



# LOS SIETE SECRETOS MÁGICOS DE LA EFECTIVIDAD TERAPÉUTICA

## THE SEVEN MAGIC SECRETS OF THERAPEUTIC EFFECTIVENESS

Jenny Moix y Victoria Carmona

Universidad Autónoma de Barcelona

Parecería que el avance de la Psicología nos debería aumentar la confianza respecto a nuestras prácticas, sin embargo la proliferación de técnicas, protocolos, enfoques,... nos genera, más bien, una sensación de confusión; la duda sobre si quizás estamos en la opción correcta o nos estamos equivocando de paradigma terapéutico. Los metanálisis y revisiones sistemáticas procuran poner orden intentando averiguar qué terapias psicológicas son más efectivas. Sin embargo, los resultados no son concluyentes y más bien parecen indicar que ningún enfoque psicológico predomina sobre otro. Ante esta situación la pregunta que emerge es: ¿qué factores comparten las distintas técnicas que las convierte en eficaces? Son muchas las categorizaciones sobre factores comunes. En este artículo desvelaremos los 7 secretos mágicos (factores comunes) que consideramos clave para explicar la efectividad terapéutica. Esta clasificación no tiene ninguna pretensión más que provocar la reflexión.

**Palabras clave:** Factores comunes, Efectividad terapéutica, Psicoterapia.

*It would seem that the advancement of psychology should increase our confidence in our practices, however the proliferation of techniques, protocols, approaches, etc. gives us instead a sense of confusion. We have doubts as to whether we are in the correct therapeutic paradigm or not. Meta-analysis and systematic reviews attempt to create order, trying to determine which psychological therapies are most effective. Unfortunately, the results are inconclusive and seem to indicate that no one psychological approach prevails over the others. The question that emerges is: what factors do the different techniques share that make them effective? There are many categorizations concerning common factors. In this article we unveil the seven magic secrets (common factors) that we consider key in explaining therapeutic effectiveness. This classification has no claim other than to provoke reflection.*

**Key words:** Common factors, Therapeutic effectiveness, Psychotherapy

**S**er psicólogo implica tener que convivir con la sensación de que no sabes nada. Esto en el mejor de los casos porque si crees que sabes mucho significa que estás simplificando la realidad psicológica a niveles infantiles.

Esta sensación de ignorancia, de estar perdido, proviene, en parte, del terreno que pisamos los psicólogos cada día. Un campo en el que proliferan una ingente cantidad de teorías, enfoques y prácticas diferentes. Los metaanálisis intentan paliar esta sensación comparando la efectividad de técnicas provenientes de distintas corrientes con la intención de llegar a comprobar cuál es la práctica más apropiada. Sin embargo, la conclusión oficial de la APA (2013) después de comparar diferentes modelos psicoterapéuticos es que: "A diferencia de las marcadas diferencias en cuanto a mejoría entre los pacientes tratados con psico-

terapia y los que no, las diferentes formas de psicoterapia producen típicamente resultados relativamente similares". Y las revisiones sobre el tema corroboran dicha conclusión dado que, en general, ningún modelo psicoterapéutico muestra ser más efectivo que los demás (Botella, Maestra, Feixas, Corbella, y Vall, 2015).

Así, si somos psicólogos cognitivos podemos empezar a pensar que nuestras teorías no son más explicativas que las psicoanalíticas, o si pertenecemos a una corriente más humanista podemos llegar a la conclusión de que nuestras terapias no son más efectivas que las sistémicas, o si ... en definitiva que nuestro camino no es el camino. O que todos los caminos son el camino.

Las resistencias ante las evidencias empíricas que no muestran la superioridad de ningún enfoque son obvias porque, a pesar de que ya hace tiempo que se está empezando a observar la similitud entre las corrientes (French, 1933; Rosenzweig, 1936), cada día alimentamos más la multiplicidad. Y es que aceptar la realidad significa cambiar nuestro sistema de creencias. Y eso no sólo resulta difícil a nuestros pacientes...

Recibido: 14 julio 2017 - Aceptado: 9 noviembre 2017

Correspondencia: Jenny Moix Queraltó. Universidad Autónoma de Barcelona. Edifici B. Campus de la UAB. 08193 Bellaterra. España. E-mail: [jenny.moix@uab.cat](mailto:jenny.moix@uab.cat) - Web: [www.jennymoix.com](http://www.jennymoix.com)





Si nos desapegamos de la perspectiva teórica con la que nos sentimos identificados, y nos abrimos a la idea casi mística de que “todas las terapias son una”, o dicho de otro modo que existe una corriente subterránea que iguala a todas las técnicas, aparece la pregunta: ¿Cuáles son los factores comunes entre las terapias responsables de su efectividad?

Diversos autores han presentado distintas categorizaciones (véase las revisiones de Botella y Maestre, 2016 y Laska, Gurman y Wampold, 2014). Los factores comunes o inespecíficos son invisibles, su insustancialidad conlleva que se pueden clasificar de innumerables formas. En estas páginas, presentamos nuestra propia forma de categorizar estos factores subterráneos. No es una categorización que pretenda suplantar a ninguna otra, no tiene ninguna pretensión, simplemente llevar a cabo una reflexión sobre el tema que quizás pueda resultar de utilidad al lector.

La realidad es una, la naturaleza es una. Los humanos para entenderla la categorizamos, la dividimos en conceptos. Es una estrategia muy útil para entender la realidad, el único inconveniente se presenta cuando confundimos nuestros conceptos con la realidad misma y nos olvidamos de que las divisiones son artificiales. La realidad puede, por tanto, ser “troceada” de distintas formas. Las autoras a partir de nuestra experiencia investigadora y clínica hemos llegado a una determinada visión de la realidad psicológica. Esa realidad podía ser presentada en este artículo; esto es, dividida de distintas formas, finalmente hemos decidido categorizarla en siete conceptos.

La clasificación que presentamos no intenta que sus categorías sean mutuamente excluyentes. Y el hecho de que sean siete y no seis u ocho es meramente simbólico. Hemos querido utilizar el número mágico de la psicología el: 7. George Miller en su estudio ya clásico: “*The magical number seven...*” (1956) demostró que los límites de nuestra capacidad de procesar información (memoria a corto plazo) eran de 7 unidades con significado. De ahí los 7 secretos mágicos de la efectividad terapéutica.

### **Secreto nº 1: Escucha/Presencia**

*El regalo más grande que le damos a quien acompañamos es una presencia cuidadosa no manipuladora. La técnica puede ser muy útil, pero a la larga no es significativa si falta esta presencia.*

Edwin McMahon y Peter Campbell

Está claro que escuchar es un factor común en todas las terapias. Los psicólogos escuchamos. Sin escucha no hay terapia. A pesar de lo evidente de la afirmación, lo que resulta curioso es que en la formación oficial de los psicólogos, en el grado de psicología, no existe ni una sola asignatura troncal que se dirija a enseñar a escuchar. Se da por descontado que sabemos hacerlo.

Lo que sí se enseña son teorías y protocolos de actuación que quizás, en algunos casos, más bien pueden dificultar la escucha. Para escuchar es necesario el silencio. En un ambiente ruidoso oír al otro resulta imposible. Pero el ruido que impide que nos lleguen las palabras del paciente no siempre es externo, de hecho el más ensordecedor es el interno. Si cuando el otro expone su problema buscamos en nuestras teorías donde encajar sus palabras, o pensamos en cuál es el siguiente paso del protocolo, mientras nuestra mente anda rebuscando, el paciente sigue hablando, y todas esas palabras se pierden entre los dos.

En la meditación (elemento clave en la mayoría de terapias de tercera generación) se busca el silencio interior. La mente habla y se debe simplemente observar y dejar pasar los pensamientos. Uno debe sentarse y estar presente en el aquí y en el ahora. Desde esta perspectiva, escuchar sería como una meditación donde el foco de atención en lugar de ser la respiración serían las palabras del paciente, y en donde los pensamientos distractores sobre teorías o técnicas simplemente se dejarían pasar en lugar de quedarnos enganchados en ellos. Sólo estar presentes. Estaríamos en modo “metaenfoco” más allá de nuestra perspectiva teórica.

Como ya decía Theodor Reik (1948), discípulo de Freud, para escuchar primero es necesario haber aprendido a escucharnos a nosotros mismos, y después poder prestar una atención flotante. Escuchar al paciente sin privilegiar ningún elemento de su discurso y dejando actuar nuestro propio proceso inconsciente. A la que escuchamos a través de nuestras teorías ya estamos atendiendo selectivamente elementos del discurso.

Para escuchar es necesario ser valiente. Tener la valentía de no querer entender demasiado rápido. Tener valentía significa soltar la mano de nuestras creencias psicológicas que tanto nos protegen y simplemente escuchar con presencia.

Eckhart Tolle en su libro “*Practicando el poder del ahora*” (2004), desde una perspectiva más espiritual y metafórica nos recalca la misma idea:



*“Si ponemos un tronco que está empezando a arder junto a otro que ya está ardiendo intensamente, y después de un rato volvemos a separarlos, el primero arderá con mucha más intensidad. Después de todo es el mismo fuego el que arde en ambos. Una de las funciones del profesor espiritual es ser ese fuego. Algunos terapeutas también pueden realizar la misma función, siempre que hayan ido más allá del nivel de la mente y puedan crear y mantener una intensa presencia mientras trabajan contigo.”*

### Secreto nº 2: Creatividad

*La creatividad vive enterrada bajo el pensamiento: “que me salga bien por favor, que no me salga de la raya”.*  
Sergi Torres.

Todas las técnicas y terapias de cualquier corriente deben ser adaptadas al paciente, eso implica flexibilidad y creatividad por parte del terapeuta. Por eso lo consideramos un factor común o inespecífico al igual que otros autores (Bulacio, 2006).

Si en un examen del grado de Psicología preguntáramos a los alumnos: ¿la psicología es: a) un arte b) una ciencia? Para aprobar deberían marcar la opción b: una ciencia. Es lo que les repetimos los profesores en casi todas las asignaturas.

Durante la época de la “caja negra” del conductismo tuvimos relegado de la psicología académica todo lo no observable (pensamientos, emociones, creencias,...) y nos ceñimos a la conducta. Creímos que solo de esa forma la psicología podría ser ciencia. Ese hándicap ya fue superado, pero ahora tenemos otro asunto a resolver ¿Dónde ponemos la creatividad del terapeuta?

Una de las premisas básicas de la ciencia es que las investigaciones deben ser replicables. Así, si queremos considerarnos científicos, los estudios para comprobar la efectividad de cualquier terapia deben poder ser “copiados”. Esto significa que además de que la metodología y el diseño se describan con rigurosidad en el artículo, el protocolo terapéutico también. Es decir, debe estar descrito de manera tan pormenorizada que cualquier otro psicólogo lo podría seguir de idéntica forma. Seamos honestos, no es así. Las descripciones que se suelen incluir en los artículos científicos e incluso en muchas tesis doctorales, son unos simples párrafos o algún esquema, donde se indica el número de sesiones, la duración, el objetivo de cada uno de ellas, las temáticas tratadas y poco más (Johnsen y Friberg, 2015).

Por tanto, colocamos una etiqueta al tratamiento, pero como afirman Laska, Smith, Wislocki, Minami, y Wampold (2013) hay evidencias de que en cada investigación se aplica de forma diferente. No es extraño pues que sea difícil encontrar los mismos resultados cuando se replican investigaciones dentro de la Psicología (Open Science Collaboration, 2015).

Así que existen dos realidades paralelas lo que se describe en los artículos científicos y lo que realmente se lleva a cabo. Lo cual es casi tranquilizante porque los psicólogos no somos robots que podamos dispensar los tratamientos de forma idéntica cada vez. Sin embargo, cuando se llevan a cabo investigaciones sobre la efectividad de un tratamiento, los terapeutas del estudio se suelen sentir culpables si su creatividad hace acto de presencia en las sesiones porque sienten que se están desviando del protocolo y que por lo tanto su investigación no es rigurosa.

Sasser y Puchalsky (2010), en su artículo titulado: *“The Humanistic Clinician: Traversing the Science and Art of Health Care”* acaban con una sabia conclusión final: *“debemos aprender las herramientas necesarias para vivir en dos mundos: en el mundo de la ciencia clásica con sus algoritmos, reglas, y tecnologías; y el mundo de la ciencia romántica, llena de historias, misterios y significados”.*

### Secreto nº 3: Intención

*El propósito es una fuerza que existe en el universo. Cuando los hechiceros (los que viven de la Fuente) llaman al propósito, él acude y señala el camino de la realización, lo que significa que los hechiceros siempre consiguen lo que se proponen.*  
Carlos Castañeda

Durante muchos cursos, en la asignatura “Principios de Psicología” en la Universidad Autónoma de Barcelona invitábamos a una mesa redonda a cuatro psicólogos de distintas corrientes: psicodinámica, cognitivo-conductual, sistémica y humanista. Allí se debatían ideas nucleares de sus enfoques y de sus prácticas. Todos, por descontado, defendían sus puntos de vista, en algunos casos había puntos de conexión, pero no en todos. Una de las preguntas que siempre les formulábamos era: *“por vuestra experiencia parece que creéis totalmente en la efectividad de las terapias que empleáis, así podríamos concluir que los distintos enfoques son efectivos ¿cuál sería el elemento en común que compartís entre vosotros?”* Todos estaban de acuerdo en la respuesta: *“la intención”.*



Todos deseaban intensamente que el paciente mejorara independientemente de cuál fuera la técnica que emplearan. ¿Cuánto tiempo empleamos para diseñar, investigar protocolos terapéuticos y cuánto a cultivar esa actitud hacia el otro?

Johnsen y Friberg (2015) llevaron a cabo una revisión sistemática de 70 ensayos aleatorizados sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para la depresión. Los estudios se habían realizado desde 1977 hasta el año 2014. Los resultados mostraron un tamaño del efecto elevado, es decir, se concluyó que era efectiva. Sin embargo, lo sorprendente es que se observó una disminución del tamaño del efecto. En otras palabras, a medida que pasan los años la terapia parece ser menos efectiva. Desde nuestro punto de vista, una de las explicaciones de este decremento puede estar relacionada con “la intención”.

En el momento que se crea un nuevo enfoque o se diseña una nueva terapia, se encuentra cargada de las ideas esenciales y de la intencionalidad de los padres del paradigma. A medida que pasa el tiempo y los protocolos van saltando de manual en manual, de pizarra en pizarra, se van desprendiendo de esa parte tan primordial como invisible. Así a los nuevas terapeutas solo les “llega” una receta desprendida de su halo inicial. Quizás, solo quizás, por eso se observó la eficacia menguante de estas técnicas.

#### **Secreto nº 4: Placebo**

*Cuando esperas que algo suceda, tu cerebro hace que suceda.*

Dan Ariely

Una de las investigaciones más citadas respecto a los factores comunes es la de Lambert (1986). En la misma se concluyó que un 15% de la efectividad psicoterapéutica proviene del efecto placebo. Reducir el efecto de las creencias a un porcentaje sea cuál sea parece un tanto artificial dado que, como afirma Kirsch (2013), esta magnitud no puede ser determinada. ¿En qué medida se puede desligar lo que una persona cree, sus expectativas, de todos los cambios cognitivos, emocionales, fisiológicos que provoca terapia? Como afirman Turner y colaboradores en la revista JAMA (Cfr. Bayés, 2007) *“la administración de cualquier tratamiento, incluida la cirugía, tiene efectos fisiológicos y psicológicos en el paciente, y dichos efectos se encuentran interrelacionados. Siempre que el paciente y el clínico perciben que el tra-*

*tamiento es eficaz se originan efectos placebo... Los efectos placebo actúan sinérgicamente con los efectos del tratamiento activo...”*.

El efecto placebo se ha tratado durante muchos años como una variable extraña, un especie de contaminante de los resultados. Algo que se debía controlar para poder observar con claridad el efecto limpio del principio activo en el caso de un medicamento, o del constructo supuestamente responsable del cambio si se trataba de una psicoterapia.

Poco a poco el efecto placebo ha ido atrayendo la atención de los investigadores ya no como contaminante sino como principio activo. Irving Kirsch, incansable investigador de este misterioso efecto, ha intentado demostrar que los antidepresivos funcionan simplemente por dicho efecto (Kirsch, 2010; 2016). Realizando una revisión tanto de los ensayos publicados como no publicados se dio cuenta de que los antidepresivos solo mostraban un poco más de efectividad que los placebos. De hecho, los placebos alcanzaban un nivel de eficacia del 82%. La efectividad de los antidepresivos se suele comprobar comparando un grupo experimental al que se le administra el medicamento y un grupo control que recibe un placebo. Los diseños son a doble ciego; los sujetos no saben si están tomando el antidepresivo o la pastilla de azúcar. Ante los datos que mostraban una leve superioridad de los antidepresivos, Irving se cuestionó si se debía a que los sujetos del grupo experimental, es decir, los que recibían el principio activo notaban sus efectos secundarios, lo cual les hacía suponer que estaban tomando antidepresivos. Para poner a prueba su hipótesis, realizó nuevas investigaciones en que empleó placebos (atropina) que producían efectos secundarios (boca seca) similares a los antidepresivos. En estos ensayos, donde los sujetos del grupo placebo creían estar recibiendo antidepresivos por los síntomas experimentados, no se observó diferencias entre ambos grupos (experimental y placebo). Esto es, el placebo es tan eficaz como un antidepresivo.

Este tipo de estudios nos llevan a la conclusión de que manipulando las expectativas del paciente, los beneficios pueden ser mayores. Y esa manipulación fue justamente lo que llevó a cabo Dan Ariely y sus colaboradores (Waber, Shiv, Carmon, y Ariely, 2008). En su estudio los sujetos recibían descargas eléctricas y para calmar su dolor se les administraba pastillas placebo. A la mitad de ellos se les indicó que tenían un elevado precio, a la otra mitad se les informó que era un medicamento barato. Tal como Ariely hipotetizó, las “pastillas caras” fue-



ron más efectivas. Parece pues que un medicamento tiene más probabilidades de ser eficaz si es caro y provoca efectos secundarios.

Si siguiendo en esta línea de pensamiento, podríamos llegar a la conclusión de que lo que envuelve a nuestras terapias (precio, localización, fama del terapeuta, etc.) puede tener un claro efecto placebo; es decir, puede aumentar su efectividad. Y por tanto, podríamos concluir que sería interesante investigar todos estos factores y fomentarlos en la práctica. Pero ¿es a esta conclusión a la que debemos llegar?

Dumbo era un elefante con enormes orejas que ignoraba que con ellas podría volar. Timoteo, su amigo el ratón, le entregó una pluma mágica con la que le aseguró que podría hacerlo. Dumbo, efectivamente lo consiguió aunque siguió ignorando que eran sus orejas las responsables de semejante hazaña. Al final del cuento Timoteo le confiesa que la pluma no tenía magia alguna y que él podía volar solo.

A través de los diseños denominados "open label placebo", los sujetos experimentales que reciben placebo (a diferencia de los diseños doble ciego) saben que lo están recibiendo. En otras palabras, saben que la pastilla que ingieren no posee ningún principio activo. Y sorprendentemente, aun así provoca efectos beneficiosos (Carvalho, Caetano, Cunha, Rebouta, Kaptchuk, y Kirsch, 2016; Charlesworth et al., 2017). Les estamos diciendo a los pacientes que la pluma no es mágica, pero la pluma sigue teniendo efecto.

Nos falta un paso más, convencer no solo a los pacientes, sino a nosotros mismos como terapeutas, que quizás las terapias tienen mucho de plumas y que el efecto curador se encuentra dentro de nosotros mismos. Una idea resumida de forma excelente en el título del libro de Joe Dispenza (2014): "El placebo eres tú".

### Secreto nº 5: Poesía

*El don del poeta es aclarar sin simplificar. Es casi exactamente opuesto al don de la ciencia, que es buscar comprender mediante la simplificación.*

Iona Heath

Nuestras palabras pueden resultar tranquilizadoras, estresantes, clarificadoras, motivantes, analgésicas, decisivas,... Al pronunciarlas desconocemos su repercusión porque depende de quién las escucha, en qué momento, los gestos que las acompañan, y de muchos otros sutiles, inconscientes e invisibles aspectos.

Ramón Bayés en el día de su 86 cumpleaños escribió un artículo titulado: "Las palabras oportunas en el momento preciso" (2016a). En el mismo incluye una experiencia del psiquiatra Allen Frances:

*"En mi práctica como psicoterapeuta traté a un paciente durante catorce años dos veces por semana y no conseguí influencia alguna sobre su vida. En cambio, en la sala de urgencias hablé con algunas personas durante quince minutos sin apenas conocerlas. Me ha sorprendido agradablemente que una de ellas se me acercara dos años más tarde para decirme: <Sus palabras cambiaron mi vida>".*

La mayoría de psicólogos nos podemos sentir identificados con esta experiencia. Concentramos nuestros esfuerzos para provocar un cambio sin lograr éxito alguno y un día, de repente, nuestras palabras obran un milagro. Milagros que como se dan independientemente de nuestro paradigma psicológico los consideramos también como factor común. La gran pregunta es: ¿a qué se deben estos milagros?

Una de las explicaciones que nos regala Ramón Bayés (2016b) para entender el motivo por el que nuestras palabras a veces resultan tan oportunas es el método poético. Y ¿qué es el método poético? Así lo describe:

*"El método poético es el que utilizamos espontáneamente si queremos entender y disfrutar en profundidad una poesía de Machado, la salida del sol desde la cumbre, una noche estrellada en pleno campo, la sonrisa de un niño, el brillo de los ojos de una hermosa muchacha o una sinfonía de Mahler. No tenemos más remedio que afrontar estos acontecimientos enteros, de golpe, con toda su complejidad. Solo la experiencia individual, adquirida a través de la participación o el conocimiento de casos anteriores, unida a la intuición y la creatividad, pueden servirnos, y no siempre, de alguna ayuda para comprenderlos."*

En algunos casos, como apunta Bayés, los métodos científicos y clínicos se quedan cortos, son demasiado simplificadores y analíticos. Las emociones, sensaciones, pensamientos del otro deben ser captados en su totalidad, sin análisis, deben ser sentidos. Y si escuchamos y sentimos su poesía, quizás nuestras palabras tendrán más posibilidades de ser oportunas.

*"Sin darnos apenas cuenta, podemos, o no, facilitar a otro ser humano la llave que abre la puerta de algo esencial que le permanecía oculto y puede iluminar su camino. Depende de nosotros dar el primer paso. Y raras veces sabremos si hemos acertado. Pero debemos intentarlo."*

Ramón Bayés





### Secreto nº 6: *Latidos*

*Yo soy mi prójimo*

Publio Terencio Africano

Otro factor común que comparten todas las aproximaciones terapéuticas es que el psicoterapeuta y el paciente son humanos. A ambos les late el corazón. Resulta obvio, pero lo obvio es lo que más fácilmente se pierde de vista.

Ambos (terapeuta y paciente) tienen sus miedos, inseguridades, prejuicios, obsesiones, complejos,... El hecho de que uno sea especialista en psicología y el otro no (o quizás sí) es solo un detalle diferencial que encontramos en la superficie. Solo los distingue el envoltorio.

Quizás el factor común que en muchos estudios se denomina "alianza terapéutica" (Bordin, 1979; De Nadai et al., 2017; McClintock, Perlman, McCarrick, Anderson, y Himawan, 2017) se refiera más directa o indirectamente a cómo los psicólogos manejamos el hecho de que en el fondo nos estamos tratando a nosotros mismos.

No es fácil ser psicólogo porque podemos sentirnos identificados con los problemas del paciente y quedarnos pegados en su misma telaraña cognitiva-emocional; o bien, para que ese enganche no ocurra, podemos acabar refugiados tras nuestras teorías abstractas y protocolos sistemáticos. Desde ambos lugares es difícil poder ayudarlo.

La empatía es una de las palabras insignia de los psicólogos. Uno de los factores comunes más estudiados. Sin embargo, este concepto suele emplearse en un solo sentido: ser empático con el otro, entender su punto de vista, reconocer su emoción,... Es decir, la empatía va del terapeuta al paciente, pero no del terapeuta hacia sí mismo. Se supone que él se entiende, se perdona y se acepta.

La compasión es otro concepto, más amplio, y que puede ir en los dos sentidos. Paul Gilbert (2009) define la compasión como la conciencia profunda del sufrimiento propio y de los demás junto con el deseo y el esfuerzo para aliviarlo. Es un concepto más global que la empatía porque no implica entender ningún punto de vista, ni siquiera reconocer qué tipo de emoción concreta experimenta el otro, sino simplemente asumir en profundidad el sufrimiento que conlleva la naturaleza humana (pacientes y terapeutas incluidos).

La terapia centrada en la compasión (Gilbert, 2009) es una terapia integrativa basada en la psicología evolutiva, social, y budista y la neurociencia con un enfoque multimodal. Su eje es la compasión. La compasión del terapeuta hacia él mismo y hacia el paciente, y la compasión como objetivo de aprendizaje del paciente. Una

terapia que hace conjunto con lo expuesto en estas páginas puesto que intenta ir más allá de los enfoques.

La compasión requiere que una parte de nosotros tome una cierta distancia del propio sufrimiento para poder observarlo y aceptarlo y desde esa parte, desde esa atalaya, también poder observar el sufrimiento del otro. Llevar a cabo la terapia desde allí, nos puede ayudar a no quedarnos enganchados en la misma telaraña del paciente y a admitir (sin refugiarnos detrás de ningún protocolo) que nuestro sufrimiento también se encuentra allí. Desde ese lugar, podemos ver los dos sufrimientos a la vez con cierto desapego, aceptarlos y tratarlos. Aunque sería más preciso decir que lo que se acepta y trata es un único sufrimiento que presenta diferentes formas (la del terapeuta y la del paciente). Es por eso que nuestro crecimiento se convierte en el crecimiento del paciente, y el suyo en el nuestro.

### Secreto nº 7: *Misterio*

*Todas las religiones, artes y ciencias son ramas del mismo árbol.*

Albert Einstein

La naturaleza es una. Nuestro anhelo desde siempre ha sido entenderla. Comprender toda su grandeza y complejidad. Sin embargo, abarcarla de forma global dentro de nuestra comprensión nos resulta imposible. Por eso la hemos dividido en partes: la química, la física, la biología, la psicología,... Ella, ajena a nuestra división, sigue comportándose como un todo.

Los humanos poco a poco hemos ido entendiendo algunos de sus enigmas, pero muchos otros se nos resisten. Nos hemos empezado a dar cuenta de que si queremos entender, tenemos que ir mucho más allá de nuestros sentidos. El reloj marca las horas, siempre con un mismo ritmo pero Einstein fue capaz de saltarse un hecho que nos parecía una premisa básica y nos sugirió que el tiempo se estira y arruga como un acordeón. Y ahora los físicos cuánticos nos sugieren que las partículas ni están aquí ni están allí, están en todas partes a la vez y solo cuando las observamos se concretan las posiciones y propiedades. ¿Cómo vamos a entender algo tan poco intuitivo?

Los psicólogos, desde nuestro cuadrado, escuchamos todas esas teorías físicas como quien mira una película de ciencia ficción, no va con nosotros. Nosotros estamos dentro de una de las habitaciones en las que dividimos la naturaleza intentando entenderla y ya tenemos sufi-



cienta. Pero la naturaleza se empeña en ser una. La división es solo una ilusión de los científicos. Cuando los físicos cuánticos hablan de partículas que se comportan de una manera tan misteriosa ¿de qué partículas imaginamos que están hablando? ¿de las que tienen en sus laboratorios? Esas partículas se encuentran también en nuestros huesos, nuestra sangre, nuestras neuronas, formando todo nuestro cerebro. El misterio está en nosotros.

Existen fenómenos psicológicos para los que no tenemos explicación, esos sobre los que Freud advertía a Jung que no los abordará si quería que se considerara el psicoanálisis como algo científico. Dentro del caos del misterio, tiene su lógica que los psicólogos nos encontremos ante hechos inexplicables, lo que no sería lógico es que el misterio se hallara sólo en las partículas de los físicos cuánticos.

Así que aunque los psicólogos al hablar de factores inespecíficos para explicar la efectividad de nuestras terapias demos explicaciones tan generalistas como el placebo, la intención, la alianza terapéutica,... Incluso con ellas no lo podemos explicar todo. En la ecuación explicativa que andamos buscando uno de los elementos con más peso es sin duda el misterio.

## CONCLUSIONES

*Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar una alma humana sea apenas otra alma humana*

Carl G. Jung

Los factores inespecíficos parecen ser más predictores de los resultados clínicos que cualquier técnica (Day, Halpin, y Thorn, 2016; Laska, et al., 2014). De hecho, los metaanálisis indican tamaños del efecto elevados-moderados de los factores inespecíficos, unos tamaños mayores que los que presentan las diferencias entre tratamientos (Laska, et al., 2014). Eso nos podría sumir en la indefensión, podríamos llegar a pensar que todos nuestros esfuerzos, investigaciones, estudios, no sirven para nada, pero ese sentimiento sería equívoco porque gracias a nosotros, independientemente de nuestro enfoque, muchas personas salen de su sufrimiento. Lo que ocurre es que parece que la clave de la eficacia de lo que hacemos no se encuentra donde nosotros pensamos.

Tal como concluyen González-Blanch y Carral-Fernández (2017) en su excelente revisión crítica sobre este tema publicada en esta misma revista:

*“El enfoque de los factores comunes amplía la visión de la psicoterapia al poner el énfasis de la explicación del cambio en aspectos que van más allá de protocolo de tratamiento y del modelo teórico que lo guía. Se supera así un símil sobresimplificado de los ingredientes activos del modelo médico”.*

Es extremadamente difícil saber lo que provoca cambios en el paciente. Eso no debería extrañarnos dado que en muchas ocasiones ni él mismo es consciente de lo que lo ha provocado. Y aunque, pueda llegar a verbalizar el porqué del cambio no podemos estar seguros de si su explicación es una mera racionalización, una teoría que ha fabricado pero que no tiene nada que ver con lo que de forma inconsciente ha sucedido. Exactamente lo mismo ocurre con nosotros, con nuestras teorías, en gran medida, son racionalizaciones con las que nos sentimos satisfechos porque nos parece que ponemos orden en la complejidad del mundo psicológico.

El interruptor del cambio se halla flotando en algo que sucede entre nosotros y los pacientes. Algo volátil, inaprensible, invisible,... que es difícil de captar con la lógica y de estructurar. Una de las etiquetas más concretas con la que los estudios intentan manejar este concepto, bajarlo más a lo empírico es el de “alianza terapéutica” (Kidd, Davidson, y McKenzie, 2017). En estas páginas nos hemos permitido no adherirnos ni siquiera a esta etiqueta, para tratar la insustancialidad del tema de forma más libre. Así hemos presentado una división de 7 puntos, conscientes que podrían ser más o menos y ser explicados desde muchas ópticas diferentes. Hemos intentado describir algo que no vemos, que no tocamos, que no olemos,... hemos descrito algo basándonos solo en atisbos. Conscientes además de que estos atisbos son subjetivos.

¿Por qué en las facultades de psicología no tratamos (casi) los factores comunes que existen entre las terapias? Pues porque son difíciles de plasmar en la pizarra, de atrapar en un PowerPoint, de evaluar en un examen... Son demasiado escurridizos sobre el papel. Así que seguimos centrados en lo más fácil de explicar por puntos o con guiones ordenados. Cuando un alumno se matricula de primero de psicología lo hace lleno de expectativas, pensando que entrará en el misterio de la mente humana, dentro del mundo del inconsciente, dentro de un universo mágico. A los profesores nos entenece esta visión, sabemos que no es lo que se va encontrar. Desde el primer día le vamos a afirmar de manera repetida que la psicología es ciencia y vamos a estructurar su mente como un Excel para que sepa diferenciar las diferentes patologías, las



distintas especialidades, las metodologías, sobre todo debe entender las diferencias, debe aprender a dividirlo todo. Al acabar el grado, suele tener la sensación de que no sabe nada, de que existen muchas casillas de ese Excel en que hemos troceado la psicología que desconoce, muchas técnicas de las que ha oído el nombre pero nada más, así empieza su andadura hacia los cursos de postgrado, másters y doctorados, esperando encontrar algo que llene esa sensación de no-saber que nunca se ve colmada. Una sensación que de forma más o menos sólida sigue perdurando a lo largo de su (nuestro) camino profesional.

En el terreno de la investigación los factores inespecíficos son simples actores secundarios, los papeles de protagonista están en manos de los protocolos terapéuticos. Lo que más importa en la investigación es publicar, y para que un artículo sea aceptado lo primordial es la metodología empleada. Esto nos lleva a que podemos investigar algo totalmente irrelevante pero con una metodología intachable y es publicado, pero a la inversa no pasa nunca. Los factores inespecíficos por su condición casi etérea son difíciles de encajar dentro de muchas metodologías. Así que acabamos estudiando lo investigable, no lo importante. Investigar lo investigable no es el problema. El problema es que lo que no cae dentro de las redes de la ciencia, pasa a no existir. De ahí nuestra ceguera. Afortunadamente, están surgiendo nuevas metodologías más flexibles y enfoques más integrativos.

Si pasamos de la docencia y la investigación a la psicología aplicada, algunos psicólogos optan por aferrarse a sus teorías casi como a un salvavidas, aunque cada vez más terapeutas van cambiando hacia una mirada más integradora y muchos se autodefinen como eclécticos (Botella et al., 2015). Como afirman Corbella y Botella (2004): “*se abre ante nosotros un futuro que vendrá marcado por un creciente interés por las posturas integradoras en psicoterapia*”.

Profesores, investigaciones, psicólogos aplicados... andamos todos demasiado tensos. Perdidos entre tantos datos. Descentrados. Quizás nuestra mirada comprensiva la dirigimos más a nuestros pacientes que a nosotros mismos. Ante nosotros tenemos el misterio de la naturaleza humana y pretendemos entenderlo desde dentro. Anhelamos comprenderlo y controlarlo a la perfección. Si nuestros pacientes fuéramos nosotros mismos seguramente les diríamos que no se exigieran tanto, que dejaran de analizar tanto, que confiaran más en su intuición, en todo el potencial que llevan dentro.

Probablemente la “parte científica” del lector haya encontrado este artículo poco riguroso y echando de menos una fundamentación más teórica. Y es que las presentes páginas no pretendían, ni ser una revisión, ni ofrecer una taxonomía alternativa a las que ya existen sobre factores inespecíficos. Ni tan solo tenía como objetivo llegar a conclusión alguna. De hecho más que ordenar ideas pretendía desordenarlas, porque la reflexión se promueve cuando tenemos que volver a ordenar ideas de diferente forma. Este artículo por tanto no apela a la parte científica sino a la parte humilde del lector, a la que reconoce que la naturaleza humana es un misterio.

Esa parte humilde es la que nos permite abrir la mente y como decía Kuhn (1962) abrir la mirada nos lleva a nuevos paradigmas. La humildad es el recurso más potente del que disponemos para caminar hacia la convergencia de los distintos enfoques, dirigimos hacia lo más esencial y para dejar espacio a todo lo que no entendemos. Y lo más maravilloso es que esa misma humildad nos multiplica la consciencia de lo fascinante que resulta nuestra profesión.

#### CONFLICTO DE INTERESES

No existe conflicto de intereses

#### REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102.
- Bayés, R. (2007). *El reloj emocional*. Barcelona: Alienta.
- Bayés, R. (2016a). Encontrar las palabras oportunas en el momento preciso. *Ágora de Enfermería*, 20 (4), 149-151
- Bayés, R. (2016b). *Olvida tu edad*. Barcelona: Plataforma.
- Bordin E., (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Botella, L. y Maestra, J. (2016). Integración en psicoterapia en terapeutas en formación: atribución de factores comunes e ingredientes específicos en casos prototípicos de cinco orientaciones psicoterapéuticas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 15, 39-48.
- Botella, L., Maestra, J., Feixas, F., Corbella, S y Vall, B. (2015). Integración en Psicoterapia 2015: pasado, presente y futuro. *Integración en Psicoterapia*. doi: 10.13140/RG.2.1.1351.3040. Documento de trabajo. Recuperado ResearchGate: [https://www.researchgate.net/publication/284869588\\_Integracion\\_en\\_psi\\_coterapia\\_2015\\_pasado\\_presente\\_y\\_futuro](https://www.researchgate.net/publication/284869588_Integracion_en_psi_coterapia_2015_pasado_presente_y_futuro)





- Bulacio, J.M. (2006). *Factores inespecíficos en la Psicoterapia*. Buenos Aires: Akadia.
- Carvalho, C., Caetano, J.M., Cunha, L., Rebouta, P., Kaptchuk, T.J. y Kirsch, I. (2016). Open-label placebo treatment in chronic low back pain: a randomized controlled trial. *Pain*, 157 (12), 2766-2772. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000700
- Charlesworth J.E.G., Petkovic G., Kelley J.M., Hunter M., Onakpoya I., Roberts N., Miller F.G. y, Howick J. (2017). Effects of placebos without deception compared with no treatment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 10(2), 97-107. doi: 10.1111/jebm.12251
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: VisionNet.
- Day, M. A., Halpin, J., y Thorn, B. E. (2016). An empirical examination of the role of common factors of therapy during a mindfulness-based cognitive therapy intervention for headache pain. *The Clinical Journal of Pain*, 32(5), 420-427.
- De Nadai, A.S., Karver, M.S., Murphy, T.K., Cavitt, M.A., Alvaro, J.L., Bengtson, M., Stock, S., Rakhshani, A.C. y Storch, E.A. (2017). Common factors in pediatric psychiatry: A review of essential and adjunctive mechanisms of treatment outcome. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 27 (1), 10-18. doi: 10.1089/cap.2015.0263.
- Dispenza, J. (2014). *El placebo eres tú*. Barcelona: Urano.
- French, T.M. (1933). Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *American Journal of Psychiatry*, 89, 1165-1203.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- González-Blanch, C. y Carral-Fernández, L.C. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94-106.
- Johnsen, T. J. y Friborg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747-768.
- Kidd, S. A., Davidson, L. y McKenzie, K. (2017). Common factors in community mental health intervention: a scoping review. *Community Mental Health Journal*. doi: 10.1007/s10597-017-0117-8
- Kirsch, I. (2010). *The Emperor's New Drugs: Exploding the antidepressant myth*. New York: Basic Books.
- Kirsch, I. (2013). The placebo effect revisited: Lessons learned to date. *Complementary Therapies in Medicine*, 21(2), 102-104.
- Kirsch, I. (2016). The placebo effect in the treatment of depression. *Verhaltenstherapie*, 26(1), 55-61. doi: 10.1159/000443542
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Lambert, M. J. (1986). Implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner- Mazel.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., y Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467.
- Laska, K. M., Smith, T. L., Wislocki, A., Minami, T. y Wampold, B. E. (2013). Uniformity of evidence based treatments in practice? Therapist effects in the delivery of cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 31-41. doi:10.1037/a0031294.
- McClintock, A. S., Perlman, M. R., McCarrick, S. M., Anderson, T. y Himawan, L. (2017). Enhancing psychotherapy process with common factors feedback: A randomized, clinical trial. *Journal of Counseling Psychology*, 64(3), 247.
- Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63, 81-97.
- Open Science Collaboration. (2015). Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*, 349(6251), aac4716.
- Reik, T. (1948). *Listening with the Third Ear: The inner experience of a psychoanalyst*. New York: Grove Press.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Sasser, C. G. y Puchalski, C. M. (2010). The humanistic clinician: traversing the science and art of health care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(5), 936-940.
- Tolle, E. (2004). *Practicando el poder del ahora*. Madrid: Gaia Ediciones.
- Waber, R.L., Shiv, B., Carmon, Z. y Ariely, D. (2008). Commercial Features of Placebo and Therapeutic Efficacy. *Journal of the American Medical Association*, 299, 1016-1017.