

Entrevista con J. D. Frank

Carmina Saldaña

Universidad de Barcelona

C. S.—Dr. Frank, han pasado veinticinco años desde que se publicó la primera edición de su libro *Persuasion and Healing*. No obstante, su obra es una lectura obligada para todos los investigadores y psicólogos aplicados que están interesados en el tema del placebo. ¿Cuáles cree que son las contribuciones más importantes que se han realizado en este campo desde entonces?

J. D. F.—En relación con el placebo, que yo sepa, aunque los hallazgos empíricos se han acumulado, no han aportado ningún dato nuevo. Sin embargo Grünbaum, como comentaré en la siguiente cuestión, ha hecho una importante clarificación conceptual.

En relación con la psicoterapia ambulatoria, se han acumulado más datos sugiriendo que la razón principal por la que los pacientes asisten a psicoterapia es la desmoralización, el estado que mejora con las características comunes de la psicoterapia. Estos datos provienen principalmente de estudios demográficos (Dohrenwend *et al.*, 1980), y otros estudios (Kellner y Sheffield, 1973; Vaillant, 1972) mostrando que grupos formados por pacientes están más desmoralizados que grupos apareados de no-pacientes.

Creo que la imaginación guiada y quizás las técnicas abreactivas requieren un estudio más intensivo debido a la falta de experiencia real en estos métodos.

C. S.—Usted ha sido uno de los autores que ha buscado componentes comunes entre formas diferentes de terapias psicológicas. Cuando usted en su trabajo habla de los componentes terapéuticos compartidos por las psicoterapias, ¿está hablando acerca de lo que otros investigadores llaman factores inespecíficos, factores inactivos o incluso factores placebo, o, por el contrario, existe algún importante matiz diferencial entre estos términos?

J. D. F.—La respuesta a esta pregunta debe ser introducida haciendo referencia a la clarificación de Grünbaum (Grünbaum, 1986). Distingue dos clases de componentes curadores en todas las terapias; aquellos que la teoría de esa terapia ve como característicos de ella, y aquellos componentes que la teoría considera como meramente fortuitos. Las escuelas de psicoterapia difieren en términos de los componentes de sus métodos que ellas estiman como propios o incidentales.

El término «efecto placebo» hace referencia a la mejoría en un desorden dado debido a las características de cualquier terapia que se consideren como fortuitas. Dado que las teorías difieren en relación con los componentes que ellos consideran como fortuitos o propios, un efecto placebo para una escuela terapéutica puede ser un componente característico de otra. Por ejemplo, los beneficios del arousal emocional serían fortuitos (por lo tanto un efecto placebo) para, digamos, la terapia cognitiva, pero un efecto característico para la terapia del grito primario. A la luz de estas consideraciones, yo abandonaría completamente el término «inactivo» dado que todos los componentes de terapia deben ser activos. Debido a que un componente terapéutico puede

que sea considerado por una escuela de terapia como «específico» a ella, es decir como propio, y otra escuela lo considera como no-específico, esto es fortuito, yo sustituiría componente no-específico por componente «compartido»; es decir, común a varias terapias.

El término «placebo» podría ser empleado en el contexto de una determinada terapia para referirse a algunos de sus factores terapéuticos que considera como fortuitos.

C. S.—Hablando de placebos, el empleo de grupos de control placebo es algo común y frecuente en el campo de la investigación. Sin embargo, los investigadores a menudo han empleado procedimientos placebo muy ingeniosos que o bien resultan menos creíbles que los tratamientos comúnmente empleados, o no son placebos reales. ¿Cuáles son, en su opinión, las características básicas que debe considerar un investigador cuando diseñe un grupo control placebo?

En este mismo contexto, algunos teóricos han señalado que el uso de un procedimiento de doble-ciego es la única metodología experimental posible para contrarrestar el efecto sobre los resultados finales de los factores inespecíficos, inactivos o placebo. Sin embargo, ¿no cree que a pesar de ello, es prácticamente imposible controlar el efecto de estos factores?

J. D. F.—Un adecuado control placebo debería tener que ser tan convincente como la terapia experimental, tanto para el paciente como para el terapeuta. Esto es posible, pero es difícil de alcanzar. Además, el terapeuta debería ignorar qué terapia está administrando. Esto es, sin duda, imposible.

Una estrategia más factible puede ser estudiar cada vez una terapia mediante comparación de grupos, cada uno de los cuales omite un componente considerado como característico de esa terapia. Si la omisión de ese componente no produce diferencias en los resultados, se puede concluir que no es característico de esa terapia. Mediante la eliminación sucesiva, el investigador puede que sea capaz de encontrar qué componentes de la terapia le son realmente propios y cuáles son fortuitos («placebo») (Imber *et al.*, 1957).

C. S.—Considerando que en 1980 ya habían sido inventariadas más de 250 terapias psicológicas (Herink, 1980), ¿no cree usted que una gran mayoría de ellas son fundamentalmente placebos? Si es así, ¿no cree que en lugar de incrementar la lista con nuevas terapias psicológicas, ha llegado el momento de pararse a identificar ese reducido número de procedimientos que son realmente activos?

J. D. F.—La proliferación de terapias es evidente, a favor de que las características que comparten todas ellas (características placebo o fortuitas) son responsables de mucha de su eficacia.

La proliferación también es una función de incentivos creados culturalmente, tales como el papel de novedad para los terapeutas de ganar dinero y prestigio. Esta proliferación no puede ser detenida por decreto, pero podría ser disminuida mediante las siguientes sugerencias:

Dado que todas las terapias tienen componentes activos, una forma de selección entre ellas sería centrarse en unas pocas de las terapias más populares y diseñar estudios para determinar para qué pacientes y terapeutas funcionan mejor, y la importancia relativa para cada uno de los apareamientos de pacientes y terapeutas en relación a ciertos criterios definibles, tales como el nivel de conceptualización (Carr, 1970; Posthuma y Carr, 1975).

C. S.—*El empleo de placebos en medicina es algo antiguo y bien conocido. A pesar de ser menos frecuente, existen algunas aplicaciones psicológicas que ofrecen resultados similares a los mostrados en el campo de la medicina. Algunos autores han señalado que las psicoterapias son placebos (Wilkins, 1984), mientras que otros, entre ellos usted, han dicho lo contrario —el placebo es psicoterapia (Frank, 1983)—. En este último sentido, ¿qué cree usted acerca del empleo deliberado de placebos en el campo de la psicología clínica? ¿En qué casos cree que un terapeuta debería considerar el empleo de un placebo en su práctica clínica? ¿Qué tipo de pacientes cree usted que son más susceptibles de responder a placebos empleados deliberadamente por el clínico?*

J. D. F.—El empleo deliberado de placebos en el sentido original del término, esto es «agradar» al paciente, no es éticamente defendible (Bok, 1979), pero un terapeuta podrá usar un grupo de comparación recibiendo placebo para ayudar a identificar las propiedades características de un procedimiento médico o quirúrgico, o para pacientes para los cuales cree que responderán a un componente «fortuito» o a su terapia. En este sentido, el placebo como un símbolo del poder de curación del terapeuta, es una forma de psicoterapia. Los pacientes que responden mejor a símbolos de curación tangibles que a palabras o a rituales serían susceptibles de ser tratados mediante placebos; sin embargo, el clínico debe recordar que el alivio de un síntoma por medio de un placebo no descarta una base orgánica del síntoma; también que sus beneficios serán probablemente de corta duración, a no ser que el alivio mediante placebo ayude al paciente a modificar el problema para el que el síntoma es una respuesta.

C. S.—*En su trabajo Therapeutic components shared by all psychotherapies (Componentes terapéuticos compartidos por todas las psicoterapias, Frank, 1982), concluye que cuanto mayor es el número de orientaciones psicológicas que un terapeuta puede manejar, más amplio será el rango de pacientes que será capaz de ayudar. Tengo la impresión que usted defiende al terapeuta ecléctico. ¿Es esto cierto? ¿No cree que es muy difícil ser adiestrado y estar cualificado en todas las técnicas psicoterapéuticas, con diferentes conceptualizaciones teóricas, algunas de ellas contradictorias entre sí?*

J. D. F.—Sí, yo defendería al terapeuta ecléctico si por ello se entiende que el terapeuta pretende dominar más de una orientación de forma que tenga alguna elección de métodos, si él o ella creen, como yo, que algunos pacientes son accesibles diferencialmente a diferentes terapias. A decir verdad, ningún terapeuta puede ser igualmente efectivo con cada orientación, y algunos terapeutas parecen ser capaces de dominar más orientaciones que otros (Lazarus, 1981).

C. S.—*Finalmente, me gustaría que hiciera algunos comentarios acerca de la eficacia de varias formas de psicoterapia. Desde su punto de vista, todas las formas de psicoterapia muestran resultados igualmente eficaces debido a los componentes terapéuticos que comparten. A pesar de ello, la terapia de conducta ha mostrado su superioridad frente a la terapia cognitivo conductual (Latmier y Sweet, 1984) y frente a las psicoterapias tradicionales (Giles, 1983). ¿Por qué ocurre esto? ¿Cuál es, en su opinión, la mejor forma de psicoterapia?*

J. D. F.—El estilo de esta pregunta revela un malentendido común sobre la hipótesis de anti-desmoralización. Yo no proclamo que todas las terapias sean

igualmente efectivas, sino que hasta ahora no hemos sido capaces de demostrar concluyentemente que la mayor parte de ellas difieran significativamente en eficacia. Esto justifica la afirmación de que los factores comunes son los responsables de la mayor parte de eficacia de todas las terapias. Esto sería consistente con, por ejemplo, la aparente mayor efectividad de la terapia de conducta para algunos estados tales como las fobias. La eficacia de una terapia no prueba necesariamente la validez de la teoría que la sustenta. Es decir, la eficacia puede depender no de la teoría subyacente a la terapia sino de la capacidad superior de la terapia para movilizar factores comunes para aliviar el síntoma. Klein *et al.* (1983) sugieren que cualquier procedimiento que persuada a los pacientes para permanecer en contacto continuo durante más de una hora con el estímulo fóbico, lo extinguirá. Terapias basadas en teorías diferentes pueden, todas ellas, tener este efecto. Sin embargo, los rituales conductuales son especialmente adecuados para elevar la esperanza de éxito de los pacientes fóbicos porque se centran en el síntoma y proporcionan evidencias objetivas de su progreso.

El fracaso en demostrar una relación no es en absoluto lo mismo que probar que la relación no existe. Los métodos de investigación actuales son todavía tan toscos que pueden fracasar en encontrar diferencias reales en la eficacia de diferentes terapias. Para progresar es necesario definir mejor todas las variables relevantes del paciente, seleccionar categorías de diagnóstico, procedimientos terapéuticos, situaciones terapéuticas y aspectos semejantes (Parloff, 1984).

Referencias

- BOK, S.: *Lying: Moral Choice in Public and Private Life*. Nueva York: Random House (Vintage), 1979.
- CARR, J. E.: «Differentiation similarity of patient and therapist and the outcome of psychotherapy». *Journal of Abnormal Psychology*, 1970, 76, 361-369.
- DOHRENEWEND, B. P.; SHROUT, P. E.; EGRI, G., y MENDELSON, F. S.: «Non-specific psychological distress and other measures for use in the general population». *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, 1229-1236.
- FRANK, J. D.: *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1961.
- FRANK, J. D.: «Therapeutic components shared by all psychotherapies», en J. H. Harvey and M. M. Parks (eds.). *Psychotherapy research and behavior change. The Master Lecture Series*, vol. 1. Washington, D. C.: American Psychological Association, 9-37, 1982.
- FRANK, J. D.: «The placebo is psychotherapy». *Behavioral and Brain Sciences*, 1983, 6, 291-292.
- GILES, T. R.: «Probable superiority of behavioral interventions-I: Traditional comparative outcome». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1983, 14 (1), 29-32.
- GRUNBAUM, A.: «The placebo concept in medicine and psychiatry». *Psychological Medicine*, 1986, 16, 19-38.
- HERINK, R. (ed.): *The psychotherapy handbook: the A to Z guide to more than different therapies in use today*. Nueva York: New American Library, 1980.
- IMBER, S. D.; FRANK, J. D., *et al.*: «Improvement and amount of therapeutic contact: An alternative to the use of no-treatment controls in psychotherapy». *Journal of Consulting Psychology*, 1957, 21, 309-313.
- KELLNER, R., y SHEFFIELD, B. F.: «The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normals». *American Journal of Psychiatry*, 1973, 130, 102-105.
- KLEIN, D. F.; ZITREN, C. M.; WOERNER, M. G., y ROSS, D. C.: «Treatment of phobias. II. Behavior Therapy and supportive psychotherapy: Are there any specific ingredients?». *Archives of General Psychiatry*, 1983, 40, 139-145.
- LATIMER, P. R., y SWEET, A. A.: «Cognitive versus behavioral procedures in cognitive-behavior therapy: A critical review of evidence». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1984, 15(1), 9-22.
- LAZARUS, A. A.: *The Practice of Multimodal Therapy*. Nueva York: Mc Graw-Hill, 1981.
- PARLOFF, M. B.: «Psychotherapy research and its incredible credibility crisis». *Clinical Psychology Review*, 1984, 4, 95-109.
- POSTHUMA, A. B., y CARR, J. E.: «Differentiation matching in psychotherapy». *Canadian Psychological Review*, 1975, 16, 35-43.
- VAILLANT, G. E.: «Why men seek psychotherapy. I: Results of a survey of college students». *American Journal of Psychiatry*, 1972, 129, 645-651.
- WILKINS, W.: «Psychotherapy: The powerful placebo». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1984, 52, 570-573.