo, pero "lo primero es lo primero".

Familias e individuos han sido sometidos en mayor o menor medida a cargar una serie de *deberías* y *no deberías* terapéuticos, *hacer* y *no hacer* y sus técnicas complementarias, con más o menos éxito. De hecho, vídeos y libros representan cambios terapéuticos dramáticos testimonio del ajuste de ciertos enfoques y técnicas para ciertos clientes. Sin embargo, la cantidad de abandonos del cliente o fracaso del tratamiento atribuible a la falta de acuerdo sobre los objetivos, probablemente sustancial, probablemente no sea un éxito en titulares. De hecho, es probable que ni siquiera sea visto como una noticia, sino como algo para apuntar a la incapacidad o la falta de motivación del cliente.

Se ha adoptado la formación de grupos populares de consumidores radicales y un cuerpo creciente de terapeutas críticos, incluyendo terapeutas guiados por los resultados, para contrarrestar la aplicación automática de los objetivos terapéuticos preestablecidos a través de medios preestablecidos. Desde una perspectiva dirigida por el cliente y guiada por los resultados, los clientes no solo son los que pagan, ellos saben más. Cuando se trata de metas, estamos a su servicio.

Pregunta: ¿Qué técnicas o intervenciones específicas pone en práctica su modelo durante el proceso de tratamiento?

Y ahora, para el verdadero gran show, La Intervención: la prueba de fuego para cualquier clínico que se precie. No vamos a señalar con el dedo a los psiquiatras por una intervención del tipo “la misma talla para todos” (es decir, la píldora). Los psicólogos, por no ser menos que su pandilla rival, se han enamorado igualmente de la todopoderosa fuerza de la técnica terapéutica. Pero eso no acaba con los psicólogos.

No. Atrapó a los renegados, los terapeutas familiares, para perfeccionar la intervención hasta sus más elevadas formas de arte. ¡Qué intrépida representación, qué impresionante movimiento de la silla, qué esculpir desgarrador! Desde caerse de las sillas a prescripciones invariables, a prescripciones del síntoma, a fregar el suelo a las 3:00 de la mañana, las intervenciones de terapia familiar se elevaron a nuevas alturas de... espectáculo. El público emocionado, los lectores se han quedado sin aliento. ¿Y qué pasa con los clientes? Tal vez ayudados, tal vez confundidos, tal vez enfadados en el Planeta Salud Mental, apenas se imaginan lo que haces en terapia. Y se lo llevan, encuentran una manera de utilizarlo y seguir adelante con sus vidas, meros parpadeos en cintas de seminarios de viejos maestros, de conferencias hace tiempo olvidadas, en hoteles hace tiempo olvidados.

Vayamos al diccionario otra vez. De acuerdo con el Merriam-Webster (1993), intervenir significa lo siguiente: (1) Interponerse entre personas, grupos, etc. que discuten; (2) Interferir con la fuerza o la amenaza de fuerza; (3) Provocar algo a propósito con el fin de modificarlo. *Intervenir* e *intervención* connotan una intromisión activa, un tipo de interferencia, a menudo enérgica, que cambia el estado o curso de las cosas. Los terapeutas, como intervinientes, son agentes activos que se interponen entre las personas y sus problemas, entre las personas y sus patrones de actuación y de vida, o entre un problema interno (enfermedad) y su salud. La intervención de estilo clásico sitúa a terapeutas y clientes en línea con los principios de la salud mental. Las personas con problemas solicitan ayuda de alguien que puede hacer algo, a ellos o al problema, que cambia el curso del problema, que cambia sus vidas. A causa B. A hace algo a B y cambia B. Los expertos clínicos son As; los clientes (y sus problemas) son Bs.

Bajo esta óptica, los terapeutas llevan consigo una especie de maletín negro imaginario en el que guardan sus herramientas, sus intervenciones. Tienen el conocimiento práctico para alcanzarlas y sacar la mejor de ellas para arreglar el problema. Para Jan y Mark, podríamos sacar la estrategia “comunicación asertiva” o “Día par, día impar” para las tareas domésticas, o quizás ese viejo caballo de batalla: la pregunta milagro. Tome dos y llámeme por la mañana.

Intervenir por intervenir, al margen de la aportación del cliente, actúa con los factores que disminuyen la participación del cliente y construyen clientes pasivos o resistentes; concretamente ignorar los objetivos del cliente, sus expectativas y recursos. Los clientes tienen su propio maletín negro de trucos, esas ideas sobre lo que quieren y su propia creatividad para sugerir y confeccionar intervenciones, solo si los terapeutas se toman el tiempo para ver y decidir con los clientes qué es mejor probar.

Las intervenciones pueden, como mínimo, dar a los clientes la sensación de que al menos algo se está haciendo; pueden servir para generar algo de esperanza para el

cambio. En estos casos, lo más probable es que los clientes tomen la intervención del terapeuta y la hagan suya, transformándola en lo que ellos crean que funcionará para ellos. La terapeuta de Jan y Mark podría enviarlos a casa con la tarea de hacer una cena con velas en un restaurante romántico. Cuando ellos informen que pusieron velas en la mesa de la cocina y abrieron una botella de vino especial (¡a mitad de semana!), la terapeuta puede regañarles para evitar la mejoría. O puede tomar y utilizar esto, viendo su adaptación creativa de la tarea como lo que mejor se adapta a sus vidas y a sus preferencias, y es más probable que genere el cambio.

En la medida en que la intervención toma forma fuera de los marcos de referencia del cliente, en el mejor de los casos da esperanza y materia prima para la intervención generada por el cliente. En el peor de los casos, ahoga la creatividad de los clientes, construyendo relaciones terapéuticas donde los indefensos aprendices buscan la orientación de los poderosos, o los desamparados buscan una voz a través de la resistencia.

Respuesta: ¿Necesita *intervención* ser una palabrota? ¿Tenemos que andar de puntillas alrededor de la palabra, ofreciendo reflexiones cortésmente, participando en la conversación, y no queriendo dar consejos? ¿Necesitan los clientes golpearlos en la cabeza? “Lee mis labios... ¿Tú qué crees?” La fobia a la intervención ha alcanzado proporciones de epidemia en algunos círculos terapéuticos. Desde una perspectiva que honra verdaderamente la aportación del cliente, tal evitación es insostenible; en el peor de los casos refleja el mismo elitismo que impregna a los pro-intervencionistas. Los terapeutas guiados por el resultado rechazan ambos. Sí, nosotros creemos que podemos hacer la tarta y comérmola también. Los clientes, con razón, buscan ayuda externa con sus problemas cuando, y en general solo cuando, creen que han agotado todas las vías razonables y conocidas para resolver el problema dentro de sus redes naturales de ayuda. En una palabra, están atascados. Vienen a nosotros por un tipo de servicio muy determinado (ayuda para conseguir desatascarse). Nuestro trabajo es tener la gama y flexibilidad de conocimientos y habilidades que coincida con sus expectativas y modos preferidos de aprendizaje y cambio. Si los clientes quieren "trabajar el programa de Alcohólicos Anónimos," accederemos; si quieren explorar el pasado, allá vamos. Si tienen el anhelo de probar la desensibilización sistemática, por qué no. Después de todo, cuando lo deconstruyes, el conocimiento experto, especial, no es ingeniería espacial (pero no lo cuentes). Depende de nosotros estar entrenados y ser expertos en determinar lo que se quiere y luego darlo, no ser un aprendiz de todo y maestro de nada, pero sí un aprendiz de todo y maestro en encontrar, respetar y dar a los clientes lo que quieren.

Con Jan y Mark la terapeuta elaboró sus intervenciones según sus aportaciones inmediatas. Jan creía que ella y Mark tenían que llegar a un acuerdo sobre el pasado; era necesario reparar algunas equivocaciones pasadas para que ella siguiese adelante. Mark sintió que el pasado se interponía para avanzar hacia el futuro. Él no quiso tocar eso. Aquí había dos teorías de cambio diferentes y en conflicto. La terapeuta en este caso respetó cada punto de vista, enmarcando el problema en la conversación terapéutica de forma que validó ambas posiciones. Pueden coexistir dos visiones diferentes, y aún surgir la solución.

El terapeuta no siempre sabe (lo más frecuente) qué soluciones surgirán. Los terapeutas confían, primero y ante todo, en el poder de mantener un fuerte vínculo terapéutico con todos los participantes, manteniendo una conversación respetuosa con el punto de vista

de todos y permitiendo que la magia de la motivación y la creatividad del cliente hagan su trabajo. En realidad es una cuestión de confianza: confianza en tu propia habilidad para escuchar, sentir, respetar y luchar; confianza en la habilidad de los clientes para luchar y encontrar un camino. No es ingeniería espacial, y no es fácil. No todo vale en la ruta de la terapia dirigida por el cliente, actuando a ojo de buen cubero³⁰. Es un esfuerzo cortés y culto pedir al terapeuta pericia y repertorio. Lo que no lo es, es la aplicación ciega de estrategias impulsadas por la teoría dirigidas a la solución de problemas enmarcados por la teoría.

Finalmente, Jan y Mark vinieron a terapia y relataron una particular “conversación de granero”, aquellas conversaciones que tradicionalmente tenían lugar en un territorio neutral (el granero) mientras se hacía una divertida tarea mutua (cuidar de sus animales). De algún modo, la conversación de granero hizo “levantar la nube”. Cada uno de ellos sintió que estaban en un lugar diferente. De alguna manera, el problema del pasado y su importancia se resolvió, se le puso fin, junto con los montones de heno apilado y el estiércol paleado. La intervención real del terapeuta aquí fue escuchar esto, preguntar por más detalles y ampliarlo para darle todo su valor. La mejor intervención de un terapeuta es reconocer un diamante en bruto y, con sus clientes, moldearlo educadamente hasta obtener el mejor y más brillante provecho. Este proceso es el que refleja más notablemente la intervención circular, evolutiva y mutua que define la terapia dirigida por el cliente y guiada por el resultado.

Contemplando desde la órbita: Nuevas visiones del Planeta Salud Mental

La mayor parte de las personas resuelve sus dificultades por sí mismas, usando su propia y extensa red de recursos. Solo una pequeña parte de la población que experimenta cambios vitales naturales (incluyendo traumas, pérdidas, dolor, transiciones vitales y oscilaciones emocionales y del ánimo) recurren a lo que muchos consideran ayuda profesional (Bohart y Tallman, 1999). Dejando sus propias estrategias y con el respaldo socialmente adecuado, la “enfermedad mental” les saca de encima sus problemas, al menos hasta el punto en que sus vidas ya no necesitan girar en torno a drogas y hospitalización (Haley, 1989; Karon y Vanderbos, 1994; Whitaker, 2002). A pesar de eso, terapeutas y clínicos del Planeta Salud Mental se alían para ver patología al acecho detrás de cada puerta. Nos vemos a nosotros mismos viviendo en un tenue y peligroso mundo poblado por constituciones mentales vulnerables. En un mundo así los servicios de la Salud Mental se vuelven indispensables.

Tal perspectiva es comprensible cuando el trabajo diario de los que ayudan se llena con historias de trauma y sufrimiento, historias en su mayoría desmoralizadoras cuando rodean y dejan al margen las historias de resiliencia. Sin embargo, la insistencia de la Salud Mental en el paradigma de la incapacidad cumple otra función: confirmar la fragilidad de las personas y la aceptación de su fragilidad, garantiza la continuación (y crecimiento) de las llamadas profesiones de ayuda.

³⁰ NT: fly by the seat of your pants. En su acepción aeronáutica se refiere a la habilidad para volar sin mirar los instrumentos de a bordo, según la sensación del trasero sobre el asiento. Aunque en algunos foros se sugiere la traducción de “improvisar sobre la marcha”, la que sugerimos nos parece más ajustada al contexto.

La tendencia a asegurar el mercado es un aspecto predecible del sistema de libre mercado, que generalmente opera al margen de la conciencia inmediata e intenciones de los miembros particulares del sistema. Pero cuando la necesidad de patología es cultivada deliberadamente para beneficio de ciertas instituciones o estructuras, estas tendencias toman un cariz malévolo. ¿A quién están sirviendo realmente estos intereses cuando los ciudadanos son abordados en supermercados para medir su depresión (durante la Semana de Concienciación contra la Depresión, por ejemplo), una enfermedad presuntamente insidiosa que puede acechar fuera de la conciencia, solo para manifestarse plenamente cuando posiblemente ya es demasiado tarde y se necesita un tratamiento de larga duración? ¿A qué intereses se sirve cuando los anuncios de medicamentos a toda página llenan las revistas profesionales y cuando el dinero de farmacéuticas y de personal profesional impregnan conferencias, instituciones de investigación y foros "educativos"? ¿Quién se beneficia cuando mujeres, adolescentes, niños y minorías son encauzados hacia la Salud Mental Comunitaria, a menudo a través de la libertad condicional, las escuelas, los departamentos estatales de niños y familias, y otras agencias de servicios sociales (impuestos)? Literalmente es una industria multibillonaria, y todo el mundo compite por una parte de los beneficios. Desafortunadamente, la Salud Mental se desarrolla en la medida en que se desarrolla la enfermedad mental. El zorro está guardando el gallinero con la plena bendición de las gallinas.

Las críticas a la Salud Mental no son solo por el cinismo con la mentalidad de mercado, la codicia o la búsqueda de estatus y poder. La psicoterapia, los psicoterapeutas y los medicamentos tienen su utilidad y su lugar en la sociedad. Los profesionales de la curación y de la ayuda han practicado su oficio a lo largo de la historia en la mayoría de las culturas del mundo. Parece que hay un nicho, una necesidad social, por la relación que las personas buscan y forman en ciertos momentos y para determinados fines con aquellos que se cree que poseen conocimientos y capacidades especiales para ayudar. Las singulares cualidades de los que ayudan, incluyendo la empatía, el altruismo y una fuerte creencia en las personas y el poder de las relaciones, impactan con una resonancia clara y fuerte en medio de un estrépito menos noble. La pureza de la intención persiste y tiene éxito, a pesar de las fuerzas de oposición. Las críticas a la Salud Mental no buscan desalentar o menospreciar este espíritu, sino que pretenden defender el modo en que se puede crecer más fuerte y alto.

La responsabilidad en el Planeta Salud Mental

*No es terriblemente difícil domar a un león, pero ¿alguien
ha aprendido a hacer rugir al cordero?*

Viejo dicho vienés

¿Qué se convierte en la obligación de todo aquel que percibe la Salud Mental bajo una nueva visión, tanto por su benevolencia como por el uso indebido de la benevolencia? Estamos todos implicados, y todos poseemos una parte del entramado que actúa desde lo que perpetúa los mismos problemas a los que nos oponemos. Desde un punto de vista dirigido por el cliente, escapar de esa pesadilla radica en una vía: una auténtica colaboración en investigación, teoría y práctica con la mitad más grande de la ecuación terapéutica que son los clientes consumidores. Debe haber cincuenta formas (por lo menos) de abandonar las viejas formas de siempre. Desde tranquilos momentos de

cuestionamiento claro y reflexivo del negocio como es costumbre en reuniones de equipo, aulas o encuentros profesionales, hasta una protesta más a viva voz en forma impresa o hablada, las ideas del terapeuta dirigido por el cliente pueden arraigar.

Los clínicos de los centros, hospitales y despachos pueden desafiar diariamente con respeto las prácticas que excluyen a los clientes de las decisiones de tratamiento (Sparks, 2002). Pueden incluir la voz y los deseos del cliente en la supervisión y discusión de casos, así como en los historiales. Pueden adoptar una postura más ruidosa insistiendo en que los clientes asistan a las reuniones de equipo y que las opciones médicas no se tomen automáticamente y sin discusión como tratamiento de elección para los "casos más graves." Pueden resistirse a llamar a los clientes por el número de caso, el diagnóstico o por mote. Cuando los clientes no pueden estar presentes en las discusiones de casos, los terapeutas pueden desafiarse ellos mismos a hablar como si los clientes estuviesen presentes. En pocas palabras, los clínicos se resisten cuando se niegan a participar en la jerga profesional, el etiquetado y los protocolos predeterminados de tratamiento que no involucran a los clientes como iguales, verdaderamente indispensables, y dignos miembros del equipo de tratamiento.

Quizá la resistencia del terapeuta toma su forma más subversiva cuando tiene consultas privadas con los clientes. Aquí, los terapeutas pueden desviarse de los procedimientos estándar para apoyar la resistencia del cliente, para luchar y elaborar planes de acción que se ajusten únicamente a las preferencias y objetivos del cliente. Los terapeutas pueden animar a los clientes a hacer uso de sus redes naturales, antes que nada, por encima de la intervención "profesional". Los terapeutas pueden estar dispuestos a correr riesgos, ir más allá de los límites del despacho y de los procedimientos estándar, e involucrar los apoyos naturales del cliente. Por último, pueden tener una fe inquebrantable en la capacidad de sus clientes para encontrar un camino, incluso en condiciones extremas y en circunstancias peligrosas.

En la forma en que leemos, lo que elegimos tomar en sentido literal y lo que optamos por examinar más de cerca, los clínicos y los consumidores pueden llegar a ser más activos y más eficaces para efectuar cambios en el Planeta Salud Mental. Más importante aún, los clínicos pueden colaborar verdaderamente en el encuentro cara a cara con aquellos que buscan ayuda, buscando su ayuda a cambio, confeccionando filosofías y prácticas que funcionan. Nuevamente, desde la crítica al cambio, la colaboración es una reciprocidad circular, en evolución, que no reemplaza la Salud Mental, sino que se asegura de que todos los interesados e interesadas tienen voz y voto en la definición de "mejores prácticas".

EPÍLOGO: HISTORIA DE DOS TERAPIAS

Mientras los leones no tengan historiadores, los cuentos de caza siempre glorificarán al cazador.

Proverbio africano

Emma no podía entender lo que estaba sucediendo. Debería sentirse en la cima del mundo. Después de todo, allí estaba ella, una de las estudiantes de élite de primer año en Yale, por primera vez lejos de casa, en un nuevo y maravilloso mundo. Lo mejor de todo es que estaba allí con una beca completa. Por fin, el sueño por el que ella y su familia habían luchado tanto tiempo, que alguien de su modesto hogar del sur de Florida pudiera pasear por el histórico campus junto a sus compañeros de clase de los lujosos barrios de Boston y Nueva York, se estaba haciendo realidad. Pero lo que al principio parecía un cuento de hadas progresivamente fue cogiendo mala pinta. Se encontró cada vez más aislada en su habitación de la residencia, reacia a aventurarse en la ciudad para hacer vida social con nuevos amigos. Incluso el aula, antes más cómoda que el patio de su casa, se había convertido en un lugar de incertidumbre, con proyectos a largo plazo sin terminar y las notas escapándose. Las llamadas a casa solo aumentaron la ansiedad de todos. A veces Emma imaginaba que oía voces (de sus padres, maestros, amigos, de sí misma, ¿para advertirla, aconsejarla, o simplemente hacerle compañía?). Consciente de que no todo estaba bien en la película de Cenicienta, Emma buscó la ayuda del psicólogo de la universidad.

TERAPIA UNO

12 de febrero: Reunión con la paciente, una mujer de dieciocho años de edad, que asiste a las clases de su segundo semestre. La paciente describe sentimientos de pánico, ansiedad, respuestas fóbicas, y dice escuchar voces. Analizadas las opciones de terapia y medicación. Derivada al Dr N----- para medicación. Diagnóstico: Trastorno psicótico no especificado. Cita para seguimiento en una semana.

13 de febrero: La paciente, sexo femenino, edad dieciocho años, se presenta con síntomas psicóticos y sentimientos contradictorios. Se prescribe Geodon³¹, 20 mg. dos veces al día. Diagn.: Esquizofrenia. Rev. médica en dos semanas.

En marzo, el sueño parecía en peligro. Emma, incapaz de concentrarse, cada vez más ansiosa y aislada, regresó a su casa con autorización médica. Aquí se puso inquieta, deprimida, habló de hacerse daño a sí misma. Una tarde, su hermano más joven la encontró en el garaje, amenazando con lograr este fin.

15 de marzo: Paciente activamente suicida y psicótica. Depresión combinada con períodos de agitación. La paciente rechaza los intentos de sedación durante los estallidos disruptivos. Continúa hospitalizada hasta la reducción de los síntomas. Concertar sesiones con el consejero de salud mental. Revisión de la medicación, con aumento a 60 mg. dos veces al día.

En el transcurso de seis meses, Emma había pasado de ser el orgullo de su familia y amigos a ser paciente en el ala psiquiátrica del hospital local. Cuando una vez vio su futuro ante ella, ahora solo vio oscuridad. Cada intento de cada profesional que encontró (el psicólogo y el psiquiatra de la universidad, la enfermera y el psiquiatra del hospital)

³¹ NT: Ziprasidona, en España Cipralex

fracasaron en aliviar su angustia. La familia de Emma estaba consternada y perpleja. Entonces, con un golpe de suerte, Emma encontró alguien y algo diferente.

Mientras estaba hospitalizada, Emma trabajó con Jean, una interna de counseling de la universidad local.

TERAPIA DOS

16 de marzo: Reunión con Emma durante una hora. Parecía aturdida, pero habló de sus experiencias en la escuela. Cuenta que se siente confusa, pero no cree que sea psicótica. Está preocupada por cómo se siente con la medicación. Dice que siente como si hubiera perdido su capacidad para pensar y conectar con los demás y esto la deprime más. Se revisan sus opciones y los apoyos que necesita para volver a casa y retomar los estudios. Se le asegura que va a mejorar. Programada una próxima reunión para acordar un calendario.

24 de marzo: Emma se va a casa hoy. Se ha quejado de la medicación y no cree que la esté ayudando. Sus padres están preocupados por la medicación. Se le da material de lectura y se deriva para consulta ambulatoria.

Jean pasó tiempo con Emma, la escuchó, y tomó en serio sus preocupaciones sobre la medicación y su deseo de volver a casa. Jean tenía información tanto acerca de la terapia dirigida por el cliente como sobre la investigación sobre fármacos; estaba contenta de satisfacer la curiosidad de Emma y de sus padres acerca de qué otras opciones podrían proporcionar a Emma ayuda segura para volver a hacer su vida. Debido a la colaboración de Jean y su familia, la derivación para trabajar con Emma sobre su vuelta del hospital a casa al final acabó en la consulta de Barry y Jacqueline.

Trabajar con Emma no era exactamente navegar con viento en popa. Inicialmente sintió que nunca podría volver a ser la misma de antes. Tomó la decisión de suspender todos los fármacos y sufrió los efectos de rebote, a pesar de su retirada paulatina. Simplemente no podía dar sentido a los acontecimientos que de manera tan dramática habían alterado su forma de vida actual y futura. Las puntuaciones iniciales de Emma en la Escala de Evaluación de Resultado (ORS) fueron consistentemente a los extremos más bajos (para ser exactos un ridículo 2 en total), lo que indica un gran malestar en todas las áreas de su vida. Culpándose a sí misma, a veces pensaba en los modos de huir de sus circunstancias, ya fuera saliendo con un conductor de camión a través del país o por algún otro medio aún más drástico.

Los padres y el hermano de Emma estaban comprensiblemente preocupados. Al mismo tiempo, apoyaban plenamente su decisión de tomar un camino libre de fármacos y montaron para ella una vigilancia de seguridad las veinticuatro horas. Durante este tiempo, nuestro equipo de cuatro terapeutas formó nuestra propia red de seguridad para apoyar a la familia, con una cobertura telefónica continuada durante 24 horas al día los 7 días de la semana. Barry, como terapeuta de Emma, fue la primera línea de contacto en caso de emergencia. Al mismo tiempo, Emma y su familia se reunieron con el equipo durante una consulta en vivo. Esta consulta proporcionó a la familia el sentimiento de contar con muchos aliados; realmente no estaban solos en la lucha. En el transcurso de los dos meses siguientes, Barry o Jacqueline recibieron llamadas cuando Emma trataba de dejar la casa, amenazando con "quitarse de en medio", o simplemente cuando los miembros de la familia necesitaban apoyo para seguir teniendo esperanza en el cambio.

Cada uno de nosotros estaba dispuesto a hacer lo que fuera necesario para que Emma recuperase el control sobre su vida de la manera que ella prefería.

Mientras tanto, Barry trabajó semanalmente con Emma en terapia. Durante este tiempo, llevaban cuenta de los avances con la ORS y monitorizaron la alianza con la Escala de Evaluación de la Sesión (SRS). Tras nueve sesiones, las puntuaciones de Emma en la ORS permanecieron en un preocupante 4. Aunque la SRS indicaba una alianza positiva, claramente Barry y Emma estaban atascados. Habían intentado muchas cosas diferentes. La conversación de control incluyó una discusión más detallada sobre la SRS y dio lugar a que Barry decidiese sugerir más ideas. Otra conversación reveló el deseo de Emma de ser hipnotizada, que en su momento fue puesta en marcha. Más tarde, la discusión sobre la falta de progreso culminó en una consulta con el equipo. Pero a pesar de tan buenas ideas, el entusiasmo de Emma en su momento y las buenas puntuaciones SRS, no aparecía ninguna diferencia apreciable en la ORS; parecía haberse atascado en la insignificante página 4.

En este punto, Barry hizo lo que predica. En un difícil pero importante debate de última oportunidad, comentó que las cosas no avanzaban como ellos esperaban, y temía estar convirtiéndose en un obstáculo para la vuelta de Emma a Yale. Entonces le preguntó qué pensaba ella que podían hacer para ayudarla a avanzar. Aunque en las sesiones anteriores habían tenido lugar discusiones similares cuando no se alcanzaba ningún progreso, esta vez había un mayor sentimiento de urgencia. Después de las posibilidades revisadas con Barry, Emma decidió que el cambio a una terapeuta del equipo podría ayudar a aflojar el atasco.

Emma y Jacqueline trabajaron juntas en el transcurso de cuatro meses aproximadamente. Durante las tres primeras sesiones, Jacqueline hizo algunos ajustes basados en los comentarios de Emma en la SRS, ofreciendo específicamente algunas sugerencias concretas para hacer frente a los ciclos emocionales que estaba experimentando. Aunque la SRS se mantuvo según lo previsto, la ORS aún andaba en las zonas más bajas en todos los apartados, variando las puntuaciones totales de 4 a 6. Luego las cosas comenzaron a suceder. En la cuarta sesión, la ORS mostró algunos avances, aunque ligeros, subiendo a un 8, con los mayores incrementos en las escalas interpersonal e individual. En la sexta sesión, todas las escalas mostraron incrementos notables, subiendo a 10 la puntuación total. ¡Emma estaba empezando a hablar de hacer un curso en la universidad local! El cambio de puntuación de la primera sesión de 4 a 10 indicó un incremento superior a 5, lo suficiente como para considerarlo un cambio fiable, y para justificar la continuación del trabajo con Emma.

En la sesión 11, Emma había alcanzado una puntuación total de 22. Puntuó altas todas las escalas, a excepción de la social (con una puntuación mucho más baja de 1). Esta sesión giró en torno a las cosas que Emma estaba haciendo que contribuyeron a su sensación de bienestar individual e interpersonal y lo que necesitaba hacer para poner en marcha su vida social. Al cancelar la sesión siguiente, Emma dijo que ya no necesitaba venir a terapia. Por supuesto esto es lo que la ORS y Emma dijeron sobre el cambio en la sesión anterior, aunque no se había discutido su terminación.

Cuando el trabajo concluyó, Emma estaba trabajando en una organización local sin ánimo de lucro, haciendo ejercicio con su madre en un gimnasio, y había elaborado un plan para volver a entrar en la escuela el próximo año. Ya no trataba de desaparecer y

sentía que tenía estrategias para manejar los momentos en que estaba deprimida. El cambio más dramático en la ORS se había producido durante una visita de la familia de una semana, en la que Emma hizo una reconexión fuerte con un tío. Los contactos de Jacqueline con Emma después de terminar la terapia confirmaron la recuperación de su identidad y de su vida (a pesar de que en muchos aspectos estos elementos no siempre eran partes de la identidad que había conocido antes). Varios meses después Jacqueline y Barry se enteraron que ella continuaba haciendo cursos en una universidad local, trabajaba en una cafetería frente a la playa, y tenía novio. Estaba en proceso de obtener la readmisión en Yale y dijo a Jacqueline con orgullo que pensaba que podía graduarse con su clase, haciendo estudio extra en verano. A pesar de que había viajado, según sus palabras, a "un mundo oscuro" y ahora cargaba con las consecuencias de ese viaje, era una mujer más o menos joven que encontraría la manera de convertirse en una adulta sana, con todas las penas y altibajos que conlleva.

EL RELATO DE EMMA

Las historias de las Terapias Uno y Dos, por supuesto, son nuestros relatos. Emma tiene su propio relato. Para añadir su voz al informe anterior, pedimos a Emma que compartiera con nosotros su versión de este episodio de su vida. Los siguientes son extractos de su respuesta por escrito a esta solicitud.

La experiencia en Yale cuando empecé a tener problemas fue bastante aterradora. Me sentía muy sola en el proceso, y no creo que mi consejera particular fuera la más ideal. Preferiría otra cosa, pero realmente no tenía opción porque la primera vez que la vi fue en el horario de atención sin cita previa de la clínica.

El sistema que Emma encontró, aunque atendía a personas sin cita, no tenía forma de controlar su experiencia y encajar con alguien que pudiera sentirse a gusto. El énfasis estaba en ofrecer un servicio competente sin tener feedback del cliente al que se servía.

También creo que la psiquiatra que me asignaron no fue útil para advertirme sobre los fármacos y sus efectos secundarios. Más que nada me habló de los efectos físicos, como calambres musculares, y que este tipo de medicación me lo administraba a dosis muy bajas, así que pensé que sería una solución rápida. Su explicación de lo que me pasaba realmente no se entendía porque en realidad no estoy familiarizada con las definiciones psiquiátricas abstractas utilizadas. Dijo que había tenido un episodio psicótico, yo había escuchado el adjetivo antes, pero realmente no podía ver qué relación podría tener conmigo, así que realmente no lo comprendí, e incluso me confundió más.

Las explicaciones de la doctora, esotéricas para Emma, aumentaron su incertidumbre y la hicieron sentir aún menos segura de lo que estaba sucediendo y de su capacidad para hacerle frente. Cuando le preguntamos qué fue útil y qué no de la ayuda profesional que recibió cuando volvió a casa, Emma escribió esto:

Si un psiquiatra puede ser considerado un profesional que ayuda, yo diría que mi experiencia fue negativa. El trayecto psiquiátrico convencional que seguí: un psiquiatra, la toma de un fármaco psicotrópico prescrito, y luego la hospitalización frustraron lo que probablemente hubiera sido una recuperación mucho más rápida. El psiquiatra, el Dr. N---, cuya consulta visité, realmente me trató como si fuera una persona que no podía tomar mis propias decisiones. Creo que me vio como infrahumana, y probablemente también fue racista o tuvo una

filosofía racista de la psiquiatría y de cómo las enfermedades afectan más a ciertos grupos. Él me hizo salir de la habitación cuando le dijo a mi padre que debería ser hospitalizada, lo cual creo que fue una violación de los derechos del paciente ya que debería haber sido informada en primer lugar.

En esta parte de su relato, Emma describe su alienación continua derivada no de su problema original, sino a partir de la respuesta del sistema al mismo. El hecho de que ahora escriba sobre esto con más de un deje de indignación habla de sus recursos personales que no serían sometidos, ya sea por su sufrimiento o por un sistema que los subestima. Ella habla sobre su hospitalización:

La psiquiatra que me asignaron en el hospital psiquiátrico en el que estuve también era muy degradante. Me trataba como a un animal. Yo estaba muy nerviosa debido a mi sobremedicación antipsicótica, y estoy convencida de que actué obsesivamente a causa de ella, y yo insistía en que no estaba enferma ni esquizofrénica. La estaba acosando continuamente para que cambiara el diagnóstico y averiguara lo que me pasaba, y me gritó y me dijo que me fuera.

De un encuentro a otro, los recursos y deseos propios de Emma fueron ignorados, como la experiencia con Ann que Barry contó en el prólogo. Al mismo tiempo, Emma experimentó efectos no deseados de la medicación neuroléptica. Comprensiblemente, llevó su resistencia a otro nivel, intentando otras tácticas para llamar la atención sobre su deseo de ser escuchada y de ser tratada como una persona racional y sensata, como un ser humano. Uno puede conjeturar que lo que los demás a menudo ven como un comportamiento psicótico pueden ser, de hecho, esfuerzos desesperados para enfrentar un contexto deshumanizante.

Todas las decisiones que se tomaron por mí durante este período de tiempo sólo empeoraron mi estado mental. Me convertí en una zombi debido a los fármacos, y realmente yo no era en absoluto la misma persona. Nunca he visto nada como lo que esos fármacos pueden hacerle a uno. Nadie debería tener que tomarlos. Estuve en un hospital durante nueve días, y no salí a la calle, y como estaba zombi no me importó no exponerme a la luz solar natural ni al aire fresco.

Cuando una persona es definida como psicológicamente enferma, entonces el espacio hospitalario solo se considera como organizado. En cambio, Emma señala el efecto resultante de meses de medicación y de aislamiento hospitalario y la subsiguiente separación de los elementos naturales que actúan en sinergia con nuestros cuerpos y nuestros estados de ánimo para mantenernos estables, especialmente la luz solar y el aire exterior.

Mi terapeuta en el hospital, que estaba en contra de mi hospitalización y medicación, fue de gran ayuda durante este período, porque nos hizo conscientes de los peligros y la posibilidad de llegar a depender de la medicación psiquiátrica.

Emma reaccionó con alguien que compartió información que podía ayudarla a dar sentido a lo que estaba experimentando y le dio diferentes opciones para manejarlo. Estas son algunas de sus observaciones sobre las primeras sesiones en nuestra consulta:

Mi experiencia con Barry fue un buen punto de partida, pero creo que en ese momento yo estaba tan seriamente deprimida que no tenía fe en nada que pudiera

ayudar en mi recuperación. La escala de avance indicaba que Barry y yo no teníamos un buen ajuste en ese momento, pero creo que posiblemente no era buena compañera para nadie en aquel momento. Creo que fue un buen ejemplo de cómo la lenta recuperación ocurre cuando el problema es mental y no físico.

La explicación de Emma de por qué las cosas no avanzaban coincide con la nuestra. Señaló que, aunque Barry podría no haber sido el más ajustado, su proceso de recuperación simplemente puede haber seguido su propio curso. Lo que esperábamos hacer era no interferir con ese curso. Continuar con el mismo formato durante mucho más tiempo sin cambios podría construir un sentimiento de desesperanza y culpa. En cambio, entendimos el problema como una necesidad de Emma de cambiar de escena, por así decirlo. El cambio de terapeutas aquí simplemente significó que volveríamos a hacer lo que fuera, incluso si eso significaba salirse del camino.

La cultura de la salud mental con frecuencia culpa a los clientes por no mejorar. En un clima así, los clientes pueden llegar a verse sin la esperanza de que alguien pueda ayudarles. Tal vez tenemos que trabajar más duro para hacer frente a esta construcción de desesperanza. Podríamos correr la voz de que la investigación nos dice lo contrario: cuando los clientes no están obteniendo resultados en un formato, no es debido a la gravedad de su problema o a una carencia de lo que se necesita para mejorar. Más bien, se debe a un ajuste no óptimo entre el profesional y el cliente; con un mejor ajuste, los clientes logran resultados fácilmente. Continuar en una terapia donde el cambio no está ocurriendo puede contribuir a la cronicidad de un problema, cortocircuitando la progresión natural de la crisis a la vida cotidiana más o menos problemática.

Le pedimos a Emma que completara su relato de la terapia describiendo su proceso de cambio:

Inicialmente, la experiencia fue algo que sentí contraproducente porque no estaba consiguiendo mejorar o no me veía mejor, pero luego hacia el final estaba bien que estuviese empezando a abordar los temas que eran importantes para mí, como anticipar el futuro a medida que empecé a sentirme más positiva conmigo misma... Mi experiencia del cambio es en muchas formas inexplicable y muy simple. Un día yo estaba en el baño, y empecé a pensar en el futuro, como "Oh, tengo que conseguir pronto mi carnet de conducir", y a partir de ahí todo fue mejor. Antes no había tenido en absoluto pensamientos positivos asociados con mi futuro. Las cosas siempre parecían muy sombrías. No tenía pensamientos positivos ni energía dirigida hacia el futuro. Eso parecía tan simple, pero fue un cambio vital porque sembró en mi mente la semilla de algo mayor.

La descripción del cambio de Emma no nos dice nada y nos dice todo. Nos dice que el cambio es esencialmente un proceso muy idiosincrático; sigue siendo uno de los eventos más misteriosos ampliamente estudiado de toda la psicoterapia. Las descripciones de la gente de sus experiencias de cambio subrayan su carácter enigmático. El cuerpo de datos empíricos que tenemos sobre el cambio no resuelve nada de este misterio. No nos da nada acerca del contenido único del cambio tal como se experimenta personalmente. Lo que sí hace, sin embargo, es apuntar a temas comunes. Como mejor podrían resumirse estos temas es de la siguiente manera: (1) el cambio sucede, y (2) se trata del cliente.

SE TRATA DEL CLIENTE

Para nosotros, la pregunta es la siguiente: ¿Hasta qué punto nuestras teorías y prácticas apoyan el cambio y el papel que le corresponde al cliente como autor principal? El cambio de paradigma que imaginamos está comprometido con un modelo relacional en vez de uno médico. Acepta un proceso dirigido por el cliente en lugar de basarlo en la teoría. Y subraya el resultado definido por el cliente en lugar de la competencia como una medida de la eficacia.

Un modelo relacional significa que los terapeutas trabajan *con* en vez de *sobre* los clientes. En una terapia-con, los clientes tienen la voz más importante sobre lo que quieren y cómo prefieren conseguirlo. Como escribió Emma:

Hay que dejar que el cliente sepa que es el único que puede comenzar a cambiar porque este tipo de cosas sólo salen de dentro. La gente puede ayudarte y guiarte pero, al fin y al cabo, es tu elección. Tienes que decidir mejorar.

Nuestra visión rechaza la teoría exclusiva y derivada del experto como fundamento para la práctica. En cambio, se interesa por las ideas del cliente sobre el cambio, los temas iniciados por el cliente, sus prioridades y sus puntos de vista sobre el progreso de la terapia. Eleva sin reservas las teorías locales, de los clientes, sobre todo aquello que anteriormente la comunidad terapéutica consideraba sagrado. Tal como lo expresó Emma:

Ella [la psiquiatra] quería reducir todo a términos médicos desde que fui hospitalizada y medicada, y dijo que quería ayudarme con lo que había desencadenado todo, que ella pensó que se trataba de ansiedad. Pero incluso si se tratase de ansiedad lo que disparó todo lo que pasó esos meses, yo necesitaba ayuda con otra cosa, porque estaba tan indiferente en ese momento al estar medicada todavía, y la ansiedad no tenía nada que ver con mis problemas emocionales.

Por último, nuestro futuro preferido equipara la competencia del terapeuta con los resultados definidos por el cliente. Son los clientes, y no los supervisores, ni los directores, ni los comités autorizadores, ni las compañías de seguros, ni los directores generales de las agencias, los jueces últimos de si el servicio es eficaz. La práctica se desplaza desde un énfasis en la competencia en la prestación de servicios, tal como se define por la disposición repetitiva del tratamiento basado en la evidencia y los procedimientos profesionales, hacia la práctica guiada por los resultados, donde los clientes guían el proceso diciéndonos lo que funciona y lo que no. Los terapeutas ya no están al servicio de las teorías desconectadas del proceso inmediato de la terapia. En vez de eso, están al servicio de los clientes, midiendo cada paso en función de la recogida sistemática en el momento, del feedback del cliente.

En un sistema relacional, dirigido por el cliente y guiado por los resultados, algunas de las cosas pueden ir a contracorriente de lo que se considera la “mejor práctica”. Emma escribió:

Bueno, por supuesto, tú y Barry compartís una filosofía única en lo que a salud mental se refiere. Me podrías haber metido en un hospital, por mis acciones y mis

palabras, y podría haber sido medicada y de nuevo dado dos pasos atrás, pero no lo hiciste, y por eso siempre estaré agradecida.

Usted también puede tener que saltar los límites habituales de la práctica para llevar a cabo las metas y métodos preferidos por el cliente. Como Emma escribió: "Yo diría que la gente debe tener *siempre* alguien con quien hablar o para estar con ellos en cualquier momento del día. Esto es extremadamente importante si son un peligro para ellos mismos y los demás."

Por encima de todo, es posible que tenga que suspender un arraigado desprecio por el conocimiento, el valor, y la voluntad del cliente para superar incluso las circunstancias más angustiantes. Creer en los clientes apuntala el proyecto del cliente heroico. Reconocemos que la mayoría de los profesionales de la ayuda, incluidos los que estuvieron en contacto con Emma, están comprometidos con el trabajo ético y comprensivo. Entonces, como profesión, ¿cómo hemos llegado a abandonar nuestros instintos para creer y ser sensibles con nuestros clientes? ¿Cómo hemos llegado hasta aquí partiendo de los impulsos idealistas que nos atrajeron a muchos de nosotros a este trabajo? Las raíces de la desconfianza en nuestros clientes residen en nuestra historia, incluyendo los supuestos acerca de la locura y su curación. También tienen mucho que ver con el dinero y el poder. Desafiamos las creencias y las prácticas que dificultan nuestras mejores intenciones, devalúan a los clientes y distorsionan el proceso de cambio. Invitamos a aquellos que comparten una esperanza y una visión diferente del futuro a aprender de los clientes en estas páginas y en nuestros recuerdos y a mantenerse creativos y decididos en nuestra tarea con el cambio.

Como Emma escribió: "También me gustaría decir que deben ser pacientes y animar al cliente de que va a mejorar, pero tienen que creer porque yo mejoré, y soy la prueba viviente."

APENDICE I. UN INFORME EN PRIMERA PERSONA DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL*

Ronald Bassman

En 1969, a la edad de veinticinco años, fui internado en un hospital psiquiátrico por segunda vez en tres años. El primer diagnóstico, esquizofrenia tipo paranoide, fue seguido por el de esquizofrenia tipo crónico. Mis tratamientos incluyeron electroshock, comas de insulina y dosis masivas de medicación. Después de recuperarme de mis "tratamientos" y comenzar a abordar los problemas de identidad que habían provocado mi excursión a la "locura", regresé a la escuela de posgrado en la Universidad de Southern Mississippi y obtuve el doctorado. He trabajado como psicólogo en un hospital estatal y en la práctica privada, he sido un consultor de numerosas escuelas y agencias estatales y director de un centro de salud mental que abarcaba siete condados. Al trabajar como clínico y abogado, escondí mi historial psiquiátrico durante más de veinte años. Hace unos cinco años, elegí identificarme como un superviviente psiquiátrico con el fin de sacar a la luz toda mi experiencia. Actualmente estoy implicado en la defensa y el reciclaje del personal del hospital estatal usando un modelo de recuperación, y el desarrollo de un proyecto de auto-ayuda en la División de Atención al Usuario³² de la Oficina Estatal de Salud Mental de Nueva York. Soy vicepresidente de la Asociación Nacional para la Protección y Defensa de los Derechos y también formo parte del grupo de trabajo de la Asociación Americana de Psicología para el Trastorno Mental Grave y Niños con Perturbaciones Emocionales Graves.

Derrotado y abatido, estaba demasiado débil para resistir el argumento del psiquiatra a mis padres en la reunión de alta. Su trabajo consistía en convencernos de que yo era un esquizofrénico incurable. Tenía veintitrés años cuando ese doctor acusador, haciendo también de juez y jurado, me sentenció a una vida de, como mucho, locura controlada. Con la certeza petulante de un corredor de apuestas, le dijo a mi familia que mis posibilidades de conseguirlo sin ser hospitalizado de nuevo eran muy escasas. Sus órdenes médicas fueron expresadas con una autoridad absoluta que desalentaba cualquier desafío.

Sin apenas reconocer mi presencia, señaló con la cabeza hacia mí y dijo: "Su hijo tiene que tomar medicación para el resto de su vida, y volver al hospital semanalmente para tratamiento ambulatorio. No debería ver a ninguno de sus viejos amigos. Si su conducta cambia o se altera, háganmelo saber."

En 1970 fui dado de alta de un hospital psiquiátrico por segunda vez y etiquetado como esquizofrénico crónico, transcurrieron muchos años antes de que pudiera librarme de un nombre que maldice al portador, un nombre que me robó el derecho de respetarme a mí mismo.

* Nota: Este artículo fue publicado originalmente en *Psychotherapy Bulletin* (Bassman, R. [1999]. The psychology of mental illness: The consumers/survivors/ex-mental patients' perspective. *Psychotherapy Bulletin*, 34(1), 14-16) y se reproduce aquí con permiso.

³² NT: New York State Office of Mental Health Division of Recipient Affairs. Entendemos que el equivalente en nuestro sistema de salud sería *Atención al Usuario*.

¿Qué es la locura? ¿Tiene bordes, una frontera invisible que se atraviesa, o es como caer por el precipicio de una montaña? Ir cayendo por las cornisas escarpadas del acantilado puede proporcionar respiros temporales. Algunos pueden caer en ese agujero negro impulsados por el empuje de fuerzas visibles e invisibles desde dentro y desde fuera. Aquellos lo suficientemente desafortunados para caer al fondo sufren un infierno que esquiva la descripción a todos, salvo al artista dotado. Una vez atrapados, los bordes escurridizos y brillantes de ese imaginario aunque real agujero repelen y se mofan de los intentos de fuga. Familia, amigos y médicos dejan caer cuerdas y escaleras para ofrecer su ayuda, pero la obediencia absoluta es un precio demasiado alto para esa asistencia. La pasión, la fuerza, el auto-respeto, y los sueños enraizados no deben considerarse como exceso de equipaje para descartar antes de la ascensión.

Solo y rodeado por otros, doloroso silencio interrumpido por ruido insoportable, nada es predecible. La oscuridad confusa del temor, el terror y la soledad hacen que noche y día sean indistinguibles. Las leyes de la realidad han estallado. El yo se ha desintegrado. Todo es posible. Nada es factible. Aun así, para aquellos capaces de mirar dentro y ver más allá de los reflejos distorsionados en los brillantes muros de piedra mágicos de su loco confinamiento, la esperanza puede iluminar la visión de que un mañana mejor es posible.

Hoy en día, después de haber conseguido "crédito" y cierto grado de respeto por parte de mis pares tanto profesionales como consumidores/supervivientes, tengo la oportunidad de hablar y abogar por aquellos que han perdido sus voces. Muchos de nosotros hemos sido obligados a aceptar las creencias más actuales y más fuertemente promovidas sobre la enfermedad mental, con sus pronunciamientos sobre discapacidad de por vida y la demanda asociada para reducir la ambición de nuestros sueños y aspiraciones. Otros definen para nosotros expectativas realistas tales como trabajos poco estresantes en los ámbitos de las 4 F's: basuras, archivos, alimentación y recaderos [en inglés: filth, filing, food, fetching]. Muchos han aprendido a sobrevivir convirtiéndose en total e irremediamente sumisos. Me uno a mis compañeros consumidores/supervivientes en un movimiento social en expansión, un movimiento por los derechos que nunca antes había existido. En el pasado, la reforma de la salud mental siempre ha sido impulsada por la pasión y el liderazgo de unos pocos individuos especiales, y cuando su tiempo ha pasado, la reforma y el progreso han finalizado. Ahora la esperanza es que a través del descubrimiento de los demás, de la unión y las alianzas, el que se está recuperando, el recuperado, el transformado que una vez estuvo aislado, encerrado, encontrará la validación en otras personas que han compartido su experiencia de confusión, dolor y opresión. Después de haber redescubierto las verdades personales de su experiencia, ya no consentirán volver a ser descritos mediante etiquetas que niegan su dignidad y valor como personas completas con diversas fortalezas y debilidades.

Dentro del movimiento de consumidores/supervivientes, los una vez asustados y golpeados, los que escuchan voces, los traumatizados, las víctimas de la discinesia tardía, se están uniendo con sus compañeros para defender y presionar por sus derechos, para crear alternativas de auto-ayuda, para compartir el éxito de las estrategias de abordaje, y para inspirar e infundir esperanza a través de ejemplos personales de sus vidas vividas. Los activistas consumidores/supervivientes hablan de empoderamiento y liberación. Se niegan a permitir que otros hablen por ellos y están reclamando la

propiedad de su experiencia. Cuando buscamos terapia o ayuda, estamos buscando relaciones de colaboración activa donde se han minimizado las desigualdades de poder. Aprendimos que prosperamos en la elección, la esperanza y la posibilidad. Y nos marchitamos y atrofiarnos en la fuerza y la coerción. Habiendo aprendido por experiencia personal que nos pueden quitar todos nuestros derechos, sabemos que debemos luchar para mantenerlos, y por lo tanto podemos sospechar de los que se ofrecen para ayudar. Nos resuena la visión de una mujer aborigen desconocida que dijo: "Si vienes para ayudarme, estás perdiendo el tiempo. Pero si has venido porque tu liberación está ligada a la mía, trabajemos juntos."

Ahora es un momento excelente para que los psicólogos se unan a los consumidores/supervivientes en la reforma de un sistema de salud mental opresivo, fundamentado en un modelo médico, dominado por fármacos, que es perjudicial para las personas que han sido diagnosticadas de una enfermedad mental grave. Los aliados genuinos son bienvenidos. Estáis invitados a conocer la rica diversidad de proyectos y literatura del consumidor/superviviente y la investigación que ha ido surgiendo durante los últimos veinte años, aunque se mantuvo prácticamente ausente del ámbito académico, de las publicaciones más importantes y de las principales corrientes prácticas.

Agradezco profundamente a los psicólogos que están dispuestos a despojarse del rol jerárquico de experto que ayuda en favor de la colaboración abierta de persona a persona en un viaje de crecimiento mutuamente beneficioso. Como consumidor/superviviente y psicólogo, estoy decepcionado y avergonzado por la ausencia casi total de psicólogos en los ámbitos políticos donde los consumidores/supervivientes han tenido que hablar sin aliados, aunque no sin escasez de aquellos que se escogerían a ellos mismos como sus cuidadores. Les insto a formarse. Descubra cómo diferenciar quién se autoidentifica como consumidor de quién se autoidentifica como superviviente psiquiátrico. Conozca las diferencias entre los grupos de consumidores/supervivientes y grupos familiares de defensa (NAMI) y la forma en que a menudo se han opuesto en cuestiones de defensa. Le pido que haga un poco de introspección para ver si sus creencias son compatibles con la voluntad de asumir los riesgos inherentes a las acciones necesarias para eliminar las barreras para el empoderamiento de los más marginados entre nosotros: la persona diagnosticada y tratada de enfermedad mental grave.

¿Qué parte de nuestras libertades individuales son sacrificables a la vigilancia de la sociedad en su afán por mantener la ilusión de control, la previsibilidad y la seguridad? ¿Continuará el "enfermo mental" sirviendo como el chivo expiatorio del "nosotros no" que desvía convenientemente a las personas de hacer frente al siempre posible terror de la vida y la muerte? Mientras observo el creciente número de personas diagnosticadas de algún tipo de enfermedad mental, y más triste todavía, el número de niños a los que se prescribe Ritalin y cuyos diagnósticos les preparan para convertirse en el nuevo grupo de "enfermos mentales crónicos", me estremezco ante el precio exigido para alimentar nuestra necesidad comunitaria de previsibilidad y seguridad.

Insto a los psicólogos a aprender cómo pueden utilizar su educación, talentos y habilidades en nuevas formas de participar en un excitante camino de colaboración de creatividad y crecimiento personal donde las personas se apoyan como iguales unos a otros y hablan de lo que tienen en sus corazones. Para ser eficaz en el servicio que

prestan a un consumidor/superviviente, es imperativo que aparezca el individuo y el valor de esa persona especial, mediante la participación en una búsqueda de colaboración para encontrar comprensión, significado y conexión en esta narrativa vital en desarrollo de la persona.

APÉNDICE II: INFORMACIÓN DE RECURSOS DEL CONSUMIDOR/SUPERVIVIENTE/EXPACIENTE

Compilado por Ronald Bassman

Aprender a escoger y elegir lo que funciona mejor para usted a menudo requiere investigación fuera del modelo médico convencional. La experiencia desarrollada por pares -consumidores/supervivientes/ex-pacientes (C/S/X)- generalmente es citada como significativa para el auto-desarrollo de las personas y para emerger desde un rol de pasividad y dependencia. Lo que sigue son algunos recursos útiles para las personas que cuestionan la validez de su diagnóstico y tratamiento para enfermedades mentales graves y quieren tomar una responsabilidad más personal y control sobre sus vidas:

National Empowerment Center: <http://www.power2u.org>
Financiación federal, centro de asistencia técnica autogestionada

MadNation: <http://www.madnation.org>
Activismo C/S/X e information

Coalición de apoyo: <http://www.efn.org/~dendron/index.html>
Coalición de grupos internacionales de activismo C/S/X

Red de intercambio de conocimientos: <http://www.mentalhealth.com>
Financiación federal, iniciativa C/S/X para información

Mind: <http://www.mind.org.uk/>
Defensa y activismo C/S/X en Gran Bretaña

Asociación Nacional para la Protección y Defensa de los Derechos: <http://www.connix.com/~narpa>
Alianza de defensa de abogados, C/S/X y profesionales de salud mental

National Mental Health Self-Help Clearinghouse: <http://www.mhselfhelp.org/>
Financiación federal, Centro de Asistencia Técnica C/S/X

Para anuncios, información y boletines, contactar con los siguientes grupos:

National Empowerment Center: (800) 769-3728

National Mental Health Consumers Self-Help Clearinghouse: (800)
553-4539

APÉNDICE III: CINCO PREGUNTAS SOBRE PSICOTERAPIA

1. ¿Qué direcciones debe tomar la práctica de la profesión?

La psicoterapia ha quedado reducida prácticamente a diagnósticos médicos y tratamientos basados en la evidencia. La figura clave, el cliente, se ha quedado fuera, y la búsqueda de los procesos mágicos que producen el cambio nos distrae de la variable crítica para el resultado. Los terapeutas no necesitan saber qué enfoque usar para un diagnóstico dado en la medida en que la relación actual está produciendo resultados, y si no, lo que debe saber es cómo ajustar la terapia para maximizar las posibilidades de éxito. Los terapeutas deben monitorizar rutinariamente la prestación de servicios con medidas confiables, válidas y viables de resultados definidos por el cliente. El campo debe abarcar la gestión de los resultados desde el punto de vista del cliente/consumidor como principal línea de la práctica, y evitar intelectualizaciones orientadoras de los procesos del trabajo psicoterapéutico.

2. ¿Qué líneas de investigación debería adoptar la profesión?

Estudio tras estudio se ha confirmado el Veredicto del Pájaro Dodo; es decir, todos los enfoques son igualmente eficaces. Por consiguiente, el campo debe abandonar la investigación de modelos y técnicas, ya que no mejorará ni una pizca la eficacia de la psicoterapia. A la inversa, los estudios han demostrado que el feedback del resultado aumenta la eficacia hasta un 65 por ciento, y que los clientes cuyos terapeutas tenían acceso a información sobre resultado y alianza eran menos propensos a empeorar, con más probabilidad permanecían más tiempo en terapia, y tenían el doble de probabilidades de lograr el cambio. La mejor esperanza para implementar la eficacia se ha encontrado en la investigación de la gestión de resultados.

3. ¿Qué orientaciones teóricas debe tomar la profesión?

Para todas las afirmaciones y contraafirmaciones, y los miles de formulaciones teóricas, la psicoterapia no ha identificado un único constructo o ingrediente específico que produzca el cambio de forma fiable. La historia de amor con la teoría tiene lugar fuera del alcance de aquellos a quien más afecta, y ciega el campo al rol que juega el cliente para lograr un cambio. Tener una "línea teórica" sólo apoya la búsqueda del Santo Grial (sin duda eso ya lo hemos hecho). Como campo, debemos restarle importancia a la teoría y en su lugar amplificar la voz del cliente a través del feedback formal sobre los resultados, que a la vez mejora la eficacia con cada cliente.

4. ¿Qué líneas de formación y entrenamiento debe tomar la profesión?

La investigación documenta una relación complicada entre la formación y el resultado. A lo sumo, los datos indican una correlación pequeña. En el peor de los casos, otra investigación encuentra que el aumento de la cantidad de entrenamiento recibido por la mayoría de los terapeutas en realidad puede disminuir la eficacia. La manualización de los llamados tratamientos empíricamente apoyados no ha demostrado ser útil para mejorar los resultados, y tiene el potencial de afectar negativamente la relación y disminuir la innovación clínica.

Guiarse por los resultados informados aborda directamente las limitaciones del entrenamiento y ofrece la primera protección "en tiempo real" a los consumidores y pagadores. En lugar de las terapias con apoyo empírico, los consumidores tendrían acceso a terapeutas empíricamente validados. El entrenamiento podría ser utilizado para

ayudar a los clínicos a escuchar, dominar, y responder al feedback formal del cliente. La creatividad y la ética destacarían sobre el dominio de los métodos particulares. El énfasis se desplazaría de la competencia a la eficacia; la determinante final para graduarse sería la capacidad para ayudar realmente, en lugar de la simple regurgitación del "estado del conocimiento" actual en el campo.

5. ¿Qué le gustaría que pareciera el campo de la psicoterapia en veinticinco años?

Dada la evidencia empírica, buscar la mejora en el tratamiento en términos de proceso terapéutico es un error; de hecho, es más de la misma clase de pensamiento que dio lugar a las mismas rivalidades que parecen paralizarnos. En veinticinco años, esperamos que el campo haya dejado atrás los esfuerzos para buscar un consenso sobre cómo realizar la terapia. En vez de eso, clientes, clínicos, teóricos e investigadores estarían trabajando juntos para desarrollar las formas más eficaces de utilizar el feedback del cliente en cuanto al resultado y al proceso de tratamiento para mejorar el éxito. Los clientes heroicos se asociarían con nosotros para mejorar la eficacia y asegurar la responsabilidad, la restauración de la fe en la psicoterapia y el restablecimiento de nuestra identidad relacional más que médica.

APENDICE IV: ESCALA DE EVALUACIÓN DEL RESULTADO Y ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN; VERSIONES EXPERIMENTALES PARA NIÑOS.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE RESULTADO (ORS)

| | |
|---------------------|--------------|
| Nombre: _____ | Edad: _____ |
| Nº identidad: _____ | Sexo: _____ |
| Sesión nº: _____ | Fecha: _____ |

Pensando sobre la semana pasada, incluyendo hoy, ayúdenos a entender cómo se ha estado sintiendo en las áreas incluidas en esta encuesta. Marcas a la izquierda representan niveles bajos y marcas a la derecha representan niveles altos.

Individualmente: (Bienestar personal)

Mal I-----I Bien

Con otras personas: (Familia, relaciones cercanas)

Mal I-----I Bien

Socialmente: (Trabajo, Escuela, Amistades)

Mal I-----I Bien

Global (en general): (Sentido general de bienestar)

Mal I-----I Bien

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN (SRS V.3.0)

| | |
|---------------------|--------------|
| Nombre: _____ | Edad: _____ |
| Nº identidad: _____ | Sexo: _____ |
| Sesión nº: _____ | Fecha: _____ |

Por favor indique cómo fue la cita de hoy poniendo una marca vertical en la línea que más cerca se aproxime a su experiencia.

Relación con terapeuta:

Sentí que el terapeuta
no me escuchó,
no me entendió

I-----I

Sentí que el terapeuta
me escuchó,
me entendió y me respetó

Metas y Temas:

No trabajamos ni hablamos
de lo que yo quería
trabajar y hablar

I-----I

Trabajamos y hablamos
de lo que yo quería
trabajar y hablar.

Enfoque o Método:

El enfoque del
terapeuta
no va conmigo

I-----I

El enfoque del
terapeuta
va conmigo.

Global (en general):

Algo faltó en
la cita de hoy

I-----I

Globalmente, la cita
de hoy fue buena para mi

Instituto de Estudio hacia el Cambio Terapéutico

www.talkingcure.com

© 2000, Lynn D. Johnson, Scott D. Miller y Barry L. Duncan

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE RESULTADO PARA NIÑOS (CORS)

Nombre: _____ Edad: _____
Sexo: M/F N° sesión: _____ Fecha _____

¿Cómo te va? ¿Cómo van las cosas en tu vida? Por favor haz una marca en la escala para que podamos saberlo. Cuanto más cerca de la cara sonriente, mejor van las cosas. Cuanto más cerca de la cara triste, las cosas no van tan bien.

Yo
(¿Cómo me va?)



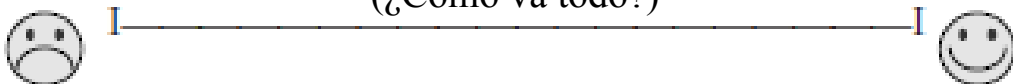
Familia
(¿Cómo van las cosas en mi familia?)



Escuela
(¿Cómo me va en la escuela?)











Todo
(¿Cómo va todo?)



ESCALA DE CALIFICACIÓN DE LA SESIÓN PARA NIÑOS (CSRS)

| | |
|----------------------------|-------------|
| Nombre: _____ | Edad: _____ |
| Sexo: M/F N° sesión: _____ | Fecha _____ |

¿Cómo fue el tiempo que estuvimos juntos hoy? Por favor, pon una marca en las líneas de abajo para que podamos saber cómo te sientes.

| | | | | |
|--|---|-------|---|--|
| No siempre me escuchó |  | ----- |  | Me escuchó |
| Escucha | | | | |
| Lo que hicimos y hablamos no es tan importante para mi |  | ----- |  | Lo que hicimos y hablamos es importante para mi |
| Cómo de importante | | | | |
| No me gustó lo que hicimos hoy |  | ----- |  | Me gustó lo que hicimos hoy |
| Qué hicimos | | | | |
| Me gustaría que pudiéramos hacer algo diferente |  | ----- |  | Espero que la próxima vez hagamos el mismo tipo de cosas |
| Global | | | | |

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks y Lynn D. Johnson

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE RESULTADO PARA NIÑOS PEQUEÑOS (YCORDS)

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: M/F N° sesión: _____ Fecha _____

Elige una de las caras para mostrar cómo van las cosas para ti. O puedes dibujar una debajo que sea perfecta para ti.



Instituto de Estudio hacia el Cambio Terapéutico

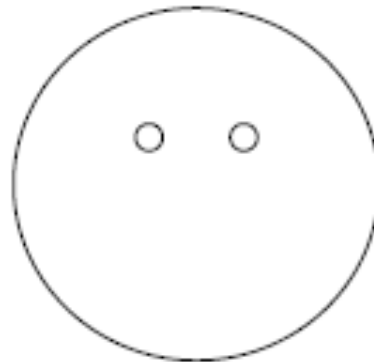
www.talkingcure.com

ESCALA DE CALIFICACIÓN DE LA SESIÓN PARA NIÑOS PEQUEÑOS (YCSRS)

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: M/F N° sesión: _____ Fecha _____

Elige una de las caras para mostrar cómo fue para ti estar aquí hoy. O puedes dibujar una debajo que sea perfecta para ti.



Instituto de Estudio hacia el Cambio Terapéutico

www.talkingcure.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Andy Huggins y Jacqueline A. Sparks

Referencias

- Addis, M. E., Wade, W. A., & Hatgis, C. (1999). Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based therapies. *Clinical Psychology, 6*, 430–441.
- Ahn, H., & Wampold, B. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 251–257.
- Albee, G. (2000). The Boulder Model's fatal flaw. *American Psychologist, 55*, 247–248.
- American Association of Marriage and Family Therapy. (2001). *AAMFT Code of Ethics* [On-line]. Available: <http://www.aamft.org/ethics/2001code.htm>.
- American Counseling Association. (1995). *Code of ethics*. [On-line]. Available: http://www.counseling.org/site/resources_ethics.html.
- American Healthcare Institute. (2003). *Approved, state of the art seminars for mental health professionals* [Advertisement]. Baltimore: Author.
- American Psychiatric Association. (1952). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1980). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1993). *Task force report on promotion and dissemination of psychological practices*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1998a). Take part in national anxiety disorders screening day. *APA Monitor, 29*(1), 39.
- American Psychological Association. (1998b). *Communicating the value of psychology to the public*. Washington, DC: Author.

- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060–1073.
- Anastasi, A. (1982). *Psychological testing* (5th ed.). New York:Macmillan.
- Anderson, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and metadiologue in clinical work. *Family Process*, 26, 415–428.
- Angell, M. (2000). Is academic medicine for sale? *The New England Journal of Medicine*, 342(20), 1516–1518.
- Angold, A. E., Costello, J., Burns, B. J., Erkanli, A., & Farmer, E.M.Z. (2002). Effectiveness of nonresidential specialty mental health services for children and adolescents in the “real world.” *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 154–160.
- Anker, M., & Duncan, B. (2003). Using the Outcome Rating Scale with couples. Manuscript in preparation.
- Antonuccio, D. O., Danton, W. G., DeNelsky, G. Y., Greenberg, R. P., & Gordon, J. S. (1999). Raising questions about antidepressants. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 3–14.
- Arneill, A. B., & Devlin, A. S. (2002). Perceived quality of care: The influence of the waiting room environment. *Journal of Environmental Psychology*, 22(4), 345–360.
- Asarnow, J. R., Jaycox, L. H., & Tompson, M. C. (2001). Depression in youth: Psychosocial interventions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(1), 33–48.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 33–56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Asay, T. P., Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Goates, M. K. (2002). Using patient-focused research in evaluating treatment outcome in private practice. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1213–1225.
- Bachelor, A. (1995). Clients’ perception of the therapeutic alliance: A qualitative

- analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 323–337.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133–178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Barondes, S. (1993). *Molecules and mental illness*. New York: Scientific American Library.
- Barry, E. (2003, March 9). Guidelines pushed on child medication: Romney aide questions use of psychiatric drugs in Mass Health program. *Boston Globe*, pp. 26.
- Belar, C. (2003). Competencies for quality health care. *Monitor on Psychology*, 34, 38.
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Berman, P. (1998). Psychotherapists' income plummet! *The Maryland Psychologist*, 16, 22–28.
- Beutler, L. (1997). Facts and fiction about prescription privileges. *Psychotherapy Bulletin*, 32, 4–6.
- Beutler, L., & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner-Mazel.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). In M. J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227–306). New York: Wiley.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 35(12), 1575–1583.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Pilkonis, P. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 162–171.

- Bohart, A., & Tallman, K. (1999). *What clients do to make therapy work*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–260.
- Borduin, C., Mann, B., Cone, L., Henggeler, S., Fucci, B., Blaske, D., & Williams, R. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569–578.
- Bosely, S. (2003, June 10). Seroxat warning over risk to young. *The Guardian*, available www.guardian.co.uk/uk_new/story/0,3604,974175/00.html.
- Breggin, P. (1998). *Talking back to Ritalin*. Monroe, MA: Common Courage Press.
- Breggin, P. (2000a). The NIMH multimodal study of treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder: A critical analysis. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 13, 15–22.
- Breggin, P. (2000b). *Reclaiming our children: A healing plan for a nation in crisis*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- Breggin, P., & Cohen, D. (1999). *Your drug may be your problem: How and why to stop taking psychiatric medications*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- Brent, D. A., & Birmaher, B. (2002). Adolescent depression. *New England Journal of Medicine*, 347, 667–671.
- Brickman, P., Rabinowitz, V., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E., & Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37, 368–384.
- Brown, J., Dreis, S., & Nace, D. K. (1999). What really makes a difference in psychotherapy outcome? Why does managed care want to know? In M.A. Hubble, B. L. Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 389–406). Washington, DC: American Psychological Association.
- Carroll, L. (1962). *Alice's adventures in Wonderland*. Harmondsworth,

- Middlesex: Penguin. (Original work published 1865)
- Carson, R. C. (1997). Costly compromises: A critique of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. In S. Fisher & R. P. Greenberg (Eds.), *From placebo to panacea: Putting psychiatric drugs to the test* (pp. 98–114). New York:Wiley.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R.,Wiser, S., Raue, P., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 497–504.
- Clement, P. W. (1994). Quantitative evaluation of 26 years of private practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 25*, 2, 173–176.
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Carroll, K. M., Longabaugh, R., & Donovan, D. M. (1997). The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 588–598.
- Conte, H. R., Plutchik, R.,Wild, K.V., & Karasu, T. B. (1986). Combined psychotherapy and pharmacotherapy with treatment of depression: A systematic analysis of the evidence. *Archives of General Psychiatry, 43*, 461–479.
- Cummings, N. A. (1986). The dismantling of our health system: Strategies for the survival of psychological practice. *American Psychologist, 41*, 4, 426–431.
- Cummings, N. A. (2000). A psychologist's proactive guide to mental health care: New roles and opportunities. In A. Kent & M. Hersen (Eds.), *A psychologist's guide to managed mental health care* (pp. 141–161). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Curry, J. F. (2001). Specific psychotherapies for childhood and adolescent depression. *Biological Psychiatry, 49*(12), 1091–1102.
- Dannon, P. N., Iancu, I., & Grunhaus, L. (2002). Psychoeducation in panic disorder patients: Effect of a self-information booklet in a randomized, masked-rater study. *Depression & Anxiety, 16*(2), 71–76.
- Dattilio, F. M., & Bevilacqua, L. J. (Eds.). (2000). *Comparative treatments for relationship dysfunction*. New York: Springer.

- de Shazer, S. (1985). *Keys to solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1994). Essential, non-essential: Vive la difference. In J. K. Zeig (Ed.), *Ericksonian Methods: The essence of the story*. New York: Brunner-Mazel.
- Diller, L. H. (2000). Kids on drugs: A behavioral pediatrician questions the wisdom of medicating our children. [On-line]. Available: http://www.salon.com/health/feature/2000/03/09/kid_drugs/.
- Duncan, B. (2002). The legacy of Saul Rosenzweig: The profundity of the dodo bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 32–57.
- Duncan, B., Hubble, M. A., & Miller, S. D. (1997). *Psychotherapy with "impossible cases": The efficient treatment of therapy veterans*. New York: Norton.
- Duncan, B., & Miller, S. (2000). *The heroic client: Doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B., Miller, S., Johnson, L., Brown, J., & Reynolds, L. (in press). The Session Rating Scale: A preliminary study of reliability, validity, and feasibility. *Journal of Brief Therapy*.
- Duncan, B., Miller, S., & Sparks, J. (2003). Interactional and solution-focused brief therapies: Evolving concepts of change. In G. Weeks, T. Sexton, & M. Robbins (Eds.), *The handbook of family therapy* (pp. 101–123). New York: Brunner-Routledge.
- Duncan, B., & Moynihan, D. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 31, 294–301.
- Duncan, B., Solovey, A., & Rusk, G. (1992). *Changing the rules: A client-directed approach to therapy*. New York: Guilford Press.
- Duncan, B., & Sparks, J. (2002). *Heroic clients, heroic agencies: Partners for change*. Fort Lauderdale, FL: ISTC Press.
- Duncan, B., Sparks, J. A., & Miller, S. D. (2000). Recasting the therapeutic drama: Client-directed, outcome-informed therapy. In F. M. Dattilio & L. J. Bevilacqua (Eds.), *Comparative treatments for relationship dysfunction* (pp. 301–324). New York: Springer.
- Duriez, S. (1999). *Constructivism, mythology, and management: The art of*

escaping Procrustes or the practice of constructivism. Unpublished manuscript.

Elkin, I., Shea, T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 971–982.

Emslie, G. J., Heiligenstein, J. H., Wagner, K. D., Hoog, S. L., Ernest, D. E., Brown, E., Nilsson, M., & Jacobson, J. G. (2002). Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: A placebo-controlled, randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(10), 1205–1215.

Emslie, G. J., Rush, A. J., Weinberg, W. A., Kowatch, R. A., Hughes, C. W., Carmody, T., & Rintelmann, J. (1997). A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, *54*(11), 1031–1037.

Erickson, M. H. (1980). The use of symptoms as an integral part of hypnotherapy.

In E. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton H.*

Erickson on hypnosis (Vol. 4). New York: Irvington.

Erickson, M. H., & Rossi, E. L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington.

Eron, J., & Lund, T. (1996). *Narrative solutions in brief therapy*. New York: Guilford Press.

Evan, C., Siobud-Dorocant, E., & Dardennes, R. M. (2000). Critical approach to antidepressant trials: Blindness protection is necessary, feasible and measurable. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 47–51.

FDA Talk Paper. (2003). FDA approves Prozac for pediatric use to treat depression and OCD. Retrieved August 2, 2003, from: U.S. Food and Drug Administration: <http://www.fda.gov/bbs/topics/ANSWERS/2003/ANSO1187.html>.

Fisch, R., Weakland, J., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing*

therapy briefly. San Francisco: Jossey-Bass.

Fisher, R. L., & Fisher, S. (1997). Are we justified in treating children with psychotropic drugs? In S. Fisher & R. P. Greenberg (Eds.), *From placebo to panacea: Putting psychiatric drugs to the test* (pp. 307–322). New York: Wiley.

Fisher, S., & Greenberg, R. P. (Eds.). (1997). *From placebo to panacea: Putting psychiatric drugs to the test*. New York: Wiley.

Flexner, J. T. (1974). *Washington: The indispensable man*. New York: Little, Brown and Company.

Fogel, B., Schiffer, R., & Rao, S. (1996). *Neuropsychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Frank, J. D. (1995). Psychotherapy as rhetoric: Some implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 90–93.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: John Hopkins University Press.

Freud, S. (1990). In W. Boehlich (Ed.), *Letters of Sigmund Freud to Edward Silverstein*. Boston: Harvard University Press.

Garb, H. N. (1998). *Studying the Clinician*. Washington, DC: American Psychological Association.

Garfield, S. (1986). Problems in diagnostic classification. In T. Millon & G. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology*. New York: Guilford Press.

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143–152.

Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales—Patient version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 68–74.

Ger, L. P., Ho, S. T., Sun, W. Z., Wang, M. S., & Cleeland, C. S. (1999). Validation of the Brief Pain Inventory in a Taiwanese population.

Journal of Pain & Symptom Management, 18(5), 316–322.

Gergen, K. E., & Kaye, J. (1992). Beyond narrative and the negotiation of therapeutic meaning. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 166–185). Thousand Oaks: Sage.

Gilman, A., Rall, T., Nies, A., & Taylor, P. (1990). *Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics* (8th ed.). New York: Pergamon Press.

Goldman, A., & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 962–969.

Goolishian, H., & Anderson, H. (1987). Language systems and therapy: An evolving idea. *Psychotherapy*, 24, 529–538.

Greenberg, R. P. (2002). Reflections on the emperor's new drugs. *Prevention & Treatment*, 5, Article 27 [On-line]. Available: <http://www.journals.apa.org/prevention/volume 5/pre0050027c.html>.

Greenberg, R. P., Bornstein, R. F., Greenberg, M. D., & Fisher, S. (1992). A meta-analysis of antidepressant outcome under “blinder” conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 664–669.

Greenberg, R. P., Bornstein, R. F., Zborowski, M. J., Fisher, S., & Greenberg, M. D. (1994). A meta-analysis of fluoxetine outcome in the treatment of depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 547–551.

Greenberg, R. P., & Fisher, S. (1989). Examining antidepressant effectiveness: Findings, ambiguities, and some vexing puzzles. In S. Fisher & R. P. Greenberg (Eds.), *The Limits of biological treatments for psychological distress: Comparisons with psychotherapy and placebo* (pp. 1–37). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Greenberg, R. P., & Fisher, S. (1997). Mood-mending medicines: Probing drug, psychotherapy, and placebo solutions. In S. Fisher & R. P. Greenberg (Eds.), *From placebo to panacea: Putting psychiatric drugs to the test* (pp. 115–172). New York: Wiley.

Grunhaus, L., Dolberg, O. T., Polak, D., & Dannon, P. N. (2002). Monitoring

the response to TMS in depression with visual analog scales. *Human Psychopharmacology Clinical & Experimental*, 17(7), 349–352.

Haas, E., Hill, R. D., Lambert, M. J., & Morrell, B. (2002). Do early responders to psychotherapy maintain treatment gains? *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1157–1172.

Hales, R., Yudofsky, S., & Talbott, J. (1999). *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy*. New York: HarperCollins.

Haley, J. (1980). *Leaving home*. New York: McGraw-Hill.

Haley, J. (1989). The effect of long term outcome studies on the therapy of schizophrenia. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 127–132.

Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E.V. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology*, 9, 162–169.

Hansen, N. B., & Lambert, M. J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, 5(1), 1–12.

Harding, C., Zubin, R., & Strauss, D. (1987). Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact or artifact. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 477–484.

Hardman, J. G., Limbird, L. E., & Gilman, A. G. (Eds.). (2001). *Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*. New York: McGraw-Hill.

Hatcher, R. L., & Barends, A.W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1326–1336.

Hay Group. (1999). *The Hay Group study: Health care plan design and cost trends (1988–1997)* [On-line]. Available: <http://www.naphs.org/news/haygroupreport.html>.

Healy, D. (1997). *The antidepressant era*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Held, B. S. (1991). The process/content distinction in psychotherapy revisited. *Psychotherapy, 28*, 207–217.
- Henggeler, S., Melton, G., & Smith, L. (1992). Family preservation using multisystemic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 953–961.
- Hiatt, D., & Hargrave, G. E. (1995). The characteristics of highly effective therapists in managed behavioral providers networks. *Behavioral Healthcare Tomorrow, 4*, 19–22.
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K., Thompson, B., & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall of impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 207–217.
- Hoch, P. (1955). Aims and limitations of psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 112*, 321–327.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., & Weiss, B. (2002). The emperor's new drugs: Effect size and moderation effects. *Prevention & Treatment, 5*, Article 28 [On-line]. Available: <http://www.journals.apa.org/prevention/volume 5/pre0050028c.html>.
- Holloway, J. D. (2003). U.S. mental health system needs less stigma, more consumer input. *Monitor on Psychology, 34*, 20–22.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223–233.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139–149.
- Howard, K. I., Kopte, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist, 41*(2), 159–164.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: Causal mediation of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 61*, 678–685.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996).

- Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51(10), 1059–1064.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999a). Introduction. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 1–32). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999b). Directing attention to what works. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 407–448). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999c). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hughes, C.W., Emslie, G., Kowatch, R., Weinberg, W., Rintelmann, J., & Rush, A. J. (2000). Clinician, parent, and child prediction of medication or placebo in double-blind depression study. *Neuropsychopharmacology*, 23(5), 591–594.
- IMS Health. (2003). <http://www.imshealth.com/ims/portal/pages/home.html>.
- Jacobson, N., Dobson, K., Truax, P., Addis, M., Koerner, K., Gollan, J., Gortner, D., & Prince, S. (1996). A component analysis of cognitive behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295–304.
- Johnson, L. D. (1995). *Psychotherapy in the age of accountability*. New York: Norton.
- Johnson, L. D., Miller, S., & Duncan, B. (2000). *The Session Rating Scale version 3.0* [On-line]. Available: <http://www.talkingcure.com/measures.htm>.
- Johnson, L. D., & Shaha, S. (1996). Improving quality in psychotherapy. *Psychotherapy*, 35, 225–236.
- Johnson, L. D., & Shaha, S. H. (1997, July). Upgrading clinicians' reports to MCOs. *Behavioral Health Management*, pp. 42–46.
- Johnson, S. M. (2003). The revolution in couple therapy: A practitionerscientist

perspective. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 365–384.

Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1985). The differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving couple conflicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 175–184.

Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology Science and Practice*, 6, 67–79.

Kadera, S.W., Lambert, M. J., & Andrews, A. A. (1996). How much therapy is really enough: A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *Journal of Psychotherapy: Practice and Research*, 5, 1–20.

Karon, B., & Vanderbos, G. (1994). *The psychotherapy of schizophrenia: The treatment of choice*. New York: Aronson.

Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., Markowitz, J. C., Nemeroff, C. B., Russell, J. M., Thase, M. E., Trivedi, M. H., & Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*. 342(20), 1462–1470.

Keller, M. B., Ryan, N. D., Strober, M., Klein, R. G., Kutcher, S. P., Birmaher, B., Hagino, O. R., Koplewicz, H., Carlson, G., Geller, B., Kusumakar, V., Papatheodorou, G., Sack, W. H., Sweeney, M., Wagner, K. D., Weller, E. B., Winters, N. C., Oakes, R., & McCafferty, J. P. (2001). Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 762–772.

Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.

Kendell, R., & Zabransky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4–12.

- Kiesler, C. (2000). The next wave of change for psychology and mental health services in the health care revolution. *American Psychologist*, *55*, 481–487.
- Kirk, S., & Kutchins, H. (1988). Deliberate misdiagnosis in mental health practice. *Social Service Review*, *62*, 225–237.
- Kirk, S. A., & Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine.
- Kirsch, I., Moore, T. J., Scoboria, A., & Nicholls, S. S. (2002). The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment*, *5*, Article 23 [On-line]. Available: <http://www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050023a.html>.
- Kirsch, I., & Sapirstein, G. (1998). Listening to Prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention & Treatment*, *1*, Article 0002a [On-line]. Available: <http://journals.apa.org/prevention/volume1/pre0010002a.html>.
- Kirsch, I., Scoboria, A., & Moore, T. J. (2002). Antidepressants and placebos: Secrets, revelations, and unanswered questions. *Prevention & Treatment*, *5*, Article 33 [On-line]. Available: <http://www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050023a.html>.
- Kong, D., & Bass, A. (1999, October 8). Case at Brown leads to review: NIMH studies tighter rules on conflicts. *Boston Globe*, p. B1.
- Kremer, T. G., & Gesten, E. L. (1998). Confidentiality limits of managed care and clients' willingness to self-disclose. *Professional Psychology*, *29*(6), 553–558.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 532–539.
- Kutchins, K., & Kirk, H. (1997). *Making us crazy: DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York: Free Press.

- Lambert, M. E., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143–190). New York:Wiley.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 38*(4), 357–361.
- Lambert, M. J., & Brown, G. S. (1996). Data-based management for tracking outcome in private practice. *Clinical Psychology, 3*, 172–178.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 3*, 249–258.
- Lambert, M. J., & Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 72–113). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Ogles, B., & Masters, K. (1992). Choosing outcome assessment devices: An organization and conceptual scheme. *Journal of Counseling and Development, 70*, 527–539.
- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Finch, A. E., & Johnson, L. D. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Practice and Research, 29*(1), 63–70.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians routinely to track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology, 10*, 288–301.
- Lambert, M. J., Whipple, J., Smart, D., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Hawkins, E. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes

- enhanced? *Psychotherapy Research*, 11(1), 49–68.
- Lawson, D. (1994). Identifying pretreatment change. *Journal of Counseling and Development*, 72, 244–248.
- Lee, L. (2000). *Bad Predictions*. Rochester, MI: Elsewhere Press.
- LeFever, G., Arcona, A., & Antonuccio, D. (2003). *ADHD among American school children: Evidence of overdiagnosis and misuse of medication*. Manuscript submitted for publication.
- Leo, J. (2000). Attention deficit disorder: Good science or good marketing. *Skeptic*, 8, 63–69.
- Leo, J., & Cohen, D. (2003). Broken brains or flawed studies? A critical review of ADHD neuroimaging research. *Journal of Mind and Behavior*, 24, 29–55.
- Levitt, T. (1975, September–October). Marketing myopia. *Harvard Business Review*, pp. 19–31.
- Lewinsohn, P. M., & Clarke, G. N. (1999). Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 19(3), 329–342.
- Luborsky, L., Barber, J., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II). *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5, 260–271.
- Luborsky, L., Singer, B., & 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.
- Mackey, P., & Kipras, A. (2001). *Medication for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): An analysis by federal electorate*. Unpublished manuscript.
- Madigan, S., & Epston, D. (1995). From “Spy-chiatric Gaze” to communities of concern: From professional monologue to dialogue. In S. Friedman (Ed.), *The reflecting team in action: Collaborative practice in family therapy* (pp. 257–276). New York: Guilford Press.
- McCall, R. (1980). *Fundamental statistics for psychology* (3rd ed.). New York: Harcourt, Brace, and Jovanovich.
- McGuire, W. (2002). Dear colleague. In UnitedHealth Foundation *Clinical*

- evidence mental health*. London: BMJ Publishing.
- Merriam-Webster's Collegiate Dictionary* (10th ed.). (1993). New York: Merriam-Webster.
- Messer, S., & Wampold, B. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology, Science, and Practice*, 9, 21–25.
- Michael, K. D., & Crowley, S. L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 22(2), 247–269.
- Miller, L., Bergstrom, D., Cross, H., & Grube, J. (1981). Opinions and use of the *DSM* system by practicing psychologists. *Professional Psychology*, 12, 387.
- Miller, S. D., & Duncan, B. (2000a). *The Outcome Rating Scale* [On-line]. Available: <http://www.talkingcure.com/measures.htm>.
- Miller, S. D., & Duncan, B. L. (2000b). Paradigm lost: From model-driven to client-directed, outcome-informed clinical work. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 20–34.
- Miller, S. D., Duncan, B., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. (in press). The Outcome Rating Scale and the improvement of effectiveness in a telephonic EAP setting. *Journal of Brief Therapy*.
- Miller, S. D., Duncan, B., Brown, J., Sparks, J., & Claud, D. (in press). The reliability, validity, and feasibility of the Outcome Rating Scale. *Journal of Brief Therapy*, 2(2).
- Miller, S. D., Duncan, B., & Hubble, M. (2004). Outcome-informed clinical work. In J. Norcross & M. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy*. New York: Norton.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Johnson, L. D., & Hubble, M. A. (2000). Client-directed, outcome-informed treatment. In J. K. Zeig (Ed.), *Ericksonian Foundations*. Redding, CT: Zeig, Tucker.
- Mitka, M. (2001). Mental health agenda now set for U.S. children. *JAMA*, 285(4), 398–399.

- Mohl, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 1–27.
- Moncrieff, J. (2001). Are antidepressants overrated? A review of methodological problems in antidepressant trials. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 189*, 288–295.
- Moncrieff, J., Wessely, S., & Hardy, R. (1998). Meta-analysis of trials comparing anti-depressants with active placebos. *British Journal of Psychiatry, 172*, 227–231.
- Morris, J., & Beck, A. (1974). The efficacy of antidepressant drugs: A review of research (1958–1972). *Archives of General Psychiatry, 30*, 667–674.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA cooperative group. Multimodal treatment study of children with ADHD. *Archives of General Psychiatry, 56*, 1073–1086.
- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry, 56*(6), 573–579.
- Mulrow, C. D., Williams, J. W., Jr., Trivedi, M., Chiquette, E., Aguilar, C., Cornell, J. E., Badgett, R., Noel, P. H., Lawrence, V., Lee, S., Luther, M., Ramirez, G., Richardson, W. S., & Stamm, K. (1999). *Treatment of depression: Newer pharmacotherapies* (Evidence Report/Technology Assessment No. 7; AHCPR Publication No. 99-E014). Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.
- Murphy, J. J., & Duncan, B. L. (1997). *Practical solutions for school problems: A brief intervention approach*. New York: Guilford Press.
- Murphy, J. M., Laird, N. M., Monson, R. R., Sobol, A. M., & Leighton, A. H. (2000). A 40-year perspective on the prevalence of depression. *Archives of General Psychiatry, 57*, 209–218.
- Murphy, M., DeBernardo, C., & Shoemaker, W. (1998). Impact of managed care on independent practice and professional ethics: A survey of independent practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*, 43–51.

- Nathan, P. E. (1997). Fiddling while psychology burns? *Register Report*, 23(2), 1, 4–5, 10.
- Nathan, K. I., Musselman, D. L., Schatzberg, A. F., & Nemeroff, C. B. (Eds.). (1995). *Textbook of psychopharmacology*. Washington, DC: The American Psychiatric Press.
- National Association of Social Workers. (1999). *NASW Code of Ethics* [On-line]. Available: <http://www.naswdc.org/code/cdstan1.html>.
- National Institute of Mental Health (NIMH). <http://www.nimh.nih.gov>.
- Norcross, J. (1997). Emerging breakthroughs in psychotherapy integration: Three predictions and one fantasy. *Psychotherapy*, 34, 86–90.
- Norcross, J., Hanych, J. M., & Terranova, R. D. (1996). Graduate study in psychology: 1992–1993. *American Psychologist*, 51(6), 631–643.
- O'Connor, E. (2001). Medicating ADHD: Too much? Too soon? *Monitor on Psychology*, 32, 50–51.
- Ogles, B., Lambert, M. J., & Masters, K. S. (1996). *Assessing outcome in clinical practice*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Weissman, M. M., & Jensen, P. S. (2002). National trends in the use of psychotropic medications by children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(5), 514–521.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy—*noch einmal*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270–378). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307–390). New York: Wiley.
- Parker, I., Georgaca, E., Harper, D., McLaughlin, T., & Stowell-Smith, M. (1995). *Deconstructing psychopathology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Parloff, M. B. (1982). Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla. *American Journal of Psychiatry*, 139, 718–727.

- Pelham, W. (1999). The NIMH multimodal treatment study for attention deficit hyperactivity disorder: Just say yes to drugs alone. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 981–990.
- Rabasca, L. (1999). Find the right niche in new market. *APA Monitor, 30*(2), 1, 10–12.
- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin, 108*, 30–49.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science, 179*, 250–258.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412–415.
- Salovey, P., & Turk, D. (1991). Clinical judgment and decision making. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 416–437). New York: Pergamon.
- Saltzman, N., & Norcross, J. (Eds.). (1990). *Therapy wars: Contention and convergence in differing clinical approaches*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sanchez, L., & Turner, S. (2003). Practicing psychology in the era of managed care: Implications for practice and training. *American Psychologist, 58*, 116–129.
- Sanderson, W. C., Riley, W. T., & Eshun, S. (1997). Report of the working group on clinical services. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 4*(1), 3–12.
- Sasich, L. D., Lurie, P., & Wolfe, S. M. (2000). The drug industry's performance in finishing postmarketing research (Phase IV) studies: A Public Citizen's health research group report. *Health Research Group* [On-line]. Available: <http://www.citizen.org/publications/release.cfm?ID=6721>.
- Schappert, S. (1994). National ambulatory medical care survey: 1991 summary. *Vital Health Statistics, 13*, 1–110.
- Scott, J. (2000). Treatment of chronic depression. *New England Journal of*

Medicine, 342, 1518–1520.

Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512–529.

Shea, M., Elkin, I., Imber, S., Sotsky, S., Watkins, J., Collins, J., Pilkonis, P., Beckham, R., Glass, D., Dolan, C., & Parloff, M. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782–787.

Sluzki, C. (1998). In search of the lost family: A footnote to Minuchin's essay. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(4), 415–417.

Snyder, S. (1986). *Drugs and the brain*. New York: Scientific American Library.

Sparks, J. (2000). The deconstruction of magic: Rereading, rethinking Erickson. *Family Process*, 39, 307–318.

Sparks, J. A. (2002). Taking a stand: An adolescent girl's resistance to medication.

Journal of Marital and Family Therapy, 28(1), 51–58.

Sparks, J. A., & Duncan, B. (2003). The ethics and science of medicating children. *Ethical Human Sciences and Services*, 6, 36–47.

Stiles, W., & Shapiro, D. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521–543.

Strosahl, K. (2001). The integration of primary care and behavioral health: Type II change in the era of managed care. In N. A. Cummings, W. O'Donahue, S. C. Hayes, & V. Follette (Eds.), *Integrated behavioral healthcare: Positioning mental health practice with medical/surgical practice* (pp. 45–69). San Diego, CA: Academic Press.

Tallman, K., & Bohart, A. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C. F., III, Pilkonis, P. A., Hurley, K., Grochocinski, V., & Kupfer, D. J. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapypharmacotherapy combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1009–1015.
- Tomiak, M., Berthelot, J., & Mustard, C. (1998). A profile of health care utilization of the disabled population in Manitoba. *Medical Care*, 36, 573–585.
- Torrey, E. (1972). *The mind game: Witchdoctors and psychiatrists*. New York: Emerson Hall.
- Valenstein, E. (1998). *Blaming the brain*. New York: Free Press.
- Vermeersch, D. A., Lambert, M. J., & Burlingame, G. M. (2000). Outcome questionnaire: Item sensitivity to change. *Journal of Personality Assessment*, 74(2), 242–261.
- Vitiello, B. (1998). Pediatric psychopharmacology and the interaction between drugs and the developing brain. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43(6), 582–584.
- Walkup, J. T. (2003). Pediatric psychopharmacology update. *Family Therapy Magazine*, 2(2), 34–36.
- Walter, J., & Peller, J. (1992). *Becoming solution-focused in brief therapy*. New York: Brunner-Mazel.
- Walter, J., & Peller, J. (2000). *Recreating brief therapy: From preferences to possibilities*. New York: Norton.
- Wampold, B. E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7, 21–44.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes.” *Psychological Bulletin*, 122, 203–215.
- Watzlawick, P. (1976). *How real is real?* New York: Vintage.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Problem formation*

and problem resolution. New York: Norton.

Weiner-Davis, M., de Shazer, S., & Gingerich, W. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: An exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy, 13*, 359–364.

Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology, 50*(1), 59–68.

Whitaker, R. (2002). *Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge, MA: Perseus Books.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Wile, D. (1977). Ideological conflicts between clients and psychotherapists. *American Journal of Psychotherapy, 37*, 437–449.

Wilford, J. (1986). *The riddle of the dinosaur*. New York: Knopf.

Williams, J., Gibbon, M., First, M., Spitzer, R., Davies, M., Borus, J., Howes, M., Kane, J., Pope, H., Rounsaville, B., & Wittchen, H. (1992). The structured clinical interview for *DSM-III-R* (SCID)II: Multi-site test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry, 49*, 630–636.

Williams, J., Rost, K., Dietrich, A., Ciotti, M., Zyzanski, S., & Cornell, J. (1999). Primary care physicians' approach to depressive disorders. *Archives of Family Medicine, 8*, 58–67.

Wolfe, B. E. (1993). Psychotherapy research funding for fiscal years 1986–1990. *Psychotherapy and Rehabilitation Research Bulletin, 1*, 7–9.

Woolston, J. L. (1999). Combined pharmacotherapy: Pitfalls of treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(11), 1455–1457.

Zeig, J. K. (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson*. New York: Brunner-Mazel.

Zito, J. M., Safer, S. J., dosReis, S., Gardner, J. F., Boles, M., & Lynch, F. (2000). Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA*, *283*(8), 1025–1030.

Zito, J. M., Safer, S. J., dosReis, S., Gardner, J. F., Magder, L., Soeken, K., Boles, M., Lynch, F., & Riddle, M. A. (2003). Psychotropic practice patterns for youth: A 10-year perspective. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, *157*(1), 17–25.

Zito, J., Safer, D., dosReis, S., & Riddle, M. (1998). Racial disparity in psychotropic medications prescribed for youths on Medicaid insurance in Maryland. *Journal of the Academy of Child Adolescent Psychiatry*, *37*, 179–184.