

Philippa M. Coughlan y Marjorie H. Klein: de la investigación rogeriana sobre la esquizofrenia a la innovación clínica

José María Gondra

Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea, Facultad de Psicología. Donostia-San Sebastián, España.

INFORMACIÓN ART.

Recibido: 19-6-2026
Aceptado: 1-7-2026

Palabras clave
Philippa M. Coughlan,
Marjorie H. Klein,
Experiencing Scale,
WISPI,
psicología clínica,
crítica feminista

Key words
Philippa M. Coughlan,
Marjorie H. Klein,
Experiencing Scale,
WISPI,
clinical psychology,
feminist criticism.

RESUMEN

Este artículo reconstruye las trayectorias profesionales de Philippa M. Coughlan y Marjorie H. Klein, cuyas contribuciones fueron centrales en el trabajo de Carl Rogers sobre la esquizofrenia en la Universidad de Wisconsin–Madison. Analizamos cómo sus carreras se orientaron en ámbitos distintos, pero complementarios. Coughlan se convirtió en una figura pionera de los servicios universitarios de salud mental; fundó en 1971 la Office of Behavioral Health for Students de la Universidad Wesleyana y la dirigió hasta el 2010; su influencia fue sobre todo clínica, supervisora y formativa. Klein desarrolló una sólida carrera académica en la Universidad de Wisconsin, donde fue profesora de Psiquiatría y de Estudios de las Mujeres; impulsó la investigación clínica mediante aportaciones como la *Experiencing Scale*, el Inventario de Trastornos de Personalidad de Wisconsin (WISPI), la computación digital en psiquiatría y la crítica feminista de los modelos psiquiátricos tradicionales. Estas trayectorias merecen consignarse en la historiografía de la psicología de finales del siglo XX y comienzos del XXI.

Philippa M. Coughlan and Marjorie H. Klein: from rogerian schizophrenia research to clinical innovation

ABSTRACT

This paper reconstructs the professional trajectories of Philippa M. Coughlan and Marjorie H. Klein, whose contributions were central to Carl Rogers's work on schizophrenia at the University of Wisconsin–Madison. We examine how their careers developed in distinct yet complementary fields. Coughlan became a pioneering figure in university mental-health services, founding and directing the Office of Behavioral Health for Students from 1971 to 2010 at Wesleyan University; her influence was primarily clinical and educational. Klein pursued a sustained academic career at the University of Wisconsin, where she served as Professor of Psychiatry and Women's Studies. Her work advanced clinical research through contributions to the Experiencing Scale, the Wisconsin Personality Disorders Inventory (WISPI), the introduction of digital computing in psychiatry, and feminist-humanistic critiques of traditional psychiatric models. These trajectories deserve recognition within the historiography of psychology spanning the late twentieth and early twentyfirst centuries.

El presente artículo es un desarrollo de la comunicación presentada en el XXXVIII Symposium de la Sociedad Española de Historia de la Psicología celebrado en la Universidad de Lisboa del 13 al 15 de mayo de 2026.

Correspondencia José María Gondra: josemaria.gondra@gmail.com

ISSN: 2445-0928 DOI: <https://doi.org/10.5093/rhp2026a18>

© 2026 Sociedad Española de Historia de la Psicología (SEHP)

Para citar este artículo/ To cite this article:

Gondra, J.M. (2026). Philippa M. Coughlan y Marjorie H. Klein: de la investigación rogeriana sobre la esquizofrenia a la innovación clínica. *Revista de Historia de la Psicología*, 47(3), 28–43. Doi: [10.5093/rhp2026a18](https://doi.org/10.5093/rhp2026a18)

Vínculo al artículo/Link to this article:

DOI: <https://doi.org/10.5093/rhp2026a18>

Introducción

En un reciente estudio sobre las investigaciones de Carl Rogers en el campo de la esquizofrenia, se puso de relieve el trabajo realizado por dos jóvenes doctorandas, Philippa L. Mathieu-Coughlan y Marjorie Hanson Klein. Su contribución resultó decisiva para concluir un proyecto que en aquel momento se encontraba al borde del colapso, debido a la desaparición de los datos obtenidos a lo largo de casi siete años (Gondra, 2025).

El proyecto se inició a finales de 1957, tras la incorporación de Carl Rogers a la Universidad de Wisconsin-Madison. El diseño de investigación, ambicioso para la época, tenía como objetivo evaluar la eficacia de la psicoterapia rogeriana en pacientes del Mendota State Hospital diagnosticados con esquizofrenia. Un equipo de ocho psicoterapeutas llevó a cabo sesiones con dos grupos de pacientes - ocho crónicos y ocho agudos - y el grupo de control estuvo formado por ocho voluntarios sin diagnóstico psiquiátrico. Las sesiones fueron registradas mediante grabación magnetofónica y evaluadas con diversas escalas y pruebas psicológicas administradas a intervalos de tres meses.

La investigación avanzó entre numerosas dificultades, derivadas de la complejidad clínica de los pacientes, hasta que, en el verano de 1964, quedó paralizada cuando Charles B. Truax (1933-1974), miembro del equipo, se negó a entregar los datos obtenidos e interpuso una denuncia policial alegando que el material le había sido sustraído.

Ante esta situación crítica, Carl R. Rogers encomendó a Donald J. Kiesler (1933-2007) la tarea de reanalizar las grabaciones magnetofónicas, que sumaban un total de 1.204 horas de interacciones terapéuticas con los pacientes. Kiesler contó con la colaboración de Philippa Mathieu, entonces doctoranda, que posteriormente adoptaría el apellido Coughlan tras su matrimonio. Mathieu desempeñó un papel destacado tanto en el análisis final de los datos como en el diseño de un proyecto sobre la "disponibilidad en la sala", concebido para que los pacientes pudieran elegir entre los distintos terapeutas disponibles sin necesidad de una asignación expresa. Este proyecto, sin embargo, no llegó a concluirse.

Marjorie H. Klein se incorporó al equipo en 1962 como asistente y contribuyó decisivamente a la medición del proceso terapéutico. A pesar de su papel destacado en el rescate del proyecto, ni Mathieu ni Klein figuraron como coeditoras del volumen en el que se presentaron los resultados (Rogers et al., 1967). No obstante, sí fueron reconocidas como coautoras de los capítulos específicos que contenían el análisis de datos en los que habían participado.

La experiencia de Wisconsin marcó para ambas el inicio de trayectorias profesionales en campos diferenciados. Colaboraron con Donald J. Kiesler en una serie de artículos dedicados a las distintas técnicas de muestreo para el análisis de las grabaciones de entrevistas terapéuticas de una hora de duración (Kiesler, Mathieu, y Klein, 1964, 1965, 1967a). Asimismo, participaron junto a Eugene T. Gendlin (1926-2017) en la construcción de la escala de *experiencing* del cliente, en cuyo desarrollo Klein figura como coautora principal (Klein et al., 1969). Más adelante, presentaron la psicoterapia experiencial en el capítulo de un libro dedicado al proceso terapéutico, donde propusieron una escala de *experiencing* del terapeuta que complementaba la del cliente e incorporaba más explícitamente la dimensión interactiva

entre ambos (Mathieu-Coughlan y Klein, 1984). Ambas retomaron y sistematizaron esta propuesta en otros influyentes manuales sobre las investigaciones del proceso terapéutico (Klein et al., 1986, 1992).

Sus trayectorias, sin embargo, siguieron derroteros claramente diferenciados. Philippa Mathieu orientó su trabajo hacia la psicología clínica, convirtiéndose en una figura pionera de los servicios universitarios de salud mental. Marjorie Klein, por su parte, permaneció vinculada al departamento de psiquiatría de la Universidad de Wisconsin-Madison, donde trabajó en importantes líneas de investigación clínica y metodológica. El presente trabajo constituye el punto de partida de una investigación más amplia sobre estas pioneras, cuya contribución merece ser reconocida en la historia de nuestra disciplina.

Philippa M. Coughlan: Salud Mental Universitaria

Figura 1. Philippa M. Coughlan. Cortesía de la Wellesley University



Philippa Mathieu-Coughlan nació en Boston el 13 de octubre de 1932 y falleció el 17 de marzo de 2011 en Middletown, Connecticut (Véase figura 1). Se licenció en psicología por la Boston University, institución en la que ejerció durante tres años como presidenta de la Newman Society, y obtuvo posteriormente el doctorado (PhD) en la Universidad de Wisconsin-Madison. Su tesis doctoral examinó la relación entre la preparación del consejero y el desarrollo de la personalidad de los participantes en sesiones de consejo psicológico grupal (Mathieu, 1965).

Tras completar el doctorado, recibió una beca de investigación posdoctoral del *National Institute of Mental Health*, que le permitió continuar su labor investigadora en el Instituto Psiquiátrico de Wisconsin. Gendlin solicitó a Carl Rogers que incluyera su nombre en la lista de editores del volumen final sobre la esquizofrenia, en reconocimiento a su contribución al proyecto; Rogers, sin embargo, declinó la petición ante la oposición de Donald J. Kiesler.

En 1968, Philippa Mathieu — ya con el apellido Coughlan — fue nombrada profesora ayudante de psicología en la Facultad de Psiquiatría de la Universidad de Yale. En 1971 fundó en la Universidad Wesleyana la *Oficina de Salud Conductual para Estudiantes* (OBHS), al tiempo que continuó impartiendo clases de psicología clínica en Yale durante los años siguientes.

Fundación y Consolidación de la OBHS

A lo largo de las casi cuatro décadas en que estuvo al frente de la OBHS, Coughlan transformó la oficina de salud conductual en un servicio moderno de atención a la salud mental estudiantil. Bajo su liderazgo, la oficina experimentó un desarrollo sostenido para responder a la creciente complejidad de las demandas del alumnado, aunque en los últimos años se vio condicionada por las limitaciones derivadas de la crisis económica de comienzos del siglo XXI. Coughlan articuló un modelo híbrido —entre la clínica tradicional y la salud mental comunitaria— que anticipó transformaciones posteriores en la atención psicológica universitaria.

Entre los pocos informes que hemos localizado sobre la *Oficina de Salud Conductual para Estudiantes* (OBHS), los más extensos datan de 2003, año en que las universidades estadounidenses se vieron sacudidas por el suicidio de varios estudiantes en la Universidad de Nueva York. En ese contexto, el periódico universitario *The Wesleyan Argus* recogió una declaración de Coughlan en la que subrayaba que la Universidad Wesleyana no había registrado incidentes de esa gravedad gracias al buen funcionamiento de sus servicios de salud mental. Tal y como continuaba el periódico:

Según la Dra. Philippa Coughlan, directora de la Oficina de Salud Conductual, los servicios de asesoramiento estaban disponibles para los estudiantes los siete días de la semana durante las 24 horas del día. Independientemente de cuándo se recibiera la llamada, los estudiantes serían atendidos en un plazo de dos horas o menos, incluso si esto implicaba que el personal debiera reorganizar sus horarios. [...] Asimismo, Coughlan señaló que aproximadamente el 99 % de los estudiantes que utilizaban los servicios de salud conductual acudían por iniciativa propia, un dato alentador que indicaba que se sentían cómodos recurriendo a la oficina (*Campus Services Provide...*, 2003, 24 de octubre, párrs. 4 y 6).

Coughlan informó que la oficina contaba con cuatro terapeutas que, pese a su reducido número, ofrecían un servicio eficaz gracias a su sólida cualificación profesional. Cada estudiante tenía derecho a diez sesiones gratuitas al año, aunque el personal podía fraccionar las sesiones para proporcionar apoyos breves en momentos de especial vulnerabilidad. La Universidad, además, preveía incorporar a dos

terapeutas adicionales para mejorar la atención psicológica.

La mayoría de los estudiantes acudían por iniciativa propia, aunque algunos eran remitidos por profesores y compañeros. Según Coughlan, acompañar a un estudiante hasta la oficina podía resultar decisivo para que superase el miedo a pedir ayuda. El servicio ofrecía también la posibilidad de abordar problemas puntuales sin necesidad de una psicoterapia larga. Gracias a su conocimiento de la vida académica, los terapeutas podían proporcionar una ayuda inmediata, ajustada a las circunstancias específicas de cada estudiante.

Este optimismo se vio ensombrecido por el suicidio de un estudiante de la propia institución Wesleyana el 7 de noviembre de ese mismo año. Coughlan ordenó de inmediato ampliar el horario de atención hasta las 10 de la noche y, durante el fin de semana, desde las 12 del mediodía hasta las 6 de la tarde. *The Wesleyan Argus* recogió entonces sus palabras:

«La utilización ha sido tal que sabemos que claramente ha tenido valor para las personas»[...] Ella añadió que los consejeros han realizado un seguimiento de quienes han acudido para asegurarse de que se están atendiendo las necesidades de todos» (*Grief Support Options...*, 2003, 7 de noviembre, párrs. 3–4).

Crisis y Controversia

Los años siguientes fueron especialmente difíciles debido a la falta de personal capaz de atender a grupos cada vez más numerosos de estudiantes pertenecientes a distintas minorías. En este contexto, Coughlan solicitó su jubilación a comienzos del año académico 2010–2011. En octubre de ese mismo año, el periódico universitario anunció la noticia en primera página con el titular: “La directora de la OBHS se retira tras la controversia”. El artículo afirmaba:

Después de cuarenta años en la universidad, la Dra. Phillipa M. Coughlan, creadora y directora actual de la Oficina de Salud Conductual para los Estudiantes (OBHS), se retira. A la luz de información reciente, un nuevo comité formado por administradores y estudiantes espera remodelar la oficina para abordar varios problemas, incluidas la falta de diversidad racial y de orientación sexual entre el personal. [...] «Los estudiantes de color y los estudiantes LGBTQ no reciben una atención adecuada», afirmó Joseph O'Donnell, de la promoción de 2013 y presidente del Comité de Actividades Estudiantiles (SAC) de la Asamblea Estudiantil de Wesleyana (WSA). «Existe una enorme desconexión entre los estudiantes y los terapeutas, que en su totalidad son mayores de cincuenta años y blancos». Tras una revisión externa de la OBHS [...] se concluyó que la subrepresentación de terapeutas pertenecientes a minorías raciales y sexuales provocaba que el alumnado no recibiera la atención que necesitaba, según O'Donnell. «Los estudiantes LGBTQ y los de color no podían abrirse ante los terapeutas, y estos no comprendían de dónde venían», señaló O'Donnell (*OBHS Retires Following...*, 2010, 29 de octubre, párrs. 1–4).

El artículo incluía además testimonios de estudiantes descontentos que, según el periódico, evidenciaban la necesidad de diversificar

el personal. O'Donnell informó también de las conversaciones para contratar a un nuevo director, la decisión de cambiar el nombre del centro para reflejar sus nuevas funciones.

El titular del periódico y la forma en que vinculaba la dimisión de Coughlan con la controversia sobre el personal indignaron a O'Donnell, quien solicitó de inmediato una rectificación en la que se dejara claramente establecido que la retirada de Coughlan no guardaba relación alguna con las protestas estudiantiles. Poco después, el 19 de noviembre publicó en *The Wesleyan Argus* una carta titulada “Poner las cosas en claro sobre el OBHS”, cuyo encabezado dejaba patente su malestar. En ella afirmaba:

La Dra. Coughlan se jubila este año tras cuarenta años de distinguida trayectoria al servicio de la universidad, durante los cuales contribuyó a crear y dar forma a la OBHS tal como la conocemos hoy. Si bien ningún centro de orientación psicológica es perfecto, a lo largo de los años la OBHS ha realizado una labor admirable ofreciendo una atención excelente a los estudiantes. Según la encuesta más reciente de la OBHS, realizada en el otoño de 2008, más del 90 % de los estudiantes que asistieron a sesiones de terapia en la OBHS quedaron satisfechos con el tratamiento recibido por parte de los terapeutas. Además, la Dra. Coughlan y los terapeutas del personal cuentan con una amplia gama de conocimientos especializados para abordar múltiples problemáticas, desde distintas modalidades de psicoterapia hasta violencia sexual, pasando por trastornos alimentarios y el consumo de alcohol y otras sustancias (O'Donnell, 2010, 19 de noviembre, párr. 2).

La carta continuaba señalando que la oficina pasaría a tener una nueva dirección y un nuevo nombre —Servicios de Orientación de la Wesleyana—, que finalmente se consolidó como “Servicios de Orientación y Psicología” (CAPS). O'Donnell concluía subrayando que resultaba «importante reconocer y valorar el compromiso continuo de la Dra. Coughlan y del resto del personal en ofrecer una orientación psicológica de calidad a todos los estudiantes de la Wesleyana que la soliciten» (O'Donnell, 2010, 19 de noviembre, párr. 3).

Reconocimiento Institucional y Aportaciones Profesionales

Philippa M. Coughlan no sobrevivió mucho tiempo a este episodio ni a su jubilación, pues falleció el 17 de marzo de 2011 a causa de una enfermedad fulminante. En esta ocasión, el periódico universitario anunció su muerte en términos altamente elogiosos:

«Muchas generaciones de estudiantes wesleyanos se beneficiaron de las habilidades profesionales, trabajo diligente y apoyo humano [de la Dra. Coughlan]», escribió el decano Mike Whaley en un correo electrónico a la comunidad. «Bajo su dirección, la oficina se expandió para dar respuesta al notable incremento tanto en el número de estudiantes que solicitaban ayuda como en la complejidad de los problemas que estos presentaban» (*OBHS Founder Passes...*, 2011, 25 de marzo, párr. 3).

Los compañeros también elogiaron su trabajo al frente de la OBHS, tal como continuaba señalando el propio periódico universitario. Uno de ellos, Larry Antosz, terapeuta del servicio de salud, envió el siguiente escrito:

“Desde que la Dra. Coughlan inició nuestro servicio hace más de cuarenta años, ha vivido diversos cambios en la administración y ha defendido incansablemente el servicio para responder a las crecientes demandas y tasas de uso presentadas por las nuevas generaciones de estudiantes” [...] “Como académica y clínica, la Dra. Coughlan integró de manera impecable nuestros servicios profesionales en la misión educativa general de la Wesleyana. Por eso, para nosotros es natural encontrar un componente educativo en todos nuestros contactos con los estudiantes. Tras trabajar tan de cerca con ella durante tanto tiempo, es imposible no compartir su compromiso con la comunidad y el servicio público, y verlo como una parte esencial del rol de un profesional [...] Con el fallecimiento de la Dra. Coughlan, la Universidad Wesleyana ha perdido a una fiel y apasionada defensora, una valiosa colega y una dedicada mentora y promotora de los estudiantes. La echaremos de menos” (*OBHS founder passes...*, 2011, párrs. 5 y 8).

De hecho, un año después la universidad instaló una placa en el edificio de la antigua *Oficina de la Salud Conductual* en la que reconocía a la Dra. Coughlan como “Directora Fundadora de la OBHS, 1971–2011”. Además, tuvo el honor de desempeñar durante ocho años como presidenta de la Junta de Salud Mental de Connecticut y presidir el comité responsable de la planificación y construcción del Freeman Athletic Center, el principal complejo deportivo de la Universidad Wesleyana.

La aportación más significativa de Coughlan no residió en la producción académica, sino en su labor clínica y en la supervisión profesional. Entre sus trabajos publicados —además de los capítulos coescritos en el volumen sobre la esquizofrenia (Rogers et al., 1967)— destaca su colaboración con Klein en la construcción de la Escala de *Experiencing*. Ambas desempeñaron un papel decisivo en la revisión y operacionalización de los criterios de la Escala, así como en la formación de codificadores y en el desarrollo del manual de entrenamiento.

Años más tarde, durante el segundo semestre del curso 1979–1980, Coughlan disfrutó de un período sabático en la Universidad de Wisconsin-Madison que aprovechó para retomar su colaboración con Klein en torno a la Escala de *Experiencing* del terapeuta y para desarrollar una escala análoga aplicable a contextos grupales. Como ella misma consignó en un memorándum institucional, durante esa estancia trabajó también con la Dra. Lorna Benjamin en el “desarrollo de aplicaciones específicas de la Escala SASB (*Structural Analysis of Social Behavior*)” (Coughlan, 1980).

Asimismo, Coughlan fue autora de un artículo sobre los factores clave del consejo psicológico con personas con discapacidades intelectuales (Stone y Coughlan, 1973) y coeditora del *Manual del consejero* (Farwell, Gamsky, y Mathieu-Coughlan, 1974), aunque no firmó ninguno de sus capítulos. Publicado por una editorial especializada en manuales universitarios, el libro reúne contribuciones de diversos especialistas

y ofrece una panorámica amplia de las competencias profesionales del consejero psicológico: evaluación, entrevista, técnicas de intervención, orientación vocacional, trabajo grupal y aspectos éticos. Se trata de una obra de referencia significativa para la formación de consejeros en contextos educativos, comunitarios y clínicos.

La participación de Philippa Mathieu-Coughlan como editora de este manual para la formación de consejeros es especialmente significativa, pues confirma su papel en la institucionalización de los servicios universitarios de salud mental y en la articulación de un modelo de intervención centrado en la relación de ayuda, la prevención y el desarrollo personal del estudiante. El manual constituye una pieza más —aunque poco citada— de su trayectoria profesional y de la expansión del consejo psicológico en el ámbito académico.

Marjorie H. Klein: Evaluación y Salud Mental Femenina

Marjorie Hanson Klein nació el 13 de setiembre de 1933 y en la actualidad reside en un centro geriátrico. Su estado de salud le impide responder a los correos electrónicos enviados a la Universidad de Wisconsin, institución en la que aun figura como profesora emérita (Véase Figura 2).

Figura 2. Marjorie H. Klein. Cortesía de los Archivos de la Universidad de Wisconsin.



Realizó sus estudios de licenciatura en Psicología en Wellesley College (1955), donde también obtuvo el máster en Psicología (1957).

Entre 1955 y 1957 trabajó como ayudante de laboratorio en dicha institución y, posteriormente, entre 1957 y 1959, fue ayudante de investigación en la Sección de Personalidad del *National Institute of Mental Health*, en Bethesda (Maryland).

En 1962 se incorporó al grupo de la Universidad de Wisconsin que reanalizó las grabaciones de las entrevistas terapéuticas de la investigación sobre la esquizofrenia, desempeñando un papel destacado en la construcción de la escala de *experiencing* junto con Philippa Mathieu-Coughlan, Eugene Gendlin y Donald Kiesler. Obtuvo el doctorado en Psicología por la Universidad de Harvard con una tesis influida por la teoría de Herbert C. Kellman (1927-2022) sobre los rasgos de personalidad asociados a los procesos sociales de cumplimiento, identificación e internalización (Klein, 1964).

Tras completar el doctorado, Klein realizó una estancia postdoctoral en el Instituto Psiquiátrico de la Universidad de Wisconsin-Madison, donde posteriormente se incorporó como investigadora asociada. En 1972 fue nombrada profesora asistente de Psiquiatría y en 1975 ascendió a profesora asociada tanto en Psiquiatría como en el recién creado programa de Estudios de las Mujeres. En 1980 obtuvo la cátedra de Psiquiatría y de Estudios de las Mujeres, desde la cual desempeñó un papel importante en la consolidación y expansión del programa de Estudios de las Mujeres, que en 1984 ofreció un “minor” de doctorado y posteriormente un Certificado en Estudios de las Mujeres en 1989, ampliando así su presencia curricular en la universidad.

Klein siguió trabajando en el Instituto Psiquiátrico de la Universidad de Wisconsin-Madison hasta 2021, año en que se registra su última publicación (Schaeffer et al., 2021). Durante toda su carrera profesional trabajó en equipo y son muy pocos los artículos firmados con solo su nombre; su trayectoria refleja un compromiso sostenido con el rigor empírico, la relevancia clínica y la innovación interdisciplinar.

Las contribuciones de Marjorie H. Klein abarcan un amplio espectro de la psicología clínica y la investigación aplicada, desde el desarrollo de escalas para evaluar el proceso terapéutico y los trastornos de personalidad, hasta sus trabajos más recientes sobre bulimia realizados en colaboración con el equipo de la Universidad de Wisconsin (Wonderlich et al., 2015). Entre las más destacadas cabe señalar las siguientes: las escalas del proceso terapéutico y el test WISPI; la informatización de la psiquiatría; los estudios sobre salud mental femenina y desarrollo infantil, y los sesgos de género en psiquiatría.

Instrumentos de Evaluación

La escala de *experiencing* constituyó la primera aportación relevante de Klein al campo de la investigación psicoterapéutica. Publicada como documento técnico por el Instituto Psiquiátrico de la Universidad de Wisconsin (Klein et al., 1969), y posteriormente difundida por el Instituto del Focusing de Gendlin, la escala tenía como objetivo evaluar la implicación del cliente con sus propias experiencias durante la sesión terapéutica, en particular su atención a las sensaciones corporales como vía de acceso privilegiada al significado vivido de la experiencia.

La escala se desarrolló a partir de la teoría experiencial de Gendlin y la teoría centrada en la persona de Rogers (Rogers y

Tabla 1. Escala de *experiencing* del paciente. (Mathieu-Coughlan y Klein, 1984, pág. 219)

Nivel	Contenido	Tratamiento
1	Eventos externos, negativa a participar	Impersonal, distante
2	Descripción del yo conductual o intelectual	Interesada, personal, participativa
3	Reacciones personales a los hechos externos. Descripciones de sí mismo limitadas. Descripción conductual de los sentimientos.	Reactiva, emocionalmente implicada
4	Descripción de sentimientos y experiencias personales.	Autodescriptivo, asociativo
5	Problemas o proposiciones sobre sentimientos y experiencias personales	Exploratoria, elaborativa, hipotética
6	Sentido directo de sentimientos emergentes y su impacto.	Sentimientos vivamente expresados, espontaneo o afirmativo
7	Temprana presentación de <i>experiencing</i> , elementos integrados con confianza.	Expansiva, iluminadora, segura, animada

Rablen, 1959). Concebida inicialmente por Gendlin y Tomlinson (1962), fue revisada posteriormente por Klein y colaboradores con el objetivo de centrarse más en las verbalizaciones del propio cliente, minimizando las inferencias del entrevistador y reforzando así su fiabilidad.

El instrumento se estructura en siete niveles que van desde la comunicación impersonal de hechos externos hasta la expresión directa de los propios sentimientos y vivencias internas. Los niveles más significativos son los comprendidos entre el cuarto y el séptimo, que describen un recorrido progresivo: desde la mención puntual de algunas reacciones personales, hasta la integración plena y matizada de toda la experiencia interior.

En la tabla 1 se presenta la versión abreviada de la Escala del Paciente, que incluye los contenidos característicos de cada nivel y el tipo de intervención terapéutica más adecuada en cada caso. Como puede apreciarse, en el nivel 4 el paciente cambia de perspectiva y comienza a describir sus sentimientos y experiencias personales, mientras que el terapeuta responde empáticamente describiendo sus sentimientos y asociaciones. A partir de ese momento, el paciente

vive cada vez más intensamente sus sentimientos y experiencias personales.

La escala fue uno de los primeros instrumentos para estudiar el proceso terapéutico desde dentro de la misma sesión. Introdujo criterios objetivos para evaluar la calidad experiencial de las verbalizaciones del cliente y redujo al mínimo las inferencias del evaluador, aumentando así la fiabilidad. Estudios posteriores mostraron que niveles más altos de *experiencing* predicen mejoría clínica, especialmente en la terapia centrada en el cliente y también en terapias cognitivas y grupales. La escala sigue siendo utilizada para la investigación del proceso terapéutico y la formación de los terapeutas en las habilidades de escucha profunda.

El *Inventario de los Trastornos de la Personalidad de Wisconsin* (WISPI) fue uno de los primeros intentos de operacionalizar los trastornos de personalidad mediante el procedimiento del autoinforme (Klein et al., 1993a, 1993b). La primera versión incluía trece escalas correspondientes a los trastornos del DSM III-R- y dos escalas del modelo interpersonal de Lorna Benjamín, recogidas en la tabla 2.

Tabla 2. Escalas del WISPI y patrones interpersonales del modelo SASB

Escala	Descripción
Evitativo	Inhibición social; hipersensibilidad al rechazo.
Dependiente	Necesidad intensa de apoyo; sumisión; dificultad para tomar decisiones.
Histriónico	Búsqueda de atención; emocionalidad intensa; dramatización.
Narcisista	Grandiosidad; necesidad de admiración; falta de empatía.
Obsesivo- compulsivo	Perfeccionismo; rigidez; control excesivo.

Tabla 2. Escalas del WISPI y patrones interpersonales del modelo SASB. (Continuación)

Escala	Descripción
Antisocial	Impulsividad; irresponsabilidad; violación persistente de normas sociales.
Esquizotípico	Cognición extraña; ansiedad social intensa; excentricidad conductual.
Esquizoide	Distanciamiento social; afecto restringido.
Límite (borderline)	Inestabilidad afectiva; impulsividad; relaciones interpersonales intensas y fluctuantes.
Pasivo agresivo/ Negativista	Resistencia pasiva; resentimiento; oposición indirecta.
Paranoide	Susplicacia; interpretación maliciosa de intenciones ajenas; hipervigilancia.
Depresivo	Autocrítica severa; desesperanza; retraimiento; culpa excesiva; estilo interpersonal de autoinhibición.
Autodestructivo (masoquista)	Autosacrificio; búsqueda de fracaso; patrones de autoinhibición gratificante.
Inseguridad afectiva/ Dependencia (SASB)	Necesidad intensa de apoyo; temor a la pérdida del vínculo; sensibilidad al abandono. Se sitúa en la zona afiliativa sumisa del modelo SASB.
Hostilidad Interpersonal/ Desconfianza (SASB)	Susplicacia; resentimiento; tendencia a atribuir intenciones dañinas. Se ubica en el cuadrante hostil dominante del SASB.

La versión más reciente, el WISPI-IV (Klein y Benjamin, 1996), evalúa los 11 trastornos de la personalidad (PD) contemplados en el *DSM-IV*. Consta de 204 ítems para las 11 escalas del WISPI-IV y la Escala Marlowe-Crowne de Deseabilidad Social (Greenwald y Satow, 1970). La versión española fue publicada en 2011 con el título de *Versión Española del WISPI-IV* (Smith et al., 2011).

Klein reconoció la complejidad de la medición de los trastornos de personalidad debido en parte a la ausencia de una frontera nítida entre los rasgos normales y patológicos. En un comentario sobre las neurosis y trastornos de personalidad en la psiquiatría de los años noventa, Klein (1996) señala que sistemas como el *DSM* han sustituido el antiguo concepto de neurosis por categorías más específicas, con el riesgo de fragmentar la comprensión clínica global del paciente. Apunta asimismo que en la evaluación de los trastornos de personalidad, persisten problemas de solapamiento entre las distintas categorías, su heterogeneidad y la validez diagnóstica de las medidas utilizadas, y concluye con una llamada a revisar los marcos clasificatorios y a considerar enfoques más integradores y dimensionales, lo que refleja su talante crítico y renovador.

Informatización de la Psiquiatría

Klein fue pionera en el uso de ordenadores digitales para el análisis de datos clínicos y el procesamiento de entrevistas terapéuticas. En 1972, junto con John H. Greist, publicó un artículo sobre las ventajas de la historia clínica realizada mediante ordenador, en respuesta a

dos editoriales de la revista *JAMA* que cuestionaban si la creciente complejidad e impersonalidad de los sistemas de atención sanitarios no dificultaría la relación médico-paciente.

El grupo de Wisconsin comprobó que la entrevista computarizada recogía más información que la clínica, ya que los pacientes se expresaban con mayor libertad sobre temas sensibles, se eliminaba el sesgo del entrevistador y se garantizaba una recogida de datos sistemática. Lejos de “deshumanizar” la atención, mejoraba la calidad de la información y beneficiaba al paciente.

Klein, Greist y Van Cura (1975) reconocían que la informatización enfrentaba obstáculos importantes: el elevado coste del software, la falta de estandarización de los registros clínicos y, sobre todo, la resistencia de los psiquiatras, que temían la deshumanización del encuentro terapéutico. Sobre esa base, propusieron un sistema informatizado con módulos de entrevista, apoyo diagnóstico y seguimiento longitudinal, útil para clínicos, administradores e investigadores.

En otro trabajo sobre entrevistas por ordenador, Greist, Klein y Erdman (1978) observaban que los ordenadores simulaban adecuadamente al entrevistador humano, los pacientes respondían favorablemente y el formato garantizaba datos completos y estandarizados. Sin embargo, era preciso mejorar los resúmenes clínicos, definir con mayor precisión el alcance y los límites de la técnica en distintos contextos clínicos y explorar las posibilidades del feedback al paciente.

Además, el equipo de Wisconsin (Erdman et al., 1980) desarrolló un programa capaz de recoger información clínica, realizar diagnósticos según el *DSM-III* y explicar al clínico la lógica del proceso.

Klein colaboró en el desarrollo de MORTON (Selmi et al., 1982), un programa de terapia para la depresión basado en los principios de la terapia cognitivo-conductual de Aaron T. Beck (1921-2021). El sistema combinaba entrevistas estructuradas, psicoeducación, identificación de pensamientos automáticos y tareas para casa, recurriendo a preguntas de opción múltiple y viñetas clínicas debido a las limitaciones técnicas de la época. Para evaluar su eficacia se propuso un diseño experimental con tres grupos: terapeuta computarizado, terapeuta humano y control con tratamiento a demanda.

El tratamiento constaba de seis a ocho sesiones y seguía el protocolo de evaluación de la terapia cognitivoconductual (Beck et al., 1979). Las primeras establecían la relación terapéutica, administraban el BDI y revisaban la comprensión del modelo cognitivo; las intermedias trabajaban los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas, generando respuestas racionales; la sesión final preparaba al paciente para el alta y la prevención de las recaídas.

Años después, los autores publicaron en el *American Journal of Psychiatry* (Selmi et al., 1990) un artículo comparando un tratamiento de seis sesiones de TCC computarizada con la terapia administrada por un profesional. Ambos grupos mostraron mejorías significativas y comparables en el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Lista de Comprobación de Síntomas-90 (SCL90), la Escala de Hamilton para la Depresión y el Cuestionario de Pensamientos Automáticos.

El interés de Klein por los ordenadores también se manifiesta en el capítulo dedicado al uso de computadoras en los servicios humanos, donde el grupo de Wisconsin ofrece una revisión exhaustiva del diagnóstico computarizado en psiquiatría hasta mediados de los ochenta (Erdman et al., 1987). En conjunto, estos trabajos muestran el rigor metodológico de Klein y su contribución pionera a la integración de la tecnología en la psicoterapia y en los procesos clínicos.

Salud Mental Femenina y Desarrollo Infantil

A partir de la década de 1970, Klein adoptó la perspectiva feminista y articuló un programa que combinaba el análisis empírico con la crítica a los sesgos androcéntricos de la psiquiatría tradicional. Desde su doble cátedra en Psiquiatría y Estudios de las Mujeres colaboró con los trabajos sobre la salud mental de la población femenina dirigidos por Marilyn J. Essex, Janet S. Hyde y otras colegas de la Universidad de Wisconsin.

Los primeros estudios se centraron en las mujeres de mayor edad. Así, Essex, Klein, Lohr y Benjamin (1985) observaron que aquellas con niveles más altos de depresión percibían su relación principal como menos afectuosa y sentían que sus emociones no eran correspondidas. Por su parte, Lohr, Essex y Klein (1988) hallaron que el deterioro físico y funcional disminuía la satisfacción vital al empeorar la percepción subjetiva de la salud. Además, la estrategia cognitiva positiva mitigaba los efectos negativos, la pasiva perjudicaba la salud y la acción directa apenas influía. En conjunto, la salud debía entenderse de forma multidimensional para explicar el bienestar en mujeres mayores.

En otra investigación, Essex y Klein (1989) analizaron la relación entre el concepto del sí mismo y las respuestas de afrontamiento,

por un lado, y la salud y la depresión, por otro, en una muestra de 274 mujeres de entre 56 y 95 años. Concluyeron que la confianza en la propia salud y el afrontamiento cognitivo positivo influían directamente en la autoestima. A su vez, tanto la autoestima como la confianza en la salud ejercían efectos directos y negativos sobre la depresión.

Estos estudios tuvieron una amplia repercusión en las publicaciones de la Universidad de Wisconsin. Por ejemplo, según *University Women* (1987), las mujeres mayores de 50 años eran “asombrosamente resistentes” a los estreses de la vida, tal como afirmaban las directoras del Proyecto de Mujeres y Salud, Marilyn Essex y Marjorie Klein. Las mujeres mayores no son “ancianitas solitarias propensas a la depresión”; por el contrario, son capaces de afrontar el estrés, reconocer los aspectos positivos del envejecimiento y apoyarse eficazmente en sus amistades para tratar problemas emocionales.

Posteriormente, Newman, Klein, Jensen y Essex (1996) examinaron la variación de los síntomas depresivos con la edad en 297 mujeres de 55 a 95 años. Las tres formas de medición empleadas —escala de cribado, diagnóstico clínico y variable latente— arrojaron resultados distintos. Solo el método de variable latente mostró que la depresión aumenta con la edad, por lo que la forma de medir la depresión podía alterar las conclusiones, aspecto clave para futuras investigaciones sobre envejecimiento.

Tras esta primera línea centrada en la salud mental de mujeres mayores, Klein amplió su foco hacia las experiencias perinatales y el impacto del permiso de maternidad en el bienestar psicológico. Participó activamente en el *Wisconsin Maternity Leave and Health Study*, un estudio longitudinal sobre los efectos de la baja por maternidad realizado poco después de la promulgación de la *Wisconsin Family and Medical Leave Act*, que establecía un permiso de seis semanas. Financiado por el *National Institute of Mental Health*, el proyecto incluyó a 570 mujeres que convivían con su pareja, entrevistadas en tres momentos clave: durante el quinto mes de embarazo, al mes del parto y cuatro meses después (Hyde, Klein et al., 1995).

La conclusión principal fue que la duración del permiso de maternidad afectaba a la salud mental de las mujeres examinadas. Las trabajadoras a tiempo completo, parcial, o amas de casa no mostraban diferencias significativas en depresión o ira a los cuatro meses posparto, aunque las trabajadoras a tiempo completo presentaron mayor ansiedad. En los análisis de regresión múltiple, sin embargo, la duración de la baja interactuó significativamente con los problemas de pareja: las mujeres que se reincorporaron tras un permiso corto (de seis semanas o menos) y reportaron más conflictos conyugales mostraron puntuaciones más altas de depresión. En consecuencia, los permisos breves podían constituir un factor de riesgo cuando coincidían con dificultades en la relación de pareja.

Posteriormente, Clark, Hyde, Essex y Klein (1997) analizaron la relación entre la duración del permiso de maternidad y la calidad de las interacciones madre-bebé en una muestra de 198 madres entrevistadas y videograbadas en sus hogares. Los resultados mostraron que los permisos más breves se asociaban con un comportamiento materno más negativo. Las madres que presentaban más síntomas depresivos, o percibían a sus bebés como de temperamento difícil, y que además habían tenido permisos cortos, se mostraron menos afectivas,

sensibles y capaces de responder al niño. Las autoras concluyeron que la duración del permiso no opera de manera uniforme, sino que interactúa con diferencias individuales —tanto maternas como infantiles—, lo cual tiene implicaciones relevantes para las políticas públicas.

En otro estudio, Klein, Hyde, Essex y Clark (1998) analizaron, al año del parto, la relación entre la salud mental, la duración del permiso, la calidad del rol y la implicación laboral en una muestra de 437 mujeres. No se encontraron diferencias significativas en depresión, ansiedad, ira o autoestima en función del tipo de situación laboral; el malestar psicológico se asoció principalmente con el exceso de demandas, la restricción del rol y el malestar del bebé. La depresión fue mayor en mujeres para quienes el trabajo era muy importante y habían tenido permisos largos, mientras que la ansiedad y la ira aumentaban cuando el estatus laboral no coincidía con sus preferencias. Así, la duración del permiso solo es clínicamente relevante en función del perfil personal, las preferencias laborales y los estresores familiares que modulan el ajuste posparto. Esta conclusión matizaba las anteriores al subrayar la complejidad de los factores que interactúan con la duración de la baja por maternidad.

Estos trabajos representan solo una muestra de los más de 130 registrados en la bibliografía de Klein, en la que figuran también estudios sobre el tratamiento de la depresión mediante el ejercicio físico (Greist, Klein et al., 1978, 1979) y sobre el solapamiento de los síntomas atribuidos al estrés y al embarazo durante el segundo trimestre, así como su impacto en manifestaciones depresivas como el aumento del apetito o la fatiga (Klein y Essex, 1994). A esta línea se suman los estudios que demostraron que la exposición del niño al estrés materno temprano altera la regulación del cortisol y aumenta el riesgo de problemas conductuales posteriores (Essex, Klein et al., 2002; Snider et al., 2002).

Asimismo, Klein contribuyó a identificar trayectorias que vinculan la inhibición temprana con la ansiedad social en la adolescencia (Essex, Klein et al., 2010), a partir de una muestra de 238 niños seguidos desde el nacimiento hasta los 15 años. Se analizaron cuatro factores de riesgo: sexo femenino, exposición al estrés materno en la infancia y el período preescolar, inhibición conductual y niveles elevados de cortisol salival a los 4,5 años. Estos factores definieron dos vías de desarrollo: una en niñas con inhibición conductual temprana y cortisol elevado, y otra asociada a la exposición al estrés materno temprano. A los 14 años, la inhibición crónica elevada se asociaba con un historial de ansiedad social. La identificación de estas dos vías subraya la importancia de considerar ambos conjuntos de factores de riesgo en el diseño de intervenciones preventivas para el trastorno de ansiedad social.

Debe mencionarse asimismo su contribución a los estudios sobre depresión y personalidad (Klein et al. 1993) y su aportación las investigaciones sobre la alimentación, colaborando en la edición del manual de terapia cognitivo-afectiva para la bulimia nerviosa (Wonderlich et al., 2014) que dejaremos para otro trabajo. En conjunto, estas investigaciones —desde la salud mental femenina hasta el desarrollo infantil— muestran la coherencia del programa de Klein: comprender cómo los procesos biológicos, relacionales y contextuales se entrelazan a lo largo del ciclo vital en la génesis y mantenimiento de la psicopatología.

Sesgos de Género en la Clínica

Todas las contribuciones anteriores de Klein fueron realizadas en diferentes equipos de investigación de la Universidad de Wisconsin, por lo que no es posible determinar con exactitud el papel específico que desempeñó en cada uno de ellos. Sin embargo, escribió un trabajo firmado únicamente por ella —“Conceptos feministas del resultado de la psicoterapia” (1976)— que resulta especialmente revelador de su posición frente a la práctica clínica y psiquiátrica. En este artículo examina los criterios utilizados en la investigación sobre los resultados de la psicoterapia y los somete a una crítica desde una perspectiva feminista y humanista, mostrando cómo reproducen supuestos de género sobre el rol sexual.

Los primeros debates feministas se habían centrado en las deficiencias teóricas más evidentes —como la afirmación freudiana de que las mujeres poseen un superyó menos desarrollado— y en la dimensión política inherente a la relación entre terapeuta hombre y paciente mujer (Chesler, 1972; Frankfort, 1972; Sherman, 1971). Klein amplía estas críticas al analizar cómo “los prejuicios sobre el rol sexual se reflejan en las medidas de resultado utilizadas en la investigación terapéutica” (1976, pág. 89). Su tesis es inequívoca: los estereotipos de género no solo han influido en la teoría y práctica clínica, sino también en la definición misma de lo que se considera un buen resultado terapéutico.

A la hora de definir los conceptos de salud mental, señala Klein, pueden adoptarse distintos puntos de partida. En algunos casos, un resultado considerado “favorable” desde la perspectiva tradicional —basada en la idea de que “lo que es bueno para la sociedad debe ser bueno para la mujer”— puede resultar poco saludable desde un enfoque feminista. En otros, resultados negativos o cuestionables para el enfoque tradicional son valorados positivamente por la perspectiva feminista: “lo que es bueno para la mujer no siempre coincide con lo que la sociedad espera de ella”. También existen situaciones en las que ambos enfoques discrepan incluso en la definición del problema: “no es la mujer quien está enferma, sino la sociedad”.

Estas divergencias expresan el conflicto subyacente entre los objetivos individuales y las exigencias sociales. El feminismo y el humanismo priorizan la singularidad de la persona en su contexto social, mientras que los enfoques tradicionales privilegian la adaptación a roles normativos, lo cual resulta incompatible con un individualismo fuerte.

Tras esta introducción, Klein revisa los principales criterios de salud mental —reducción de síntomas, autoestima, relaciones interpersonales, desempeño del rol, resolución de problemas, imagen corporal, sensualidad y conciencia política— para mostrar cómo cada uno puede interpretarse desde una perspectiva feminista.

El primer criterio —**la reducción del dolor**— no siempre indica progreso terapéutico, ya que el malestar puede ser adaptativo y expresar un conflicto legítimo con roles restrictivos. La depresión o la ira de una mujer atrapada en un rol insatisfactorio pueden ser el primer paso hacia la toma de conciencia y el cambio. La reducción del dolor solo es significativa si va acompañada de una redefinición del rol elegida libremente. Además, el malestar puede incluso intensificarse en las primeras fases del crecimiento personal.

El “dolor saludable” y el “dolor de crecimiento” se observan en

mujeres que descubren que su malestar responde a un rol restrictivo. Las normas sociales pueden haber limitado la expresión de su ira o frustración, empujándolas a aceptar en silencio un rol insatisfactorio. A medida que avanza el tratamiento, la depresión puede transformarse en ira al identificar presiones externas, y esta puede derivar en dudas y ansiedad ante nuevos desafíos.

La perspectiva tradicional y la feminista comparten el objetivo de aliviar el sufrimiento, pero, según Klein, difieren en reconocer que algunos síntomas pueden acompañar los pasos necesarios para construir un estilo de vida y un rol satisfactorios. Al atribuir esos síntomas a la “neurosis” individual, la visión tradicional corre el riesgo de perpetuar estereotipos opresivos, mientras que atender al significado funcional del dolor permite distinguir mejor el conflicto social del conflicto neurótico.

Klein comparte con las feministas la crítica a la patologización del malestar femenino, pero sitúa su aportación en el plano metodológico: muestra cómo los instrumentos de evaluación clínica —aparentemente neutrales— pueden invisibilizar procesos de crecimiento personal al interpretarlos como “empeoramiento”. Mientras otros autores centran su denuncia en la institución psiquiátrica, Klein se centra en la investigación terapéutica, revelando cómo los criterios de éxito clínico pueden reforzar los mismos estereotipos que la terapia pretende superar.

En lo que respecta a la **autoestima**, Klein afirma que ciertas medidas presentan sesgos en detrimento de las mujeres. Así, las escalas basadas en la contabilización de rasgos deseables en la autoimagen (Gough y Heilbrun, 1965) reflejan ideales masculinos y asignan un menor valor psicométrico a los atributos asociados a los roles femeninos tradicionales (Broverman et al., 1972). En la misma línea, las medidas fundamentadas en la distancia entre el yo real y el yo ideal (Butler y Haigh, 1954; Dymond, 1954) adolecen de un sesgo estructural: los ideales están modelados por estereotipos sexistas. Por eso, un resultado terapéutico “exitoso” puede no ser más que una mayor conformidad con esos mismos estereotipos (Fabrikant, 1974; Steinmann, 1974). La terapia, por tanto, no debería orientarse a ajustar la autoimagen femenina a estándares sesgados, sino a cuestionar y redefinir los ideales que sirven de referencia.

Klein subraya, además, que a las mujeres se les ha enseñado a basar su autoestima en la capacidad de preservar el estatus y los logros del marido, algo considerado patológico en hombres pero “natural” en mujeres. Por ello, las nuevas medidas deben evaluar la autonomía de la autoimagen, distinguiendo entre una autoestima de base interna y otra anclada en referentes externos. A esto deben sumarse criterios cualitativos —autonomía, flexibilidad, apertura a la autoevaluación realista y ausencia de estereotipos— que permitan alinear las evaluaciones de autoestima con los objetivos feministas y humanistas.

El criterio de **las relaciones interpersonales** refleja y reproduce los roles tradicionalmente asignados a las mujeres, a quienes se ha atribuido un mayor desarrollo de habilidades expresivas y relacionales (Parsons y Bales, 1955). Sin embargo, definir el rol femenino en términos de su capacidad para proporcionar bienestar emocional silencia el coste personal que ello conlleva, dado que exige una vigilancia constante y, con frecuencia, comportamientos de sumisión. A ello se suma que las habilidades asertivas e instrumentales,

indispensables para construir relaciones equitativas, no forman parte del repertorio que culturalmente se atribuye a las mujeres. Estos estereotipos restringen la posibilidad de una vida familiar democrática y pueden llevar a interpretar como “fracaso terapéutico” cambios que, desde una perspectiva feminista, constituyen auténticos avances hacia la autonomía y la igualdad.

Un ejemplo frecuente es el de la mujer que, al iniciar estudios o incorporarse al trabajo remunerado, desestabiliza la dinámica familiar tradicional. Algunos maridos interpretan este cambio como una amenaza a su autoridad y consideran que les perjudica la transformación del rol de cuidadora o ama de casa. En estas situaciones, la familia en su conjunto debe redefinir roles, expectativas y patrones de interacción para sostener el proceso de cambio.

Algunas escalas, como el *Inventario de Relaciones de Barrett-Lennard* (1962), puntúan negativamente los incrementos en asertividad o competitividad. Klein considera como alternativa más equilibrada el modelo de Benjamin (1974), que no confunde asertividad con agresión y permite contextualizar los comportamientos en lugar de evaluarlos de forma descontextualizada.

Por último, las teorías tradicionales han ignorado el valor de los vínculos entre mujeres. El movimiento feminista ha puesto de manifiesto que estas relaciones pueden constituir una fuente de apoyo y desarrollo personal, y que su ausencia en los instrumentos de evaluación revela un marcado sesgo androcéntrico. Como señala Menaker (1974), la relación madre-hija puede ser más formativa que la relación edípica con el padre, dado su impacto en la autoimagen y la autoestima. En consecuencia, es necesario atender también a las relaciones entre mujeres, cuya influencia ha sido subestimada por los modelos tradicionales.

El desempeño competente de los **roles laboral, social y familiar** constituye un aspecto central de la salud. El problema surge cuando las expectativas y las asignaciones de roles se definen en función del sexo. Klein afirma que las evaluaciones han estado condicionadas por los estereotipos de género, como ocurre, por ejemplo, en el *Registro de Intereses Vocacionales de Strong* (1966). Las ocupaciones y tareas domésticas se han distribuido según el sexo, y la adhesión estricta a esa distribución ha sido más recompensada que cuestionada (Blood y Wolfe, 1960; Kotlar, 1965).

Este sesgo se infiltra en los formularios de ajuste social, cuyas instrucciones suelen obligar al evaluador a categorizar a la persona como asalariada o ama de casa (Paykel et al., 1971). Así, los hombres suelen ser evaluados en sus roles ocupacionales, mientras que las mujeres lo son en sus funciones de madres y amas de casa, a menos que trabajen casi a tiempo completo. Sin embargo, los roles familiares masculinos reciben una atención superficial: rara vez se examina en qué medida los hombres participan en las tareas de crianza o apoyan a su pareja en ellas.

Los roles de ama de casa también pueden evaluarse con criterios inapropiados. Así, en la PSS, la “insatisfacción con las tareas domésticas” figura como signo patológico (Spitzer et al., 1968), lo que revela un sesgo de partida. Un error igualmente frecuente es la equiparación del trabajo remunerado con la liberación femenina: no basta con registrar si una mujer trabaja o valorar su desempeño laboral, sino que es preciso examinar las condiciones en que lo hace. Un puesto secundario que reproduce dinámicas de dependencia

doméstica no puede considerarse, por sí solo, un indicador de crecimiento personal.

Estos sesgos revelan la necesidad de un marco evaluativo distinto. La perspectiva feminista atiende al modo en que una persona elige y define sus roles; si los ha elegido libremente o le han sido impuestos por la tradición; cómo resuelve los conflictos entre roles y cómo los integra en su identidad. Klein añade que en el momento de escribir el artículo se estaban desarrollando instrumentos para evaluar la flexibilidad en la definición del rol, las estrategias de resolución de conflictos —como el trabajo a tiempo parcial o desde el hogar— y el grado de integración entre los requisitos del rol y el estilo personal (Bem, 1975).

Klein también critica cómo se evalúa la resolución de problemas, criticando las evaluaciones centradas en cómo se abordan los denominados “problemas objetivo” durante el tratamiento (Battle et al., 1966), dado que este enfoque puede pasar por alto el tema de la responsabilidad. Las mujeres han asumido la responsabilidad de los roles familiares y del bienestar del hogar, por lo que muchas acuden a terapia para abordar problemas que implican a todos los miembros de la unidad familiar y no pueden resolverse de manera individual. En estos casos, reconocer el problema y, en ocasiones, redefinirlo, puede ser la única salida viable, a menos que otros miembros se incorporen al proceso terapéutico. Los instrumentos que únicamente contabilizan el número de problemas resueltos deben modificarse para incorporar esta distinción entre problemas solubles e insolubles.

En este sentido, uno de los logros más significativos de la terapia sería que las mujeres llegasen a confiar en su propia capacidad para tomar decisiones y resolver problemas, dado que históricamente se les ha atribuido una supuesta deficiencia en este ámbito. Este cambio solo podría registrarse mediante instrumentos —aún pendientes de desarrollo— que evalúen la toma de decisiones «auténtica».

Klein aborda también el modelo racional y lógico (Carlson, 1972) que privilegia funciones como la capacidad de análisis, el autocontrol y la resolución de problemas (Barron, 1953). A su juicio, este enfoque corre el riesgo de excluir otros componentes de la “salud

mental positiva”, como los procesos de expansión del pensamiento (Parloff, 1970). Al revisar conceptos como el crecimiento personal, la autorrealización o la integración psicológica, es preciso tener en cuenta modos de funcionamiento más intuitivos y estéticos. La incorporación de estas dimensiones permitiría superar la polaridad entre lo racional y lo intuitivo, abriendo paso a una concepción más amplia e integradora del funcionamiento psicológico.

Los indicadores habituales de **satisfacción sexual** —frecuencia de relaciones, orgasmo o nivel de disfrute— tienden a pasar por alto la dimensión interpersonal de la sexualidad y la relación de la mujer con su propio cuerpo. Integrar estas dimensiones en los sistemas de evaluación permitiría una comprensión más completa y matizada de la experiencia sexual femenina.

Klein señala asimismo la ambivalencia en las explicaciones sobre la socialización femenina (Bardwick y Douvan, 1972). Por un lado, a muchas niñas se les transmiten actitudes que representan el cuerpo femenino como frágil, enfermo o impuro, con especial énfasis en la menstruación como fuente de vergüenza o incomodidad (Paige, 1973). Por otro, se promueve la valoración del atractivo físico: vestir de forma adecuada, usar maquillaje y esforzarse por encarnar el ideal de feminidad “sexy” impuesto por la cultura popular.

En este contexto, el cambio terapéutico exige que la paciente desarrolle una relación más benévola y respetuosa consigo misma, lo que implica necesariamente la aceptación del propio cuerpo. El grado en que logre integrar esta aceptación y asuma la responsabilidad de gestionar sus procesos sexuales y reproductivos constituye un indicador terapéutico relevante, que debería ser reconocido y trabajado de forma explícita a lo largo del proceso clínico.

Klein subraya que la diferencia principal entre los modelos tradicionales y los feministas es una cuestión de perspectiva: los primeros valoran la adaptación a roles culturales, mientras que los segundos privilegian la individuación y la transformación personal de esos valores. El artículo concluye animando a las mujeres a participar en actividades sociales y políticas, y con una serie de preguntas clínicas recogidas en la tercera tabla.

Tabla 3. Preguntas clínicas para el trabajo con mujeres (Klein, 1976, págs. 94-95)

Tema central	Pregunta clínica
Dolor y roles	¿Cuál es la conexión entre su dolor, síntomas y situación vital? ¿Se relaciona con conflictos de roles o con roles frustrantes?
Dolores de crecimiento	¿Algunos dolores son “dolores de crecimiento”, consecuencias de su decisión de cambiar su vida, romper con viejos patrones y asumir riesgos?
Fuente de autoestima	¿Su autoestima depende de las evaluaciones y reacciones de los demás, o se basa en sus propios juicios y valores?
Estereotipos de género	¿Sus ideales y decisiones de rol están influidos por estereotipos sexistas tradicionales?
Estilo interpersonal	¿Su estilo interpersonal le permite la expresión directa de la ira y las necesidades de poder, y un equilibrio entre autonomía e interdependencia? ¿Necesita complacer a los demás todo el tiempo o también puede desafiarlos y confrontarlos?
Relaciones con ambos sexos	¿Puede relacionarse con ambos sexos como personas? ¿Se siente bien consigo misma y con otras mujeres, y encuentra apoyo en las experiencias compartidas?

Tabla 3. Preguntas clínicas para el trabajo con mujeres (Klein, 1976, págs. 94-95). (Continuación)

Tema central	Pregunta clínica
Elección de roles	¿Su patrón de rol es una elección libre y personal, que responde a sus necesidades, incluyendo su necesidad de competencia y reconocimiento?
Autonomía decisional	¿Utiliza y confía en sus propias habilidades para tomar decisiones y resolver problemas? ¿Puede decidir qué problemas tienen solución y cuáles no sin dudar o sentir culpa?
Cuerpo y Sexualidad	¿Acepta y le gusta su cuerpo, disfruta de su sensualidad y asume la responsabilidad de conocer y gestionar su vida sexual y reproductiva?

Las preguntas conforman un marco clínico orientado a evaluar la relación entre síntomas, contexto vital, desarrollo de la identidad, autonomía personal y efectos de los roles de género. No buscan diagnosticar, sino abrir un espacio de reflexión sobre cómo la mujer construye su subjetividad y su relación con los demás. Su valor reside en desplazar el foco desde el síntoma aislado hacia el contexto y la estructura vital, subrayando la autonomía personal, reconociendo los mandatos de género y legitimando la ira, el deseo, la autorrealización y la sensualidad como dimensiones saludables. Representan el humanismo de Klein, matizado y complementado con la crítica feminista a los estereotipos de género presentes en algunos representantes de la psicología humanística.

Consideraciones Finales

Como señalamos al comienzo de este artículo, Philippa M. Coughlan y Marjorie H. Klein desarrollaron su trayectoria profesional durante la fase final de la terapia centrada en la persona, cuando Carl Rogers abandonó la práctica clínica individual —tras su investigación sobre la esquizofrenia— para impulsar los grupos de encuentro y vincularse al movimiento de la Psicología Humanística. Aunque ambas publicaron escasos trabajos individuales, sus colaboraciones las sitúan dentro de la corriente existencial de la psicoterapia con una apertura hacia los grupos y hacia otras terapias como la cognitivo-conductual de Beck. Ellas representan a miles de profesionales que, desde el trabajo sostenido y silencioso y la investigación rigurosa, contribuyen decisivamente al desarrollo de nuestra disciplina (Monteagudo et al., 2025).

La investigación de Rogers sobre la esquizofrenia partía de la hipótesis de que la comprensión empática, la autenticidad y la consideración positiva incondicional constituyen las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico en pacientes con ese diagnóstico. El capítulo final del libro con los resultados de la investigación (Rogers et al. 1967), firmado por Kiesler, Coughlan y Klein, permite conocer la opinión de nuestras autoras al respecto. Dos de las condiciones —la empatía y la autenticidad percibidas por el paciente— se vinculan con niveles más elevados de *experiencing*, y con mejores resultados clínicos, aunque las limitaciones metodológicas del estudio impiden extraer conclusiones definitivas (Kiesler et al., 1967b).

La limitación más importante, junto al reducido tamaño y la homogeneidad de la muestra, era que el diseño correlacional

impedía establecer relaciones causales entre las condiciones terapéuticas y el cambio clínico. De ahí la interpretación cautelosa de los resultados: las variables actitudinales parecían relevantes, pero no era posible afirmar su influencia causal sobre el proceso interno del paciente.

Lo más notable era la interacción dinámica entre las condiciones ofrecidas por el terapeuta y las respuestas del paciente: la capacidad expresiva y la motivación inicial de este favorecían la implicación del primero, mientras que las actitudes del terapeuta, a su vez, sostenían el proceso de autoexploración del paciente, configurando una relación de influencia recíproca.

La empatía precisa y la autenticidad del terapeuta se asociaban con el nivel de implicación experiencial del paciente, tanto en las sesiones terapéuticas como en las entrevistas de muestreo: a mayor comprensión empática y autenticidad, mayor autoexploración y autoexperienciación del paciente a lo largo del proceso. Los pacientes que recibían niveles altos de empatía y autenticidad evolucionaban favorablemente, mientras que los expuestos a niveles bajos no mejoraban o incluso presentaban un deterioro mayor que el del grupo control.

En el capítulo sobre “la psicoterapia experiencial: momentos clave en la interacción cliente-terapeuta”, Coughlan y Klein (1984) presentaron la teoría de Gendlin como un desarrollo de la de Rogers. Tras una breve historia del concepto de *experiencing*, las autoras sostienen que la teoría experiencial lograba lo que Rogers no consiguió: definir los momentos críticos de cambio terapéutico, medidos mediante las Escalas de *Experiencing* del paciente y del terapeuta, construidas para medir el comportamiento verbal.

El objetivo de la terapia existencial es facilitar el acceso del paciente al **referente sentido**, esa vivencia corporal implícita y global que organiza la experiencia interna y sin la cual no es posible un cambio auténtico. El terapeuta no se limita a aplicar técnicas, sino que ofrece una presencia experiencial, escucha con precisión cada comunicación del cliente y le enseña *Focusing* durante las sesiones, favoreciendo así el avance del proceso hacia el cambio.

Las autoras critican la tendencia a considerar las condiciones actitudinales del terapeuta como independientes del proceso del cliente, lo que ha llevado a sobredimensionar su papel y a una formación centrada en técnicas descontextualizadas, al margen de la dinámica experiencial del cliente. Para Gendlin, la esencia de la terapia centrada en el cliente seguía sin ser comprendida: lo decisivo no era la respuesta técnica, sino una escucha orientada a

la concreción experiencial, que exige del terapeuta un contacto vivencial con lo que ocurre en el interior del cliente (Gendlin, 1974).

Esta consideración de Gendlin, según Coughlan y Klein, es plenamente coherente con las condiciones rogerianas. Rogers describe la empatía como la capacidad del terapeuta para adentrarse en el mundo interno del otro “como si fuera propio”, sin perder esa cualidad de “como si”, y para comunicarle sus significados internos de modo que los reconozca como suyos. En niveles altos de empatía, el mensaje “estoy contigo” resulta inequívoco y las intervenciones se ajustan con precisión a la vivencia del cliente. En términos de Gendlin, la comprensión ha de ser vivencial, no meramente intelectual, y la retroalimentación del terapeuta ha de surgir de su propia presencia experiencial en el encuentro.

La presencia del terapeuta implica también autenticidad: expresar los propios sentimientos cuando ello contribuya a que el cliente elabore y tome conciencia de su vivencia. Esto requiere apertura, contención y capacidad para confrontar las propias emociones; el terapeuta ha de discernir si sus reacciones emergen de la interacción presente y expresarlas únicamente cuando aporten al proceso experiencial (Gendlin, 1967). Sus sentimientos pueden convertirse en foco terapéutico si se comparten de forma honesta y responsable. La expresión de emociones como la frustración o el aburrimiento puede ser constructiva si se hace con claridad, brevedad y dentro de un compromiso positivo (Gendlin, 1979).

Como señalamos antes, esta apertura conecta con la experiencia de Rogers con pacientes diagnosticados de esquizofrenia, que le confirmó que la terapia era un encuentro interpersonal en el que lo decisivo no eran las técnicas sino las actitudes y la autenticidad del terapeuta (Rogers, 1962).

Marjorie Klein fue coautora de varios estudios sobre la autenticidad del terapeuta. En uno de ellos llevó a cabo una revisión de las investigaciones empíricas disponibles hasta ese momento, la mayoría realizadas en el marco de la terapia centrada en el cliente (Klein et al., 2001), que desarrollaría más extensamente en otro escrito del año siguiente (Klein, et al., 2002).

Del análisis de los 77 estudios examinados, el 34% evidenciaba una relación positiva entre autenticidad y resultados terapéuticos, lo que proporcionaba una base empírica suficiente para justificar el resurgimiento del constructo de congruencia o autenticidad y para considerarlo un componente central de la relación terapéutica. Años más tarde, al final de su carrera, su nombre aparece en el primer metaanálisis exhaustivo sobre esta cuestión, cuyos resultados demostraron que la autenticidad del terapeuta predice de manera significativa los resultados positivos de la psicoterapia, lo que permite afirmar que es un factor relacional con un impacto real y relevante en la mejoría del cliente (Kolden et al., 2019).

Esta fidelidad a las teorías de Gendlin y Rogers no le impidió a Klein abrirse a otros enfoques más amplios, como la terapia cognitivo-conductual de Beck, la integrativa cognitivo-afectiva (Wonderlich et al., 2008, 2014, 2015), la *Self System Therapy* para la depresión (Strauman et al., 2006) y el diagnóstico y tratamiento interpersonal de Lorna Benjamin (2003). Tanto ella como Coughlan participaron de ese eclecticismo y amplitud de miras que prevaleció en el movimiento de la terapia existencial de finales del siglo XX,

con una atención especial a las relaciones interpersonales y a la psicología social.

Resulta significativo que ninguna de ellas publicara en solitario obras de mayor alcance, circunstancia que probablemente limitó su visibilidad como figuras plenamente reconocibles dentro de la disciplina. Sin embargo, sus trabajos en colaboración —y, en particular, el artículo de Klein sobre los sesgos androcéntricos en el diagnóstico clínico— revelan un rigor y una lucidez poco comunes. Aunque esta orientación colectiva les impidió encabezar escuelas de pensamiento propias, supieron convertir el trabajo en equipo en una verdadera fortaleza. Sus contribuciones a la salud mental y a la investigación en psicoterapia —muy especialmente las de Klein— merecen, por todo ello, un lugar reconocido en la historia de la psicoterapia y el diagnóstico clínico.

Referencias

- Bardwick, J. M., y Douvan, E. (1972). Ambivalence: The socialization of women. En J. M. Bardwick, (Ed.), *Readings on the psychology of women* (pp. 25-35). Harper & Row.
- BarrettLennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied*, 76(43), 1-36. <https://doi.org/10.1037/h0093918>
- Barron, F. (1953). An ego-strength scale which predicts response to psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 17(5), 327-333. <https://doi.org/10.1037/h0061962>
- Battle, C. C., Imber, S. D., Hoehn-Saric, R., Stone, A. R., Nash, E. R., y Frank, J. D. (1966). Target complaints as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20, 184-192. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1966.20.1.184>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Bem, S. L. (1975). Sex role adaptability: One consequence of psychological androgyny. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(4), 634-643. <https://doi.org/10.1037/h0077098>
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81(5), 392-425. <https://doi.org/10.1037/h0037024>
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2.ª ed.). Guilford Press.
- Blood, R. O., y Wolfe, D. M. (1960). *Husbands and wives: The dynamics of married living*. The Free Press.
- Broverman, I. K., Vogel, S. R., Broverman, D. M., Clarkson, F. E., y Rosenkrantz, P. S. (1972). Sex-role stereotypes: A current appraisal. *Journal of Social Issues*, 28, 59-78. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1972.tb00019.x>
- Butler, J. M., y Haigh, G. (1954). Changes in the relation between self-concepts and ideal concepts consequent upon client-centered counseling. En C. Rogers y R. F. Dymond (Eds.), *Psychotherapy and personality change* (pp. 252-281). University of Chicago Press.
- Campus services provide emotional support (2003, 24 de octubre). *The Wesleyan Argus*. <https://wesleyanargus.com/2003/10/24/campus-services-provide-emotional-support/>
- Carlson, R. (1972). Understanding women: Implications for personality theory and research. *Journal of Social Issues*, 28(2), 17-32. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1972.tb00015.x>
- Chesler, P. (1972). *Women and madness*. Doubleday.
- Clark, R., Hyde, J. S., Essex, M. J., y Klein, M. H. (1997). Length of maternity leave and quality of mother-infant interactions. *Child Development*, 68(2), 364-383. <https://doi.org/10.2307/1131855>

- Coughlan, P. M. (1980, octubre 6). *Sabbatical* [Memorando]. Special Collections & Archives, Wesleyan University Olin Library, Middletown, CT, Estados Unidos.
- Dymond, R. F. (1954). Adjustment changes over therapy from self-sorts. En C. Rogers y R. F. Dymond (Eds.), *Psychotherapy and personality change*. (pp.407-428). University of Chicago.
- Erdman, H. P., Greist, J. H., Klein, M. H., Jefferson, J. W., Olson, W., y Salinger, R. (1980). Computer consultation for psychiatric diagnosis. En J. F. O'Neill (Ed.), *Proceedings of the Fourth Annual Symposium on Computer Applications in Medical Care* (pp. 923-927). Institute of Electrical and Electronics Engineers.
- Erdman, H. P., Greist, J. H., Klein, M. H., y Jefferson, J. W. (1987). A review of computer diagnosis in psychiatry with special emphasis on DSM-III (Capítulo 1). En *Computers in Human Services* (Vol. 2, pp. 3-30).
- Essex, M. J., Klein, M. H., Lohr, M. J., y Benjamin, L. S. (1985). Intimacy and depression in older women. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 8(2), 159-178. <https://doi.org/10.1080/0032747>
- Essex, M. J., y Klein, M. H. (1989). The importance of the self-concept and coping responses in explaining physical health status and depression among older women. *Journal of Aging and Health*, 1(3), 327-348. <https://doi.org/10.1177/089826438900100304>
- Essex, M. J., Klein, M. H., Cho, E., y Kalin, N. H. (2002). Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: Effects on cortisol and behavior. *Biological Psychiatry*, 52(8), 776-784. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01553-6](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01553-6)
- Essex, M. J., Klein, M. H., Cho, E., y Kraemer, H. C. (2003). Exposure to maternal depression and marital conflict: Gender differences in children's later mental health symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(6), 728-737. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046849.56865.1D>
- Essex, M. J., Klein, M. H., Slattery, M. J., Goldsmith, H. H. y Kalin, N. H. (2010). Early risk factors and developmental pathways to chronic high inhibition and social anxiety disorder in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 167(1), 40-46. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.07010051>
- Fabrikant, B. (1974). The psychotherapist and the female patient: Perceptions, misperceptions, and change. En V. Franks y V. Burtile (Eds.), *Women in therapy: New psychotherapies for a changing society* (pp. 185-204). Bruner/Mazel.
- Farwell, G. F., Gamsky, N. R., y Mathieu-Coughlan, P. L. (Eds.). (1974). *The counselor's handbook*. Intext Educational Publishers.
- Frankfort, T. E. (1972). *Vaginal politics*. Quadrangle Books.
- Gendlin, E. T. (1967). Values and the process of experiencing. En A. R. Mahrer (Ed.), *The goals of psychotherapy* (pp. 181-205). Appleton-Century-Crofts.
- Gendlin, E. T. (1974). Client-centered and experiential psychotherapy. En D. A. Wexler y L. N. Rice (Eds.), *Innovations in client-centered therapy* (pp. 211-246). John Wiley & Sons.
- Gendlin, E. T. (1979). Experiential psychotherapy. En R. J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (2.ª ed., pp. 340-373). F. E. Peacock.
- Gendlin, E. T., y Tomlinson, D. (1962). The Experiencing Scale. Manuscrito no publicado, University of Wisconsin.
- Gondra, J. M. (2025). Las investigaciones de Carl R. Rogers sobre la esquizofrenia y su abandono de la psicoterapia individual. *Revista de Historia de la Psicología*, 46(4), 2-10. <https://doi.org/10.5093/rhp2025a27>
- Gough, H. G., y Heilbrun, A. L. (1965). *The adjective check list manual*. Consulting Psychologists Press.
- Greenwald, H. J., y Satow, Y. (1970). A short social desirability scale. *Psychological Reports*, 27(1), 131-135. <https://doi.org/10.2466/pr0.1970.27.1.131>
- Greist, J. H., Klein, M. H., y Van Cura, L. J. (1973). A computer interview for psychiatric patient target symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 29(2), 247-253. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1973.04200020071010>
- Greist, J. H., Klein, M. H., y Erdman, H. P. (1978). Computer interviewing: Beyond data collection. *Proceedings of the Annual Symposium on Computer Applications in Medical Care*, 227-230.
- Greist, J. H., Klein, M. H., Eischens, R. R., Faris, J., Gurman, A. S., y Morgan, W. P. (1978). Running through your mind. *Journal of Psychosomatic Research*, 22(4), 259-294. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(78\)90049-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(78)90049-1)
- Greist, J. H., Klein, M. H., Eischens, R. R., Faris, J., Gurman, A. S., y Morgan, W. P. (1979). Running as treatment for depression. *Comprehensive Psychiatry*, 20(1), 41-54. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(79\)90058-0](https://doi.org/10.1016/0010-440X(79)90058-0)
- Grief support options expand in wake of tragedy. (2003, 7 de noviembre). *The Wesleyan Argus*. <https://wesleyanargus.com/2003/11/07/grief-support-options-expand-in-wake-of-tragedy/>
- Hyde, J. S., Klein, M. H., Essex, M. J., y Clark, R. (1995). Maternity leave and women's mental health. *Psychology of Women Quarterly*, 19(2), 257-285. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1995.tb00291.x>
- Kiesler, D. J., Mathieu, P. L., y Klein, M. H. (1964). Sampling from the recorded therapy interview: A comparative study of different segment lengths. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 349-357. <https://doi.org/10.1037/h0047981>
- Kiesler, D. J., Mathieu, P. L., y Klein, M. H. (1965). Sampling from the recorded therapy interview: The problem of segment location. *Journal of Consulting Psychology*, 29(4), 337-344. <https://doi.org/10.1037/h0022422>
- Kiesler, D. J., Mathieu, P. L., y Klein, M. H. (1967a). Patient experiencing level and interaction chronograph variables in therapy interview segments. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 224. <https://doi.org/10.1037/h0024434>
- Kiesler, D. J., Mathieu, P. L., y Klein, M. H. (1967b). A summary of the issues and conclusions. En C. R. Rogers et al. (Eds.), *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics* (pp. 295-311). University of Wisconsin Press.
- Klein, M. H. (1964). Personality correlates of compliance, identification, and internalization (Tesis doctoral). Harvard University.
- Klein, M. H., Mathieu, P. L., Gendlin, E. T., y Kiesler, D. J. (1969). *The experiencing scale: A research and training manual* (Vols. 1-3). Wisconsin Psychiatric Institute.
- Klein, M. H., y Greist, J. H. (1972). Advantages of computerized psychiatric history taking. *JAMA*, 220(9), 1246-1247. <https://doi.org/10.1001/jama.1972.03200090068021>
- Klein, M. H., Greist, J. H., y Van Cura, L. J. (1975). Computers and psychiatry: Promises to keep. *Archives of General Psychiatry*, 32(7), 837-843. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760250029002>
- Klein, M. H. (1976). Feminist concepts of therapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 13(1), 89-95. <https://doi.org/10.1037/h0086493>
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P., y Kiesler, D. J. (1986). The experiencing scales. En L. S. Greenberg y W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21-71). Guilford Press.
- Klein, M. H., Mathieu-Coughlan, P., y Kiesler, D. J. (1990). Experiencing in psychotherapy: Scale development and research directions. *Psychotherapy Research*, 1, 1-18.
- Klein, M. H., y Mathieu-Coughlan, P. (1992). *The experiencing scales*. En S. Toukmanian y D. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research* (pp. 21-71). Sage.
- Klein, M. H., Benjamin, L. S., Rosenfeld, R., Treece, C., Husted, J. y Greist, J. H. (1993a). The Wisconsin Personality Disorders Inventory: I. Development, reliability, and validity. *Journal of Personality Disorders, Supplement*, 18-33.
- Klein, M. H., Benjamin, L. S., Rosenfeld, R., Treece, C., Husted, J., y Greist, J. H. (1993b). The Wisconsin Personality Disorders Inventory: Development, reliability, and validity. *Journal of Personality Disorders*, 7(4), 285-303. <https://doi.org/10.1521/pedi.1993.7.4.285>
- Klein, M. H., Wonderlich, S., y Shea, M. T. (1993). Models of relationships between personality and depression: Toward a framework for theory and research. In M. H. Klein, D. J. Kupfer, y M. T. Shea (Eds.), *Personality and depression: A current view* (pp. 1-54). Guilford Press.
- Klein, M. H., y Essex, M. J. (1994). Pregnant or depressed? *Depression*, 2(6), 308-314. <https://doi.org/10.1002/depr.3050020606>
- Klein, M. H. (1996). Current issues in neuroses and personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 9(2), 109-111. <https://doi.org/10.1097/00001504-199603000-00006>

- Klein, M. H. y Benjamin, L. S. (1996). *The Wisconsin Personality Disorders Inventory- IV*. Madison, WI: University of Wisconsin, unpublished test. Madison, WI 53719-1179.
- Klein, M. H., Hyde, J., Essex, M. J., y Clark, R. (1998). Maternity leave, Role Quality, Work Involvement, and Mental Health One Year After Delivery. *Psychology of Women Quarterly*, 22(2), 239-266 <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1998.tb00153>
- Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L., y Chisholm-Stockard, S. (2001). Congruence or genuineness, *Psychotherapy*, 38(4), 396-400. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.396>
- Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L., y Chisholm-Stockard, S. (2002). Congruence. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 191-211). Oxford University Press.
- Kolden, G. C., Wang, C., Austin, S. B., Chang, Y., y Klein, M. H. (2018). Congruence/genuineness: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 424-433. <https://doi.org/10.1037/pst0000162>
- Kolden, G. C., Wang, C., Austin, S. B., Chang, Y., y Klein, M. H. (2019). Congruence/Genuineness. En J. C. Norcross y M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (3.ª ed., Vol. 1, pp. 188-203). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0009>
- Kotlar, S.L. (1965). Middle class marital role perceptions and marital adjustment. *Sociology and Social Research*, 1969, 49(3), 281-294.
- Lohr, M. J., Essex, M. J., y Klein, M. H. (1988). The relationships of coping responses to physical health status and life satisfaction among older women. *Journal of Gerontology*, 43(2), P54-P60. <https://doi.org/10.1093/geronj/43.2.P54>
- Mathieu, P. L. (1965). An investigation to determine the relationship between counselor preparation and positive personality growth in individuals participating in a group counseling situation (Tesis doctoral). University of Wisconsin.
- Mathieu-Coughlan, P., y Klein, M. H. (1984). Experiential psychotherapy: Key events in client-therapist interaction. En L. N. Rice y L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 213-248). Guilford Press.
- Menaker, E. (1974). The therapy of women in the light of psychoanalytic theory and the emergence of a new view. In V. Franks y V. Burtle (Eds.), *Women in therapy: New psychotherapies for a changing society* (pp.230-246). Bruner/Mazel.
- Monteagudo, M. J. y García-Colmenares, C. (Coords.). (2025). *Psicólogas pioneras: Historias de ciencia, feminismo y compromiso social*. Universitat de Valencia.
- Newmann, J. P., Klein, M., Jensen, J. E., y Essex, M. J. (1996). Depressive symptom experiences among older women: A comparison of alternative measurement approaches. *Psychology and Aging*, 11(1), 112-126. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.11.1.112>
- OBHS founder passes away at 75. (2011, 25 de marzo). *The Wesleyan Argus*. <https://wesleyanargus.com/2011/03/25/obhs-founder-passes-away-at-75/>
- OBHS leader retires following controversy. (2010, 29 de octubre). *The Wesleyan Argus*. <https://wesleyanargus.com/2010/10/29/obhs-leader-retires-following-controversy/>
- O'Donnell, J. (2010, 19 de noviembre). Setting the record straight about OBHS. *The Wesleyan Argus*.
- Paige, K. E. (1973). Women learn to sing the menstrual blues. *Psychology Today*, 7(5), 41-46.
- Parloff, M. B. (1970) Assessing the effects of headshrinking and mind-expanding. *International Journal of Group Psychotherapy*, 20(1), 14-24. <https://doi.org/10.1080/00207284.1970.11491753>
- Parsons, T., y Bales, R. F. (Eds.). (1955). *Family, socialization and interaction process*. The Free Press.
- Paykel, E. S., Weissman, M. M., y Tonks, M. B. (1971). *Social adjustment scale. Form 03 - Interview format and scoring guide*. [Informe no publicado]. Yale University, Department of Psychiatry; Boston State Hospital.
- Rogers, C. R. (1950). A current formulation of client-centered therapy. *Social Service Review*, 24(4), 442-450. <https://doi.org/10.1086/638020>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rogers, C. R. (1958). A process conception of psychotherapy. *American Psychologist*, 13(4), 142-149. <https://doi.org/10.1037/h0042129>
- Rogers, C. R. (1962). A study of psychotherapeutic change in schizophrenics and normals: The design and instrumentation. *Psychiatric Research Reports*, 15, 51-60.
- Rogers, C. R. y Rablen, R. A. (1959). *A tentative scale for the measurement of process in psychotherapy*. En E. Rubinstein y M. Parloff (Eds.), *Research in psychotherapy* (pp. 96-107). American Psychological Association.
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D. J., y Truax, C. B. (Eds.). (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. University of Wisconsin Press.
- Schaefer, L. M., Hazzard, V. M., Smith, K., Johnson, C. A., Cao, L., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Crow, S. J., Bardone-Cone, A. M., Joiner, T. E., Le Grange, D., Klein, M. H., Mitchell, J. E., y Wonderlich, S. (2021). Examining the roles of emotion dysregulation and impulsivity in the relationship between psychological trauma and substance abuse among women with bulimic-spectrum pathology. *Eating Disorders*, 29(3), 276-291. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1891370>
- Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Johnson, J. H., y Harris, W. G. (1982). An investigation of computer-assisted cognitive-behavior therapy in depression. *Behavior Research Methods & Instrumentation*, 14(2), 181-185. <https://doi.org/10.3758/BF03202150>
- Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Sorrell, S. P., y Erdman, H. P. (1990). Computer-administered cognitive-behavioral therapy for depression. *American Journal of Psychiatry*, 147(1), 51-56. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.1.51>
- Setting the record straight about OBHS (2010, November 19). *The Wesleyan Argus* <https://wesleyanargus.com/2010/11/19/setting-the-record-straight-about-obhs/>
- Sherman, J. (1971). *On the psychology of women: A survey of empirical studies*. Charles Thomas.
- Smider, N. A., Essex, M. J., Kalin, N. H., Buss, K. A., Klein, M. H., Davidson, R. J., y Goldsmith, H. H. (2002). Salivary cortisol as a predictor of socioemotional adjustment during kindergarten: A prospective study. *Child Development*, 73(1), 75-92. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00393>
- Smith, T. L., Klein, M. H., Alonso, C., Salazar-Fraile, J., Felipe-Castaño, E., Lopez Moreno, C., Raquel Acosta, S., Iglesias Rios, L. y Martí-Sanjuán, V. (2011). The Spanish version of the Wisconsin Personality Disorders Inventory-IV (WISPI-IV): Tests of validity and reliability. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 813-833. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.813>
- Spitzer, R. L., Endicott, J., y Cohen, G. M. (1968). *Psychiatric status schedule* [Informe no publicado]. Evaluation Unit, Biometrics Research, New York State Department of Mental Hygiene.
- Steinmann, A. (1974). Cultural values, female role expectancies, and therapeutic goals: Research and interpretation. In V. Franks y V. Burtle (Eds.), *Women in therapy: New psychotherapies for a changing society* (pp. 205-222). Brunner/Mazel.
- Stone, S., y Coughlan, P. M. (1973). Four process variables in counseling with mentally retarded clients. *American Journal of Mental Deficiency*, 77(4), 408-414.
- Strauman, T. J., Vieth, A. Z., Eddington, K. M., Kolden, G. G., Woods, T. E., Klein, M. H., Papadakis, A.A., Schneider, K.L. y Kwapiil, L. (2006). Self-system therapy as an intervention for self-regulatory dysfunction in depression: A randomized comparison with cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 367-376. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.2.367>
- Strong, E. K., Jr. (1966). *Strong Vocational Interest Blank* (Instrumento de medición). Consulting Psychologists Press.
- University of Wisconsin System Administration. Office of Women (1987). *University Women*, 14(11), 1-2.
- Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Peterson, C. B., Robinson, M. D., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Smith, T. L., Klein, M. H., Lysne, C. M., Crow, S. J., Strauman, T.

- J., y Simonich, H. K. (2008). Examining the conceptual model of integrative cognitive-affective therapy for BN: Two assessment studies. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 748–754. <https://doi.org/10.1002/eat.20551>
- Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., y Crow, S. J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 44(3), 1–11. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001098>
- Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., y Crow, S. J. (2015). *Integrative cognitive-affective therapy for bulimia nervosa: A treatment manual*. Guilford Press.