

## **Sobre la dolorosa escisión entre clínica e investigación en psicoterapia familiar: reflexiones sobre una evidente realidad.**

**Carles Pérez-Testor; Montse Davins Pujols; Ines Aramburu y Berta Aznar**

Grup de Recerca de Parella i Família  
Universitat Ramon Llull

### INTRODUCCIÓN

La interacción entre clínica e investigación es básica para el desarrollo de la Terapia de Pareja y Familia. Existen asociaciones a nivel internacional como la Society for Psychotherapy Research (SPR) o a nivel nacional como la Asociación Española para la Investigación y el Desarrollo de la Terapia Familiar (AEIDTF), o redes internacionales de investigación, como nuestra Red Europea de Institutos de la Familia (REDIF), que son una clara muestra de la apuesta que muchos clínicos e investigadores han hecho para integrar estos dos grandes ámbitos. Pocos son los que desde un punto de vista teórico muestran un rechazo a la mutua interacción. Pero cuando aterrizamos en la práctica diaria se ha evidenciado que esta relación no está exenta de dificultades.

William Pinsof reflexionaba, en un interesante artículo publicado en el *Journal of Marital and Family Therapy*, sobre la necesidad de superar el vacío entre la práctica y la investigación en terapia familiar (Pinsof, 2000). Pinsof identificaba algunos factores de la investigación que limitaban su relevancia para los clínicos y abogaba por modelos de investigación sobre procesos centrados en el cliente como alternativa a la investigación centrada en la eficacia o efectividad de los tratamientos. Según este autor, uno de los problemas que alejaban a los clínicos del interés por la investigación era precisamente un claro reduccionismo en los objetivos de la mayoría de las investigaciones.

En muchos otros foros hemos denunciado este reduccionismo en la investigación, pero ¿es

posible diseñar una buena investigación sin focalizar los objetivos? ¿es posible una metodología que nos permita profundizar en el conocimiento sin reducir el campo de estudio? A veces hemos utilizado el conocido relato “suffi” del hombre que ha perdido las llaves: Un hombre está buscando en la calle unas llaves que ha perdido. Cuando un vecino que justo pasaba por allí le pregunta si efectivamente ahí era el lugar donde las había perdido, el hombre le contesta: “No, las perdí en mi casa, pero aquí hay más luz”. Hammer (2004).

¿Cuántas veces vemos como el investigador no tiene mas remedio que trabajar bajo la luz, mientras el clínico se sumerge en la tinieblas del conflicto intrafamiliar? El investigador necesita un marco y unas metodologías muy claras. El clínico en cambio puede tolerar adentrarse en el caos y la confusión.

Julio Vallejo en una editorial de la revista “*Psiquiatría Biológica*” del 2001 insiste en que “lo ideal es que la investigación proporcione resultados verosímiles y útiles para los clínicos, que en su quehacer cotidiano pueden beneficiarse de ellos” (Vallejo, 2001), pero como el mismo autor reconoce, los datos que la investigación evidencian son valorados con escepticismo por los clínicos.

Vallejo insiste en que “antaoño el período de formación de los clínicos era parsimonioso, de forma que a lo largo de los años se gestaba una sólida formación, hasta que el profesional alcanzaba niveles académicos y/o asistenciales elevados. Fruto de su formación, integración en equipos solventes e inquietud, la

investigación era un subproducto de la clínica, que los profesionales maduros transmitían, a través de un pensamiento propio, a los discípulos más jóvenes. La necesidad de publicar no era tan apremiante como en la actualidad, cuando según los países, gran parte de los ingresos económicos y de supervivencia de los equipos radica en las publicaciones, por lo que publicar es no sólo el fruto maduro de una inquietud sino de una necesidad forzada por la situación” (Vallejo, 2001).

La disociación se produce por la aparición de la figura del investigador profesional cuya actividad no es asistencial sino que su trabajo se centra en investigaciones concretas y acotadas en psicoterapia de pareja o familia. Los investigadores empiezan su actividad muy jóvenes, algunos recién licenciados, entran en programas de doctorado, se vinculan a proyectos de envergadura y gracias a becas pre-doctorales y mas tarde pot-doctorales, se profesionalizan como investigadores sin haber pasado por una actividad asistencial que les permita relativizar procesos, procedimientos o resultados. Parafraseando la famosa frase de Claude Bernard “el que no sabe lo que busca, no entiende lo que encuentra”, nos podemos preguntar: ¿Se puede investigar en clínica de pareja y familia y entender los resultados, cuando el investigador no se ha formado como clínico o como terapeuta?

Stephen Soldz y Leigh McCullough (1999) en la introducción del libro que compilan se plantean las dificultades para integrar la investigación y la clínica e insisten en el papel que juegan las publicaciones en la evidente disociación entre investigación y práctica. Para estos autores, el objetivo de estas publicaciones es la acumulación gradual de conocimiento fiable mediante la diferenciación de las conceptualizaciones útiles de las menos útiles. Pero para los clínicos “leer revistas de investigación aunque loable, no es probable que sea la principal forma de que los clínicos se den cuenta de resultados de la investigación importantes aplicables al trabajo clínico” (Soldz y McCullough, 1999).

Algunos investigadores desearían que la práctica estuviera basada directamente en la investigación. En cambio, los clínicos, responden que la práctica tiene un cariz diferente y que los clínicos tienen poco o nada que aprender de la investigación. Un ejemplo de ello es la investigación en tratamientos psicoterapéuticos: “la psicoterapia implica una relación interpersonal compleja de manera que no puede reducirse a la aplicación de resultados de la investigación” (Soldz y McCullough, 2000), pero también es cierto que los clínicos no pueden ignorar el incremento de los conocimientos en psicología en general y en investigación en psicoterapia en particular.

Los investigadores buscan la precisión en su manera de comunicarse, en la manera de escoger a los pacientes que compondrán la muestra, con precisos criterios de inclusión y exclusión. En cambio los clínicos se comunican de forma mas metafórica ya sea en sesiones clínicas, supervisiones o en seminarios, trabajan con pacientes difíciles y no rechazan la patología compleja. Los criterios de inclusión y exclusión del investigador tienen poco que ver con los criterios clínicos del psicoterapeuta. Los intereses del investigador “publico, luego existo” (Pérez Testor, 1998) se alejan demasiado de los intereses del clínico.

D.A. Winter en uno de los capítulos del libro citado de Soldz y Leigh McCullough (1999) explica su experiencia de lo que él llama “un matrimonio armonioso” y que son reflexiones personales sobre 25 años de investigación y práctica terapéutica en el Servicio Público de Salud. En efecto, Winter relata como el hecho de ser clínico e investigador en el Servicio Nacional de Salud le ha comportado un buen número de frustraciones: muestras heterogéneas, tratamientos poco estandarizados, falta de control sobre variables relevantes, errores u olvidos en los sistemas de grabaciones de las sesiones, alargamiento de las listas de espera (aunque el mismo autor

## SOBRE LA DOLOROSA ESCISIÓN ENTRE CLÍNICA E INVESTIGACIÓN 71 EN PSICOTERAPIA FAMILIAR

afirma irónicamente que esto le permitió hacer un grupo control de lista de espera), etc. Pero a pesar de estas frustraciones, el hecho de investigar en el “mundo real” de la sanidad pública reforzó su perspectiva sobre la relevancia de la investigación en la práctica terapéutica (Winter, 1999).

Thimothy Anderson, describe una situación parecida en su trabajo sobre la integración de la investigación y la práctica en psicoterapia. Para este autor la investigación y la práctica clínica se perciben como ámbitos separados con carreras profesionales radicalmente diferentes. “Es extraño, por ejemplo, dedicar un año de formación full-time a la práctica clínica y entonces introducirse en el mundo de la investigación.” (Anderson, 2000).

Para este autor los condicionantes del mercado también intervienen. Un investigador puede frustrarse por la inclusión de postulados metateóricos que predominan en la práctica de algunos clínicos. Muchos de ellos se inscriben en la perspectiva teórica psicoanalítica o sistémica y tienen poco interés en la investigación empírica. Anderson opina que cuando la teoría incorpora procedimientos sistemáticos para la observación, su poder explicativo crece exponencialmente, a pesar de que el investigador tendría importantes dificultades si tuviera que ayudar al clínico a entender incidentes específicos que se escapan a nuestras metodologías actuales.

A pesar de ello Anderson comenta que cada vez la investigación es más aplicable a la práctica clínica sobre todo desde que el interés se ha desplazado de la comparación entre tratamientos de diversas orientaciones a prestar más atención a la identificación de procesos efectivos de la psicoterapia. Por ejemplo, la investigación sobre la alianza terapéutica ha mostrado repetidamente que una alianza terapéutica positiva entre terapeuta y paciente se relaciona con buenos resultados en la psicoterapia (Friedlander; Escudero y Heatherington, 2009). Esta relación entre alianza y resultado es ligeramente superior

cuando se mide con medidas interpersonales y un poco inferior cuando el resultado se mide con medidas sintomáticas.

Una interesante aportación de Anderson es que probablemente los que aplicarán más fácilmente al trabajo clínico las aportaciones de la investigación, serán aquellos clínicos que han participado directa o indirectamente en los procesos de investigación. Los clínicos que lean los resultados de una investigación sin haber participado en ella es más difícil que los apliquen en su práctica clínica.

¿A qué es debida la baja implicación del clínico en los procesos de investigación? ¿Al desinterés? Para Anderson el motivo es la actitud negativa de algunos investigadores sobre la práctica clínica. Mientras una gran mayoría de clínicos son respetuosos con la “ciencia” y leen revistas científicas, los investigadores, según Anderson, generalmente no reconocen el valor, ni tiene interés, en la práctica clínica. El objetivo del investigador es en general suprimir los aspectos contextuales para aislar los efectos de las técnicas específicas y los resultados. El clínico, por el contrario, tiende a tener más presente el hecho de que las técnicas se aplican siempre en el marco de una amplia variedad de contextos.

El clínico trata frecuentemente a pacientes que se excluirían de muchos estudios porque no reúnen los criterios de selección. Habitualmente se investiga con pacientes menos graves, sin diagnósticos múltiples y especialmente adaptables a la intervención que se quiere realizar; los tratamientos son de duración circunscrita y altamente controlados, a menudo mediante el uso de un manual de tratamiento.

La conclusión integradora parece evidente: dadas todas estas limitaciones comentadas sería necesario que clínicos e investigadores trabajaran de forma más integrada participando conjuntamente en los procesos de diseño de los análisis clínicos. Los terapeutas podrían aportar su experiencia de trabajo con

la complejidad y los investigadores podrían ayudar a los clínicos a acotar los objetivos de sus investigaciones.

### 1- APORTACIONES DE LA INVESTIGACIÓN A LA TERAPIA FAMILIAR

Pinsof, en el artículo citado al principio de este trabajo, describe las principales aportaciones y dificultades. Por ejemplo, la investigación ha demostrado que la Psicoterapia de Pareja y Familia (CFT) es **mas efectiva** que el “no tratamiento” en las diversas situaciones en las que se ha aplicado (Pinsof, 2000). Esto puede ser interesante para las políticas sanitarias pero no deja de ser una obviedad para cualquier terapeuta.

Otro ejemplo, la investigación ha demostrado que la CFT es mejor que otro tratamiento estándar o convencional en un número determinado de trastornos. Otra obviedad para la mayoría de terapeutas de pareja y familia.

La investigación nos muestra que la inclusión de miembros de la familia y la terapia simultánea de la CFT con terapias individuales o farmacológicas mejora a pacientes con trastornos graves y severos. Esta es una aportación de la investigación demasiado general e inespecífica.

La investigación ha provocado el problema de los “mitos uniformes” donde sería necesario que los terapeutas fueran todos iguales y los pacientes sufrieran los mismos trastornos por idénticas causas. La manualización rígida de la terapia provoca irónicamente que sea menos relevante para los clínicos. Los terapeutas viven un proceso de integración o mestizaje que los aleja de los modelos puros. Aquí aparece el vacío anunciado por Pinsof. Los terapeutas no renuncian al porcentaje de pacientes que no mejoran adaptando la técnica a la situación personal del paciente mientras que el “ensayo clínico” tiende a la uniformidad y estandarización de la terapia. Es necesario

pasar de lo “estadísticamente significativo” a lo “clínicamente significante”.

Pinsof aporta a la investigación en CFT dos ideas básicas:

1.- Para considerar una terapia como efectiva no es obligado demostrar que sea eficaz. A veces es imposible diseñar un modelo de investigación que permita llegar a una conclusión clara. Tendremos que aceptar que a veces los diseños posibilistas son mas adecuados que los modelos perfectos.

2.- No es necesario que el tratamiento esté manualizado para poder investigarlo. Es evidente que la mayor dificultad en la investigación de una psicoterapia se centra en la imposible uniformidad. Pinsof cree que la terapia puede “operacionalizarse experimentalmente post-tratamiento”.

### 2. LA EXPERIENCIA DE LOS TERAPEUTAS.

La experiencia del terapeuta es fundamentalmente idiográfica centrada en considerar casos individuales y específicos. El terapeuta basa sus intervenciones más en las reacciones de los pacientes que no en los resultados de la investigación. El terapeuta utiliza la atención flotante y la improvisación interactuando con el paciente de manera que el terapeuta no puede predecir como va a responder el paciente. Un observador externo no puede predecir como va a responder el paciente ni el terapeuta, por lo que no se puede predecir como va a funcionar una terapia en concreto.

Pinsof ve la terapia como una actividad “educativa” donde el terapeuta ayuda a los pacientes a pensar, a sentir, o a actuar de forma diferente. Aquí es donde reside el cambio para Pinsof, en el proceso de aprendizaje colaborador en el cual el terapeuta trabaja con el paciente para facilitar nuevos patrones de pensamiento, emociones o

acciones (Pinsof, 2000). Por esto Pinsof propone un modelo de investigación más cercano a la experiencia de los terapeutas y centrado en el paciente.

Para nosotros resulta evidente que la investigación en terapia de pareja y de familia que se desarrolla en los departamentos universitarios es diferente de la investigación que puede llevarse a cabo en ámbitos asistenciales. Y, dentro de los espacios asistenciales, también será diferente la investigación que se lleva a cabo en los hospitales universitarios de la que puede desarrollarse en otros hospitales generales o en los monográficos. Pero cabe señalar que, incluso en aquellos hospitales en los que se promueve la investigación, los proyectos que en este sentido se realizan en el ámbito de la salud mental en general y de la terapia familiar en concreto, suelen ser, proporcionalmente, minoritarios.

El panorama en atención primaria es peor. Aquellos que desean desarrollar una investigación sobre salud mental en el ámbito de la atención primaria han de oponer los diseños convincentes a los diseños perfectos. En los centros de salud mental, tanto infantiles como de adultos, pueden llevarse a cabo muy pocos diseños experimentales seleccionados al azar y muchos de los temas que pueden resultar más interesantes precisan otros paradigmas cualitativos. Los clínicos pueden encontrarse sin herramientas básicas: bases de datos, potentes ordenadores, paquetes estadísticos complejos y, sobre todo, metodólogos de la investigación, expertos en los diseños epidemiológicos. El otro problema es el tiempo. La presión asistencial con una demanda fuerte y constante dificulta sobremanera la planificación de un tiempo para dedicarlo a la investigación. Sería preciso que la Administración fuera sensible a esta problemática y que, de cara a futuros contratos, se diseñaran sistemas operativos que permitieran que, como mínimo, los equipos que desearan dedicar un tiempo a la investigación no fueran penalizados.

Pero tal como están las cosas en nuestro país y en nuestra sanidad esta reflexión parece una quimera, aunque todos conozcamos a terapeutas de pareja y familia que a pesar de todo siguen trabajando en la clínica e investigando en la universidad y publicando excelentes trabajos. Para un Se puede consultar el trabajo presentado en la mesa redonda "La investigación en Terapia Familiar" del XVIII Congreso Europeo de Psicoterapia celebrado en Valencia en julio del 2012 (Garrido y cols, 2012).

Ya en nuestro trabajo citado (Perez-Testor, 1998), siguiendo la propuesta de Luis Andrés López Fernández y sus compañeros de la Escuela Andaluza de Salud Pública (López y cols., 1993), proponíamos los siguientes puntos para acercar a los terapeutas a la investigación:

1. Generar un clima y una cultura favorables al estilo de investigación
2. Promocionar las líneas prioritarias de investigación.
3. Hacer posible la creación de "masas críticas" de investigadores.
4. Hacer accesibles los recursos materiales y de asesoría.
5. Facilitar la financiación.
6. Mejorar la formación en metodología de investigación.
7. Estimular la investigación mediante la creación de las condiciones laborales adecuadas.

El objetivo final sería conseguir grupos de investigación mixtos en los que docentes investigadores de las universidades y clínicos investigadores de la asistencia hospitalaria y de la atención primaria colaborasen en proyectos de investigación coordinados. Sin lugar a dudas, de esta manera se conseguirían cambios reales y se darían pasos significativos en la investigación en el ámbito de la terapia de pareja y familia. Siguiendo la metáfora sufí, sería una manera práctica de buscar las llaves donde verdaderamente se han perdido. Otras

estrategias, dirigidas a mantener la clínica fuera del ámbito de la investigación, solo pueden conducirnos a mantener una dolorosa escisión.

#### BIBLIOGRAFIA

Anderson T. (1999). "Integrating research and practice in psychotherapy". En: S. Soldz and L. McCullough, *Reconciling Empirical Knowledge and Clinical Experience: The Art and Science of Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association, 1999.

Hammer, O. (2004) "Sufism for Westerners", En: Westerlund, David. *Sufism in Europe and North America*. New York, NY: Routledge Curzon. pp. 136-138.

Friedlander, ML.; Escudero, V.; Heatherington, L. (2009). *La Alianza Terapéutica*, Barcelona: Paidós.

Garrido, M.; Perez-Testor, C.; Ochoa de Alda, I.; Martínez Pampliega, A. (2012) "La investigación en Terapia Familiar" XVIII Congreso Europeo de Psicoterapia celebrado en Valencia. 4 - 7 julio del 2012.

López, L.A., Martínez, JI., García, M<sup>a</sup>M., March, JC. (1993) La investigación en atención primaria en España. *Revisiones en Salud Pública*, 1993; 3: 135-154.

Perez-Testor, C. (1998). "La recerca en salut mental: canvis o compulsió a la repeticó". *Debats* (Fundació Catalana per la Recerca), 1998, n° 1: 55-63.

Pinsof, WM.; Wynee, LC. (2000), "Toward progress research: closing the gap between family therapy practice and research". *Journal of marital and family therapy*, 26, 1-8.

Soldz, S.; Leigh McCullough, L. (1999). *Reconciling Empirical Knowledge and Clinical Experience: The Art and Science of Psychotherapy*. Whashington DC: American Psychological Association (APA)

Vallejo, J. (2001). "Investigadores frente a clínicos", *Psiquiatría Biológica*, 8(6) 211, Noviembre 2001.

Winter, DA (1999). "A harmonious marriage; personal reflections on 25 years of research and therapeutic practice in a National Health Service setting". En: S. Soldz and L. McCullough, *Reconciling Empirical Knowledge and Clinical Experience : The Art and Science of Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association, 1999.