

UNIVERSIDAD DE SEVILLA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

**FACTORES ATRIBUCIONALES DE LA EFECTIVIDAD  
PSICOTERAPEUTICA:  
VARIABLES ESPECIFICAS *VERSUS* FACTORES COMUNES**

Tesis doctoral presentada por  
Antonio Fco. Romero Moreno  
y dirigida por los Drs. Jesús Pérez Ríos y José Antonio Pérez Gil

Sevilla, 2004



Firmado en Sevilla a 20 de Diciembre de 2004

Facultad de Psicología. Campus Ramón y Cajal. Avda. San Francisco Javier s/n 41005 Sevilla-España  
Tfno: 954557689. Fax 954551784 e-mail: perezgil@us.es / jesusrrios@tiscali.es



Sevilla 20 de Diciembre de 2004

En cumplimiento de lo establecido en la normativa de los estudios de doctorado de la Universidad de Sevilla, como autor del trabajo de investigación titulado "*Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica: Variables específicas versus factores comunes*", dirigido por los Drs. D. Jesús Pérez Ríos y D. José Antonio Pérez Gil, quienes han considerado que éste reúne las condiciones exigibles para su lectura y defensa como tesis doctoral, y una vez autorizada por el Departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Sevilla su presentación como tal, hago entrega de los dos ejemplares perceptivos y de la documentación exigida para su tramitación por el Vicerrectorado de Tercer Ciclo de la Universidad de Sevilla.

Fdo.: Antonio Fco. Romero Moreno

## *Agradecimientos*

*En primer lugar, quisiera agradecer a mis directores de tesis, los doctores Jesús Pérez Ríos y José Antonio Pérez Gil por todas las sugerencias y consejos que me han proporcionado a lo largo de la elaboración de esta tesis y por los ánimos que me han prestado en todo momento. Muchas gracias a los dos.*

*Al excepcional equipo humano que desarrolla su labor investigadora en el Centro Universitario de Estudios Sociales de Jerez de la Frontera, dentro del Grupo Universitario de Investigación Social, compuesto por los profesores Carlos Argudo, Guillermo Barcena, Manuela García, Pedro Hernández, Isabel Jiménez y Javier Tinoco, con su director a la cabeza, el Dr. José Rodríguez Carrión, de los que tanto he aprendido en los últimos años, y en especial, al profesor Serafín Cruces, compañero de fatigas, excelente profesional y mejor amigo. Gracias a todos por soportarme.*

*Quiero igualmente hacer mención a los profesores Ildefonso Márquez y Carlos Chernichero, del Centro Universitario de Estudios Sociales de Jerez. Al primero, quiero especialmente agradecerle el descubrirme las nociones de ciertos autores que me han servido para enriquecer este trabajo. Al segundo, su noble interés por mi trabajo y el ánimo recibido en todo momento. A ambos, las largas y entretenidas conversaciones que hemos mantenido sobre nuestras respectivas angustias de doctorandos.*

*A la profesora de la Universidad de la Laguna, la Dra. Ana González, por su paciente ayuda y consejo en los momentos iniciales de mi labor de investigación.*

*También, a mi estimado amigo y futuro doctor en medicina Álvaro Pemartín, por otorgarme puntos de vistas alternativos, acertadas sugerencias y, sobretodo, por su rotunda claridad.*

*Al profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, el Dr. Tomás Gómez por su inestimable y altruista ayuda logística.*

*No quisiera dejar de mencionar al excelente equipo de profesores de la Facultad de Psicología de la Universidad de Colima (México), encabezado por el Dr. Eduardo Monroy, que me dieron la oportunidad de exponer parte de mi trabajo en su maravilloso país.*

*Especialmente, quiero agradecer a Eva Letrán su paciencia, cariño y comprensión durante estos años, así como su valiosa ayuda en ciertas complejas traducciones.*

*Y, como no, a mis padres y hermano por el afecto y ternura que siempre me han demostrado y porque siempre están ahí cuando les necesito.*

*No quiero olvidar a todos aquellos que, directa o indirectamente, han podido hacer que este trabajo salga adelante. En concreto, a los especialistas que han colaborado en el juicio de expertos y, por supuesto, a todos los psicoterapeutas que tan gentil y generosamente se han dignado a participar en mi investigación. Espero que este trabajo pueda suponer una aportación interesante a vuestro meritorio trabajo.*

*Gracias, gracias a todos, mencionados y no mencionados.*

*A mis padres*



<i>ÍNDICE DE CONTENIDOS</i>	<i>Pág.</i>
<b>Presentación</b>	<b>13</b>
<b>Introducción</b>	<b>19</b>
<b>Fundamentación teórica</b>	<b>27</b>
1.- Aproximación al concepto de psicoterapia	29
2.- La Investigación en psicoterapia	33
2.1.- El planteamiento de la controversia	33
2.2.- Panorama actual y sugerencias de investigación	36
2.3.- Aproximación histórica a la investigación de la efectividad psicoterapéutica	40
2.3.1.- Breve reseña histórica de los tratamientos psicológicos	40
2.3.2.- Aproximación histórica al estudio de la efectividad de la psicoterapia	42
2.4.- <i>Investigación del resultado de la psicoterapia</i>	<i>51</i>
2.4.1.- Eficacia global de la psicoterapia	51
2.4.1.1.- Resultados negativos	53
2.4.1.2.- Resultados positivos	69
2.4.2.- Eficacia diferencial de la psicoterapia	90
2.4.2.1.- Datos a favor de la no equivalencia	91
2.4.2.2.- Datos a favor de la equivalencia	97
2.4.3.- Aspectos metodológicos	105
2.4.3.1.- Estrategia de diseño para la investigación en psicoterapia	106
2.4.3.1.1.- El grupo control	106
2.4.3.1.2.- Comparación de dos tratamientos	127
2.4.3.1.3.- Diseños de caso único y desmantelamiento	132
2.4.3.1.4.- Construcción y parámetros del tratamiento	137
2.4.3.2.- Tipos de investigación en psicoterapia	139
2.4.3.3.- La justificación científica de la eficacia psicoterapéutica	141
2.4.3.4.- Evaluación del resultado de la psicoterapia	142
2.4.3.5.- Problemas metodológicos de la investigación sobre el resultado de la psicoterapia	145
2.4.3.6.- El meta-análisis	147
2.4.4.- Conclusiones	151
2.5.- <i>Investigación del proceso de la psicoterapia</i>	<i>155</i>
2.5.1.- El proceso psicoterapéutico y la investigación del proceso psicoterapéutico	156
2.5.2.- Los factores comunes	160
2.5.3.- Las variables del terapeuta, del paciente y de la interacción terapéutica y su influencia en la efectividad de la psicoterapia	165
2.5.3.1.- Las variables del paciente y su influencia en la efectividad de la psicoterapia	166
2.5.3.2.- Las variables del terapeuta y su influencia en la efectividad de la psicoterapia	172
2.5.3.3.- Las variables de la interacción terapéutica y su influencia en la efectividad de la psicoterapia	193
2.5.4.- Aspectos metodológicos	205
2.5.5.- Perspectiva de integración	213
2.5.6.- Anulación de la dicotomía proceso-resultado	220
2.5.7.- Conclusiones y propuestas	223

<b>Investigación</b>	<b>227</b>
3.- Planteamiento del estudio	229
3.1.- Delimitación del problema	229
3.2.- Determinación de los objetivos perseguidos en el estudio	230
3.3.- Establecimiento de las hipótesis	231
3.4.- Metodología	233
3.4.1.- Diseño del instrumento de recogida de datos	234
3.4.1.1.- Validez de contenido	237
3.4.1.1.1.- Introducción	237
3.4.1.1.2.- Metodología	238
3.4.1.1.2.1.- Procedimiento general empleado	238
3.4.1.1.2.2.- Muestra	241
3.4.1.1.3.- Resultados	242
3.4.1.1.4.- Resumen	246
3.4.2.- Descripción de la población objeto de estudio	248
3.4.2.1.- Prueba de fiabilidad del cuestionario	249
3.4.2.1.1.- Introducción	249
3.4.2.1.2.- Metodología	250
3.4.2.1.2.1.- Procedimiento general empleado y resultados	251
3.4.3.- Procedimiento de recogida de datos	252
4.- Desarrollo y resultados del estudio	255
4.1.- Características de la población analizada	255
4.2.- Análisis de los resultados	294
4.2.1.- Análisis de las variables psicoterapéuticas	294
4.2.2.- Análisis factorial	314
5.- Discusión y conclusiones	329
5.1.- Verificación de las hipótesis y discusión de los resultados	329
5.2.- Conclusiones y consideraciones finales	351
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>359</b>
<b>Anexos. Protocolos de registro de datos</b>	<b>385</b>
Anexo A: Publicaciones manejadas para la selección preliminar de los ítems en el juicio de expertos	387
Anexo B: Documentación remitida al grupo de expertos	393
Anexo C: Documentación remitida a los psicoterapeutas (primer y segundo llamamiento)	399
Anexo D: Cuestionario de atribución de la efectividad psicoterapéutica	407
<b>Apéndices. Resultados analíticos complementarios</b>	<b>415</b>
Apéndice A-1: Prueba de fiabilidad del cuestionario	417
Apéndice B-1: Pruebas no paramétricas, análisis de datos categóricos y correlacional	421
Apéndice B-2: Análisis de varianza de un factor, comparaciones planeadas, comparaciones <i>post hoc</i> y contrastes de medias (sobre el conjunto de las variables psicoterapéuticas analizadas)	437
Apéndice C-1: Análisis factorial	485
Apéndice C-2: Consistencia interna de los factores	489
Apéndice C-3: Análisis de varianza de un factor, comparaciones planeadas y contrastes de medias (sobre los factores que se desprenden del análisis factorial)	495

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Sistema de categorías establecido por Smith, Glass y Miller (1980), adaptado de Castillo y Poch (1991).	79
Cuadro 2: Criterios a considerar para elegir una estrategia de investigación.	138
Cuadro 3: Comparación entre la investigación análoga y los ensayos clínicos, adaptado de Castillo y Poch (1991).	140
Cuadro 4: Características del terapeuta, adaptado de Lambert (1989).	173
Cuadro 5: Características del terapeuta, adaptado de Beitler, Crago y Arizmendi (1986).	174
Cuadro 6: Ventajas e inconvenientes de la encuesta por correo, adaptado de R. Pineault y C. Daveluy (1990).	235
Cuadro 7: Juicio de Expertos. Índices de congruencia (sobre 12 expertos).	248



## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Datos del estudio de Eysenck (1952).	58
Gráfica 2: Efectividad combinada de todos los estudios analizados para cuatro medidas de resultados.	76
Gráfica 3: Comparación de la efectividad de siete métodos de psicoterapia, Smith y Glass (1977).	101
Gráfica 4: Orientación teórica de la población estudiada.	258
Gráfica 5: Orientación teórica según el tramo de edad.	259
Gráfica 6: Titulación académica según la orientación teórica.	259
Gráfica 7: Nivel de acceso a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia según la orientación teórica.	260
Gráfica 8: Valoración de la variable “Enfoque terapéutico”.	262
Gráfica 9: Porcentaje que otorga la máxima puntuación (5) a la variable “Enfoque terapéutico” en cada orientación.	262
Gráfica 10: Porcentaje que concede una puntuación de 4 ó más a la variable “Enfoque terapéutico”, según el posicionamiento acerca de la efectividad similar de los distintos modelos terapéuticos.	263
Gráfica 11: Porcentaje que concede la máxima puntuación (5) a la variable “Enfoque terapéutico” según la elección de la orientación terapéutica más efectiva.	264
Gráfica 12: Valoración de la variable “Técnicas o procedimientos empleados”.	265
Gráfica 13: Porcentaje que otorga la máxima puntuación (5) a la variable “Técnicas o procedimientos empleados” en cada orientación.	265
Gráfica 14: Porcentaje que concede una puntuación de 4 ó más a la variable “Técnicas o procedimientos empleados”, según el posicionamiento acerca de la efectividad similar de los distintos modelos terapéuticos.	266
Gráfica 15: Porcentaje que concede la máxima puntuación (5) a la variable “Técnicas o procedimientos empleados” según la elección de la orientación terapéutica más efectiva.	267
Gráfica 16: Valoración de la variable “Expectativas de cura del paciente”.	268
Gráfica 17: Valoración de la variable “Implicación del paciente en la terapia”.	269

Gráfica 18: Porcentaje que otorga la máxima puntuación (5) a la variable “Implicación del paciente en la terapia” en cada orientación.	269
Gráfica 19: Valoración de la variable “Fe y credibilidad en el terapeuta que posea el paciente”.	270
Gráfica 20: Porcentaje que otorga una puntuación de 4 ó más a la variable “Fe y credibilidad en el terapeuta que posea el paciente” en cada orientación.	271
Gráfica 21: Valoración de la variable “Empatía que muestre el terapeuta”.	272
Gráfica 22: Valoración de la variable “Directividad y apoyo que muestre el terapeuta”.	273
Gráfica 23: Valoración de la variable “Percepción del terapeuta de la implicación del paciente”.	274
Gráfica 24: Valoración de la variable “Capacidad del terapeuta de influir en el paciente”.	275
Gráfica 25: Valoración de la variable “Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta al paciente”.	276
Gráfica 26: Valoración de la variable “Experiencia del terapeuta”.	277
Gráfica 27: Porcentaje que concede la máxima puntuación (5) a la variable “Experiencia del terapeuta” según los años de experiencia de los terapeutas.	277
Gráfica 28: Porcentaje que concede la máxima puntuación (5) a la variable “Experiencia del terapeuta” según la edad de los terapeutas.	278
Gráfica 29: Valoración de la variable “Establecimiento de la alianza terapéutica”.	279
Gráfica 30: Porcentaje que otorga la máxima puntuación (5) a la variable “Establecimiento de la alianza terapéutica” en cada orientación.	279
Gráfica 31: Variable más relevante para una psicoterapia efectiva según los encuestados.	282
Gráfica 32: Variable más relevante en la psicoterapia para terapeutas psicodinámicos y cognitivos-conductuales.	283
Gráfica 33: Variable más relevante en la psicoterapia según el nivel de acceso a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia.	284
Gráfica 34: Factores más relevantes en una psicoterapia efectiva según los encuestados.	285

Gráfica 35: Elección del factor preferentemente responsable de la cura según la experiencia de los terapeutas.	286
Gráfica 36: Elección de los factores más relevantes según la orientación teórica.	286
Gráfica 37: Elección de los factores más relevantes según el nivel de acceso a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia.	287
Gráfica 38: Elección de las variables comunes más relevante.	288
Gráfica 39: Posicionamiento de los psicoterapeutas sobre la similitud en cuanto a eficacia de las distintas modalidades de psicoterapia.	289
Gráfica 40: Factores que intervienen en la psicoterapia en relación al posicionamiento de los psicoterapeutas sobre la efectividad similar de las diferentes modalidades de psicoterapias.	290
Gráfica 41: Porcentaje a favor de la similar efectividad de las distintas modalidades de psicoterapia en cada orientación teórica.	291
Gráfica 42: Psicoterapia más efectiva según los psicoterapeutas.	293
Gráfica 43: Gráfica de sedimentación de Catell.	316
Gráfica 44: Puntuaciones medias en cada factor según la orientación teórica.	325
Gráfica 45: Puntuaciones medias en cada factor según la experiencia.	325
Gráfica 46: Puntuaciones medias en cada factor según el nivel de acceso a publicaciones especializadas en investigación sobre psicoterapia.	326
Gráfica 47: Puntuaciones medias en cada factor según el posicionamiento acerca de la similar efectividad de los distintos modelos psicoterapéuticos.	326
Gráfica 48: Puntuaciones medias en cada factor según el posicionamiento sobre los factores preferentemente responsables de la cura.	326
Gráfica 49: Puntuaciones medias en cada factor según la elección de la psicoterapia más efectiva.	327









## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Prognosis en las psiconeurosis. Datos del estudio de Landis (1938), adaptado de Musso (1970).	54
Tabla 2: Modalidad de tratamiento y magnitud del efecto, adaptado de Shapiro y Shapiro (1982).	94
Tabla 3: Juicio de expertos. Índices de congruencia para el Objetivo 1: Factores específicos de la psicoterapia.	243
Tabla 4: Juicio de expertos: Índices de congruencia para el Objetivo 2: Variables comunes propias del paciente.	244
Tabla 5: Juicio de expertos: Índices de congruencia para el Objetivo 3: Variables comunes propias del terapeuta.	245
Tabla 6: Juicio de expertos: Índices de congruencia para el Objetivo 4: Variables comunes propias da la relación terapéutica.	246
Tabla 7: Valoración de la variable “enfoque terapéutico” en función de los distintos posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.	264
Tabla 8: Valoración de la variable “técnicas o procedimientos utilizados” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.	267
Tabla 9: Valoración de la variable “expectativas de cura del paciente” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.	268
Tabla 10: Valoración de la variable “implicación del paciente” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.	270
Tabla 11: Valoración de la variable “fe y credibilidad en el terapeuta” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.	271
Tabla 12: Valoración de la variable “empatía que muestre el terapeuta” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.	272
Tabla 13: Valoración de la variable “directividad y apoyo que muestre el terapeuta” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.	273
Tabla 14: Valoración de la variable “percepción del terapeuta de la implicación del paciente” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.	274

Tabla 15: Valoración de la variable “capacidad del terapeuta de influir en el paciente” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.	275
Tabla 16: Valoración de la variable “grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta al paciente” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.	276
Tabla 17: Valoración de la variable “experiencia del terapeuta” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.	278
Tabla 18: Valoración de la variable “establecimiento de una alianza terapéutica” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.	280
Tabla 19: Valoración media y moda de las distintas variables que intervienen en la psicoterapia.	281
Tabla 20: Media en la valoración de la variable “Técnicas y procedimientos empleados” en cada grupo.	300
Tabla 21: Pesos factoriales de la solución rotada.	318

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Estructura general del modelo de resolución de la ruptura, adaptado de Safran, Muran, Samstag, Inck y Santangelo (1993).	203
Figura 2: Estructura factorial.	319





## **PRESENTACIÓN**

---





Debido a que durante todo el grueso de la presente tesis utilizaré un lenguaje formal y científico, tal y como requiere la ocasión, permítanme sólo en esta presentación hacer uso de un lenguaje más coloquial y cercano para expresar el cómo y el por qué surgió mi interés por estudiar el tema de la efectividad psicoterapéutica y sus factores atribucionales.

Aunque ahora, con la perspectiva del tiempo, pienso que el interés por el tema que propongo en esta tesis se fue gestando durante mis años de estudiante universitario y se mantuvo durante mucho tiempo en estado larvario, lo cierto es que si tuviera que identificar un instante exacto en el que nació tal motivación, más que un momento me vendrían a la memoria dos. Puedo decir, sin temor a equivocarme, que fueron en esas dos situaciones donde se manifestó claramente la inquietud latente que me ha llevado a escribir esta tesis. Son, como se verá, situaciones nada trascendentes, sino más bien cotidianas y, por supuesto, casuales que me hicieron plantearme una serie de importantes cuestiones. Seguramente, en mayor o menor medida, algunas de esos interrogantes también se los habrá planteado más de un psicólogo y psicoterapeuta a lo largo de su trayectoria formativa o profesional. Pero en mi caso, me han llevado a realizar este trabajo con la finalidad de ofrecer una primera aproximación que sirva, si no para responder del todo ya que ello sería imposible únicamente en el marco del presente estudio, al menos despejar un poco el velo de tales cuestiones, tanto a mis colegas psicólogos como a mí mismo.

La primera situación fue nada más finalizar la carrera. Un compañero, recién licenciado como yo, me preguntó si me iba a dedicar a la clínica. Yo le contesté que esa era mi intención (después, los avatares de la vida me han hecho dedicarme a la docencia y a la investigación, trabajo con el que disfruto enormemente, pero la práctica clínica fue mi primera vocación, e incluso durante un breve periodo me dediqué a ella y sigue siendo un gran centro de interés para mí). El caso es que aquel compañero me preguntó justamente a continuación en qué corriente me iba a posicionar. En ese momento me di cuenta de que tras cinco años de carrera, aún no me había posicionado a favor de ninguna escuela teórica en particular. Durante la carrera había asistido a clases y comprendido perfectamente las diferencias entre unas y otras, pero siempre como un mero observador externo, sin posicionarme. El caso es que me sorprendí a mí mismo reconociendo que no había tomado partido. Y entonces me pregunté ¿es realmente

necesario tomarlo? Pensé que si tuviera que optar por alguna escuela terapéutica, lo correcto y ético sería posicionarme, evidentemente, por aquella que fuera la más beneficiosa para el paciente, es decir, aquella más eficaz. El caso es que a lo largo de mi formación no se me había dado respuesta clara a aquella cuestión. Poseía opiniones, creencias y suposiciones, pero no pruebas científicas. La respuesta debería encontrarla yo mismo.

Pensé igualmente que era un buen comienzo para un estudio el realizar una revisión de todo lo referente a la investigación sobre la efectividad de la psicoterapia. Cuándo y en qué circunstancias comenzó y a qué conclusiones se habían llegado. En el fondo intentaba hallar una respuesta a aquella inquietud personal. Quería saber si la investigación mostraba a alguna psicoterapia en especial como más efectiva que las demás, como la mejor, como la digna de mi elección. Y lo que tras una larga revisión (que el lector tendrá oportunidad de examinar) encontré, me dejó realmente sorprendido. La respuesta a la pregunta de si existía algún modelo terapéutico *demostradamente* más eficaz que los demás era real y demoledoramente sencilla: “No”.

Ahondando en este tema, descubrí que aquello a lo que yo acababa de acceder como un verdadero descubrimiento para mí, era algo de sobra conocido desde hacía bastante tiempo en el ámbito de la investigación en psicoterapia. De hecho, dichas investigaciones que se preocupaban por comprobar la efectividad diferencial estaban ampliamente superadas y sus conclusiones aceptadas por gran parte de la comunidad terapéutica (salvo por algunos autores escépticos, lo cual no es negativo, ya que es inherente a la ciencia el no dar nada por totalmente cerrado). Me pregunté por qué nunca se me había formado en algo tan importante durante mis años de aprendizaje.

Y así, tras unos años profundizando en la revisión, descubrí que la línea por la que ahora pasaba la investigación en psicoterapia era la investigación de procesos. Si se había demostrado que la psicoterapia era efectiva (al menos significativamente más efectiva que el no tratamiento) y que además no existía ninguna significativamente más efectiva que las demás, entonces lo realmente importante ahora era conocer qué elementos de la psicoterapia la hacían efectiva, independientemente de la orientación teórica a la que perteneciera. Y así, descubrí que dichas investigaciones de procesos terapéuticos apuntaban como responsables de la efectividad psicoterapéutica a los factores comunes. Es decir, aquellos elementos tanto del paciente, del terapeuta, como

de la propia relación entre ellos, que aparecen de forma común en todas las psicoterapias, independientemente de su modelo teórico de base. Aquello tenía su lógica ya que si la efectividad se debía a dichos elementos compartidos y no a los que las diferenciaban (esto es, los factores específicos como la orientación teórica de base y las técnicas específicas utilizadas, las cuales son genuinas de cada psicoterapia) eso podía explicar la aparente equivalencia en cuanto a efectividad de las diferentes psicoterapias.

Por aquella época yo ya me había propuesto que esa revisión que me encontraba haciendo podía ser la base de una tesis doctoral. No obstante, necesitaba plantear una investigación que complementara a la revisión que serviría como fundamentación teórica. Así que me encontraba a la caza de alguna idea que sirviera de base para una investigación novedosa que pudiera aportar algo nuevo al tema de mi elección. Y curiosamente tuve que cruzar todo un océano para que esa idea apareciera.

Y así llegamos al segundo momento de inflexión que dio forma a esta tesis. En el año 2001 me encontraba en México, invitado por la Universidad de Colima, dando unos cursos precisamente sobre toda la labor de revisión que me había ocupado los últimos años. Una calurosa y extremadamente húmeda mañana me encontraba impartiendo a mis alumnos mexicanos de último año un módulo donde explicaba el relevante papel que la investigación había conferido a los factores comunes como proveedores de efectividad terapéutica. Encontré que aquello también era algo totalmente nuevo para ellos. Al igual que me ocurrió a mí, durante todos sus años de formación universitaria habían aprendido las características y elementos diferenciadores de cada uno de los principales modelos terapéuticos, pero nadie les había hablado nunca de los elementos que compartían y que, según los estudios, eran precisamente los responsables de su similar efectividad.

Cuando terminé la clase, se me acercó uno de los alumnos del curso (cuyo nombre, desgraciadamente, nunca conocí), me pidió fuego, se encendió un pitillo y me preguntó con su marcado acento mexicano: “¿Todo esto lo saben los psicoterapeutas?”. Yo le respondí “Espero que sí”. Le pegó una calada a su cigarrillo y entre el humo me hizo la pregunta que motivaría la investigación a la que me dedicaría los dos próximos años: “¿Y lo asumen?”. A decir verdad, no hubo contestación por mi parte, al menos explícita porque en mi cabeza la respuesta era clara: “No lo sé”. Ya tenía el tema de la investigación de mi tesis.

Como en las novelas de intriga, la respuesta la dejo para el final. Pero simplemente espero que el lector de este trabajo capte la ilusión que toda esta labor me ha supuesto, a pesar de lo compleja y tediosa que, para ser sinceros, en algunas ocasiones concretas me ha llegado a resultar. Pero al igual que un embarazo conlleva incomodidades y molestias para la madre, la ilusión de lo que se está creando y el hecho de ver a la criatura recién nacida, compensa todos los pesares por duros que hayan sido.

Mi gran satisfacción será, en cualquier caso, la de compartir estos resultados con mis colegas de profesión (y vocación). Todo avance científico en psicoterapia, por modesto que sea, siempre resultará beneficioso para los clínicos, los pacientes y la sociedad en general. Sinceramente, espero poder aportar un granito más a todo el arenal que supone el estudio en el ámbito de la psicoterapia, así como sugerir algunas líneas de actuación y/o investigación.

## **INTRODUCCIÓN**

---



En ocasiones, un paciente no alcanza la cura  
porque la enfermedad forma parte de su identidad.  
*A. Jodorowsky*

La gran profusión que actualmente existe en psicología de escuelas teóricas, movimientos y técnicas terapéuticas asociadas a dichas escuelas, hace necesaria una revisión de hasta qué punto es beneficioso este caudal de tratamientos en el ámbito de la psicología moderna. Todo esto, unido a la creciente demanda de atención psicoterapéutica, ha llevado a comprobar el grado de eficacia que posee la psicoterapia de forma global, así como la comparación efectiva entre las diversas formas de terapias psicológicas existentes.

A pesar de las diferencias teóricas entre los diversos modelos psicoterapéuticos que actualmente se ofertan, el evaluar la efectividad de la psicoterapia se hace esencial por varios motivos (Botella y Feixas, 1994):

1.- En primer lugar, el compromiso ético de la comunidad científica y profesional de psicoterapeutas con la mejora y optimización de la salud mental de sus clientes hace que sea necesario disponer de evidencias contrastadas sobre los efectos terapéuticos de los tratamientos psicológicos.

2.- En segundo lugar, la inclusión de los servicios psicoterapéuticos en sistemas de salud públicos o privados implica un compromiso de justificación social de la rentabilidad del gasto económico que generan.

3.- En tercer lugar, el avance de la psicoterapia como disciplina científica requiere el contraste empírico de los formatos de intervención propuestos desde diferentes perspectivas teóricas. Esto supondría seguir el método científico en el cual la validación y contratación de teoría y técnica ocupa un papel primordial (Pérez Ríos, 1987).

En términos generales y siguiendo a Garske y Jay Lynn (1988), todos los modelos y métodos en psicoterapia pretenden facilitar el cambio psicológico, esto es cambios de pensamientos, sentimientos y/o conductas. El paciente busca ayuda para resolver un problema psicológico y el psicoterapeuta proporciona dicha asistencia. La cuestión es que esta asistencia psicoterapéutica parece variar considerablemente. Los



conceptos de desorden psicológico y proceso de cambio, así como las técnicas y procedimientos pueden ser, al menos bajo una observación superficial, muy diferentes de un enfoque terapéutico a otro. Pensemos por ejemplo en la desigual concepción que de “cambio” y de “cura” tendrán un psicoanalista y un terapeuta de la conducta, por no hablar del proceso tan dispar que ambos seguirán para alcanzar dicha “cura”.

La literatura psicológica está repleta de interpretaciones encontradas y controvertidas acerca del por qué y cómo del cambio psicológico producido durante una intervención terapéutica. Las diferentes teorías ponen el acento sobre los aspectos afectivos, cognoscitivos o conductuales de la persona, a veces sobre algunos de ellos y no sobre los demás. También podemos encontrar posturas más conciliadoras que enfatizan la importancia de un área pero reconocen las del resto. De esta manera, mientras todas las escuelas psicoterapéuticas hablan de cambio, la concepción de ese cambio varía considerablemente de una escuela a otra (Pervin, 1984).

Una cuestión a tener en cuenta a la hora de abordar la investigación en psicoterapia es la escasa repercusión en la práctica clínica. Este distanciamiento entre investigación y práctica clínica es en la actualidad apreciable aun cuando entidades de tipo público o privado han estimulado estudios para garantizar que los tratamientos que abonan son realmente eficaces. Este interés por el tema de la eficacia de los métodos psicoterapéuticos por parte de estas entidades, ha facilitado que los psicoterapeutas tengan un importante punto de apoyo a la hora de delimitar las metas de sus prácticas clínicas. Aún así y siguiendo las ideas de Beitman (1987), es todavía importante la separación entre investigación y praxis, y, por otra parte la investigación en psicoterapia está funcionando como otra escuela cuyos miembros comparten sistemas de creencias similares.

Con todo, aunque en la ciencia rara vez, por no decir nunca, existen datos definitivos sobre un determinado campo de estudio, lo cierto es que en el ámbito que nos ocupa (la investigación sobre la efectividad de la psicoterapia) se pueden establecer algunas conclusiones sólidas de esta investigación y que, salvando algunas cada vez menos voces discrepantes, han sido aceptadas por la mayoría de la comunidad científica. El objetivo del presente trabajo será, precisamente, poner a prueba si tales conclusiones (derivadas de una amplia labor de investigación durante los últimos cincuenta años) son asumidas por los psicoterapeutas y clínicos.

Especificando más la línea de trabajo que se pretende seguir en la presente tesis, nos proponemos lo siguiente:

1.- En primer lugar, revisar las investigaciones más destacadas sobre la efectividad de la psicoterapia. Así, en la primera parte del presente trabajo intentaremos ofrecer una visión lo más ordenada y sistemática posible de la investigación realizada sobre la efectividad psicoterapéutica, teniendo en cuenta no sólo los estudios que han intentado mostrar la eficacia global de la psicoterapia, sino aquellos otros que se han cuestionado el problema de la eficacia diferencial entre los distintos modelos psicoterapéuticos. Creemos que una revisión de este tipo es necesaria para abordar de una manera eficiente y aclarar de una forma apta, los interrogantes que en el campo de la psicoterapia quedan aún por resolver. Al fin y al cabo «la interfecundación de desarrollos teóricos e investigación empírica caracterizan a cualquier disciplina científica madura y garantiza que ambos dominios del conocimiento se autocorrijan y evolucionen» (Botella y Feixas, 1994, p. 93).

2.- En segundo lugar, adentrarnos en los aspectos metodológicos propios de la investigación en psicoterapia, tanto de la investigación del resultado, como de la investigación del proceso de la psicoterapia (siendo la investigación de proceso sobre los aspectos centrales a los diferentes modelos terapéuticos, la más actual e innovadora en el terreno que nos ocupa). En este sentido, nos centraremos en dos apartados fundamentales:

A.- Por una parte en lo que respecta a la **investigación del resultado** de la psicoterapia, se contemplarán las estrategias metodológicas a utilizar a la hora de plantearse una investigación sobre la efectividad de un tratamiento psicológico (grupo control, comparación de tratamientos, desmantelamiento, tratamiento constructivo, etc.). Asimismo, se considerará un aspecto fundamental cuando se pretende evaluar el resultado de la psicoterapia, esto es, «la cuestión de quién debe efectuar dicha evaluación, con qué instrumentos y en qué momento» (Castillo y Poch, 1991, p. 187).

B.- Por otra parte, en lo que respecta a la **investigación del proceso** psicoterapéutico, la atención se centrará en dos de las directrices de trabajo que actualmente ha aparecido en este tipo de investigación (Beutler,1990; Hill,1990), a saber: la investigación orientada desde la teoría (donde se pretende probar hipótesis

basadas en postulados teóricos sobre cómo se produce el cambio psicológico) y la investigación exploratoria u orientada a la observación (donde se pretende contemplar el fenómeno de la psicoterapia desde una perspectiva ateórica, describiendo las experiencias que viven terapeuta y paciente).

También se atenderán los aspectos metodológicos ligados a la investigación del proceso psicoterapéutico como los diseños ATI -*Aptitud Treatment Interaction*- (que tan buenas expectativas ha causado y que intentan evitar el mito de la uniformidad que considera que no hay diferencias individuales entre los sujetos que sufren una misma patología, a la vez que evalúan la interacción de las características de los pacientes y los tipos de tratamientos a fin de determinar que terapia es la más adecuada para pacientes con una determinada característica) o el estudio de los microprocesos de cambio (que toman como unidad de análisis el “evento” o tipo de episodio terapéutico en que se manifiesta los cambios producidos en el paciente). En este sentido, mencionaremos a autores como Ávila (1990) y Haaga (1990) entre otros, que aconsejan que la investigación se centre en el estudio pormenorizado de las orientaciones ya existentes con un refinamiento metodológico mayor, centrándose sobre todo en el estudio de los microprocesos. Según estos autores, de este modo se afrontarán las carencias y deficiencias de los planteamientos psicoterapéuticos existentes.

Por otra parte, tal y como se tratará, no es factible proponer una dicotomía entre proceso-resultado, ya que la investigación del proceso se vincula con los procesos de cambio que tienen lugar en el seno del tratamiento y que son los que conducen al resultado que puede evaluarse al final de la terapia. La línea del presente estudio será esta: la de no plantear una dicotomía proceso-resultado ya que a fin de cuentas el resultado se alcanza a través de un proceso psicoterapéutico. En palabras de Castillo y Poch (1991, p. 190) «no tiene sentido plantear esta dicotomía, ya que esto significaría asumir que el éxito o fracaso de una intervención psicoterapéutica no es algo que se va forjando a lo largo del trabajo conjunto de terapeuta y paciente, sino que se produce de golpe en un momento dado».

3.- En tercer lugar, el presente proyecto se centrará también en extraer algunas conclusiones de la ya mencionada investigación de procesos, en lo que se refiere a los denominados factores comunes (esto es, aquellas variables del terapeuta y del paciente, así como de la relación terapéutica, que aparecen de forma común en las distintas

modalidades de psicoterapia) y su influencia en la efectividad de la psicoterapia. De esta forma, se estudiarán, por ejemplo, variables del paciente tales como la expectativa y la motivación de éste para iniciar un tratamiento; variables del terapeuta como la empatía, la percepción de la implicación del paciente, la directividad/apoyo otorgado al paciente, la experiencia clínica y el modo en que ésta influye en el resultado del tratamiento. Se abordará, asimismo, la relación terapeuta-paciente como clave del proceso psicoterapéutico y el papel decisivo que esta relación adquiere como variable principal o primaria que produce el cambio.

4.- Por último, la presente tesis pretende determinar la responsabilidad atribuida por los psicoterapeutas a las diferentes variables que intervienen en el proceso terapéutico. Para ello se planteará una investigación en la que analizaremos el grado de responsabilidad sobre la cura que un conjunto de psicoterapeutas otorgan a las diferentes variables (comunes o específicas) que intervienen en la psicoterapia. De igual manera, comprobaremos si determinadas condiciones del terapeuta pueden incidir en tal atribución. Analizaremos si aspectos tales como la orientación teórica del terapeuta, su experiencia, la frecuencia con la que acceden a publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia, etc., afectan a las opiniones por ellos señaladas.

La intención última y por la que se justifica en esta tesis el doble trabajo de revisión, por una parte, y de investigación, por otra, es la de determinar si los resultados y conclusiones a los que se han llegado desde la investigación de resultados y procesos terapéuticos en los últimos tiempos, han sido asumidas por los terapeutas de nuestro estudio.



## **FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

---



## **1.- APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE PSICOTERAPIA**

Las problemáticas que aparecen en la investigación psicoterapéutica emergen ya en la misma definición de psicoterapia. La dificultad de responder a la pregunta ¿qué es la psicoterapia? se encuentra en su naturaleza compleja y caótica. El campo de la psicoterapia es demasiado amplio ya que en él se encuentran una multitud de enfoques teóricos cada cual con sus correspondientes técnicas de tratamiento, compitiendo por conseguir partidarios y afirmación empírica.

La circunstancia de que la psicoterapia no es un tratamiento de tipo farmacológico dificultará la aplicación de las técnicas habituales para el establecimiento de la eficacia de un tratamiento, como es el caso de la administración de un placebo que en el caso de la psicoterapia se convertirá en una cuestión más compleja (Strupp, 1986).

A fin de establecer un marco teórico que nos sirva para aproximarnos al dificultoso concepto de la psicoterapia, se ofrece a continuación una serie de definiciones que sobre dicho proceso se han propuesto:

- Bandura (1961) nos dice que la psicoterapia se apoya en un supuesto muy simple pero fundamental: la conducta humana es modificable mediante procedimientos psicológicos. En este sentido, este autor plantea que la psicoterapia es un proceso de aprendizaje y que será mediante medios psicológicos y, en concreto, mediante mecanismos de aprendizaje la manera en que se producirá el cambio de la conducta.

- Musso (1970) considera al hablar de psicoterapia que «en psicología el concepto de “tratamiento” se aplica cuando con éstos se procura provocar cambios en la personalidad de los sujetos y modificaciones en sus modos habituales de respuesta. Y cuando la modificación que se persigue es la curación, es decir la supresión de comportamientos que se consideran enfermos y reemplazarlos por otros sanos, el tratamiento recibe el nombre de terapia» (Musso, 1970, p. 228).

- Meltzoff y Kornreich (1970) promulgan que «la psicoterapia significa la aplicación planificada de técnicas derivadas de principios psicológicos establecidos, por personas cualificadas y con entrenamiento y experiencia para entender esos principios y aplicar esas técnicas con la intención de asistir a individuos para modificar



características personales tales como sentimientos, valores, actitudes y conductas que son juzgadas por el terapeuta como maladaptativas o desajustadas» (Meltzoff y Kornreich, 1970, p. 6).

- Wolberg (1977) considera al respecto que «psicoterapia es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional en el cual una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objeto de:

- 1.- Eliminar, modificar o retardar síntomas existentes.
- 2.- Mediatizar patrones de conducta perturbados.
- 3.- Promover el crecimiento positivo de la personalidad y el desarrollo»  
(Wolberg, 1977, p. 3).

- Heaton (1982). La concepción que este autor tiene sobre la psicoterapia es novedosa además de poco común. No obstante, por novedosa, también merece ser incluida en este apartado. Heaton estima que como mejor se comprende la psicoterapia es entendiéndola como los comienzos de una ciencia en acción y de los desórdenes de la mente. Es más una ciencia ética que psicológica. Por otra parte, quiere hacer ver que la psicoterapia debe desarrollarse como una ciencia de la acción, y la naturaleza del trabajo teórico en este campo ha de ser consecuentemente distinta. Según este autor los pacientes tienen desórdenes de la acción y no son conscientes de ser agentes de sus acciones. De esta manera, el objetivo de la terapéutica es la acción correcta. Resumiendo, las ideas de este autor sobre la psicoterapia son las siguientes:

1.- La psicoterapia debe basarse en un esfuerzo teórico sobre la naturaleza de la acción y sus desórdenes. Este trabajo arrojará luz sobre el actor y su situación. No es un trabajo técnico y por eso no producirá una serie de instrucciones sobre lo que el actor tiene que hacer.

2.- La psicoterapia no tiene por qué basarse en la psicología. No se ocupa de observar la mente o la conducta y de informar de lo que pasa, sino de atender al movimiento de una situación y reconocer cómo juzgar y responder a ella adecuadamente.

3.- El trabajo teórico en psicoterapia debe fomentar el reconocimiento de los límites del lenguaje y los contextos en los que las palabras llegan a ser representativas. Debería combatir el deseo de generalizaciones sobre la naturaleza humana que asalta a los terapeutas cuando teorizan y debería ayudarles a ver el papel que las diferentes prácticas terapéuticas desempeñan en la vida de las personas y las sociedades.

- Ávila (1989) considera que «la psicoterapia puede ser definida como una relación de ayuda clínica que busca, con la participación del sujeto, prevenir, contener, modificar o erradicar trastornos, alteraciones o disfunciones de salud mental o física que se dan en el sujeto» (Ávila, 1989, p. 55).

Si tenemos en cuenta las definiciones expuestas y siguiendo a Castillo y Poch (1991), podemos destacar algunas cuestiones importantes para la investigación en psicoterapia:

1.- Dependiendo del tipo de definición conceptual, se investigarán con más énfasis unos aspectos que otros.

2.- Se concede notable importancia al contexto interpersonal que se crea en un proceso psicoterapéutico.

3.- Importancia de la experiencia de aprendizaje que toda relación terapéutica conlleva.

4.- Valor de los factores específicos de las diferentes técnicas de psicoterapia.

5.- Valor de los factores inespecíficos, comunes o no, de los diferentes tratamientos.

6.- La valoración de los cambios conseguidos a través de la psicoterapia debe cubrir un amplísimo espectro de variables: capacidad de respuesta al tratamiento de diferentes sujetos, resultados equiparables obtenidos con técnicas diferentes, multidimensionalidad de los resultados y, por tanto, también de sus medidas de evaluación (Strupp, 1986).

7.- La naturaleza de la intervención del terapeuta, su experiencia y la actitud terapéutica.

8.- Factores específicos del paciente.

9.- Tipos de problemas o trastornos abordados.

Expuestas algunas de las definiciones más interesantes de psicoterapia, paso previo que consideramos de interés antes de sumergirnos en la investigación psicoterapéutica propiamente dicha, sólo decir, a modo de resumen, que aquello que caracteriza de forma intrínseca a un proceso psicoterapéutico es la utilización de técnicas psicológicas que van a producir el “cambio” en el paciente que solicita dicha forma de tratamiento. Así, Strupp (1986) contempla la psicoterapia como una relación humana dirigida por terapeutas entrenados y que se establece, se mantiene y se conduce con fines terapéuticos. El propósito será la promoción del aprendizaje experiencial dentro del contexto interpersonal. A lo largo de este trabajo tendremos oportunidad de conocer lo que la investigación ha revelado acerca de cuáles son los factores, o conjuntos de factores relacionados, que de forma más relevante van a promover tal cambio.

## **2.- LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA**

En el presente punto nos centraremos, en un primer momento, en describir cómo surgió la problemática de la efectividad psicoterapéutica para, a continuación, exponer un esbozo del panorama que actualmente existe tras la exposición de las conclusiones de las investigaciones que hasta ahora se han llevado a cabo en este campo.

Asimismo, ofreceremos una breve aproximación histórica de aquellas investigaciones más relevantes en el contexto de la investigación de la efectividad de la psicoterapia. Investigaciones que describiremos más profundamente en apartados siguientes y que hemos organizado en dos tipos: la investigación del resultado (donde se pretendía analizar, en un primer momento, la efectividad global de la psicoterapia, así como la efectividad diferencial de las distintas modalidades psicoterapéuticas) y la investigación del proceso (donde el esfuerzo se concentra en reconocer y examinar los elementos del proceso psicoterapéutico responsables de su efectividad clínica).

De igual forma, abordaremos los aspectos metodológicos concomitantes a tales tipos de investigaciones.

### **2.1.- EL PLANTEAMIENTO DE LA CONTROVERSIA**

El por qué se plantea en un momento dado (allá por el año 1952 con el famoso artículo de Eysenck: *“The effects of psychotherapy: An evaluation”*) la cuestión de la eficacia de la/s psicoterapia/s responde, según Musso (1970), a una serie de razones relativamente sencillas:

1.- La falta de homogeneidad de los tratamientos. Algunos aconsejan una técnica determinada para tratar a un enfermo mientras que otros aconsejan otras.

2.- El desconocimiento del grado de eficacia de las técnicas de tratamiento, por lo que no se las elige sobre la base de conocimientos científicos sino de supuestos más o menos subjetivos.

3.- El disponer sólo de nociones vagas y controvertidas acerca de qué clase de modificaciones de la conducta haría falta provocar en un enfermo para considerar lograda su curación.

Así, según este mismo autor, existían diversos obstáculos que dificultarían constatar la eficacia de las psicoterapias, como por ejemplo, la falta de validez de las categorías diagnósticas y la dificultad semántica que se opone a la verificación de la eficacia de las técnicas de tratamiento existentes; esto es, la propia indefinición del significado de la palabra “curación” (Musso, 1970).

El plantearse la investigación de la efectividad psicoterapéutica viene también definido por esta falta de consenso sobre el criterio de normalidad y, por tanto, de curación, enfermedad y salud mental. Podemos encontrar así al menos tres criterios distintos al respecto (Musso, 1970), los cuales a veces incluso se contraponen:

1.- *La normalidad estadística*: Se consideran normales aquellas conductas que se ajustan a los patrones más comúnmente observados en la población total.

2.- *La normalidad natural*: Se consideran normales aquellas conductas que se ajustan a ciertos patrones que se cree determinados por ciertas condiciones de equilibrio biológico.

3.- *La normalidad ideal*: Se consideran normales los comportamientos que se ajustan a ciertos patrones ideales, cuya deseabilidad se justifica sobre la base de algún criterio normativo.

Por otra parte, «dentro de un mismo criterio de normalidad, no existe acuerdo sobre qué indicadores son los que justificarían el logro de la curación..., curación que sería la variable dependiente de toda investigación de la efectividad psicoterapéutica» (Musso, 1970, p. 249).

En resumen, es la confusión existente en la que se encuentra la psicoterapia la que motiva a los investigadores el plantearse el estudio de la eficacia de las técnicas psicoterapéuticas. Esta confusión se va a dar a varios niveles (Heaton, 1982):

1.- Confusión debida a la gran profusión de escuelas psicoterapéuticas diferentes (terapias de corte psicodinámico como la de Freud, la de Klein, la de Reich, etc.; terapias humanistas como la de Roger, la terapia Gestalt, etc. y terapias de conducta como la desensibilización sistemática de Wolpe, la sensibilización encubierta, etc.).

2.- Confusión respecto a la aplicación de la terapia. Se plantea si es mejor una aplicación individual, en grupos, a la familia, dentro de una comunidad o si se debería aplicar a la misma sociedad.

3.- Se plantea si realmente hace falta algún tipo de preparación para aplicar la terapia (por ejemplo, pensemos en el movimiento *cocounselling*).

4.- Existe muy poco contacto mutuo entre las distintas psicoterapias y parecen más un conjunto de recetas para la salud mental que el producto de una ciencia sistemática. En este sentido, Bandura (1961) nos va a decir que la mayoría de los métodos en psicoterapia son una acumulación de experiencias clínicas más o menos incontroladas.

5.- Existe confusión sobre la teoría psicoterapéutica. En este sentido existe una gran incertidumbre con respecto a la naturaleza del conocimiento psicoterapéutico. En ocasiones la teoría simplemente describe lo que se hace en la práctica clínica y en otros casos la teoría parece un libro de recetas con los que se pretende conseguir algún tipo de cambio.

Una última razón ya apuntada que ha motivado en los últimos tiempos a los investigadores a lanzarse, o mejor dicho, a retomar el estudio de la efectividad psicoterapéutica ha sido el creciente interés de las instituciones de salud pública y de las compañías de seguros, que ha financiado estudios a fin de comprobar que los tratamientos que estaban pagando eran realmente efectivos.

## **2.2.-PANORAMA ACTUAL Y SUGERENCIAS DE INVESTIGACIÓN**

El panorama que actualmente existe y las conclusiones que hasta el momento se han extraído de la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia, pueden resumirse en los siguientes puntos (Lambert, 1991; Villegas, 1990):

1.- La psicoterapia es efectiva. Muchos tipos y formas de psicoterapia han demostrado ser efectivas.

2.- La psicoterapia es más efectiva que los tratamientos placebo.

3.- La mayoría de los pacientes que mejoran en psicoterapia mantienen la mejoría durante periodos extensos de tiempo.

4.- Algunas intervenciones del psicoterapeuta tienen efectos negativos sobre determinados pacientes.

5.- Las diferentes psicoterapias tienen una eficacia similar. No existen diferencias significativas entre las distintas psicoterapias en cuanto a grado de efectividad. En este sentido ninguna orientación ha demostrado claramente ser más efectiva que las demás. De esta forma, en términos de extensión y grado de la eficacia, las psicoterapias parecen ser más parecidas que diferentes.

6.- Se ha abierto una fase de cierta autocrítica en los diferentes modelos teóricos tradicionales, mientras que parecen remitir las disputas interteóricas.

7.- Existe una gran presión socioeconómica y política sobre los distintas aproximaciones psicoterapéuticas para que se acomoden no únicamente a las necesidades de los pacientes, sino también a las exigencias ahorrativas de las instituciones sociales que se encargan de la salud mental de la población.

8.- Se cree que entre los agentes que promueven el éxito de la psicoterapia, las técnicas contribuyen en una pequeña proporción, superadas ampliamente por los factores denominados comunes que incluyen las variables del cliente, las del terapeuta

y, especialmente, las de la relación terapéutica (Lambert, 1991). No obstante, aún hoy algunos autores (Villegas, 1990) consideran que estos factores comunes (variables del paciente, del terapeuta y de la relación) no ofrecen conclusiones claras.

Uno de los problemas existentes en la actualidad es la reticencia de los psicoterapeutas a exponer lo que ocurre en la intimidad de la relación terapéutica en aras de la investigación. Esto ha producido que la investigación en psicoterapia y la aplicación práctica de éstas técnicas hayan seguido cursos no siempre relacionados. Esto no hace más que constatar el distanciamiento que subsiste entre investigación y práctica. La circunstancia de que las instituciones públicas y privadas se estén interesando progresivamente por esta cuestión de la efectividad psicoterapéutica, parece que está incidiendo en que los psicoterapeutas se estén amparando cada vez más en el trabajo de los investigadores, lo que por otra parte facilitará la actividad de los mismos (Castillo y Poch, 1991).

Feixas y Miró (1993) destacan algunas deficiencias metodológicas que convendrían tener en cuenta para futuras investigaciones:

1.- Las muestras de la mayoría de los estudios carecen de homogeneidad y representatividad, lo que dificulta la generalización de los resultados.

2.- Los instrumentos de evaluación empleados son sumamente dispersos y con poca base psicométrica (hay que tener en cuenta la multitud de instrumentos de evaluación de la efectividad psicoterapéutica).

3.- Estos autores, basándose en las investigaciones de Rosenthal (1966), propugnan que la orientación teórica del experimentador influye en los resultados del experimento.

4.- Asimismo, la gran dispersión caótica en cuanto a las medidas empleadas para evaluar el cambio terapéutico, complica la comparación de los distintos modelos, lo que refleja el hecho de que producen cambios distintos también.



Sobre estas limitaciones Lambert (1991) apunta algunas sugerencias para la investigación de la psicoterapia:

- 1.- Evaluación de las modalidades terapéuticas que carecen de evidencia de eficacia.
- 2.- Identificación y estudio de clientes con mal pronóstico, de cara a la elaboración de estrategias de derivación o modificación del enfoque terapéutico.
- 3.- Investigación sobre el mantenimiento de los beneficios de la terapia tras el tratamiento.
- 4.- Promover un consenso metodológico acerca de las medidas de evaluación a emplear.
- 5.- Fomentar la investigación de proceso sobre los aspectos centrales a los distintos modelos terapéuticos (efectos de la interpretación de la transferencia en las terapia psicodinámica, o de la reconstrucción del significado del problema en las terapias constructivistas).

Desde diferentes ámbitos se llama la atención sobre cuáles serían aquellas posturas que de una manera más eficaz harían comprender el estudio de la efectividad psicoterapéutica. De este modo, autores como Castillo y Poch piensan que «el futuro de la comprensión de la psicoterapia está íntimamente vinculado a una precisa delimitación de la tarea psicoterapéutica. Con la progresiva desaparición de las posturas recalcitrantes, el énfasis va derivándose hacia un cierto pragmatismo (...) sin embargo, este pragmatismo no puede ser absoluto sino que debe estar alerta a los progresos en la comprensión de la naturaleza del funcionamiento psicológico humano (...) sólo así el conocimiento puede ser progresivamente mejor definido desde cada área de investigación» (Castillo y Poch, 1991, p. 16). Estos mismos autores llaman la atención sobre la complejidad de extraer conclusiones firmes y unánimemente aceptadas sobre los datos generados en la investigación psicoterapéutica: «Que la psicoterapia funciona parece que es una cuestión ya establecida; sin embargo, lo relevante es saber si funciona por quién la hace, por su experiencia, por sus conocimientos técnicos, por el tipo de

relación y proceso que se establece entre paciente y terapeuta, etc.» (Castillo y Poch, 1991, p. 16-17).

Lambert (1991) sugiere que se profundice en el estudio de aquellos factores que propician el cambio en la psicoterapia independientemente de su orientación. Este autor afirma que sólo estos factores explicarían el 30% de la varianza del éxito terapéutico, el doble que las técnicas específicas. Lambert cree que la flexibilidad técnica es favorable pues la rigidez en su aplicación no parece tener un gran poder generador de cambio. En resumen el estudio de los factores comunes combinado con la aplicación de técnicas combinadas parece adquirir una gran importancia. De esta forma, sería más beneficioso para la investigación en psicoterapia la integración psicoterapéutica más que una pugna entre las distintas escuelas, si de alguna manera queremos avanzar en el entendimiento del proceso de cambio. A propósito de esta idea recordemos a Heaton (1982), el cual piensa que lo positivo sería que «los terapeutas se dieran cuenta de que ninguna terapia se puede entender desde el punto de vista de sus propias notaciones y mitos, y que su teoría básica se apoya en la luz que arroja sobre la acción y sus desórdenes» (Heaton, 1982, p. 223).

Por otra parte, Sexton y Whiston (1994) creen que la adopción de una noción constructivista del proceso psicoterapéutico permitiría dar sentido a muchos de los datos sobre los resultados de la psicoterapia. Esta concepción se centraría en situar la investigación de resultado en su contexto social, cultural e interpersonal. Esto supondría ver la relación terapéutica como una construcción conjunta en la que el lenguaje, las metáforas, y los constructos personales, jugarían un papel considerable que tendría que ser objeto de un estudio más profundo. En este sentido, la Teoría de los Constructos Personales (Neymeyer, 1993) puede ofrecer datos que puedan hacer ver de forma más clara esta influencia.

Para finalizar, Botella y Feixas (1994) nos hacen recordar la necesaria conexión que debe existir entre investigación y práctica, ya que «la investigación en psicoterapia cobra sentido al servicio de los destinatarios de sus resultados, concierne a todos los implicados en el desarrollo de la psicoterapia y nos debería hacer reflexionar sobre la relevancia de nuestros proyectos y la necesidad de una formación permanente que incluya aspectos de la investigación empírica relacionados con la práctica clínica (...) el

beneficiario final será, en cualquier caso, el cliente, merecedor del mejor servicio» (Botella y Feixas 1994, p. 102).

### **2.3.- APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA INVESTIGACIÓN DE LA EFECTIVIDAD PSICOTERAPÉUTICA**

Tras una breve exposición del desarrollo de los tratamientos psicológicos a través del tiempo, nos referiremos a las principales investigaciones que, desde los años cincuenta y a raíz del estudio de Eysenck (1952) hasta la actualidad, han acometido de forma más prominente la cuestión de la efectividad de la psicoterapia.

#### **2.3.1.- Breve reseña histórica de los tratamientos psicológicos**

En todos los tiempos los trastornos de origen psíquico fueron objeto de interés a nivel teórico y así se crearon técnicas terapéuticas cuya efectividad se podía deducir de esas conceptualizaciones. Dentro de estas concepciones encontramos las animistas y más tarde las organicistas, que de una forma diferente abordaron el tratamiento de los trastornos mentales.

1.- *Los tratamientos animistas:* Consideraban como causa de estos trastornos a entidades inteligentes, externas al enfermo como podían ser espíritus, demonios, etc. los cuales se las arreglaban para “poseer” u “obsesionar” a los desdichados afectados. En la “obsesión”, la entidad manejaba fuerzas mágicas a distancia que producían efectos perturbadores sobre el sujeto. En la “posesión” era la misma entidad la que se introducía dentro del cuerpo del afectado a fin de apoderarse de éste.

A fin de curar las “obsesiones”, el tratamiento consistía en la invocación de otras fuerzas extrañas benéficas (dioses, espíritus benefactores, etc.) que actuarían en contra de estas fuerzas malignas. Para la cura de las “posesiones” el método consistía no sólo en invocar a estos espíritus buenos sino que, además, se empleaban exorcismos cuyo fin primordial era que el espíritu maligno abandonara el cuerpo del enfermo (a través de ruegos, argumentaciones e incluso amenazas).

En la actualidad, esta concepción persiste en el espiritismo y tiene un fuerte arraigo en países como Brasil, Haití, etc.

2.- *Los tratamientos organicistas*: Desarrollados en el siglo XIX, y a partir de su particular concepto de las enfermedades nerviosas, se crearon técnicas para tratar la etiología de los trastornos así como las propiedades de los agentes que la favorecían.

Muestra de estos tratamientos los podemos encontrar en la literatura, como por ejemplo el empleo de duchas frías sorprendidas, aspirar olores fétidos en los casos de histeria, provocar dolores en determinadas zonas del cuerpo, etc. Según Musso (1970), vestigios de estos tratamientos los podemos encontrar en el uso que aún hoy día se hacen de las sales minerales, la “balneoterapia”, y los accesos de fijación, aunque en general han sido sustituidos por otras técnicas de mayor eficacia como el “sueño prolongado”, los electroshocks, las inhalaciones de oxígeno, etc.

3.- *Las psicoterapias*: Aparecen como una nueva concepción de tratamiento a fines del siglo XIX. En general, se aplica para calificar «a todo tratamiento de los trastornos mentales que consistía fundamentalmente en actuar sobre el enfermo mediante recursos simbólicos (palabras, gestos)» (Musso, 1970, p. 231).

Puede decirse que la psicoterapia se inicia con el psicoanálisis, cuya idea principal, la existencia de motivaciones inconscientes en el ser humano, recuerda en algún sentido a las posturas animistas. A partir de los postulados de Freud se crearon una amplia gama de técnicas psicoterapéuticas (hasta treinta y seis, según Harper, 1960). En otro tipo de terapias, las basadas en las teorías de los reflejos condicionados, el terapeuta se sirve de la palabra que actúa como segundo sistema de señales a fin de ayudar al paciente a extinguir sus reflejos condicionados inadecuados y reemplazarlos por otros que sean adecuados. En la técnica de Rogers, la terapia está centrada en el cliente y se supone que éste posee condiciones para explorar, comprender y solucionar, a partir de esa comprensión, sus propios conflictos. La tarea del terapeuta será así la de facilitar dicha exploración.

Lo cierto es que las distintas posturas terapéuticas no se han librado de haber sido atacadas y/o discutidas en un momento u otro por otros “colegas” de profesión.

Ahora bien, «cada escuela terapéutica reclama para su técnica un grado de eficacia superior a las restantes, lo cual es natural, pues de lo contrario no se justifica su existencia (...) ante este estado de cosas corresponde preguntarse ¿qué dice al respecto la investigación científica?» (Musso, 1970, p. 234). Precisamente a partir de la sección siguiente nos vamos a enfrentar a dicha cuestión.

### **2.3.2.- Aproximación histórica al estudio de la efectividad de la psicoterapia**

A continuación, expondremos una breve reseña histórica de aquellas investigaciones más destacables que han abordado el problema de la eficacia psicoterapéutica. No obstante, en puntos más avanzados de este trabajo se expondrán de forma más minuciosa aquellos estudios que de forma más reseñable han influido en la investigación de la efectividad de la psicoterapia.

Al empezar cualquier aproximación histórica a la investigación en psicoterapia y en especial a la investigación de la eficacia psicoterapéutica, debemos citar obligatoriamente a Eysenck (1952) cuyo célebre estudio fue el primero en cuestionarse la efectividad de las diferentes psicoterapias e intentar, asimismo, dar una respuesta a dicho asunto. Este estudio dio lugar a una larga controversia ya que la conclusión a la que llegó afirmaba que no había evidencia de que la psicoterapia fuera más beneficiosa para los pacientes neuróticos que la ausencia de tratamiento.

De esta forma, el autor llegaba a la conclusión de que las remisiones espontáneas explicaban un mayor porcentaje de mejoría de los pacientes que la psicoterapia (como opuesta a los enfoques de modificación de conducta). Años más tarde el estudio de Rachman y Wilson (1980) obtenía unas conclusiones en esta línea, al continuar con dificultades para poder afirmar que las psicoterapias fueran efectivas más allá de la remisión espontánea y del efecto placebo. Aunque más adelante nos centraremos más detalladamente en el estudio de Eysenck, sólo remarcar en esta reseña histórica la importancia de este trabajo ya que a partir de este momento la necesidad de investigar la eficacia de la psicoterapia se vio ampliamente estimulada.

La comunidad de investigadores y profesionales se sobresaltó con los argumentos de Eysenck y respondió con una avalancha de críticas y réplicas como por ejemplo, Bergin (1963, 1966, 1978), De Charms, Levy y Wertheimer (1954), Kiesler (1966), Luborsky (1954), Malan (1973), Meltzoff y Kornreich (1970), Rosenzweig (1954), etc., todas ellas girando en torno a las consideraciones metodológicas y cálculos erróneos de Eysenck. Un ejemplo lo podemos encontrar en el estudio de Bergin (1966) que concluía que el resultado positivo del tratamiento correlacionaba significativamente con terapeutas capaces de ofrecer autenticidad, empatía y aceptación positiva a sus pacientes. Asimismo, lo opuesto también era cierto ya que la no existencia de dichas aptitudes correlacionaba con resultados negativos del tratamiento. No obstante, años más tarde, Mitchel, Bozahthy y Krauft (1977), demostraron que la posesión de dichas capacidades por parte del terapeuta no era una condición suficiente para que el tratamiento fuera exitoso.

A partir de estas críticas, Eysenck (1961, 1965) replanteó y extendió la polémica relacionada con la eficacia. Este autor concluyó que los efectos positivos de la psicoterapia no habían sido demostrados. Además, las terapias basadas en las teorías del aprendizaje tendrían ventaja sobre la terapia psicoanalítica y ecléctica. Pronto los terapeutas de conducta plantearon a través de algunos estudios (Paul, 1967) que habían ganado la carrera frente a la psicoterapia tradicional, esto es, las ya citadas terapia psicoanalítica, ecléctica, centrada en el cliente, etc. Esto también supuso un gran impulso a la investigación de la eficacia psicoterapéutica.

La pregunta planteada por Paul: «*Qué* tratamiento, en manos de *quién*, es el más efectivo para *este* individuo, con *ese* problema en particular y bajo *qué* cúmulo de circunstancias?» (Paul, 1967, p. 111), debido a su mayor especificidad, estimuló y mejoró enormemente el rigor de las metodologías de investigación y ayudó a la aparición de un cuerpo de estudios científicos, lo que supuso también un mayor rigor a nivel teórico. La investigación en psicoterapia giró en torno a la posibilidad de detectar interacciones y efectos de numerosas variables, y así se empezó a usar diseños metodológicos que incluyeran diversos grupos homogéneos de pacientes y terapeutas, varios momentos de recogida de datos y multiplicidad de medidas de cambio. El énfasis se situó en la validez interna de los estudios en vez de en la validez externa, con lo que

el problema estribaba en la generalización de los resultados empíricos a la práctica terapéutica.

Dos décadas después del estudio de Eysenck (1952), se había extendido la opinión entre los más destacados profesionales, según los datos aportados por la investigación, que ciertas psicoterapias realizadas por ciertos terapeutas, con ciertos pacientes, eran demostrablemente efectivas en comparación a los controles sin tratamiento, como sugieren Bergin y Garfield (1971), Bergin y Strupp (1972), Luborsky, Chandler, Auerbach, Cohen y Bachrach (1971), Malan (1973), Meltzoff y Kornreich (1970), Strupp y Bergin (1969), etc.

En los setenta, la efectividad de la psicoterapia se evaluó primordialmente a través del *estudio comparativo controlado*, un paradigma de investigación que, aunque todavía en desarrollo, está en un estadio mucho más avanzado que en los primeros estudios de investigación sobre la eficacia psicoterapéutica. Las metodologías son complejas y requieren procedimientos sofisticados (Fiske, Hunt y Luborsky, 1970; Kazdin, 1978). Entre los criterios que caracterizan a una investigación bien diseñada en psicoterapia se deben destacar según Garske y Jay Lynn (1988):

- 1.- Grupos homogéneos de clientes con problemas específicos e idénticos.
- 2.- Que estén asignados aleatoriamente a las condiciones experimentales.
- 3.- Terapeutas igualados en cuanto a variables críticas (la experiencia, por ejemplo) y que sistemáticamente llevan a cabo una forma específica de psicoterapia.
- 4.- Grupos de control cuidadosamente diseñados, incluyendo aquellos que son necesarios para rechazar las hipótesis alternativas concernientes al cambio en la psicoterapia, tales como los posibles efectos de la atención, las expectativas y el contacto personal.
- 5.- Medidas múltiples del cambio que varían en su contenido (por ejemplo, conductual, cognitivo y afectivo) y en su fuente (por ejemplo, paciente, terapeuta y

observador), y que son administradas antes y después de un periodo de tratamiento y en el seguimiento, esto es, en un periodo de tiempo fijado después de su terminación.

Un ejemplo de investigación comparativa controlada es el proyecto de psicoterapia a gran escala, conocido como el *Estudio Temple* (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple, 1975). Uno de los grandes avances que a nivel metodológico introdujo el Estudio Temple fue el de utilizar en su estudio psicoterapeutas experimentados, así como pacientes auténticos que solicitaban tratamiento. Esto supuso una diferencia con respecto a otros estudios que se habían realizado antes (por ejemplo, Paul, 1966 y Diloreto, 1971) los cuales utilizaban a graduados sin experiencia y solicitaban sujetos para sus estudios. Este acercamiento a la práctica clínica contribuyó a un mayor rigor metodológico.

Los resultados a los que llegó el Estudio Temple concluía que tanto la psicoterapia psicoanalítica como la conductual eran igualmente efectivas. Además, los pacientes tratados mejoraron significativamente más que aquellos que se encontraban en lista de espera. De igual manera, estos resultados positivos parecieron permanecer en el tiempo.

El Estudio Temple constituye uno de los estudios más controlados realizado en los años setenta, pero aún así no estuvo exento de crítica. No obstante, analizaremos el Estudio Temple de forma más pormenorizada en un apartado posterior del presente trabajo.

A continuación, abordaremos los grandes *estudios metaanalíticos* que surgieron como alternativa a la revisión narrativa y “*box scores*” que se realizaba en los estudios sobre el resultado de la psicoterapia y que se limitaban a contar los estudios que revelaban la relación positiva, negativa y no significativa entre una variable determinada y el resultado del tratamiento.

Esta nueva forma de abordar la investigación en psicoterapia fue propuesta por los autores Smith, Glass y Miller (1980), que sugirieron que a la hora de realizar una revisión de la investigación empírica, se ha de emplear una metodología similar a la de un estudio empírico sobre individuos. El revisor, de la misma forma que un



investigador, ha de formular hipótesis, definir la muestra de pacientes y terapeutas, medir y analizar los datos y declamar conclusiones y generalizaciones. Sólo este tipo de revisiones de carácter cuantitativo podrían ofrecer datos objetivos sobre la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos.

En líneas generales, el meta-análisis es un procedimiento cuantitativo a través del cual se integran los hallazgos de los estudios sobre resultados de la psicoterapia. En este proceso se usan datos como medias, desviaciones tipo, pruebas t, razones F, etc. Al fin y al cabo, constituía un análisis de los análisis, de ahí que el término meta-análisis, cuyo estadístico primordial fue el “*effect size*” (magnitud del efecto o tamaño del efecto), esto es, el resultado de dividir la diferencia media de un grupo tratado y un grupo control entre la desviación típica del grupo control.

La utilización del meta-análisis en la investigación de la efectividad psicoterapéutica por parte de estos autores, reafirmó la cuestión de la eficacia global de la psicoterapia pero reanimaron la controversia sobre qué tipo de psicoterapia era más efectiva.

Meta-análisis posteriores como los de Shapiro y Shapiro (1982) han afirmado que ciertas terapias son aparentemente superiores a otras, sólo cuando algunos estudios de investigación son eliminados y no considerados. No obstante, tanto al meta-análisis de Smith, Glass y Miller como al de Shapiro y Shapiro se le han hecho diversas críticas que trataremos posteriormente cuando retomemos el tema de los estudios meta-analíticos en un próximo apartado.

Otro intento de realizar un análisis cuantitativo sobre la literatura de resultados de la psicoterapia fue la realizada por Luborsky, Singer y Luborsky (1975). Los estudios que analizaron investigaban muestras de auténticos pacientes que se encontraban en verdaderos tratamientos. Las comparaciones que identificaron fueron abundantes como terapia de conducta *versus* psicoanálisis; terapia individual *versus* terapia grupal y psicoterapia *versus* grupos control en ausencia de psicoterapia.

Utilizando este procedimiento, estos autores llegaron a la conclusión de que una gran proporción de pacientes que siguen un tratamiento psicoterapéutico se beneficia de

él. Además muchas formas de psicoterapias eran efectivas y no muy diferentes entre sí. La frase más conocida al respecto de las conclusiones a las que llegaron, fue la que utilizaron citando al pájaro bobo que arbitraba una carrera en “*Alicia en el País de las Maravillas*”: «Todas han ganado y todas deben recibir premios», en el sentido de que todas las psicoterapias son eficaces y beneficiosas.

Autores como Beutler (1979) realizaron el mismo procedimiento pero incluyó abundantes estudios con poblaciones no clínicas como podrían ser estudiantes voluntarios, que no habían sido asumidas con anterioridad. Además clasificó comparaciones basadas en dimensiones paciente-síntoma y evaluó hipótesis relacionadas con la interacción entre estas dimensiones y las de la terapia.

La conclusión a la que llegó es que quizás no todas las psicoterapias eran igualmente efectivas, ya que las terapias psicoanalíticas fueron más efectivas que las terapias conductuales en aquellos casos en que los pacientes eran extremadamente resistentes y reacios al tratamiento. Por otra parte, en los casos de clientes menos resistentes los resultados eran opuestos. No encontraron ninguna otra interacción entre las variables del paciente y el tipo de terapia.

Ya en los ochenta hay un cambio de perspectiva en el estudio de la efectividad psicoterapéutica. Aunque se continúa trabajando en estudios relacionados con el resultado de la psicoterapia y en la comparación de diferentes psicoterapias (estudio de la efectividad diferencial), la investigación actual está centrada en el *proceso* psicoterapéutico. El siguiente esquema basado en Bastine, Fiedler y Kommer (1990) y recogido en Castillo y Poch (1991), se muestran las principales líneas de investigación en psicoterapia:

### Aspectos más relevantes de la investigación en psicoterapia

#### 1.- *Investigación del resultado de la psicoterapia*

\* El grupo control -sin tratamiento, placebo, de “tratamiento mínimo”-

\* La comparación de tratamientos

\* El meta-análisis

\* La investigación análoga -peculiaridad de los pacientes, terapeutas de escasa experiencia, tratamientos poco individualizados-

## 2.- *Investigación del proceso psicoterapéutico*

\* Investigación tipo A (Bastine, Fiedler y Kommer, 1990):

El paradigma matricial (Paul, 1967) relación entre el resultado de la psicoterapia y las variables técnicas y de la relación terapéutica, del paciente y del terapeuta

\* Investigación tipo B (Bastine, Fiedler y Kommer, 1990):

+ Supone que la psicoterapia no sigue un curso unitario sino secuencial;

+ Investigación de episodios terapéuticos de cambio -investigación orientada al descubrimiento, análisis de tarea, “buenas y malas” sesiones-

En general, la historia de la investigación en psicoterapia está caracterizada por conclusiones diferentes a las que han llegado distintos revisores, sobre datos de resultados terapéuticos similares (Eysenck, 1952 *versus* Luborsky 1954; Kazdin y Wilson, 1978 *versus* Bergin y Lambert, 1978). Por consiguiente y según palabras de Garske y Jay Lynn «la “exactitud” de una revisión no parece depender tanto de sus méritos intrínsecos como presumiblemente de la simpatía del lector hacia la perspectiva del escritor en cuestión» (Garske y Jay Lynn, 1988, p. 628).

Lo cierto es que si bien en términos generales la comunidad de profesionales e investigadores en el ámbito de la psicoterapia aceptan el carácter efectivo de la/s psicoterapia/s, se ha de continuar profundizando en este terreno proponiendo nuevos estudios y continuando con investigaciones que, de una forma seria y lo más aséptica posible, estudien no sólo el *si* la psicoterapia funciona, sino sobre todo el *cómo* funciona y el *por qué* funciona.

Según Pérez Álvarez, «la cuestión es que no basta como justificación de una psicoterapia que los clientes estén contentos, ni siquiera que mejoren pues, como se ha visto anteriormente, el “paso del tiempo” ya es beneficioso en alguna medida, de modo que no se vaya a estar “vendiendo” como servicio profesional lo que no sea sino ganancia espontánea debida a la naturaleza de las cosas (...) es de esperar que una psicoterapia contenga alguna aportación que la propia atención que supone cualquier dedicación o de que tenga formato profesional, no se vaya a dar el envoltorio por todo contenido... se requieren pues, *estudios controlados* al menos de los que se pueda decir que la psicoterapia es más efectiva que no hacer nada y que hacer algo trivial» (Pérez Álvarez, 1996, p. 817-818).



## **2.4.- INVESTIGACIÓN DEL RESULTADO DE LA PSICOTERAPIA**

### **2.4.1.- Eficacia global de la psicoterapia**

En el presente apartado nos vamos a concentrar en revisar cómo la investigación psicoterapéutica ha abordado el campo de la eficacia global de la psicoterapia, es decir, el planteamiento de si la psicoterapia es más efectiva que la condición de no tratamiento.

Ya hemos mencionado anteriormente que fue a partir del estudio de Eysenck (1952) cuando se vio reforzada la necesidad de investigar la eficacia real de la psicoterapia. A raíz de esto, surgieron multitud de estudios en esta línea, algunos de los cuales llegaron a la conclusión de que la psicoterapia no era más efectiva que el no tratamiento y otros, por el contrario, concluyeron que los individuos que eran objeto de terapia obtenían unos mayores beneficios que aquellos que no la recibieron.

En la actualidad se acepta como razonablemente demostrado la evidencia de efectividad genérica de la psicoterapia si se la compara con la ausencia de tratamiento. Entre las revisiones más destacadas al respecto, si atendemos al prestigio social de las entidades financiadoras, podemos encontrar las siguientes: las de la Asociación Psiquiátrica Americana (1982); la Oficina de Evaluación Tecnológica del Congreso de los Estados Unidos (1980); y la del Proyecto de Seguridad Cualitativa de Australia y Nueva Zelanda (1983). Algunas de estas revisiones utilizaron estudios meta-analíticos con un amplio número de sujetos. En general y según Lambert (1992), la estimación que se obtiene de tales estudios es que la persona que es objeto de psicoterapia mejora más que el 80% de las no tratadas.

Para estudiar la efectividad global de la psicoterapia, se puede entonces comparar un grupo sometido a psicoterapia con respecto a otro no tratado (o que está en lista de espera). Pero también se puede comparar un grupo sujeto a psicoterapia con otro grupo sometido a un tratamiento placebo. En este caso también parece demostrado que los clientes tratados mejoran significativamente con respecto a los que siguieron un tratamiento placebo (Lambert, 1991). La polémica en este ámbito estribaría en que por una parte, el número de estudios es menor y, por otra, la evidencia empírica se resentiría

debido a que los tratamientos placebo contienen indefectiblemente factores de orden psicológico que hacen difícil asegurar su carencia de componentes activos (y que podrían así influenciar en los resultados). Otra forma de estudiar la efectividad global sería a través de estudios meta-analíticos. No obstante, profundizaremos a nivel metodológico en todos estos tipos de investigación en el apartado 2.4.3.

Otro hecho a tener en cuenta es que los resultados beneficiosos de la psicoterapia parecen perdurar en el tiempo una vez que se ha finalizado la terapia.

Un hecho a tener en cuenta es que, en ciertas ocasiones, la psicoterapia puede tener unos efectos negativos para el individuo objeto de ella. Esto podría ocurrir, por ejemplo, en aquellas intervenciones de tipo confrontativas que están destinadas a descomponer las estrategias de afrontamiento de pacientes con trastornos *boderline* o esquizofrénicos (Lambert, Bergin, y Collins, 1977). Por descontado, determinadas actitudes negativas del terapeuta como pudieran ser la falta de empatía, el desagrado, o la falta de respeto, también podrían producir tales efectos dañinos para el cliente. Un contacto de tipo sexual entre paciente y terapeuta ha demostrado, asimismo, ser perjudicial para la mejoría de aquel (hasta en un 90% de los casos de relaciones sexuales entre terapeutas y pacientes habría perjuicio según Bouthousous, Holdroid, Lerman, Forer y Greenberg, 1983). El defecto no estaría en este caso en la psicoterapia en sí sino en la falta de rigor del terapeuta en cuestión.

Lambert (1991) propone que ante el consenso que en general existe sobre la efectividad global de la psicoterapia, se debería abandonar los estudios sobre la efectividad psicoterapéutica basados en la comparación de grupos tratados y grupos en ausencia de tratamiento. Siguiendo a este autor, un nuevo tratamiento que apareciera debería demostrar su eficacia comparándolo con otro tratamiento bien establecido que haya demostrado suficientemente su efectividad. Pero esta postura de Lambert (aún siendo la ideal) tiene a nuestro modo de ver una claro inconveniente pues la pregunta seguiría siendo la misma ¿qué tratamiento sería ese en cuestión? El problema estribaría en que habría que poner de acuerdo a la comunidad científica y profesional para consensuar dicho tratamiento, con toda la problemática que ello conllevaría por diversos motivos quizás más subjetivos que científicos; amén de que la investigación en el

ámbito de la efectividad psicoterapéutica aún no ha dicho su última palabra ni ha solventado aún la totalidad de sus problemas.

Aunque en un próximo punto afrontaremos de manera más específica los aspectos metodológicos de este tipo de estudios, por ahora nos centraremos en describir de una forma más detallada tanto las investigaciones que han obtenido resultados a favor de la eficacia psicoterapéutica como los que han obtenido resultados en contra.

#### **2.4.1.1.- Resultados negativos**

A la hora de abordar aquellos estudios que han puesto en duda la efectividad de la psicoterapia debemos ineludiblemente comenzar con el consabido estudio de Eysenck (1952).

Todo comenzó hace casi cuatro décadas cuando el Comité de Formación en Psicología Clínica de la “*American Psychological Association*” recomendó que en la formación del psicólogo clínico se debía incluir una formación específica en psicoterapia a fin de obtener las habilidades propias del psicoterapeuta. A fin de contrastar dicha recomendación H.J. Eysenck (1952) analizó las certidumbres hasta el momento existentes acerca de la efectividad psicoterapéutica. Su premisa derivó del método científico y así consideró que para que una psicoterapia fuera eficaz, ésta debería atenuar el malestar psicológico de forma demostrablemente mejor que su ausencia. De esta forma, era necesario comparar la mejoría de pacientes en psicoterapia con la mejoría de pacientes que no se encontraban en dicha situación de tratamiento. La población clínica que Eysenck utilizó para su estudio se limitó a pacientes neuróticos, ya que consideró que este tipo de pacientes era representativo de la clientela que posee una capacidad óptima de cambio durante la terapia.

En primer lugar se debía establecer una línea base a partir de los datos de un grupo control de pacientes no tratados con el objeto de comparar los efectos de la psicoterapia con la tasa de “curación” producida sin la aplicación de ningún tratamiento psicoterapéutico (esto es, la tasa de remisión espontánea). Para esto, Eysenck se basó en los datos de los estudios de Landis (1938) y Denker (1946) que coincidieron en señalar



que tras dos años, el 72% de los neuróticos graves se habían recuperado o habían mostrado una mejoría apreciable sin que hubieran recibido psicoterapia.

Pero veamos más detalladamente estos dos estudios antes de proseguir con la investigación de Eysenck. En primer lugar, Landis en 1938 publicó un informe del que podemos presentar los datos, tal y como se muestra en la tabla 1:

*PROGNOSIS EN LAS PSICONEUROSIS*

	<i>Periodo</i>	<i>Nº de tratados</i>	<i>% restablecidos o mejorados</i>
<i>1. Maudsley Hospital de Londres.</i>	1931-35	1.531	67%
<i>2. Cassel Hospital de Kent.</i>	1921-33	1.186	70%
<i>3. Instituto Psiquiátrico de Nueva York.</i>	1930-35	119	87%
<i>4. Instituto Psicoanalítico de Berlín.</i>	1920-30		
<i>a) Todos los casos tratados, incluyendo los tratamientos suspendidos.</i>		a) 312	a) 58%
<i>b) Idem, excluyendo los tratamientos suspendidos</i>		b) 200	b) 91%

*Tabla 1: Datos del estudio de Landis, 1938 (Adaptado de Musso, 1970)*

A los pacientes pertenecientes al Maudsley Hospital y al Instituto Psiquiátrico de Nueva York no se le realizaron tratamientos analíticos intensivos (no se aclaran cuáles). Los pacientes del Instituto Psicoanalítico de Berlín fueron tratados únicamente con la técnica psicoanalítica ortodoxa mientras los del Cassel Hospital fueron tratados con hipnosis, persuasión y análisis no freudiano. Los porcentajes de mejoría, esto es, los porcentajes de pacientes que se restablecieron, fueron del 67%, 87%, 58% y 70%, respectivamente. En el caso de que el tratamiento fuera psicoanalítico, el porcentaje se eleva desde el 58% al 91% cuando se excluyeron los casos de tratamientos suspendidos, bien por deseo del paciente o bien por deseo del analista. Dicha exclusión puede alterar de forma significativa el sentido de dicho porcentaje del 91%, ya que se puede presumir

que muchos de los pacientes que abandonaron el tratamiento sin que estuvieran “mejorados” o “restablecidos”, hubieran correspondido a los “no mejorados”. Landis declaró que dichas cifras indicaban que la psicoterapia de casi todos los tipos da esencialmente el mismo porcentaje de mejoría (Landis, 1938 citado en Musso, 1970). De esta forma, no se podía afirmar que un tipo de tratamiento intensivo fuera superior a cualquier otro.

Pero admitiendo que porcentajes de mejoría en los neuróticos fueran representativos, había que cuestionarse en qué medida la mejoría era debida al tratamiento psicoterapéutico (cualquiera que sea). Para contestar a tal pregunta habría que comparar entonces los porcentajes de pacientes tratados mejorados con las mejorías espontáneas de grupos controles no tratados. En este estudio, Landis observó que para la totalidad de hospitales de enfermos mentales de EEUU en los que se administraba muy poca o ninguna psicoterapia a sus clientes, un porcentaje de entre el 62% y el 72% de los pacientes psiconeuróticos eran dados de alta, bien porque se habían restablecido o mejorado. Aunque para este autor esta cifra no se podía considerar de forma estricta un porcentaje básico de remisión espontánea, cualquier terapia debería mostrar un valor superior para que pudiera demostrar su eficacia.

Denker en 1946 apoyó la estimación de Landis de que entre el 62% y el 72% de los pacientes diagnosticados como psiconeuróticos mejoraban o se restablecían de forma espontánea (Denker, 1946 citado en Musso, 1970 y Garske y Jay Linn, 1988).

La investigación de Denker consistió en seleccionar de entre los archivos de la compañía aseguradora norteamericana *Equitable Life Assurance Society*, quinientos diagnosticados como psiconeuróticos a los que se les había abonado el subsidio por enfermedad. Los métodos por los que estos pacientes fueron tratados fue diverso, bien por tónicos, métodos de sugestión y de confortamiento moral en general, sin que se les administrara otro tipo de psicoterapia que el superficial tratamiento que formaba parte de la experiencia del médico clínico. Los médicos de cada paciente presentaban informes cada tres meses acerca del estado de sus pacientes y los médicos de la aseguradora confirmaban y verificaban de forma independiente la concesión del estado de incapacidad para la actividad laboral. Este proceso duró cinco años o más y los resultados que se obtuvieron fueron que el 45% de los pacientes se restablecieron en un

periodo aproximado de un año y un 27% lo hicieron al año siguiente, lo que suma un porcentaje del 72% en dos años. Dicho porcentaje ascendía hasta un 90% a los cinco años. Resumiendo, Denker presenta unos datos estadísticos similares a los de Landis pero obtenidos con neuróticos que habían hecho demandas por incapacidad mental en compañías de seguros y que eran tratados como pacientes externos por médicos en práctica general. El índice de mejoría en los pacientes hospitalizados y en los demandantes de seguros llegó al 72%, y se atribuyó a la recuperación en ausencia de tratamiento formal, lo que luego sería llamado “remisión espontánea”.

Citando a Musso, «los estudios estadísticos exploratorios no sólo no revelan diferencias entre las diferentes técnicas de psicoterapia, sino, inclusive, entre éstas y la “cronoterapia”, como ha dado en llamarse a la acción de los múltiples y desconocidos factores terapéuticos cuya actividad espontánea se hace patente con el mero transcurso del tiempo» (Musso, 1970, p. 247).

Retomando la investigación de Eysenck (1952), éste utilizó los estudios de Landis y Denker como índices de mejorías de pacientes neuróticos que no habían recibido psicoterapia formal. Partiendo de estos datos de remisión espontánea, Eysenck revisó un total de veinticuatro estudios con datos sobre más de ocho mil pacientes diagnosticados de neuróticos que recibieron psicoterapia psicoanalítica o psicoterapia ecléctica. En concreto, de estas veinticuatro estadísticas relativas al periodo 1927-1951, cinco correspondían a resultados de terapias psicoanalíticas con pacientes neuróticos (con un total de setecientos sesenta pacientes), mientras los diecinueve estudios restantes, con un total de siete mil doscientos noventa y tres pacientes, correspondían a resultados de psicoterapias eclécticas (psicoterapias orientadas en el *insight*), como se ha dicho.

Se clasificaron en cuatro apartados los resultados obtenidos (Eysenck consideró que dicha categorización era bastante objetiva y la distorsión que pudiera crear era mínima):

- 1.- Porcentaje de pacientes curados o muy mejorados.
- 2.- Porcentaje de pacientes mejorados.

3.- Porcentaje de pacientes ligeramente mejorados.

4.- Porcentaje de pacientes no mejorados, fallecidos o que interrumpieron su tratamiento.

Además, Eysenck excluyó de su estudio otros trastornos como la esquizofrenia y los estados maníacos-depresivos y paranoides e incluyó la neurosis de órganos, las perturbaciones de carácter y los estados psicopáticos. Eysenck pensó que tampoco alteraría demasiado los resultados el adoptar un criterio distinto sobre las patologías que pudieran considerarse como neuróticas.

Los cinco estudios concernientes a psicoterapias psicoanalíticas mostraban los resultados publicados por importantes representantes de esta escuela como, por ejemplo, Fenichel, Jones, Kessel y Hyman, Alexander y Knight. El porcentaje de mejoría (curados y muy mejorados) de los setecientos sesenta sujetos correspondiente a estos cinco estudios fue del 44% para el total de los tratados, pero este porcentaje aumentaba al 66% si no se incluían a aquellos pacientes que interrumpieron el tratamiento.

En lo que se refiere a los diecinueve estudios correspondientes a las terapias eclécticas no psicoanalíticas, que incluían un total de siete mil doscientos noventa y tres sujetos tratados, el porcentaje de mejoría, ya sean curados o muy mejorados, fue del 64%.

Los resultados de los estudios aludidos podemos resumirlos de la forma siguiente:

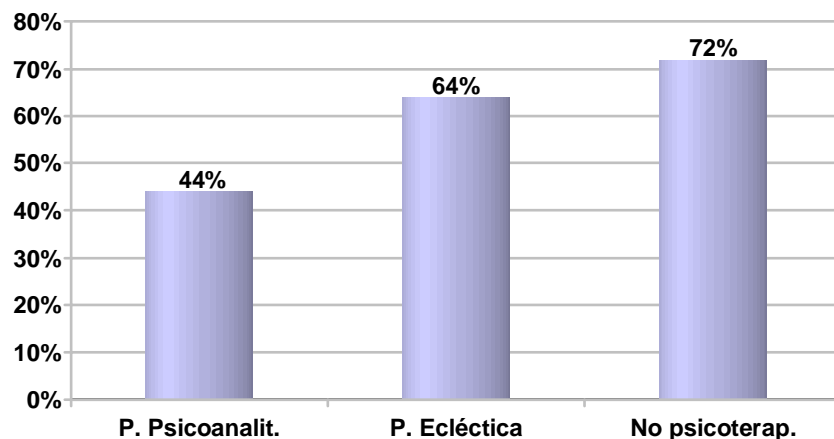
1.- El 44% de los pacientes tratados por tratamientos de corte psicoanalítico mejoraron o se curaron. El 44% de curación correspondiente a la terapia psicoanalítica se calculó considerando como “no curados” a los pacientes que abandonaron la terapia, pero si no los tenemos en cuenta, el tanto por ciento resultante es parecido al de la psicoterapia ecléctica, aunque inferior al que muestra la remisión espontánea. Eysenck dice al respecto: «parecería entonces que cuando descontamos el riesgo que corre el paciente de abandonar por completo el tratamiento, su posibilidad de mejorarse con el

psicoanálisis es más o menos igual que la que le brinda el tratamiento ecléctico...» (Eysenck 1952, p. 32).

2.- El 64% de los pacientes tratados con psicoterapia ecléctica mejoraron o se curaron.

3.- El 72% de los que reciben cuidados bajo formas de custodia o son tratados por métodos generales, mejoraron.

Un gráfico que muestre la distribución de los resultados del estudio de Eysenck (1952) podría ser el siguiente:



*Gráfica 1: Datos del estudio de Eysenck, (1952).*

Citando a Eysenck: «parece existir, por tanto, una correlación inversa entre recuperación y psicoterapia; a mayor psicoterapia, menos índice de mejoría» (Eysenck, 1952, p. 322). No obstante, Eysenck suavizó dichas conclusiones pronosticando las posibles críticas que le pudieran realizar como, por ejemplo, la diferencia en la medición de la mejora de los grupos tratados y no tratados o las diferencias existentes entre las muestras de pacientes neuróticos de los estudios revisados. Así, en la misma página Eysenck declara: «(los resultados) no logran demostrar que la psicoterapia facilita la recuperación de pacientes neuróticos. Los resultados muestran que aproximadamente dos tercios del grupo de pacientes neuróticos se recuperará o mejorará en grado apreciable, después de aproximadamente dos años a partir del inicio

de su enfermedad, siendo tratado o no a través de la psicoterapia» (Eysenck 1952, p. 322).

En resumidas cuentas, Eysenck viene a concluir que si bien estos datos no permiten rechazar la posible eficacia de las psicoterapias, tampoco queda demostrado que sean efectivas. Hemos de recordar que el criterio que se esgrimía para que una terapia fuera considerada eficaz era que mostrara una proporción de mejoría significativamente mayor que la mejoría mostrada por las remisiones espontáneas, y en el estudio de Eysenck, como podemos comprobar, ni la terapia psicoanalítica ni la ecléctica superan la proporción de las remisiones espontáneas.

Las reacciones al estudio de Eysenck no se hicieron esperar y aunque las críticas fueron numerosas (las cuales veremos en un apartado posterior del presente trabajo), ningún crítico llegó a afirmar con rotundidad que la investigación empírica llevada a cabo por Eysenck demostrara de forma patente la efectividad de la psicoterapia.

Como contrareacción a las críticas, años más tarde Eysenck (1961, 1965) realizó una revisión y análisis de doce estudios controlados que se habían publicado desde su revisión de 1952. Eysenck continuó concluyendo que la eficacia de la psicoterapia aún no quedaba demostrada y, además, que dicha ineficacia no sólo iba a tener lugar a la hora de tratar trastornos propios de los adultos sino que iba a incluir otros trastornos típicos de la niñez.

Eysenck consideró cuatro grupos de estudios: aquellos que utilizaban grupo control, otros que establecían un tanto por ciento base de remisión espontánea, una revisión realizada por Levitt en 1957 sobre los efectos de la psicoterapia en niños y estudios que comparaban la psicoterapia con tratamientos conductuales. La conclusión a la que llegó fue la misma ya que no existían diferencias significativas a favor de los pacientes que habían recibido psicoterapia ecléctica o psicoanalítica si se las comparaba con aquellos pacientes que no habían recibido tratamiento alguno. No obstante, Eysenck (1961) iba a realizar una conclusión sorprendente en relación con las terapias basadas en la teoría del aprendizaje: «Los pacientes neuróticos tratados a través de procedimientos psicoterapéuticos basados en la teoría del aprendizaje mejoran significativamente más rápido que los pacientes tratados a través del psicoanálisis o la terapia ecléctica, o que

aquellos no tratados por psicoterapia alguna» (Eysenck 1961, p. 720). Se puede decir así que las terapias basadas en la teoría del aprendizaje como pudieran ser la psicoterapia por inhibición recíproca de Wolpe (1958/1981) o la psicoterapia racional emotiva de Ellis (1957) funcionarían, o lo que es lo mismo, serían más eficaces puesto que una mejoría más rápida equivale a una efectividad mayor. Por el contrario, las terapias orientadas en el *insight* no mostrarían un nivel de eficacia aceptable.

Esa era la situación más o menos en los cincuenta y en los sesenta en lo que se refiere a los resultados negativos. Ya en 1971 podemos encontrar a autores como Rachman el cual revisó veintitrés estudios de entre los cuales desestimó diecisiete y de los seis consideró que en cinco se evidenciaba que la psicoterapia producía efectos negativos y sólo uno presentaba datos favorables a la efectividad de la psicoterapia. De esta forma Rachman contestaba a un estudio de Bergin también de ese mismo año (y que veremos más adelante), en el que ponía de manifiesto que la terapia ofrecía resultados moderadamente positivos.

Basándose en esta revisión de Rachman (1971), Eysenck y Wilson (1980) declaran que «...el veredicto está cambiando de “no demostrado” a una suposición más definida, a saber: que cuando tantos estudios no logran demostrar ninguna superioridad por encima de la remisión espontánea, es obligado tender cada vez más a la conclusión de que el psicoanálisis simplemente no modifica los desórdenes psiquiátricos, de una forma curativa» (Eysenck y Wilson 1980, p. 412).

No obstante, también se alzaron voces críticas sobre el estudio de Rachman por diversas razones:

1.- Por ignorar el argumento de la remisión espontánea en su análisis de los experimentos de terapia conductual, por no revisar la totalidad de estudios de Bergin (1971) y haber prescindido arbitrariamente de varios estudios, ya que como hemos visto de los veintitrés estudios de origen desechó nada menos que diecisiete por motivos diferentes (Smith, Glass y Miller, 1980).

2.- Por la inconsistencia en la evaluación sobre la superioridad de la terapia de conducta sobre la psicoterapia (Shapiro y Shapiro, 1977).

También en los setenta Musso (1970) se cuestiona y pone en duda el hecho de que la psicoterapia sea realmente eficaz y aboga por una profundización metodológica que sea capaz de clarificar la cuestión de la efectividad. Según este autor «(La investigación sobre la efectividad psicoterapéutica) requiere un plan y un diseño experimental minuciosos, y un trabajo intensivo durante varios años. Pero razones financieras, éticas (el hecho de dejar, deliberadamente a algunos sujetos sin tratamiento) y técnicas (...) conspiran contra la realización de una investigación de esta condiciones». De esta forma, continúa el autor «no es de extrañar (...) que todavía no se disponga de una prueba científica de la presunta eficacia de la psicoterapias. Sin embargo, la investigación científica constituye una necesidad imperiosa en este campo, especialmente a raíz de que los resultados de las investigaciones estadísticas exploratorias no justifican la creencia, tan generalizada entre los psicoterapeutas, en la realidad de esa eficacia» (Musso, 1970, p. 243).

La escasa confianza sobre la efectividad psicoterapéutica la podemos encontrar en autores como Gross que en 1978 concluye con una cita que no necesita comentario: «A medida que los investigadores van juntando coraje para examinarla [la psicoterapia], han llegado a la conclusión de que no llena su extravagante promesa (...). Hasta que llegue ese momento [el de su contrastación empírica] la psicoterapia seguirá siendo una de las importantes religiones del siglo XX, una moderna reproducción de la curación por la fe y del curanderismo» (Gross, 1978, p. 77).

Ya en los ochenta Rachman y Wilson (1980) publicaron una obra que hoy se considera de lectura obligada para todos aquellos investigadores que pretendan abordar la cuestión de la efectividad de la psicoterapia. En dicha obra se realiza un poderoso análisis acerca de los diferentes estudios que se han realizado tanto sobre la eficacia global como la eficacia diferencial y, como conclusión, Rachman y Wilson siguen con dificultades para poder afirmar que las psicoterapias (psicoanalíticas y psicodinámicas) sean eficaces más allá de la remisión espontánea. De esta forma, estos autores continúan cuestionándose si realmente funciona la psicoterapia.

Según estos autores existe «una moderada evidencia que sostiene la afirmación de que la psicoterapia puede producir cambios beneficiosos. Los resultados negativos resultan sin embargo superar en número los positivos y ambos son excedidos por un



número de resultados no interpretables» (Rachman y Wilson 1980, p. 93). De esta forma para dichos autores los más claros logros que se pueden presentar son sin embargo superados por los fracasos y ambos están por debajo de estudios insatisfactorios que no presentan conclusiones dignas de ser preservadas.

Rachman y Wilson proponen adoptar una visión fresca sobre el problema de los resultados de la psicoterapia, repasan sus argumentos y resumen las limitaciones de la aproximación convencional. De esta forma, para estos autores «se pueden determinar los efectos de un tratamiento en grados cuantificados de éxito en lugar de en informes generalizados de cura, recaída o mejora». Según Rachman y Wilson, hay que basar la investigación de resultado «en hipótesis claras y creíbles y su comprobación en diseños experimentales que incorporen medidas específicas de cambio que puedan ser cuantificadas». Dicha aproximación traerá indudables beneficios y ventajas sobre la forma de investigación tradicional. En esta fase de desarrollo, comentan los autores, «es preferible evaluar la validez y efectividad de métodos específicos de psicoterapia o de terapia de conducta, en lugar de acumular comparaciones entre amplias categorías» (Rachman y Wilson 1980, p. 258-259).

Para los autores tal necesidad de evaluaciones estrictas de los efectos de diferentes formas de terapia da lugar a varias observaciones:

1.- «En primer lugar *hay una clara evidencia de una sustancial remisión espontánea*; como resultado, cualquier procedimiento terapéutico debe mostrarse superior a procedimientos de cambios “no profesionales”» (Rachman y Wilson 1980, p. 259).

2.- Estrechamente unido al punto anterior «existe una amplia gama de procedimientos terapéuticos que comúnmente se ofertan, compiten y que a menudo reclaman para si la exclusividad de la efectividad». La solución para estos autores estaría en «la introducción de formas estrictas y racionales de evaluación. Una función importante de evaluación estricta sería extirpar esos métodos ineficaces o incluso dañinos que se recomiendan» (Rachman y Wilson 1980, p. 259).

Rachman y Wilson recuerdan que la ocurrencia de remisiones espontáneas en los desórdenes neuróticos dotó de fundamentación a Eysenck a la hora de realizar una evaluación escéptica para la psicoterapia. Estos autores reconocen que «se han hecho algunos progresos en el intento de producir evidencia que apoye las demandas hechas en nombre de la psicoterapia en general. Muchas personas se quejaron de que la evidencia es modesta y se tiene que admitir que la escasez de hallazgos convincentes es fuente turbación continua». No obstante, para Rachman y Wilson «la evidencia modesta ahora apoya la demanda de que la psicoterapia es capaz de producir algunos cambios beneficiosos, pero *los resultados negativos todavía superan los hallazgos positivos y ambos son superados por informes que están más allá de cualquier interpretación*» (Rachman y Wilson 1980, p. 259).

Para estos autores «la popularidad de la investigación comparativa de resultado convencional podría haber reflejado bien un deseo por reducir la disonancia y/o la necesidad de hallar justificación por continuar con las prácticas presentes. Cualquiera que sea la explicación, el intento de usar estudios comparativos como un sustituto de pruebas directas sobre los efectos de formas particulares de terapias estaba destinado a ser insatisfactorio. No obstante, tuvo el útil resultado de dar énfasis de nuevo a la necesidad de medidas precisas, mejorar la metodología y la aplicación de juicios aceptados» (Rachman y Wilson 1980, p. 263).

La solución para estos autores sería el adoptar estrategias mejoradas que sean capaz de evaluar el resultado de la terapia, lo cual llevará a «una investigación fructífera, hallazgos significativos y desarrollará métodos de tratamiento efectivos a la vez que mejorará los mecanismos teóricos que son responsables del cambio terapéutico». Asimismo, proponen dichos autores que «aparte del uso extendido de métodos de investigación más sofisticados y múltiples medidas de los efectos del tratamiento (...) el cambio más fundamental que recomendaríamos es la adopción de una aproximación psicológica a las diferentes dificultades, problemas e impedimentos» que se pudieran presentar. Así, «los comportamientos y experiencias anormales deben ser abordadas y descritas en términos psicológicos y [deben ser] evaluadas como fenómenos psicológicos y medidas en consecuencia... [de esta forma] se evaluaría a las personas que tienen estas clases de problemas en términos psicológicos y los efectos de la terapia o intervenciones diseñadas para tratar estos problemas se evaluarían por

métodos psicológicos». Rachman y Wilson, de esta manera, piensan que no se debería determinar «la efectividad de la acción por la obtención de evaluaciones clínicas de cura, o mejora del síntoma, o cualquier otra de las prácticas presentes. En cambio, se podrían obtener medidas del tipo y efectividad del comportamiento social de la persona en un rango de situaciones» (Rachman y Wilson 1980, p. 263).

Rachman y Wilson concluyen su obra apuntando que «una vez que se ha identificado y descrito el problema, deben ser establecidas metas explícitas antes de que el programa de intervención se emprenda. Esto es particularmente importante en la investigación de resultado. Y a menos que las metas sean explícitas y expresadas en grados cuantificados de éxito, persistirán los aspectos insatisfactorios de la investigación convencional». Estos autores hacen referencia a las opiniones expresadas por Kazdin y Wilson (1978) y así terminan diciendo que «la eficacia sólo no es suficiente (aunque es fundamentalmente importante). La eficacia y la durabilidad del cambio, la exactitud de la evaluación y las consideraciones del coste-efectividad tienen que ser tenidas en cuenta» (Rachman y Wilson 1980, p. 264).

En 1982 otro autor, Parloff, basándose en los datos existentes hasta el año 1978 piensa que la psicoterapia en solitario «no parece ser un tratamiento efectivo para los síntomas de esquizofrenia, el autismo, las psicosis maniaco-depresivas la drogadicción o el alcoholismo» (Parloff, 1982, p. 300). Si acaso, en este tipo de problemas, la psicoterapia tendría una función de apoyo en la rehabilitación y no tanto una función de tratamiento primario. Además, está de acuerdo con la opinión de que no ha sido demostrada aún que la psicoterapia sea eficaz en patologías tales como los trastornos obsesivos-compulsivos graves en adultos o el trastorno de hiperactividad, depresión, ansiedad problemas de aprendizaje en niños. En todo caso, la psicoterapia sería provechosa en determinados casos de ansiedad como pudieran ser las fobias y los miedos y determinadas formas de depresión no psicótica. Estas conclusiones, como podemos ver, no se sitúan en una posición muy favorable a la posible efectividad de la psicoterapia.

En 1983, autores como Prioleau, Murdock y Brody sobre la base de un meta-análisis de psicoterapia *versus* estudios placebo, siguen de acuerdo con la idea de que la psicoterapia no es más eficaz que dichos tratamientos placebo. No obstante, estos

autores recibieron críticas (como veremos más adelante) debido al hecho de que utilizaran píldoras placebo en la estimación de los factores no específicos ya que se supone que el efecto placebo de las píldoras es diferente al efecto de los factores psicoterapéuticos no específicos.

En 1984, Critelli y Neumann en un artículo publicado en la revista *American Psychologist* (artículo que trataremos más profundamente en el apartado relativo a la metodología en la investigación psicoterapéutica), comentan que la exigencia tradicional para demostrar la efectividad de la psicoterapia es el mostrar que ésta posee mayor efectividad que los tratamientos no específicos. Así, «los factores no específicos (asociados al placebo) podrían ser los agentes curativos en esas terapias más que los específicos “ingredientes activos” a los cuales se les han atribuido tradicionalmente los cambios» (Critelli y Neumann 1984, p. 37).

De esta forma, «aunque muchas terapias han demostrado una efectividad línea base (...), pueden ser de buena gana trazados procedimientos placebo igualmente efectivos (...), lo que es desorientador para tomar esta efectividad común como una indicación de la superioridad general de la terapia» (Critelli y Neumann 1984, p. 38).

A raíz de esto, Critelli y Neumann se cuestionan incluso si las terapias podrían no ser más eficaces que los rituales de cura de las sociedades primitivas. A este respecto, estos autores piensan que ya que la credibilidad de un tratamiento es específica de cada cultura, carece de sentido dicha comparación. Critelli y Neumann lo expresan claramente cuando escriben lo siguiente: «...una perspectiva histórica revela que lo que es “científico” en una cultura es visto como “mágico” o “supersticioso” desde el punto de vista de otras culturas» (Critelli y Neumann, 1984, p. 38). De cualquier forma, Critelli y Neumann consideran que es fundamental e imperativo que los procedimientos de evaluación se deban comparar con controles placebo reales. Según estos autores, «parece existir una tendencia en los placebos experimentales de ser en algún sentido débiles, menos creíbles o aplicados con menos entusiasmo que los tratamientos que se han ofrecido como terapias» (Critelli y Neumann, 1984, p. 38). A partir de aquí, Critelli y Neumann proponen una serie de factores placebo como la expectativa inducida de mejoría, la credibilidad de la explicación, la credibilidad de procedimientos, la exigencia de mejoría, y la atención terapéutica, el entusiasmo, el

esfuerzo, la creencia percibida en los procedimientos de tratamiento, y el compromiso para la mejoría del cliente.

No obstante, hay que decir que Critelli y Neumann terminan por asentir que la relativa equivalencia entre las terapias y los tratamientos no específicos no tiene por qué suponer un detrimento de la efectividad terapéutica de dichos procedimientos. Así, pueden ser legítimos tanto los procedimientos populares de terapia como las prácticas curativas indígenas, las cuales tuvieron un importantísimo papel a la hora de mantener el equilibrio entre las necesidades individuales y colectivas.

Sin embargo, en sus conclusiones Critelli y Neumann siguen haciendo hincapié en que las terapias comunes han de demostrar todavía los efectos incrementales. Así, según estos autores, «dichos tratamientos podrían estar operando a través de sus factores comunes (...) y asumir que los mecanismos específicos son más poderosos que los efectos placebo, podría ser un error» (Critelli y Newman, 1984. p. 38).

Estos autores terminan diciendo que en algún grado se debe reconocer que la reputación científica de las terapias está asentada en métodos precisos por los cuales están siendo evaluadas y perfeccionadas; y es esta característica lo que las mantiene aparte de las prácticas curativas del pasado. Y «ya que el placebo tiene un rol crucial que jugar en la evaluación científica de la psicoterapia, su prematuro cese constituiría tanto una regresión metodológica como conceptual» (Critelli y Neumann, 1984, p. 39).

Al respecto del citado artículo de Critelli y Newman, Lieberman publicó un artículo en el *American Psychologist* de Febrero de 1985 donde realiza una crítica a los postulados de dichos autores. Basándose en la idea de Critelli y Neumann de que los factores placebo incluyen legítimamente todo lo que es activo en algunas psicoterapias, Lieberman señala que «en una tradición dirigida o sociedad autoritaria, la creencia de que una práctica dada efectuará una cura podría ser suficiente para efectuar esa cura, pero en una sociedad como la nuestra, donde una multitud de individuos están ocupados investigando semejantes asuntos y haciendo público sus descubrimientos, parece improbable que una cura placebo pura pudiera durar mucho» (Lieberman, 1985, p. 238).

Lieberman revisa también la lista de factores placebo propuesta por Critelli y Neumann y sobre el primer ítem de su lista “expectativa de mejoría” escribe: «uno no puede esperar mejoría de un tratamiento que tiene éxito solamente porque espera que funcione. Esto proclama un grado de engaño-propio que muchos de nosotros no podría combatir» (Lieberman, 1985, p. 238). Con respecto al segundo ítem “credibilidad de la explicación” nos dice que Critelli y Neumann hacían referencia a la explicación razonada de la terapia «(...) pero en un tratamiento placebo exclusivamente no hay explicación razonada porque no hay otra cosa que la expectativa de que ello le ayudará» (Lieberman, 1985, p. 238). El mismo argumento se puede aplicar a los restantes ítems de la lista según Lieberman: «los últimos ítems de la lista son ítems de “afinidad del terapeuta”, y “creencia perceptiva del terapeuta en los procedimientos de tratamiento”. ¿Cómo podría un terapeuta ético creer en un tratamiento que funciona sólo porque pueda cumplir la creencia del cliente?» (Lieberman, 1985, p. 238).

Según Lieberman, el fallo a la hora de reflexionar en los efectos placebos sería el pensar en ellos como estáticos. Lo más seguro es que tanto las expectativas y creencias del cliente se vayan modificando en base a los cambios que él va experimentando a medida que la terapia sigue su curso. Así, Lieberman pone el ejemplo de que un paciente puede empezar una terapia con grandes esperanzas, pero se desanimará a medida que la terapia avanza y no se consiguen éxitos. De esta forma, «la reputación de una terapia se incrementará o disminuirá en base a los éxitos que los terapeutas vayan teniendo con su clientela» (Lieberman, 1985, p. 238).

Para Lieberman, en una sociedad como la nuestra, una terapia que fuera efectiva sólo por sus efectos placebos perdería toda credibilidad. En palabras suyas: «tú no puedes engañar a todo el mundo todo el tiempo» (Lieberman, 1985, p. 239).

También en 1985, Eysenck vuelve a la carga y cita los artículos de Prioleau, Murdock y Brody (1983) y Critelli y Newman (1984), en cuanto a la idea de estos últimos de que las terapias han de superar el reto de demostrar efectos incrementales, esto es, efectos más grandes que el efecto placebo. No obstante, en este artículo Eysenck reconoce cierta superioridad de las terapias conductuales respecto al resto de las psicoterapias y a la remisión espontánea y cita los artículos de Kazdin y Wilson (1978), Rachman y Hogson (1980), Rachman y Wilson (1980) y hasta de Smith, Glass y

Miller (1980). No obstante, el tema de la efectividad diferencial lo abordaremos en un punto posterior, pero es importante la aportación hecha por Eysenck en este artículo cuando escribe que «parecería que los únicos elementos “específicos” terapéuticos en la terapia son aquellos característicos de las terapias conductuales» y se pregunta si es posible especular sobre la naturaleza de los elementos “no específicos” o “comunes” en términos de Critelli y Newman. Para Eysenck, los dos únicos candidatos en este campo serían la Teoría de Bandura (1979) de la eficacia percibida y la teoría de Eysenck (1982) de la extinción pauloviana. En palabras de Eysenck, esas dos teorías serían «las dos caras de la misma moneda, que sería la extinción del temor condicionado, ansiedad, fobias y compulsiones, que podrían producir sentimientos de eficacia personal». Para este autor, la teoría pauloviana tiene como ventaja el estar bien asentada en la investigación experimental así como una sólida formulación. Además, «ella puede en su nueva forma, explicar la efectividad de la remisión espontánea, del tratamiento placebo y de la psicoterapia, así como el desempeño superior de la terapia conductual (...)» (Eysenck, 1985b. p. 240).

Eysenck concluye que parece que lentamente estamos avanzando en la comprensión de los mecanismos de la remisión espontánea, el tratamiento placebo, el gran número de tipos de psicoterapia, psicoanálisis y terapia conductual. No obstante, se percibe en Eysenck una postura menos taxativa respecto al asunto de la efectividad psicoterapéutica que en los primeros escritos de este autor sobre el tema.

En la actualidad, autores como Pérez Álvarez si bien asume que en la actualidad «se tiende a aceptar la conclusión general de que “la psicoterapia es efectiva”, queriendo decirse que es más efectiva que el no tratamiento (por referencia al control de la remisión espontánea) y que la intervención placebo, por alusión en este caso a la atención inespecífica (...). Pues bien, *aun suponiendo que todas las psicoterapias son efectivas en alguna medida (y es mucho conceder habida cuenta que no todas pasan por los controles mínimos de la remisión espontánea y del placebo)*, lo cierto es que no todas son igual de efectivas». (Pérez Álvarez, 1996, p. 818-819).

Podemos comprobar así como a pesar de todo lo investigado y lo escrito en los últimos cuarenta y cinco años todavía existen autores que se siguen cuestionando la efectividad global de la psicoterapia. No obstante, lo cierto es que la mayoría de la

comunidad científica asume la efectividad de la psicoterapia y parece que tras esta asunción la preocupación se desplazó hacia la cuestión de la efectividad diferencial o efectividad relativa o comparativa de la psicoterapia, esto es, el averiguar si existen diferencias en las distintas psicoterapias en cuanto a la eficacia. El tema de la efectividad diferencial lo trataremos en el apartado 2.4.2.

A continuación, y una vez visto los estudios e investigaciones más relevantes que aportaban datos en contra de la efectividad global de la psicoterapia, vamos a presentar aquellos otros que aportan datos positivos o a favor de la efectividad psicoterapéutica.

#### **2.4.1.2.- Resultados positivos**

No fueron pocas las críticas que surgieron sobre los estudios de Landis (1938) y Denker (1946). Luborsky (1954) apuntó que el mismo Landis había pedido que sus resultados se tomaran con cuidado pues cabía la posibilidad de que no fueran del todo fiables. Por su parte, Rosenzweig (1954) pone en duda la “equivalencia” en el grado de severidad de las patologías entre los pacientes de las muestras de Landis y Denker (pues estos últimos, dice Rosenzweig, sufrían un grado mayor de patología). De la misma forma, desconfía de que los pacientes que remitieron espontáneamente no recibieran algún tipo de ayuda psicológica como pudiera ser atención, sugestión o confianza. Quizá el criterio de cura o mejoría sea mayor para los terapeutas psicoanalíticos que para Landis y Denker.

Asimismo, Luborsky (1954) objetó a Eysenck que éste asumía algo que era inasumible, esto es, el hecho de que los pacientes se habían auto-seleccionado al azar, es decir, que los pacientes que habían ido a un terapeuta, pudieran ser equiparados con los que iban a un médico de cabecera o al hospital. La controversia no hizo sino comenzar.

En lo que se refiere a aquellos estudios más destacables que han encontrado datos que apoyan la noción de que la eficacia es efectiva, podemos destacar como los más relevantes los siguientes.



Un estudio tradicionalmente citado como ejemplo de evidencia en favor de la efectividad psicoterapéutica es el estudio de Schlien (1962). Schlien y sus colaboradores compararon los efectos de la terapia centrada en el cliente ilimitada con la terapia centrada en el cliente de tiempo limitado y la terapia adleriana de tiempo limitado. Además, fueron incluidos dos grupos controles (uno estaba formado por personas normales y el otro por pacientes que requerían terapia pero que no la recibieron). El único criterio de la eficacia fue el género-ideal-del yo-Q. Sus conclusiones demostraban, según ellos, la efectividad de la psicoterapia y en especial llamaron la atención sobre la terapia de tiempo limitado.

Una de las manifestaciones más clásicas que apoyan la efectividad de la psicoterapia la encontramos en Taylor que, en 1963, analizando la evolución de un grupo terapéutico, encontró que las «dos terceras partes del grupo mostraron un claro progreso subjetivo y objetivo después del tratamiento» (Taylor, 1963. p. 105).

Siguiendo un orden cronológico, podemos decir que quizá no es hasta un año más tarde cuando el estudio UCLA animara con sus resultados, aunque muy tímidamente, todo hay que decir, la posibilidad de que la terapia pudiera ser beneficiosa. El estudio UCLA realizado en 1964 por Brill, Forgy, Kogler y Epstein consistió en tomar a 299 pacientes, predominantemente neuróticos, que fueron asignados a uno de los tres grupos de tratamiento farmacológico (prochlorperacina, meprobamate y fenobarbital), a psicoterapia (una hora a la semana), a un grupo control placebo o a un control de no tratamiento en lista de espera. Los pacientes en los cinco grupos mostraron una tendencia a mejorar si se la compara con la falta de mejoría de los pacientes en la condición de no tratamiento en lista de espera. Claro que esta conclusión en favor de la psicoterapia es muy leve pues los tratados con fármacos e incluso los pacientes que recibieron placebo se recuperaron quizás tan bien como los grupos tratados. Esto dio pie a que autores como Rachman tomaran este dato como uno más a favor de las remisiones espontáneas.

Otro estudio bien conocido acerca de la efectividad de la psicoterapia fue el llevado a cabo en la Clínica Phipps (Frank, Hoehn-Saric, Imber, Liberman y Stone, 1978), en el que fue descrito, en los diez años de periodo de seguimiento, el estado de 34 pacientes del grupo original (Imber, Nash, Hoehn-Saric, Stone, y Frank, 1968). En

este estudio los pacientes fueron asignados a uno de los tres tipos de tratamiento: psicoterapia individual (una hora a la semana), terapia de grupo (media hora cada semana) y terapia de mínimo contacto (no más de media hora cada dos semanas). Estos tratamientos fueron realizados por psiquiatras residentes que no participaron en la posterior evaluación de sus pacientes, llevada a cabo a los seis meses de tratamiento y otra vez a los uno, dos, tres, cinco, diez y veinte años desde el contacto inicial con el tratamiento. Tras una serie de valoraciones, los criterios de resultado fueron el discomfort personal y la efectividad social. La omisión de un grupo control es comprensible pero desafortunado ya que evita cualquier conclusión sobre la efectividad de la psicoterapia *per se*. No obstante, sus conclusiones no carecen de interés ya que concluyeron que la psicoterapia es efectiva y que algunas psicoterapias eran menos efectivas cuando eran administradas por terapeutas inexpertos. Aunque el estudio tenía ciertas limitaciones, sus resultados animaron la posibilidad de que la psicoterapia pudiera ser beneficiosa.

Entre los años sesenta y setenta, autores como Dittmann (1966), Kellner (1967) y Bergin (1970, 1975) intentaron realizar investigaciones en la que estuvieran incluidos grupos controles pues no pueden extraerse conclusiones determinantes en ausencia de tales grupos. En concreto, Dittmann señaló que cuatro de los cinco estudios descritos por él, sostuvieron la posición de que la psicoterapia era efectiva.

También Meltzoff y Kornreich (1970) abogaron en favor de la psicoterapia ya que de los ciento uno estudios, el 80% mostraban datos a favor de la eficacia psicoterapéutica. El tanto por ciento restante no ofrecía datos claros que pudieran ofrecer diferencias significativas en favor de la terapia. No obstante, un 80% de efectividad era para estos autores un dato suficiente para proclamar el efecto beneficioso de la terapia.

Bergin, en 1971, también revisó una serie de estudios (cincuenta y dos) sobre el resultado de la psicoterapia. De esta revisión sacó en claro que veintidós de los estudios apoyaban la efectividad de la psicoterapia frente a quince que no eran favorables a su eficacia y otros quince que no permitían obtener una conclusión determinante. La conclusión fue que la psicoterapia era modestamente efectiva.

Luborsky, Singer y Luborsky (1975), siguiendo con la moda de revisar estudios realizados, revisaron treinta y tres de los cuales veinte eran favorables a la psicoterapia por trece en los que no se podía encontrar datos significativos en favor de ella, pues no se encontraban diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de tratamiento. La conclusión a la que se llegó fue que gran parte de los pacientes que reciben psicoterapia obtienen beneficio de ella.

Las tesis de Luborsky y col. (1975) es que la eficacia de la psicoterapia debe ser decidida sobre la base de un consenso de estudios controlados. El mejor modo de hacer esto es considerar separadamente cada uno de los diferentes tipos de comparaciones que se han hecho; por ejemplo, psicoterapia de grupo *versus* individual, psicoterapia de tiempo limitado *versus* ilimitado, psicoterapia centrada en el cliente *versus* otras tradiciones psicoterapéuticas, terapia de comportamiento *versus* psicoterapia. Por cada tipo de comparación, se da una conveniente “caja de marcas” con el número de estudios en los cuales el tratamiento era significativamente mejor, peor o igual (*tie-score*).

La caja de marcas incluyó ciento trece estudios. Luborsky usó veinte criterios para imponer una adecuación metodológica para cada estudio. La mayor parte de los estudios comparativos de las diferentes formas de psicoterapia encontraron diferencias insignificantes en las proporciones de pacientes que mejoraron al final de la psicoterapia. No obstante, volveremos a hablar de Luborsky más adelante cuando tratemos la eficacia diferencial de la psicoterapia.

Lo que en este momento nos interesa saber es que Luborsky y col., señalaron respecto al asunto de la psicoterapia *versus* grupo control, que alguna forma de intervención siempre sería más beneficiosa que la ausencia de tratamiento. Dos estudios adicionales citados por estos autores que evidenciaban la superioridad de la psicoterapia sobre los grupos controles, fueron los de Karon y Vandenbos (1970) y Rogers y Dymon (1954).

El estudio Temple del que ya se hablado brevemente con anterioridad es uno de los más interesantes estudios que se resolvieron a favor de la psicoterapia. Este estudio fue llevado a cabo por Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple en 1975 y consistió en una completa selección de aspirantes a recibir psicoterapia en la clínica de pacientes

externos del *Temple University Health Sciences Center*. Eliminaron del estudio los pacientes con trastornos severos (como, por ejemplo, los psicóticos) que necesitaban además algún tipo de fármaco y que, por supuesto, no podían ser puesto en listas de espera. Noventa y cuatro fueron los pacientes externos que compusieron la muestra, la mayoría de ellos diagnosticados de neurosis y algunos pocos de trastorno de personalidad. Estos pacientes fueron balanceados en cuanto al sexo y la seriedad de los síntomas y se asignaron de forma aleatoria a uno de los grupos de tratamiento o al grupo control.

Un grupo de tratamiento era llevado a cabo por tres terapeutas experimentados de orientación psicoanalítica, mientras que en el segundo eran tres terapeutas de orientación conductual. A los pacientes que pertenecían al grupo control se les pidió que esperaran cuatro meses antes de ser atendidos (no obstante, en una crisis podían recurrir al psiquiatra que les había entrevistado inicialmente y eran asiduamente controlados por teléfono con el fin de conocer su estado).

A los cuatro meses se volvieron a evaluar a los pacientes así como a intervalos de un año y dos años tras la evaluación inicial, que constituyeron las mediciones de seguimiento. Las conclusiones a la que se llegaron fueron que ambas modalidades de terapia eran claramente eficaces ya que los pacientes tratados mejoraron significativamente respecto a los pacientes del grupo control. Asimismo, la mejoría se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento que siguieron al año y a los dos años, lo que mostraba una efectividad duradera de ambas terapias. Del estudio Temple volveremos a hablar en el apartado 2.4.2., referido a la investigación de la eficacia diferencial.

Una moderada evidencia positiva a favor de la psicoterapia fue recogida por Siegel (1977) en dos estudios de psicoterapia interpretativa. Se asignaron pacientes a una psicoterapia inmediata o a una lista de espera control, y se evaluaron los efectos del tratamiento por administración de un listado de síntomas tras un intervalo de nueve meses. Se demostró que los pacientes que recibieron psicoterapia mostraron un significativo declinamiento en la *intensidad* de sus síntomas. Los pacientes en lista de espera no mostraron cambios significativos. No obstante, hay que achacar a estos estudios una serie de limitaciones. En primer lugar, la cantidad de mejora de los

pacientes tratados fue extremadamente pequeña. En segundo lugar, mientras en los pacientes del grupo control se vio un suave descenso en el *número* de síntomas, en los pacientes tratados, sin embargo, se comprobó un suave aumento de ellos. En general, las debilidades de estos estudios recomiendan cierta precaución en cuanto a las conclusiones que de ellos se derivaron.

Otro estudio llevado a cabo por Piper, Debbane, y Garant en 1977 consistió en tomar cuarenta y ocho pacientes diagnosticados de neurosis, siendo divididos en dos grupos: un grupo provisto de tratamiento inmediatamente y un segundo grupo que recibieron tratamiento tras una dilación (condición control). Aunque este estudio también adolece de ciertas limitaciones (los terapeutas eran inexpertos, por ejemplo), los resultados mostraron cierto mejoramiento tanto para los pacientes tratados como los pacientes control tras un periodo de tres meses. En uno de los cinco criterios, los pacientes tratados eran significativamente mejor que los sujetos control. Sin embargo, en el terreno de los síntomas no hubo diferencias entre los grupos.

Pero no es hasta la década de los ochenta, en el momento en que aparecen los grandes estudios meta-analíticos, cuando aparecen evidencias razonables a favor de la efectividad de la psicoterapia. Vamos a destacar los meta-análisis realizados por Smith y Glass (1977), Smith, Glass y Miller (1980) y Shapiro y Shapiro (1982), centrándonos en este apartado en los resultados que se obtuvieron sobre la efectividad global de la psicoterapia. En un próximo apartado abordaremos también los resultados de estos estudios meta-analíticos acerca de la efectividad diferencial.

Mary Lee Smith y Gene Glass de la Universidad de Colorado, realizaron la tarea en 1977 de compilar virtualmente todos los estudios sobre la efectividad psicoterapéutica para un análisis conjunto. Tras una detallada búsqueda a través de más de mil revistas y libros, seleccionaron aproximadamente unos quinientos estudios, a los que aplicaron la técnica del meta-análisis. Un meta-análisis (como ya veremos más minuciosamente en el apartado dedicado a la metodología aplicada a la investigación de resultados) consiste básicamente en tomar los resultados de muchos estudios individuales e integrarlos dentro de un amplio análisis estadístico de modo que la prueba es combinada dentro de un todo significativo.

Las metas que se propusieron Smith y Glass fueran las siguientes:

- 1.- Identificar y reunir todos aquellos estudios que han estudiado la eficacia del asesoramiento y la psicoterapia.
- 2.- Determinar la magnitud de los efectos de la eficacia de la terapia en cada estudio.
- 3.- Comparar las eficacias de los diferentes tipos de terapias.

Las proposiciones teóricas implícitas fueron que cuando este meta-análisis se llevara a cabo, la psicoterapia mostraría ser efectiva y que las diferencias en efectividad, si existieran, podrían ser demostradas. De cualquier forma, Smith y Glass nunca ocultaron su opinión sobre la efectividad de la psicoterapia. Ya en la introducción de su estudio desechaban las tesis de Eysenck a las que catalogaron como una “diatriba tendenciosa”. En lo que se refiere a Bergin, califican a sus estudios como “un astuto desmantelamiento del mito Eysenck”, así como encuentran “tranquilizante” la revisión de Luborsky, que evidenciaba la eficacia psicoterapéutica.

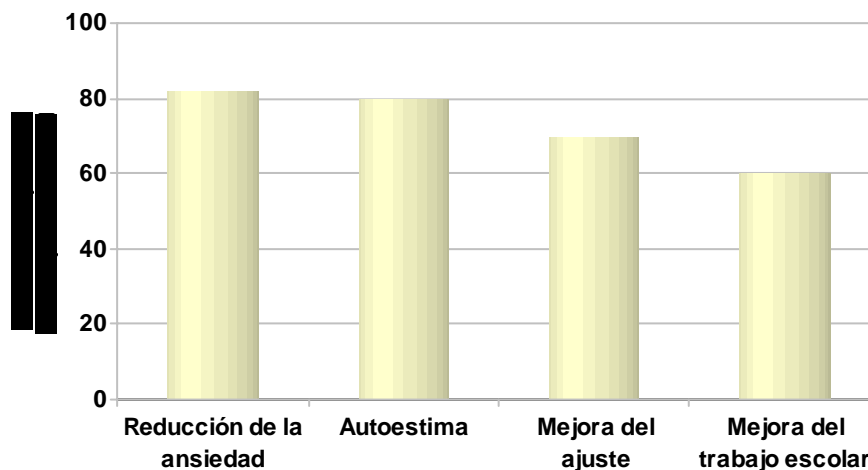
De los quinientos estudios que se seleccionaron, fueron trescientos setenta y cinco los que fueron totalmente analizados. Aunque los estudios variaban bastante en cuanto a los métodos de investigación usados y los tipos de terapias evaluadas, en todos los estudios examinados al menos un grupo de los que recibieron psicoterapia se compararon con otro grupo que recibieron una forma diferente de psicoterapia o no psicoterapia (grupo control). Smith y Glass incluyeron en su meta-análisis la “magnitud de la efectividad de la psicoterapia”. En efecto, la unidad básica del meta-análisis es la “magnitud del efecto” (*effect size*), definido como la diferencia entre los sujetos tratados y los sujetos controles, divididos por la desviación estándar del grupo control. Por otra parte, algunos ejemplos de criterios usados para evaluar la efectividad fueron el incremento de la autoestima, la reducción de la ansiedad, el mejoramiento en el trabajo escolar y la mejora del ajuste en general.

De los trescientos setenta y cinco estudios computados se obtuvieron un total de ochocientos treinta y tres magnitudes de efectos. Estos incluyeron alrededor de

veinticinco mil sujetos aproximadamente en cada una de las combinaciones experimentales y grupos controles. El promedio de edad de los sujetos era de veintidós años, que recibieron un promedio de diecisiete horas de terapia por terapeutas que tenían una experiencia media de tres años y medio.

En primer lugar, Smith y Glass compararon todos los sujetos tratados con todos los sujetos no tratados para todo tipo de terapias y medidas. Se dieron cuenta de que el promedio de aquellos pacientes que habían recibido psicoterapia se encontraban en mejor posición que el 75% de los no tratados. Además, sólo noventa y nueve (o el 12%) de esas ochocientas treinta y tres medidas de efectos fueron negativas (lo que significaría que el paciente se fue peor que antes de la terapia). Si la psicoterapia hubiera demostrado ser inefectiva, el número de medidas de efectos negativos tendría que haber igualado el 50%, esto es, cuatrocientos diecisiete.

Por otra parte, varias medidas de eficacia psicoterapéutica se compararon a través de los estudios. Como se ve en la gráfica 2, todas las medidas demostraron que la terapia, en general, fue más efectiva que el no tratamiento:



*Gráfica 2: Efectividad combinada de todos los estudios analizados para cuatro medidas de resultados*

Smith y Glass demostraron así la eficacia de la psicoterapia, es decir, la psicoterapia mostró ser acertada en el tratamiento de varias clases de problemas.

No obstante, Kazdin y Wilson (1978) y Rachman y Wilson (1980), realizaron algunas críticas al meta-análisis de Smith y Glass. Vamos a destacar las siguientes:

1.- Rachman y Wilson (1980) critican el hecho de que se hubieran incluido estudios que carecieran de grupo control.

2.- En segundo lugar, criticaron que en el meta-análisis de Smith y Glass las comparaciones que se realizaron entre la efectividad de distintos tratamientos provenían de estudios en los cuales esos tratamientos no eran comparados de forma directa entre sí.

3.- Consideraron, en tercer lugar, que en el meta-análisis de Smith y Glass no se habían incluido estudios que ellos consideraban relevantes.

4.- Se criticó también la inclusión de tesis doctorales no publicadas.

5.- Por último, consideraron que no se establecieron criterios adecuados para clasificar las diferentes medidas de resultado realizadas por Smith y Glass.

Como ya veremos, estas críticas se intentaron subsanar en el meta-análisis realizado por Shapiro y Shapiro de 1982, al que haremos referencia un poco más adelante.

Tres años más tarde, el meta-análisis realizado por Smith y Glass en 1977 fue ampliado, en el que se considera quizás como el meta-análisis clásico por excelencia en el estudio de la efectividad de la psicoterapia

Efectivamente, en 1980, Smith, Glass y Miller, realizaron un meta-análisis exhaustivo en el que se revisaron cuatrocientos setenta y cinco estudios sobre resultados de las psicoterapias. En total, calcularon mil setecientos setenta y seis magnitudes de efectos. Esta revisión incluyó todos los estudios publicados cuyas magnitudes de efectos podían calcularse o derivarse. Básicamente, este meta-análisis pretendía evaluar la efectividad global de la psicoterapia a partir de estudios en los que se comparaban un



grupo de clientes que habían recibido un tratamiento con otro grupo control que no lo habían recibido.

El procedimiento que siguieron fue, en primer lugar, buscar en la literatura, en la cual se consultaron las publicaciones en revistas, artículos, *abstracts*, comunicaciones a congresos y trabajos sin publicar.

En segundo lugar, todos estos estudios se clasificaron, describieron y codificaron, reseñando: *a) la fecha de publicación, b) forma de publicación, c) profesión del investigador, d) grado de conocimiento del experimentador sobre la ubicación de cada sujeto en los grupos de tratamiento y control o si era el experimentador el que aplicaba el tratamiento o simplemente se limitaba a evaluar su resultado (ceguera del experimentador), e) diagnóstico del cliente (neurosis, fobia simple, psicosis, normal, desorden de carácter, depresión, adicción, alteración emocional, delincuente, minusvalía física o mental, diagnóstico mixto, diagnóstico desconocido), f) Inteligencia del cliente, g) años de hospitalización del cliente, h) similitud entre el cliente y el terapeuta (similitud socioeconómica, étnica...), i) extracción de los clientes (esto es, cómo habían accedido los pacientes a los tratamientos), j) asignación de los pacientes a los grupos tratamientos y control (si habían sido asignados de forma aleatoria o no), k) mortandad experimental, l) validez interna (que fue determinada en función de la asignación de los grupos al tratamiento o de control y de la mortandad experimental; en concreto, para que un estudio fuera considerado de alta validez interna la mortandad experimental debía ser inferior al 15% y semejante en los grupos tratamiento y control y los sujetos deberían ser asignados a dichos grupos de forma aleatoria), ll) afiliación teórica del experimentador, m) modalidad de la terapia (individual, grupal, familiar,...), n) duración de la terapia, ñ) contexto donde se realizó la terapia (hospital, clínica de salud mental, universidad,...), o) experiencia del terapeuta, p) medición de los resultados (si se midió la autoestima, la ansiedad, los rasgos de personalidad, las conductas sociopáticas, el rendimiento laboral o escolar, etc.), q) reactividad de la medida usada (es decir, si los instrumentos de medida pueden ser alterados por los pacientes o el terapeuta para mostrar un resultado diferente al que se ha producido), r) tamaño del efecto, que ya fue definido como la diferencia media entre los sujetos tratados y los sujetos control, dividido por la desviación estándar del grupo control, s) las diferentes formas de psicoterapia que*

aparecieron en los estudios revisados, que se categorizaron en un sistema de categorías como el que se muestra en el cuadro 1:

<u>Psicoterapias</u>				
Conductual			Verbal	
Conductual clásica-operante	Cognoscitivo-conductual	Cognoscitiva	Dinámica	Humanista
		Racional-emotiva	Psicodinámica	Centrada en el cliente
Modificación de conducta	Cognoscitivo-conductual	Otras cognoscitivas	Dinámica ecléctica	
Implosión				Gestalt
Desensibilización sistemática	Conductual ecléctica	Reality Therapy	Hipnoterapia	
		Análisis transaccional	Adleriana	

*Cuadro 1: Sistema de categorías establecido por Smith, Glass y Miller (1980) (Adaptado de Castillo y Poch, 1991)*

En tercer lugar, estos autores mostraron los resultados de su estudio. Tal vez el dato más importante fue que la media de las mil setecientas sesenta y seis medias de magnitud del efecto en los cuatrocientos setenta y cinco estudios revisados fue de 0,85, lo que estadísticamente viene a significar que el receptor de un tratamiento terapéutico viene a mejorar más que el 80% de los sujetos que no han recibido terapia. Esto sería una prueba importante a favor de efectividad psicoterapéutica.

Algunas de las correlaciones que se obtuvieron tras la aplicación, por parte de los autores, de un análisis de regresión múltiple, tienen un interés especial. Por ejemplo, la similitud del paciente y el terapeuta correlaciona con la magnitud del efecto ( $r =$

0,10), lo que quiere decir que a mayor similitud entre paciente y terapeuta, mejores resultados se obtienen para la terapia.

Otra correlación interesante es la que se da entre la magnitud del efecto y la variable “reactividad de la medida” (un instrumento de alta reactividad es aquel que posee una mayor posibilidad de ser manipulado por el terapeuta o por el paciente). En concreto, la correlación era de  $r = 0,18$ , lo que quiere decir que se obtenían mejores resultados cuando se empleaban instrumentos de alta reactividad para medir la efectividad de la terapia. Asimismo, el porcentaje de pacientes masculinos también correlacionaba (en este caso negativamente,  $r = -0,13$ ) con la magnitud del efecto, de tal modo que eran obtenidos mejores resultados cuando los pacientes eran mujeres.

La baja correlación entre la magnitud del efecto y la validez interna de los estudios ( $r = 0,03$ ) se interpreta como un indicador de que no hacen falta diseños muy sofisticados para mostrar los fuertes efectos de la psicoterapia. Otro resultado curioso es la correlación, en este caso nula ( $r = 0,00$ ), entre la magnitud del efecto y la experiencia del terapeuta. Los autores hacen ver que la experiencia de los terapeutas que participan en los estudios suele ser menor que el resto de los terapeutas, lo que podría conllevar algún problema para las investigaciones que se realizan en el ámbito de la psicoterapia.

Ante estos y muchos otros resultados que se obtuvieron, los autores llegaron a la conclusión de que la psicoterapia era efectiva, para todo tipo de clientes, terapias y resultados. La efectividad atribuida a la terapia es inequívoca y evidente. Dada la importancia de este clásico estudio, recomendamos una lectura del original a fin de ampliar el conocimiento de la multitud de datos que Smith, Glass y Miller ofrecieron en su investigación.

A modo de resumen, mostraremos las principales conclusiones de este estudio. Debido a que en la presente sección estamos centrándonos en las investigaciones relativas al resultado global de la psicoterapia, las conclusiones referidas a la efectividad diferencial, que aquí sólo mencionaremos, las abordaremos más profundamente en el apartado 2.4.2.

1.- La media de la magnitud del efecto fue de 0,85 (como hemos mencionado anteriormente, esto quiere decir que un paciente sometido a terapia mejora más que el 80% de los sujetos no tratados), media que se incrementa a 0,93 cuando son eliminados los tratamientos placebo y las técnicas de consejo no diferenciadas.

2.- Las diferentes orientaciones teóricas (cognitiva, psicoanalítica, las centradas en las teorías del aprendizaje,...), así como las distintas modalidades de terapia (verbal, expresiva, conductual), no dieron lugar a diferentes grados de mejoría.

3.- Las intervenciones breves *versus* de grupo y los terapeutas experimentados *versus* novatos arrojaron magnitudes de efectos similares.

4.- Los resultados, por lo general positivos de la psicoterapia, decayeron a los dos años del tratamiento ya que la media de la magnitud del efecto se redujo a 0,50. Incluso un tanto por ciento pequeño, en torno al 9%, de los resultados de la terapia fueron negativos.

Este estudio no estuvo exento de objeciones, las principales de ellas partieron de Eysenck (1985a) que criticó, entre otras cosas, la arbitrariedad con la que los autores del meta-análisis compilaron y seleccionaron los artículos de su estudio, ya que o bien se incluyeron artículos que no hacían referencia a la psicoterapia o eran estudios pobremente diseñados. En este sentido, se entiende que el meta-análisis de Smith, Glass y Miller había sido demasiado inclusivo, por lo que cualquier conclusión podía ser engañosa. No obstante, esta crítica parece no tener en cuenta que en el estudio los autores también compararon las magnitudes de los efectos sobre la base de la calidad de la investigación. Esto quiere decir que el rigor de la investigación no tuvo incidencia sobre la magnitud del efecto y los resultados, por consiguiente, no fueron artefactos estadísticos resultado de haber añadido en el estudio investigaciones pobres a nivel metodológico.

Otra crítica realizada por Eysenck (1985a) es el hecho de que se incluyeran el tratamiento placebo dentro de la tabla en la que se recogían los distintos tamaños del efecto de las diferentes terapias, debido a que el tratamiento placebo no es en realidad un “verdadero” tratamiento ya que no se deriva de principios psicológicos, ni requiere

de la utilización de técnicas derivadas de tales principios además de no estar administrado por personas cualificadas, lo que lleva a la conclusión de que el placebo no puede ser considerado como un tratamiento o forma de terapia. Estas razones eran para Eysenck motivos suficientes para dudar de los resultados expuestos por Smith, Glass y Miller.

Otro estudio meta-analítico de especial interés fue el realizado por Shapiro y Shapiro en 1982. Partiendo del meta-análisis de Smith y Glass (1977), intentaron realizar otro de similares características. Debido a que el meta-análisis de Smith y Glass (1977) había recibido algunas críticas por parte de Kazdin y Wilson (1978) y Rachman y Wilson (1980), Shapiro y Shapiro pretendieron en su estudio rectificar aquellas posibles deficiencias denunciadas, en un intento por realizar un estudio lo más válido posible. Para esto, y en respuesta a las críticas, Shapiro y Shapiro, por ejemplo, sólo incluyeron en su meta-análisis, estudios que realizaran comparaciones directas entre dos o más tratamientos y un grupo control. Para evitar que se les acusara de no haber incluido en su meta-análisis determinados estudios de importancia, Shapiro y Shapiro se centraron en los *abstracts* que ocupaban el periodo entre 1975 y 1979. Asimismo, sólo tuvieron en cuenta en su investigación aquellos estudios que habían sido publicados.

Como en meta-análisis anteriores, Shapiro y Shapiro comenzaron su investigación realizando una amplia búsqueda de estudios, con el matiz ya comentado de que se centraron en los *Psychological Abstracts* concernientes al periodo comprendido entre 1975-1979. Una vez reunidos, se dispusieron a clasificar, describir y codificar en base a la definición de psicoterapia (también aceptada por Smith y Glass en 1977 y Smith, Glass y Miller en 1980) de Meltzoff y Kornreich (1970) y que puede ser consultado al principio del presente trabajo, en el apartado dedicado a la definición de psicoterapia.

Shapiro y Shapiro incluyeron en su estudio únicamente aquellos estudios en los que dos o más grupos de pacientes recibían distintos tratamientos, mientras que otro grupo no recibía tratamiento (o recibía un tratamiento mínimo), actuando de grupo control.

En total, este meta-análisis constó de ciento cuarenta y tres estudios, coincidiendo en sólo veintiuno con el meta-análisis de Smith, Glass y Miller de 1980.

Las variables que se plantearon fueron: *a) el tratamiento* (los diferentes tratamientos se agruparon en quince categorías que abarcaban tratamientos de corte conductual, cognitivo, psicodinámico y humanista, tratamientos mixtos, sin clasificar y tratamiento mínimo), *b) la modalidad de la terapia* (si era individual, grupal, familiar, de pareja, etc.), *c) la experiencia del terapeuta* (años de dedicación a la psicoterapia), *d) la duración de la terapia* (teniéndose en cuenta el número total de horas que se habían empleado en la terapia), *e) el nivel de delimitación y especificación de la terapia* (esto es, en qué medida los terapeutas habían descrito de forma conveniente la forma y contenido de la terapia que habían administrado), *f) las variables del cliente* (como el problema que el paciente sufría, nivel educativo de los pacientes, la edad, la gravedad del problema y manera en que los pacientes había accedido a la psicoterapia), *g) variables del contexto* (como el lugar donde se había administrado el tratamiento y presencia o ausencia de medicación durante la terapia), *h) la medición del resultado* (las medidas usadas para determinar la efectividad de los tratamientos se catalogaron en cuatro: “dominio de la medida” o área de cobertura de los instrumentos utilizados, “reactividad de la medida” que hace referencia a dos conceptos, a saber, la relación de la medida con los objetivos propuestos y el grado en que la medida podía ser falseada o verse sometida a influencias y, por último, la “tecnología de la medida” que se usó, esto es, si eran test proyectivos, autoinformes, mediciones psicométricas, etc.), *i) la calidad del diseño y validez interna* (cómo se habían asignado los pacientes a los diferentes grupos, cómo se asignaron los terapeutas, el tamaño de la muestra, la “ceguera de la/s persona/s que recogía/n los datos relativos al resultado de la terapia, la mortandad experimental, etc.).

La conclusión a la que se llegó respecto a la efectividad global de la psicoterapia, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, fue que el valor medio de las mil ochocientos veintiocho magnitudes del efecto era de 0,93. Esto se traduciría de la siguiente manera: un paciente que ha recibido tratamiento (y que en consecuencia con los datos se situaría en el percentil ochenta y dos de la distribución de personas que han recibido terapia) mejoraría más que el 82% de las personas que no lo recibieron.

Algunos datos de interés fueron, por ejemplo, que la experiencia media de los terapeutas era de tres años, la modalidad de terapia mayoritaria fue la grupal, la duración media de los tratamientos fue de siete horas, el 90% de los pacientes fueron asignados a los grupos aleatoriamente y que la mortandad experimental fue del 10% aproximadamente.

Otros resultados interesantes que se obtuvieron fueron que la experiencia de los terapeutas correlacionaba negativamente ( $r = -0,14$ ) con la magnitud del efecto del tratamiento, lo que lleva a la curiosa conclusión de que los terapeutas más expertos obtenían peores resultados que los terapeutas de menor experiencia. Esta conclusión puede ser explicada en el sentido de que los terapeutas más expertos se hacían cargo del tratamiento de aquellos trastornos más severos, mientras los terapeutas de menor experiencia trataban trastornos menos graves.

Por otra parte, en cuanto a la tecnología de medida usada, la terapia parecía más eficaz cuando se evaluaba con autoinformes y cuantificación de conductas y menos eficaz si se evaluaba con medidas fisiológicas y psicométricas.

Asimismo, se obtuvieron magnitudes del efecto altas para el tratamiento de fobias (1,29), medias en el tratamiento de adicciones y problemas psicosomáticos (1,10) y bajas en el tratamiento de la depresión y la ansiedad (0,67). Esto no viene sino a confirmar lo que ya se sabía y es que, independientemente del tipo de tratamiento que se utilice, existen algunos trastornos que son más fáciles de erradicar que otros. Es importante tener esto en cuenta a la hora de plantear la investigación de la efectividad psicoterapéutica, puesto que si sólo centramos nuestra atención en los resultados obtenidos en el tratamiento de fobias, la psicoterapia podría obtener unos resultados más beneficiosos que no serían tal si hubiésemos considerado otro trastorno de más difícil superación, como, por ejemplo, la depresión.

Por último, un dato interesante fue que en la investigación llevada a cabo por Shapiro y Shapiro (1982) sólo el abandono de la terapia por parte del paciente y un desafortunado apareamiento de los grupos se asociaron con bajos efectos del tratamiento.

Por otro lado, también se han realizado estudios meta-analíticos que han abordado la cuestión de la eficacia de la psicoterapia a partir de estudios que comparaban a la misma con un grupo placebo. Así por ejemplo, comparando la efectividad de la psicoterapia respecto de un grupo control placebo, Landman y Dawes (1982) llegaron a la conclusión de que la psicoterapia es más eficaz que los “factores no específicos”. No obstante, sólo incluyeron cinco estudios, lo que deja alguna duda sobre la fiabilidad de los resultados. Además, la dificultad que tienen estos trabajos que emplean el placebo es que existe una gran disparidad de criterios a la hora de considerar qué es placebo y qué no es placebo. Esto se muestra en la amplia terminología que se emplea para designarlo. Así, podemos encontrar en la literatura, términos como “factores comunes”, “factores no específicos”, “tratamiento mínimo”, todos ellos para designar al placebo.

Miller y Berman (1983), partiendo de cuarenta y ocho estudios que habían sido publicados antes de 1981, evaluaron la eficacia de las psicoterapias cognitivo-conductuales. En diez (esto es, el 21%) de los trabajos que revisaron el tratamiento estaba orientado a aliviar la depresión. Los pacientes padecían fobia, problemas de asertividad, ansiedad a hablar en público y ansiedad social en treinta y tres trabajos (69%). Cinco de los estudios (10%) se referían al tratamiento de la ansiedad que aparece junto con las alteraciones de tipo somático. El tamaño del efecto que se encontró al comparar un grupo que había recibido tratamiento respecto a un grupo sin tratamiento fue de 0,83. La conclusión fue que los pacientes sometidos a terapias cognitivo-conductuales mejoraban más que los que esperan tratamiento o que reciben una atención placebo.

Un meta-análisis interesante que aborda el estudio de la psicoterapia respecto al placebo, fue el realizado por Bowers y Clum en 1988. Estos autores consideraron que el placebo (entendido como sinónimo de factores no específicos) consta de dos componentes principales: *a)* una discusión del problema del cliente y *b)* la manipulación de la creencia de que está recibiendo un tratamiento eficaz. Por otra parte, y a fin de aumentar la credibilidad del placebo, éste debe suponer una interacción con el terapeuta que tiene que durar lo mismo que el tratamiento con el que se está comparando. La expectativa que tenga el paciente va a influir en dicha credibilidad por eso hay que aumentar ésta última. Por otra parte, la expectativa influye en la eficacia de algunos



tratamientos, de ahí su importancia. A fin de evaluar la credibilidad del placebo se elaboró una escala, desde los muy creíbles (con la máxima puntuación) hasta los muy poco creíbles (los que tienen una puntuación más baja).

Al recopilar los estudios (primer paso del diseño de un meta-análisis) se dieron cuenta que los que investigaban la efectividad de la psicoterapia en relación a un grupo control placebo, eran en su inmensa mayoría estudios de terapia del comportamiento. De tal manera que, finalmente, fueron seleccionados sesenta y nueve estudios que analizaban tratamientos como la desensibilización sistemática, el *biofeedback*, el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia de pareja, la terapia conductual, la terapias cognitivo-conductuales como la terapia racional-emotiva de Ellis, la meditación, la relajación y el *flooding*.

El resultado del meta-análisis mostró cómo la terapia conductual y cognitivo-conductual son más eficientes que el placebo en una proporción de dos a uno aproximadamente, esto es, con un tamaño del efecto de 0,55. Esto significa que al menos estas dos terapias de conducta poseen efectos específicos más allá de los no específicos de los tratamientos placebo.

Otro meta-análisis de este estilo fue el realizado por Barker, Funk y Houston en 1988. Estos autores intentaron con su meta-análisis comprobar cómo los factores no específicos afectan al éxito del tratamiento ya que tales factores dan lugar en los pacientes a expectativas positivas de que van a mejorar. No obstante, Barker, Funk y Houston se centraron más en las expectativas de los pacientes que en la credibilidad de los mismos al placebo.

La muestra quedó configurada con un total de diecisiete estudios que se centraban en la terapia conductual y en la terapia cognitivo-conductual. Estos estudios cumplían lo criterios que se citan a continuación:

1. Que el placebo utilizara solamente elementos psicológicos y/o conductuales (y no pastillas placebo).

2.- Que se incluyera una prueba empírica sobre las diferencias en cuanto a las expectativas de mejoría de los sujetos del tratamiento y del grupo control placebo (consistentes en cuestionarios donde los pacientes realizaban puntuaciones sobre la utilidad del tratamiento o la probabilidad de mejoría).

3.- Que no se encontraran diferencias significativas entre las expectativas de los pacientes del grupo de tratamiento y del grupo control placebo.

Cuando se compararon el grupo de tratamiento y el grupo placebo se vio como el tamaño del efecto era de 0,549, mientras que si se comparaba el placebo con el no tratamiento el tamaño del efecto se situaba en 0,472. Por último, en la comparación entre tratamiento y no tratamiento el tamaño del efecto era de 1,055. Esto quiere decir que la mitad aproximadamente del efecto del tratamiento es atribuible a un efecto placebo, incluso cuando el placebo produce en los sujetos expectativas de mejoría parecidas. A igualdad de expectativas, los resultados de un tratamiento conductual o cognitivo-conductual son significativamente mejores que los de un placebo (de manera que la diferencia a favor del tratamiento no depende de la expectativa de éxito de los sujetos, sino en variables propias del tratamiento específicas, en variables no específicas ajenas a las expectativas o a una interacción entre ambas variables). Resumiendo, la eficacia del tratamiento placebo es aproximadamente la mitad de la atribuible a la psicoterapia.

Concluyendo con los estudios meta-analíticos, podemos decir que éstos se han convirtieron quizás en el procedimiento más usual para evaluar la efectividad psicoterapéutica, tanto para evaluar la eficacia global (si son efectivos respecto a los controles), como en términos diferenciales (si existen tratamientos más eficaces que otros). De esta forma, a través de estos estudios se habría demostrado que las psicoterapias son efectivas (más efectivas que el no tratamiento). Así lo confirma la revisión de Lipsey y Wilson (1993) sobre los meta-análisis que han estudiado el problema de la efectividad ya que de los trescientos dos meta-análisis revisados, sólo seis ofrecían resultados negativos y muy pocos ninguno.

Abandonando ya el terreno de los estudios meta-analíticos en lo que se refiere a la efectividad global de la psicoterapia, continuemos repasando los diversos estudios

que sobre la controversia de la efectividad psicoterapéutica se han realizado y que han dado lugar a una conclusión positiva, esto es, a favor de la misma. En estos últimos estudios que vamos a citar a continuación, el interés no ha estado tanto en estudiar la efectividad global de una amplia diversidad de psicoterapias, sino en investigar la efectividad general de un tipo de psicoterapia en concreto o de un enfoque psicoterapéutico determinado (ahora bien, sin realizar una comparación entre la efectividad de diversas psicoterapias ya que esto pertenece al ámbito del próximo apartado donde trataremos precisamente estos estudios comparativos).

En el año 1988 y dentro del “Proyecto Penn”, Luborsky, Crist-Christoph, Minz y Auerbach, realizaron un estudio sobre la efectividad de las psicoterapias dinámicas breves. En este estudio participaron cuarenta y dos terapeutas de orientación psicoanalítica y setenta y tres pacientes con diversos diagnósticos clínicos (neurosis, trastorno de personalidad, neurosis mixta, psicosis latente, desajuste situacional y trastorno psicofisiológico), siendo evaluado sus estados antes y después de la psicoterapia, realizándose un seguimiento de siete años.

La evaluación del resultado del tratamiento fue realizada por el mismo paciente, el terapeuta y un observador clínico. Se produjo una mejoría alta o media en un 65% de los pacientes y leve en un 27% de los casos. En un 7% no hubo mejoría mientras que un 1% empeoró. La magnitud del cambio terapéutico fue de 0,80 unidades de desviación típica, cifra semejante a la eficacia media de la psicoterapia apuntada por Smith, Glass y Miller en 1980.

En 1989, Beckham y Watkins evaluaron la efectividad de la terapia cognoscitiva, comprendiendo la terapia de Beck, la terapia racional-emotiva de Ellis y el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum. En este estudio demostraron que dichos tratamientos terapéuticos eran especialmente efectivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y psicósomáticos, trastornos de la alimentación y trastornos por abusos de drogas y alcohol. Especialmente estos tratamientos eran eficaces en el tratamiento de los trastornos depresivos. Hasta tal punto estos tratamientos eran eficientes, que los autores de este estudio sitúan su eficacia por encima de los fármacos antidepresivos (comúnmente aceptados como válidos en la intervención de la depresión). A esta misma conclusión llegaron autores como Rush,

Beck, Kovacs y Hollon (1977), Blackburn, Bishop, Glen, Whalley y Christie (1981) y Teasdale, Fennel, Hibbert y Amies (1983). Otros estudios consideran que al menos son igual de eficientes, como proponen las investigaciones al respecto de Beck, Hollon, Young, Bedrosian y Budenz (1985) y Murphy, Simons, Wetzel y Lustman (1984).

También en el tratamiento de la depresión otras formas de intervención psicoterapéutica han demostrado su eficacia. Elkin, Shea, Watkins, Imber, Sotsky, Collins, Glass, Pilkonis, Leber, Docherty, Fiester y Parloff (1989) realizaron un estudio en el *National Institute of Mental Health*, en el cual se sometieron a doscientas cincuenta pacientes depresivos a cuatro condiciones experimentales de forma aleatoria, a saber: terapia cognoscitiva-conductual, psicoterapia interpersonal, imipramina y placebo (terapia de apoyo mínimo). Tras el tratamiento, y teniendo en cuenta la percepción del paciente sobre su mejora, la opinión independiente de un clínico y la gravedad de los síntomas tratados, los resultados mostraron que no se podía afirmar que las psicoterapias y la imipramina fueran más eficaces que el tratamiento placebo. No obstante, cuando la severidad de los síntomas de la patología depresiva era alta, las psicoterapias y la imipramina demostraron una eficacia mayor (años más tarde, en 1999, Sotsky y Simmens reanalizaron datos del *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Research Program* (TDCRP), aportando la confirmación de que la imipramina es inefectiva para pacientes con rasgos atípicos).

Robinson, Berman y Neimeyer (1990) estudiaron cincuenta y ocho estudios en el que se evaluó la eficacia psicoterapéutica de las terapias cognoscitivas, conductual, cognoscitivas-conductuales y verbales (psicodinámica, interpersonal y centrada en el cliente). Se usaron diferentes escalas para la evaluación de la depresión al valorar los resultados, los cuales mostraron que la efectividad psicoterapéutica correspondía a un tamaño del efecto de 0,84, para de las diferentes formas de psicoterapia si se comparaba con el grupo control en lista de espera. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas al compararlas con un grupo control placebo.

Goldfried, Greeberg y Marmar (1990) revisaron diversos trabajos sobre la efectividad psicoterapéutica y llegaron a la conclusión de que diferentes tratamientos psicoterapéuticos son efectivos en la intervención sobre fobias simples, agorafobias, trastornos obsesivos-compulsivos, trastornos de personalidad, depresión, esquizofrenia

y bulimia. También hablan a favor de la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia dinámica breve.

Von Asten en 1990, en la antigua República Federal de Alemania, estudió la terapia cognoscitivo-conductual en el tratamiento de trastornos como fobias y ansiedad inespecífica, realizado por ciento ochenta psicoterapeutas en formación. Porcentualmente, los objetivos terapéuticos fueron logrados en un 72.2%. La psicoterapia dio lugar a una reducción de los síntomas en un 20,2%. Se produjo un deterioro en un 4% de los pacientes. Por último un 17% aumentó la mejoría lograda al finalizar la terapia.

Finalmente, Castillo y Poch (1991) en su libro *“La efectividad de la psicoterapia: Método y resultado de la investigación”*, al plantearse la cuestión de si la psicoterapia es efectiva (y tras mostrar una detallada revisión de los estudios que de alguna manera, tanto si sus resultados eran a favor como en contra, han abordado el tema de la efectividad psicoterapéutica), concluyen que la respuesta a esa cuestión es que «es claramente afirmativa» (Castillo y Poch, 1991, p. 193).

#### **2.4.2.- Eficacia diferencial de la psicoterapia**

Hasta el momento hemos revisado lo que los más relevantes estudios realizados en el marco de la efectividad psicoterapéutica han concluido respecto a la eficacia global de la psicoterapia. Parece existir un abundante acuerdo a favor de la misma en general. Pero si la psicoterapia es efectiva, lo siguiente que cabe preguntarse es: ¿existen diferencias significativas entre las diferentes psicoterapias a nivel de eficacia? ¿son tan distintos los diversos enfoques de psicoterapia como parecen?

A pesar de las diferencias teóricas que existen entre los diferentes enfoques psicoterapéuticos, parece deducirse de los diferentes estudios y revisiones que se han realizado hasta el momento que no hay evidencia empírica que demuestre suficientemente la superioridad de un enfoque sobre los otros. Así, por lo que parece, «las psicoterapias son más semejantes que diferentes cuando se llega a su esencia, facilitar el cambio psicológico a través de técnicas y procedimientos efectivos» (Garske y Jay Lynn, 1988, p. 624). Desde esta posición, cobraría sentido la célebre frase del

pájaro bobo en “*Alicia en el país de las maravillas*” (citada por Luborsky, Singer y Luborsky, 1975) al juzgar al ganador de una carrera: «todo el mundo ha ganado y todos deben tener premio».

No obstante, existen autores que se oponen a asumir dicha conclusión como Rachman y Wilson (1980) que negaron la equivalencia en cuanto a la efectividad de las distintas psicoterapias. Asimismo, Giles, Neims y Prial (1993) consideran que existe superioridad de algunas psicoterapias sobre otras hasta el punto de que deberían ofrecerse como tratamientos de elección. Esta conclusión es asumida más recientemente por Pérez Álvarez (1996).

A continuación, vamos a exponer los estudios más relevantes que se han realizado sobre la efectividad diferencial de las psicoterapias. En primer lugar expondremos los que no están a favor de la equivalencia entre las psicoterapias, esto es, los estudios que asumen que existen unas psicoterapias más efectivas que otras. Seguidamente, comentaremos los que abogan por una equivalencia entre los tratamientos psicoterapéuticos. Como comprobaremos, algunos de los estudios que vamos a citar ya han sido mencionados en el punto anterior cuando estudiábamos la eficacia global de la psicoterapia. Ahora los completaremos mostrando los datos a los que se llegaron cuando evaluaron la eficacia diferencial entre las psicoterapias.

#### **2.4.2.1.- Datos a favor de la no equivalencia**

Los estudios y revisiones más insignes que consideran que las tesis acerca de la equivalencia de las psicoterapias no están significativamente demostradas son las siguientes:

En primer lugar, hay que volver a empezar por Eysenck, que si bien tuvo problemas en reconocer la efectividad global de la psicoterapia, en 1961 al tratar sobre las terapias basadas en las teorías del aprendizaje (en concreto, la psicoterapia por inhibición recíproca de Wolpe (1958/1981) y la psicoterapia racional-emotiva de Ellis, 1957) argumentó: «los pacientes neuróticos tratados a través de procedimientos psicoterapéuticos basados en las teorías del aprendizaje mejoran significativamente más rápido que los pacientes tratados a través del psicoanálisis o la psicoterapia ecléctica, o

que aquellos no tratados por psicoterapia alguna» (Eysenck, 1961, p. 720). Lo que era lo mismo que decir que reconocía la superioridad de las terapias que se apoyaban en las teorías del aprendizaje sobre el resto de psicoterapias.

Beutler (1979), utilizando un método estadístico para evaluar los efectos de la psicoterapia (el mismo que utilizó Luborsky y col. en 1975, pero incluyendo abundantes estudios con poblaciones no clínicas como estudiantes voluntarios), clasificó comparaciones basadas en dimensiones paciente-síntoma y evaluó hipótesis relacionadas con la interacción entre estas dimensiones y las de la terapia. La conclusión que alcanzó fue que bajo determinadas condiciones, no todas las psicoterapias eran igualmente efectivas ya que las terapias psicoanalíticas fueron más efectivas que las terapias conductuales en los casos en que los pacientes eran ampliamente reacios al tratamiento. En los casos de clientes menos resistentes, los resultados eran contrarios. No se encontró ninguna otra interacción entre las variables del paciente y el tipo de terapia.

En 1980, Rachman y Wilson, en su afamado libro "*The effects of psychological therapy*", proclaman que no encuentran satisfactorias los estudios de Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple (1975), Luborsky, Singer y Luborsky (1975) y Smith y Glass (1977) que mostraban que no existían diferencias significativas entre las psicoterapias. Rachman y Wilson dicen haber descubierto errores en dichos estudios y por tanto sus conclusiones son cuestionables. Rachman y Wilson criticaron ferozmente en este sentido a los meta-análisis como método de evaluación de la efectividad psicoterapéutica. Según estos autores un meta-análisis más cuidadoso revelaría que no todas las psicoterapias son equivalentes.

Estos autores continúan «(...) se han demostrado técnicas específicas que han producido un significativo y mayor mejoramiento que otras. Pacientes con fobias y trastornos obsesivos compulsivos parecen obtener más beneficios con tratamientos verbales o de naturaleza cognitiva» (Rachman y Wilson, 1980, p. 257). En este sentido, las terapias cognitivas parecen ser los métodos de preferencia en los tratamientos de problemas de ansiedad. Otros trastornos como los desórdenes sexuales parecen mejorar más con tratamientos de corte conductual, pues parecen ser superiores a los tradicionales métodos psicoterapéuticos. Sobre los estudios experimentales que

comparan la eficacia de las psicoterapias sobre problemas concretos, Rachman y Wilson concluyen respecto a las terapias de conducta que puede afirmarse que existen métodos bien definidos para tratar la ansiedad y diversos tipos de miedo, de igual forma que existen tratamientos más relevantes para el tratamiento de las obsesiones y compulsiones y, como se ha mencionado, para las disfunciones sexuales. También se han producido mejoras mediante estas técnicas conductuales en las habilidades sociales de personas con problemas para relacionarse. Asimismo, han supuesto un progreso para la rehabilitación de personas con desordenes crónicos o incapacitantes, «(...) e incluso donde el progreso ha sido más desalentador (como ha sido en el tratamiento de la conducta de fumar) hay un número de ideas nuevas y sugerentes en consideración» (Rachman y Wilson, 1980, p. 261).

Para Rachman y Wilson la tendencia a aceptar la proposición de que no existen diferencias significativas entre las formas alternativas de psicoterapia es prematura y descaminada. En este sentido «tanto si la falta de diferencias entre las alternativas formas de terapias son definitivamente establecidas, está claro que las consideraciones de la eficacia y de los costos-eficacia deberían representar una importante parte a la hora de determinar qué terapias deberían ser apoyadas y cuáles poner en entre dicho (...) [y] si la indiscriminada distribución de argumentos de evaluación lleva a alguna convicción, los terapeutas deberían notificar a los pacientes qué tipo particular de terapia es más recomendable» (Rachman y Wilson, 1980, p. 257).

Andrews y Harvey (1981), al revisar los estudios de casos neuróticos del meta-análisis de Smith y Glass (1977), vieron que sin que las demás terapias dejaran de ser efectivas, la terapia de conducta era marcadamente superior.

Retomando para este apartado acerca de la efectividad diferencial de la psicoterapia, en el meta-análisis de Shapiro y Shapiro (1982), podemos comprobar como los estudios incluidos eran en su mayoría referidos a tratamientos conductuales, estando menos representadas los de terapias cognitivas y los de psicoterapia dinámica. Es sorprendente (y sospechoso) que en el meta-análisis de Shapiro y Shapiro se diferencien hasta diez modalidades de terapia conductual y luego se incluyan en una misma categoría psicoterapias tan diversas como la humanista y la dinámica. Quizá es que los terapeutas conductuales investigan más sobre los tratamientos que aplican o



publican más a menudo sus trabajos; lo cierto es que esta será una crítica que se le hará más tarde a estos autores (Searles, 1985), en el sentido de que sus conclusiones tal vez estuvieran sesgadas por el “efecto del experimentador”.

En el meta-análisis de Shapiro y Shapiro, la magnitud del efecto va desde el 0,26 para el entrenamiento en habilidades de estudio, hasta el 1,52 para los métodos conductuales encubiertos (*covert behavioral*). La terapia “mixta” de corte predominantemente conductual alcanzó la magnitud del efecto medio más alto con 1,42. Los métodos conductuales obtuvieron un 1,06 y los cognoscitivos un 1,00. Las terapias humanistas y dinámicas eran menos efectivas que los tratamientos mínimos (0,40) o placebos (0,71). Los datos del meta-análisis quedan resumidos en la siguiente tabla:

MÉTODO	Nº DE ESTUDIOS	MAGNITUD DEL EFECTO
<b>Conductual</b>	134	1,06
<i>Biofeedback</i>	9	1,01
<i>Covert behavioral</i>	13	1,52
<i>Flooding</i>	10	1,12
<i>Rehearsal, auto-control y monitoring</i>	21	1,01
<i>Desensibilización sistemática</i>	55	0,97
<i>Relajación</i>	31	0,90
<i>Refuerzo</i>	17	0,97
<i>Modelado</i>	8	1,43
<i>Entrenamiento en Habilidades Sociales</i>	14	0,85
<i>Entrenamiento en Habilidades de Estudio</i>	4	0,26
<b>Cognoscitivo</b>	22	1,00
<b>Dinámico/Humanístico</b>	16	0,40
<b>Mixto</b>	28	1,42
<b>Sin clasificar</b>	14	1,78
<b>Tratamiento mínimo</b>	36	0,71

Tabla 2: Modalidad de tratamiento y magnitud del efecto (Adaptado de Shapiro y Shapiro, 1982).

Shapiro y Shapiro discuten estos datos e intentan explicar estos resultados tan desfavorables para las terapias verbales (dinámicas y humanistas) aduciendo el pequeño número de investigaciones (dieciséis) que sobre terapias verbales se incluyeron en el meta-análisis, con lo que no podían ser representativos de esos métodos de tratamiento

(debido, según ellos, a que quizás los terapeutas de esta orientación pueden ser contrarios a realizar estudios de resultado con grupo control, que fueron los que precisamente se incluyeron en el meta-análisis). También estos resultados podrían deberse a que, en general, la mayoría de los tratamientos implicados en estudios comparativos eran de naturaleza conductual y estaban realizados en contextos análogos (estudiantes en vez de pacientes reales). Shapiro y Shapiro incluso insinuaron la posibilidad de que se hubiera producido algún sesgo debido a que las terapias humanistas y dinámicas fueron las que se usaron como contraste de la preferida por los autores que realizaban la investigación.

Searles (1985) reanalizó los datos de los mencionados anteriormente Andrews y Harvey (1981). Encontró que la magnitud del efecto de la terapia de conducta era tres veces mayor que la de la psicoterapia. Searles también reanalizó los datos del meta-análisis de Shapiro y Shapiro (1982) y llegó al resultado de que las terapias conductuales y cognitivas abarcan el 95% de los datos. Ante esto, Searles concluyó que «cuando la calidad de un estudio se asocia con un meta-análisis, las mayores magnitudes del efecto son función casi exclusivamente de los resultados positivos de los enfoques orientados conductualmente» (Searles, 1985, p. 460).

Por otra parte, Weisz y Weiss (1993), realizaron un estudio sobre los efectos de la psicoterapia en niños y adolescentes en la cual se demuestra que no todas las psicoterapias son igualmente efectivas. Según los autores, todos los meta-análisis sobre estudios controlados de psicoterapia infantil encuentran diferencias significativas en cuanto a la magnitud del efecto como función del tipo de psicoterapia. En este sentido, las terapias conductuales tendrían una mayor magnitud del efecto que las no conductuales. La superioridad de las terapias conductuales es manifiesta.

Otro argumento a favor del efecto diferencial de las distintas psicoterapias es el de Giles (1993), que al estudiar la eficacia de los tratamientos psicológicos en trastornos concretos, mostró que no todas las psicoterapias obtenían los mismos resultados. Este autor estudió la eficacia de las terapias tradicionales (terapias de larga duración, centradas en el pasado, cuya pretensión es un cambio de personalidad, además de utilizar técnicas de interpretación, catárticas, transferenciales, etc.), así como la psicoterapia prescriptiva (terapias de corta duración, centradas en el presente, que

pretenden cambios conductuales y cuyas técnicas son tipo directivo, de consejo, de colaboración y educativas). En concreto, las terapias precriptivas (las cognitivas y/o conductuales), son más efectivas a la hora de abordar trastornos específicos que las tradicionales, esto es, las terapias de corte psicodinámico. No obstante, hay que decir que la división de las psicoterapias entre prescriptivas y tradicionales es problemática como fue argumentado por Elliot, Stiles y Shapiro (1993). Ya Giles diez años antes, al estudiar los efectos de los tratamientos específicos, concluyó que la terapia de conducta se muestra específicamente más eficaz en problemas concretos que la terapia psicodinámica (Giles, 1983). Este argumento da lugar a una perspectiva diferente en lo que se refiere al papel desempeñado por los factores comunes causa atribuida tradicionalmente a la equivalencia.

Pérez Álvarez (1996) en su libro “Tratamientos Psicológicos”, concluye: «el meta-análisis que tan bien se presta a ofrecer la equivalencia de las psicoterapias revela, sin embargo, sus diferencias» (Pérez Álvarez, 1996, p. 827). De la misma forma, se siente contrariado ante la conclusión de Castillo y Poch de que no se podía afirmar que existiera una psicoterapia más eficaz que otra. En este sentido, Pérez Álvarez replica que «de los datos que manejan se podría concluir con más derecho y rectitud que hay ciertas diferencias que se suelen repetir en la misma línea aunque no se han dado sistemáticamente en todos los estudios (...) al menos la equivalencia tampoco se da “sistemáticamente”» (Pérez Álvarez, 1996, p. 827). En conclusión, suponiendo que todas las psicoterapias fueran efectivas en alguna medida «lo cierto es que no todas son igual de efectivas» (Pérez Álvarez, 1996, p. 819). Por último, afirma que la evaluación de la psicoterapia no se debe conformar con los estudios meta-analíticos y distingue entre efectividad y eficiencia, esto es, una terapia puede ser eficiente en su éxito social pero no ser eficaz en cuanto al resultado clínico objetivable.

El caso es que, como podrá comprobarse en el siguiente apartado, en la actualidad existe bastante consenso en el seno de los investigadores de la psicoterapia a favor de la efectividad similar, a tenor de lo mostrado por la investigación de resultados. Es una línea de investigación prácticamente superada, en el sentido de que una vez admitida la efectividad global de la psicoterapia y la similar efectividad de los diferentes modelos, lo que interesa hoy es descubrir los elementos que hacen efectivas a las psicoterapias, entendidas como un proceso basado en la relación entre el terapeuta y el

paciente en pos de la cura. No obstante, aún en los últimos años aún surgen algunas voces disconformes con la cuestión de la efectividad similar (autores como Pérez Álvarez, Giles, Weisz y Weiss, mencionados anteriormente son una muestra de ellos) que continúan otorgando un mayor rango de efectividad a algún tipo de terapia en especial (normalmente a las de corte conductual o cognitivo-conductual).

Así, podemos encontrar incluso hoy autores como Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández (2001) que en un documento realizado a iniciativa de la Asamblea Anual de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud (Octubre de 2001), otorgan una cierta preponderancia a las terapias de corte cognitivo-conductual (de hecho, en un amplio listado de 42 trastornos, se recomienda las terapias cognitivos-conductuales en 28 de ellos, y alguna variante de terapias de conducta en otros 7). De este modo, los autores manifiestan que no todos los tratamientos psicológicos han sido sometidos convenientemente a prueba, siendo los más investigados los de corte cognitivo-conductual y, por ello, mostradamente eficaces en una amplia gama de trastornos. Para Labrador y col., las terapias psicodinámicas (y también las humanistas y sistémicas) no han sido investigadas lo suficiente como para que se pueda afirmar si son efectivas o no. En este sentido, los autores parecen no haber tenido en gran consideración la elevada cantidad de estudios que, desde hace tiempo, han comparado la efectividad de las terapias psicodinámicas con las conductuales y cognitivo-conductuales (y a las que el lector podrá acceder en el siguiente apartado), concluyendo en su mayoría una ausencia de diferencias significativas entre ellas en cuanto a efectividad. Sin embargo, no deja de sorprender que los autores, incluso reconociendo los escasos datos disponibles acerca de la terapia interpersonal (un tipo de terapia ecléctica que, desde luego, ha sido aún menos investigada que las de tipo psicodinámico), se aventuren a señalar una más que posible eficacia de esta terapia.

#### **2.4.2.2.- Datos a favor de la equivalencia**

Centrémonos ahora en aquellos estudios que han concluido que las diferentes psicoterapias son equiparables en cuanto a su efectividad:

En primer lugar, Landis (1938), de cuyo estudio ya hemos hablado anteriormente, al comparar la técnica psicoanalítica ortodoxa con la hipnosis, la

persuasión y análisis no freudianos, comprobó que los porcentajes de mejoría eran de 58% para el tratamiento psicoanalítico (aumentando a un 91% cuando se eliminaban los casos de tratamientos suspendidos), 70% para la hipnosis, 67% para la persuasión y 87% para el análisis no freudiano. Estos datos llevaron a Landis a afirmar que «estas cifras indican que la psicoterapia de casi todos los tipos da esencialmente la misma proporción de mejoría en las psiconeurosis. No hay prueba palpable de que una forma de tratamiento sea más efectiva, hablando en forma general, que otra cualquiera» (Landis, 1938, p. 175).

No obstante no hay que olvidar que para Landis aunque no existían diferencias significativas entre las diferentes psicoterapias, éstas deberían mostrar un valor apreciablemente mayor que las cifras de mejoría que se daban en pacientes que habían sido tratados con muy poca o ninguna psicoterapia, a fin de que pudieran ser tomadas en consideración.

El soporte fundamental en la defensa de la equivalencia de las psicoterapias se apoya en las propuestas de Frank (1973) sobre los factores comunes que poseen las diferentes psicoterapias y que serían precisamente los responsables de dicha equivalencia. De cualquier forma, sobre Frank y los factores comunes hablaremos profusamente en el segundo gran bloque del presente trabajo cuando hablemos de la investigación del proceso psicoterapéutico.

El estudio de Luborsky, Singer y Luborsky (1975), ya mencionado, encontró que la mayoría de los estudios que comparaban las distintas psicoterapias encontraron diferencias insignificantes en las proporciones de pacientes que mejoraron al final del tratamiento. Así, hicieron el veredicto de que «todas han ganado y todas merecen premio» citando al consabido pájaro bobo de *Alicia en el país de las maravillas*. Sin embargo, para Rachman y Wilson (1980) este veredicto y otras conclusiones, así como la evidencia en la que se basan, requieren de una gran revisión. Rachman y Wilson realizaron algunas objeciones al estudio y a las conclusiones de Luborsky y col., pero, en definitiva, no se extrañan del fracaso de éstos para encontrar diferencias entre métodos alternativos de tratamiento. Al contrario, dicen que habría sido noticia que hubieran encontrado diferencias. No obstante, a pesar de la afirmación general de Luborsky y col. sobre la equivalencia de las psicoterapias, al comparar la psicoterapia

de tiempo limitado e ilimitado aparecieron algunas pequeñas diferencias entre ambas, así como también concluyeron que en cierta forma la terapia del comportamiento podrían ser especialmente apropiadas para el tratamiento de las fobias.

El estudio Temple llevado a cabo por Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple en 1975, además de analizar la efectividad global de la psicoterapia como se ha visto, también se propuso estudiar las afinidades y discrepancias entre la terapia psicoanalítica, las terapias de conducta y el tratamiento mínimo (grupo control en lista de espera), investigar el efecto de la experiencia de los terapeutas sobre el resultado del tratamiento, así como averiguar qué tipos de tratamientos eran más adecuados para determinados tipos de pacientes o trastornos.

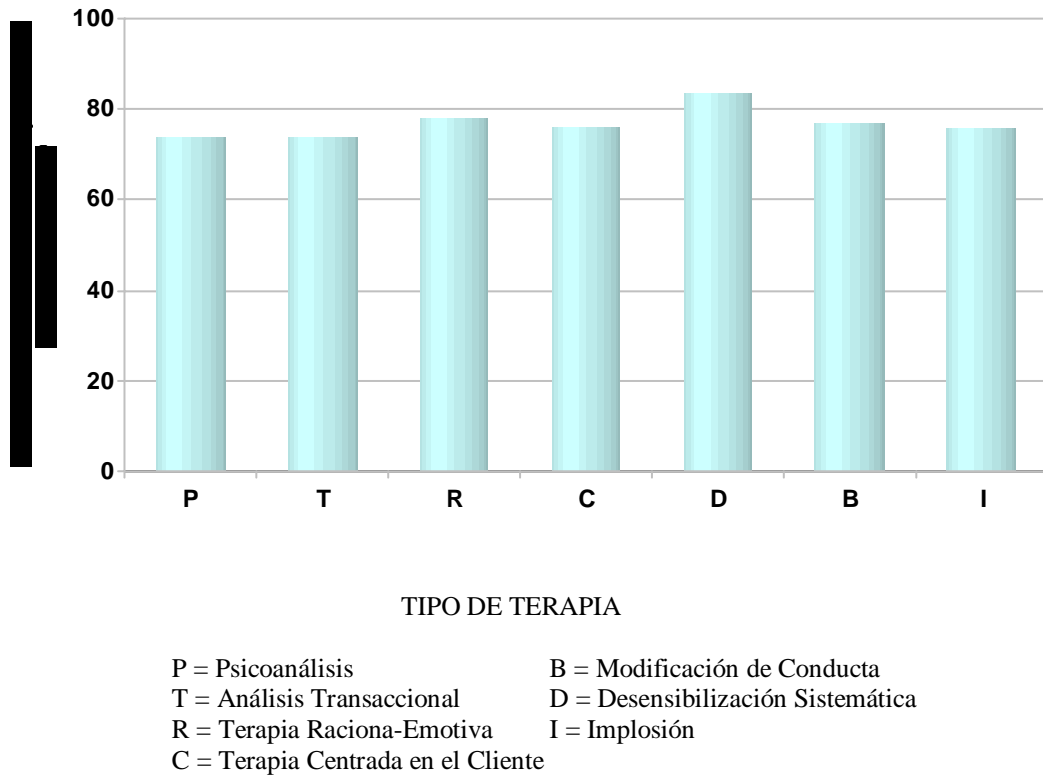
Como ya se apuntó en su momento, este estudio utilizó 94 pacientes entre 18 y 45 años, que tenían algún tipo de psicopatología (siempre que no fuera de carácter psicótico u orgánico-cerebral), sobre todo trastornos de personalidad y neuróticos. Estos pacientes, además, debían estar de acuerdo en participar en un tratamiento psicológico durante cuatro meses más que recibir un tratamiento de tipo farmacológico. Aparearon los pacientes respecto a tres dimensiones: *a*) número de pacientes (se asignaron treinta por grupo), *b*) nivel de neuroticismo reflejado en el EPI (alto o bajo) y *c*) sexo (varón y hembra). También se tuvo en cuenta la experiencia del terapeuta que podía ser baja (seis años para los terapeutas conductuales y ocho para los psicoterapeutas), medio (trece y veinte respectivamente) y alto (veinte y treinta y cinco respectivamente). Adoptaron dos medidas de resultado para evaluar la efectividad de los tratamientos que fueron: *a*) cambios en la gravedad de los síntomas objetivos (ansiedad, incapacidad para realizar algún comportamiento, quejas corporales, hábitos no deseados y otros) y *b*) los cambios en la adaptación de los pacientes a partir de los criterios del propio paciente, el evaluador y un observador que actuaba de forma independiente.

Tras los cuatro meses de tratamiento, se comprobó que todos habían mejorado independientemente del grupo al que pertenecían, ya fuera terapia conductual, psicoterapia psicoanalítica o grupo control (que tuvo un mejoramiento sustancial aunque más pequeño, llegando a un porcentaje del 48%). Sloane explicó ese mejoramiento por grupos de procesos terapéuticos envueltos en un activo y público compromiso de mejorar, la entrevista diagnóstica y un contacto intermitente telefónico

con el clínico. De todas formas, los pacientes que recibieron algún tipo de terapia formal mejoraron significativamente más en cuanto a los síntomas objetivo que los de tratamiento mínimo (grupo control). Así, llegaron a la conclusión de que la superioridad de las dos formas de tratamiento sobre el grupo control de lista de espera demuestra que el éxito de la terapia no es debido al efecto placebo de aspectos no específicos de la terapia «ya que un arousal de esperanza, expectativas de ayuda y una inicial entrevista catártica» (Sloane y col., 1975, p. 224) es cuestionable. En definitiva, para este estudio tanto la psicoterapia psicoanalítica como las terapias de conducta son comparables en términos de eficacia o logro de resultados beneficiosos.

En el apartado 2.4.1.2. explicamos detenidamente los estudios que en 1977 y 1980, Smith y Glass realizaron sobre la efectividad psicoterapéutica. En este apartado lo que nos interesa es conocer las conclusiones a las que llegaron sobre la efectividad diferencial. En el estudio de Smith y Glass de 1977, una vez que concluyeron a favor de la efectividad general de la psicoterapia, un segundo foco de atención se centro en la comparación de diez tipos de terapias que se evaluaron. Así, el efecto mayor fue para la desensibilización sistemática (.9 sigma), seguida por la terapia racional emotiva (.77), modificación de conducta (.76), implosión (.64), terapia centrada en el cliente (.63), terapia de orientación psicoanalítica (.59), y terapia Gestalt (ver gráfica 3).

Smith y Glass crearon dos superclases de terapias: *a)* la primera estaba compuesta por terapia Gestalt, implosión, D.S., y modificación de conducta; *b)* la segunda estaba compuesta por terapia de orientación psicoanalítica, terapia adleriana, rogeriana, racional-emotiva, análisis transaccional y terapia ecléctica. El significado de los efectos medidos de las dos superclases mostró que la superclase comportamental era ligeramente superior que las no comportamentales, pero que no existían diferencias significativas entre las terapias a nivel de eficacia.



Gráfica 3: Comparación de la efectividad de siete métodos de psicoterapia (Smith y Glass, 1977)

Smith y Glass sacaron tres conclusiones de sus descubrimientos:

1.- La psicoterapia funciona. Los resultados del meta-análisis aportaron claramente la aseveración de que las personas que acudieron a terapia les fue mejor con el tratamiento que sin él.

2.- La investigación demostró diferencias despreciables en cuanto a la eficacia producida por diferentes psicoterapias de tal manera que los juicios de superioridad por alguna u otra terapia están injustificados.

3.- Los autores proponen que el conocimiento e información de los investigadores y terapeutas acerca de la eficacia de la psicoterapia sería positivo ya que esta información ha sido muy poco divulgada a través de las múltiples publicaciones.

Con respecto al estudio de estos mismos autores de 1980, apareció una cierta superioridad de las terapias conductuales frente a las cognoscitivas, humanistas y



psicodinámicas (consideradas como verbales). En principio, pareció que las terapias cognoscitivas y cognoscitivas-conductuales, así como la hipnoterapia y la desensibilización sistemática, eran las más eficaces. Las terapias dinámicas, dinámica-ecléctica, adleriana, centrada en el cliente e implosiva tendrían una eficacia media, mientras que la menos efectiva sería el *counseling*. No obstante, los autores introdujeron una corrección estadística justificada porque las terapias conductuales eran fáciles de influir y mediatizar por el terapeuta y el paciente (instrumentos de alta reactividad), lo que dio lugar a que la comparación en cuanto a eficacia de ambos tipos de terapia se igualaran de forma notable. De esta forma, al tomarse en consideración la reactividad de las medidas la diferencia entre ambas clases de terapias prácticamente se anulaban. La conclusión final no podía ser otra para estos autores que la ya consabida equivalencia de la efectividad de las terapias, aunque reconocieron que todavía no se había podido averiguar qué tratamiento era el más adecuado para determinados tipos de clientes.

Sobre las conclusiones de Smith y Glass (1980) y en general sobre las conclusiones que arrojan los meta-análisis cuando se han utilizado para estudiar la efectividad comparativa entre las psicoterapias, Pérez Álvarez (1996) basándose a su vez en la revisión de meta-análisis realizada por Lipsey y Wilson (1993) (de la que se concluye que de trescientos dos meta-análisis sólo seis presentan resultados negativos y muy pocos ninguno), proclama que «es mucho más fácil hacer un meta-análisis que un análisis experimental» y continúa «(...) los resultados del meta-análisis (que no necesariamente del tratamiento) son fundamento empírico para la propagación de la equivalencia de las psicoterapias y del movimiento de la integración» (Pérez Álvarez, 1996, p. 823), lo cual debe ser tenido en cuenta.

En 1985, Berman, Miller y Massman realizaron una revisión sobre los trabajos que se habían dedicado a comparar la eficacia de la terapia cognitiva frente a la desensibilización sistemática. Al contrario de lo que concluyeron Shapiro y Shapiro (1982), la terapia cognitiva no resultaría ser más eficaz que la desensibilización sistemática. Por el contrario, ambas serían igualmente efectivas. Para Berman, Miller y Massman los resultados de Shapiro y Shapiro estarían sesgados por el compromiso de los investigadores con las hipótesis. De la misma manera, también quisieron averiguar si la integración de ambos procedimientos sería más efectivo que su puesta en práctica

por separado. A esta cuestión concluyeron que la combinación de ambas terapias no era más efectiva que su utilización por separado.

Un año después, en 1986, Stiles, Shapiro y Elliot resolvieron en el *American Psychologist* que las diferentes psicoterapias eran equivalentes en cuanto a su efectividad, lo cual invistió de una cierta “oficialidad” a dicha conclusión. Desde ese momento, y como dice Pérez Álvarez (1996), la equivalencia se ha dado como un hecho y se ha tomado como el principal fundamento empírico para el movimiento de la integración de la psicoterapia, citando como ejemplos a Castillo y Poch (1991) y Lambert (1992).

El campo en el que quizás se han realizado un mayor número de investigaciones comparativas entre terapias (sobre todo entre las conductuales y cognoscitivas-conductuales) ha sido en el ámbito del tratamiento de la depresión. Por la importancia de estos estudios, vamos a destacar dos de ellos, tal vez los más relevantes al respecto. En primer lugar, el estudio ya mencionado con anterioridad de Elkin, Shea, Watkins, Imber, Sotsky, Collins, Glass, Pilkonis, Leber, Docherty, Fiester y Parloff en 1989. En segundo lugar, el estudio de Robinson, Berman y Neymeyer de 1990. En cuanto a la comparación de tratamientos en otras patologías, remitimos al extenso trabajo de Pérez Álvarez (1996) donde se revisan los estudios que han comparado la eficacia de diferentes tratamientos en otros trastornos concretos como la agorafobia, el alcoholismo, la bulimia nerviosa, la disfunción sexual, etc.

En cuanto al estudio de Elkin y col. (1989), doscientos cincuenta pacientes (la mayoría mujeres con una media de treinta y cinco años y con diferentes niveles educativos) diagnosticados de depresión se asignaron de forma aleatoria a cuatro tipos de tratamiento, a saber: a) terapia cognoscitiva-conductual (terapia cognitiva de Beck y col., 1979), b) psicoterapia interpersonal (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984), c) tratamiento farmacológico (imipramina) más “*clinical management*” (apoyo y consejos al paciente, parecida a una terapia de apoyo mínima) y d) píldora placebo más “*clinical management*”. Durante dieciséis semanas fueron aplicadas dichas condiciones de tratamiento por veintiocho terapeutas (que eran filmados en vídeo) con una experiencia media de algo más de once años. La evaluación de los pacientes se realizó antes, durante y tras el tratamiento con posteriores seguimientos. Los resultados de los

distintos tratamientos fueron evaluados por un clínico independiente mediante la escala de depresión de Hamilton y la *Global Assessment Scale* (GAS). También dichos resultados se evaluaron desde la perspectiva del paciente mediante la escala de depresión de Beck (BDI) y el *Hopkins Symptom Checklist-90 Total Score* (HSCL-90 T).

En lo que se refiere a las conclusiones de este estudio, se señaló que no existían diferencias entre la psicoterapia interpersonal y la terapia cognoscitivo-conductual cuando las depresiones tratadas eran de baja intensidad (resultados también igualados por la imipramina en estos casos), siendo la terapia interpersonal más eficaz cuando las depresiones eran más graves (y más aún la imipramina en estos casos).

En lo que se refiere al estudio de Robinson, Berman y Neymeyer (1990), se revisó un total de cincuenta y tres estudios donde se comparaba la efectividad frente a la depresión de diferentes tipos de psicoterapias: *a*) terapia cognoscitiva, *b*) terapia conductual, *c*) terapias cognoscitivo-conductual y *d*) terapia verbal general (terapia psicodinámica, centrada en el cliente, y la interpersonal de Klerman y col., 1984). Al principio, pareció que las terapias cognoscitivo-conductuales eran superiores a las cognoscitivas y a las conductuales por separado y que la terapia verbal era la que peores resultados obtenía. No obstante, cuando se eliminó el efecto de experimentador (la inclinación de los autores por sus terapias) los resultados se igualaron y no se evidenció diferencias significativas entre las terapias e incluso entre las terapias y el tratamiento farmacológico.

De esta forma, si estudios precedentes como los de Rush, Beck, Kovacs y Hollon (1977) y Dobson (1989), mostraban la superioridad de la terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión, y estudios posteriores como los de Persons (1993) y Seligman (1994/1995) se inclinaban a favor de las terapias cognoscitivo-conductuales, el estudio de Robinson, Berman y Neymeyer llega a la conclusión (así como anteriormente lo habían hecho Miller y Berman, 1983; Berman, Miller y Massman, 1985; Nietzel, Russell, Hemmings y Gretter, 1987; Elkin y col., 1989 y Beckham, 1990) de que las diferentes psicoterapias son similarmente efectivas en el tratamiento de la depresión.

Para terminar con este apartado, Castillo y Poch (1991) resumen que «diferentes trabajos meta-analíticos, revisiones narrativas y estudios que comparan directamente la

eficacia de diferentes tratamientos psicoterapéuticos conducen a la conclusión general de que no se ha podido demostrar que algún enfoque psicoterapéutico sea sistemáticamente más eficaz que el resto» y aluden a la paradoja de la equivalencia de resultados (Stiles, Shapiro y Elliot, 1986); enfoques psicoterapéuticos que difieren entre sí a nivel epistemológico, teórico, estratégico y técnico llevan a resultados equivalentes. Las razones de que esto sea así podrían deberse a la existencia de diferentes factores comunes a las distintas psicoterapias responsables del cambio (cuestión que abordaremos más adelante en el apartado 2.5., cuando tratemos de la investigación del proceso psicoterapéutico).

Una vez expuestos los estudios más relevantes que han analizado el resultado de la psicoterapia, es importante plantear las distintas metodologías usadas en tales investigaciones. Consecuentemente, en el siguiente punto abordaremos tales cuestiones metodológicas.

### **2.4.3.- Aspectos metodológicos**

A continuación, vamos a centrarnos en la metodología de la investigación del resultado en psicoterapia. En primer lugar, abordaremos el relevante tema del diseño de dichas investigaciones, donde nos centraremos en la comparación de grupos, por ejemplo, grupo experimental con grupo control (en sus diferentes variantes placebo, en lista de espera, de no tratamiento, mínimo pero útil,...) o entre grupos experimentales a los que se les ha asignado diferentes condiciones de tratamiento. También abordaremos el análisis de caso (diseño de caso único y desmantelamiento, tratamiento constructivo, paramétrico,...). Veremos los estilos de investigación en psicoterapia (investigación análoga y los “*clinical trials*”), la evaluación del resultado de la psicoterapia y aquellos problemas metodológicos a los que se tiene que enfrentar la investigación de resultado. Por último, nos centraremos el método tal vez más empleado en el estudio de la efectividad de la psicoterapia: el meta-análisis.

### **2.4.3.1.- Estrategia de diseño para la investigación en psicoterapia**

#### ***2.4.3.1.1.- El grupo control***

Si quisiéramos estudiar cómo de efectivo es un tratamiento psicoterapéutico tendríamos que estar seguro que el proceso de mejora que se da en los pacientes a partir de ese tratamiento no se debe a factores tales como determinados acontecimientos vitales o históricos que se han dado en ese paciente y han contribuido a su cura, a la maduración personal del sujeto o a la simple remisión espontánea del trastorno. Para tener la certeza de que es sólo y exclusivamente el tratamiento es el responsable de los cambios que se dan en el sujeto, es necesario comparar dicho tratamiento con un grupo control. Este grupo control estaría formado por sujetos que o bien no reciben tratamiento alguno (grupo control de no tratamiento), sujetos que están en lista de espera, sujetos que reciben un tratamiento supuestamente inocuo (grupo control placebo), o sujetos que reciben un tratamiento “mínimo pero útil”. A continuación veremos cada una de estas modalidades de grupo control.

En lo que se refiere al ***grupo control de no tratamiento***, supondría la condición más elemental en la que se compararía a un grupo al cual se le aplicaría determinado tratamiento (grupo experimental) con otro grupo de las mismas características que estaría exento de la aplicación de dicho tratamiento (grupo control de no tratamiento) y al cual se le mantiene sin más intervención experimental que la evaluación. De esta manera se podría establecer la comparación en unos términos seguros y se podrían extraer conclusiones acerca de la eficacia del tratamiento asignado al grupo experimental.

Una condición fundamental sería la de asignar los sujetos al azar a una u otra condición de tal forma que la probabilidad de un sujeto de pertenecer al grupo experimental o control sea la misma. Así, se cumpliría el requisito de la aleatorización que es el método más ampliamente usado. No obstante, según Hsu (1989) existirían algunas restricciones a la aleatorización en el sentido en que esta sería efectiva sólo si  $N > 40$  por grupo o  $N < 20$  si no hay muchas variables contaminantes.

Una vez aplicadas las diferentes condiciones, se evalúa a ambos grupos comprobando las posibles diferencias en cuanto a mejora que pudieran existir en un grupo y otro. Una forma que aumentaría la validez interna sería la de disponer de medidas pre-tratamiento en ambos grupos sobre las variables que se vayan a medir. Además, podríamos obtener información sobre otros aspectos de interés como, por ejemplo, qué sujetos son los que mejoran más, que tipo de cambios se dan a medida que pasa el tiempo en los sujetos que no reciben terapia, etc. No obstante, y como señala Pérez Álvarez (1996) cabría concebir un diseño que careciera de asignación al azar de los sujetos a los grupos y en el que sólo se tuvieran en cuenta las medidas post-tratamiento. Este diseño en realidad no sería un diseño experimental sino cuasi-experimental, pues las diferencias encontradas pudieran deberse a diferencias previas de los sujetos. Este tipo de situaciones podrían ser convenientemente estudiadas utilizando diseños de grupo control no-equivalente y diseños de discontinuidad en la regresión, denominándose diseños cuasi-experimentales de grupo control no-equivalente.

Un problema de los diseños con grupo control que proponen medidas pre y post-tratamiento, es que la evaluación previa podría sensibilizar a la siguiente e incluso al tratamiento con lo que la validez externa del resultado puede quedar afectada. Para esta situación en la cual sería conveniente eliminar el efecto de la sensibilización, se propone el diseño Solomon de cuatro grupos, esto es, formado por dos grupos con medidas pre y post-tratamiento y otros dos sólo con la final, modo mediante el cual se controlarían los efectos del pre-test.

Una segunda modalidad de grupo control es el **grupo control de lista de espera**. Estos grupos de sujetos a la espera de tratamiento serían un tipo especial de grupos controles sin tratamiento. Este tipo de grupos estaría formado por sujetos (pacientes) que han decidido tratarse y que se encuentran a la espera. El hecho de que hayan decidido tratarse indica que poseen ciertas expectativas de curarse, lo que puede conllevar cambios a nivel de mejora. Después podría compararse los grupos y aplicar el tratamiento a esos sujetos. Esta estrategia sólo debe ser utilizada cuando el tratamiento produce efectos rápidamente sin que sea necesario un seguimiento a largo plazo. Puede así usarse el grupo control de lista de espera para examinar un procedimiento rápido de reducción de un determinado trastorno, pero no para estudiar un procedimiento de prevención a largo plazo de dicho trastorno.

Con respecto a este tipo de método, sería conveniente que tanto los que reciben el tratamiento como aquellos que no lo reciben, fueran sujetos a los que no les hubiera importado esperar, de esta forma se evitaría la posibilidad de que los no tratados buscaran ayudas alternativas a sus problemas, lo cual podría incluir un factor de error en el estudio.

Una tercera forma para evaluar la efectividad de un tratamiento sería el **grupo control de mínimo pero útil tratamiento** que consistiría en comparar los resultados de un grupo que ha recibido tratamiento con los de otro grupo que ha recibido un tratamiento mínimo pero útil. En la práctica supondría, por ejemplo, que los sujetos del grupo experimental reciban sesiones de determinado tipo de terapia y los sujetos del grupo control se les de un libro donde se describen algunos procesos de auto ayuda de utilidad demostrada. En la medida en que más eficaz resulte ser el tratamiento mínimo pero útil, más se asimilará esta estrategia a la de comparación de dos tratamientos (la cual trataremos más adelante). Parece ser que los diseños con grupo control de mínimo pero útil tratamiento (así como los diseños con grupo control sin tratamiento) son de menor coste económico y los recursos humanos, estadísticos y experimentales son más sencillos que las utilizadas en otro tipo de diseños. Entre otras cosas esto es así debido a que se requieren menos sujetos para realizar el estudio (menos aún se requerirían en un estudio con grupo control sin tratamiento) que si se compararan dos tratamientos equiparables. Esto es debido a que cuando se asignan tratamientos distintos a dos grupos de sujetos (tratamientos que se suponen eficaces), las discrepancias de los resultados de ambos grupos tenderán a ser más reducidas que cuando no se administra tratamiento o éste es mínimo pero útil.

Por otra parte, cuanto más urgente sea un problema y su intervención, menos justificada está la utilización de grupos control sin un mínimo tratamiento o con él.

Una última estrategia para evaluar los efectos de un tratamiento sería el del **grupo control placebo**, es decir un grupo control al cual se le administra un tratamiento placebo. Es importante en este punto considerar un poco más profundamente el concepto de placebo, dada la importancia que en la investigación en psicoterapia ha tenido este constructo.

### ***Consideraciones sobre el constructo placebo***

Como señalan Critelli y Neuman (1984), la noción de placebo se originó en la medicina para dar cuenta de la notable efectividad de nuevos procedimientos, especialmente cuando dieron lugar a entusiastas propuestas de su eficacia. En efecto, Shapiro (1971) describe la historia de la medicina hasta 1600 como la historia del efecto placebo. No obstante, el uso de técnicas que eran de hecho frecuentemente perjudiciales para la salud, el poder terapéutico de los tratamientos socialmente acatados, han sido aceptados dentro de toda la sociedad desde el amanecer de la historia.

Eventualmente se convirtió en la práctica común en la medicina para evaluar todos los nuevos fármacos mediante la comparación de ellos con placebos farmacológicamente inertes. El mejoramiento de los clientes, en sí mismos, se juzgó como insuficiente para demostrar tanto una acción específica de remedio como una teoría de la cura. Esos placebos no eran inefectivos; por definición cada placebo era al menos suficientemente efectivo como para que mantuvieran una extensa aceptación en su comunidad de origen. Además, los placebos se han acreditados con sus curas de una manera verdaderamente remarcable. Pero no se puede confiar en los placebos para producir curas en todos los casos y muchos creyeron que no podrían ser óptimos para obtener efectos terapéuticos más consistentes. Así, con la llegada de los fármacos y las técnicas quirúrgicas que mostraron efectos por encima de los del placebo, la etiqueta placebo empezó a tener una connotación negativa en el campo de la medicina.

Rosenthal y Frank (1956) fueron en gran medida responsables de extender el constructo placebo a los tratamientos psicológicos. Ellos sugirieron que la psicoterapia podría ser comparada con un tratamiento placebo que fuera considerado terapéuticamente inerte desde el punto de vista de la teoría de la evaluación de la psicoterapia.

Al menos desde los tiempos de Watson, la psicología y la psicoterapia se han visto como un “continuo” con las ciencias físicas y el tratamiento médico. Así, fue natural para la psicología extender el uso que la medicina hacía del control placebo y de adoptar la misma actitud de la medicina hacia los efectos placebos. El placebo fue correspondientemente visto como una variable confusa y “molesta” que no era de



interés en sí misma, pero que necesitó de ser controlada en orden a validar los actuales tratamientos terapéuticos.

Los placebos estaban no sólo considerados menos efectivos que los actuales tratamientos, sino que además eran de algún modo vistos como menos reales. Los actuales tratamientos operaron a través de “ingredientes activos” en contraste con su contraparte, los placebos plesumiblemente inertes. Además, los efectos placebo de expectativa-mediada no se ajustaron a una visión conductual del mundo en el cual las cogniciones eran consideradas como ficciones y fueron pensadas para romper las cadenas causales que unían los eventos dentro de un mundo real. Existía, así, una falta de evidencia de que los placebos fueran más potentes que las terapias establecidas y, por lo demás, éstos fueron generalmente despreciados y sus efectos considerados artefactos.

El ascenso de los modelos cognitivos-conductuales, trajo consigo un sutil cambio en la formulación del asunto. Se empezó a comprender que, como una variable cognitiva, el placebo podría ser de interés en sí mismos. Pero esta comprensión también acarrió la sospecha de que las terapias cognitivas y quizás todos los demás tipos de terapias, podrían no tener efectos más allá de los de un placebo. Esos cambios en la asunción subyacente sobre la naturaleza de los cambios terapéuticos han llevado a que se extienda la terminología en la descripción de los efectos placebo y han conducido tanto a impulsar como a diluir el constructo placebo, así como para reimpulsarlo a fin de reflejar la aceptación general de formulaciones más cognitivas.

Dos metáforas dominantes han aparecido sobre el placebo en la literatura: *a)* Los placebos como “ingredientes inertes” más que como “ingredientes” activos”, *b)* Los placebos como “no específicos” más que como agentes “específicos”. Es importante hacer notar que la terminología del placebo dentro de ambas metáforas ha constituido una trama de generalizaciones sobreextendidas y de contradicciones, imposible de obviar. Revisaremos, siguiendo a Critelli y Neuman (1984), las diversas estrategias para definir el placebo dentro de la psicología y cuál de esas estrategias parece la más viable.

En cuanto a la consideración del *placebo como tratamiento inerte*, se puede decir que el modelo en la investigación médica basado en un agente químico activo que es comparado con una sustancia farmacológicamente inerte, proporcionó una buena

cantidad de información. Aun cuando esa sustancia inerte fuera capaz de producir efectos observables, no estaría farmacológicamente activa. Así, las comparaciones fármaco-placebo podrían ofrecer datos sobre si es mejor una acción química específica o bien una interacción química-psicológica. Además, habría que tener en cuenta los factores no específicos (inespecíficos) psicológicos que ambos, fármacos y placebos comparten. Extendiendo el modelo de la farmacología a la psicoterapia, la metáfora del tratamiento activo *versus* placebo inerte fue puesta a prueba. Este modelo, en cualquier caso, nunca encajó muy bien en el territorio de la psicoterapia como ya veremos.

Como se indicó antes, Rosenthal y Frank (1956) extendieron la metáfora activo-inerte al estudio de la psicoterapia para redefinir la definición de placebo desde “farmacológicamente inerte” a “terapéuticamente inerte” desde el punto de vista de la teoría de la evaluación de la terapia. Aquí hay que distinguir entre “teóricamente inerte” e “inerte terapéuticamente”. Con demasiada frecuencia la definición de Rosenthal y Frank ha sido malinterpretada para dar a entender que los placebos son terapéuticamente inertes, esto es, sin efecto terapéutico. Por ejemplo, O’Leary y Borkovec (1978) proponen que los placebos son teóricamente inertes y por esto no “tratamientos potencialmente efectivos”. No obstante, para Critelli y Neuman (1984) nada en la historia de los efectos del placebo en medicina o psicología demuestra la creencia de que los placebos son terapéuticamente inertes.

Muchos psicólogos probablemente preferirían un poco más de estabilidad a la hora de definir al placebo. Una posible opción es usar la definición de placebo de O’Leary y Borkovec (1978) como «una condición para la cual no hay una razón teórica actual que esté comprobada porque influenciaría la conducta en cuestión» (O’Leary y Borkovec, 1978, p. 823).

Bandura (1979) desarrolló la teoría de la propia-eficacia, la cual expone que los cambios logrados por diferentes métodos de psicoterapia derivan de un mecanismo cognitivo común. Bandura mantiene que los procedimientos psicológicos, sean cuales sean sus formas, alteran el nivel y fuerza de la eficacia-personal. Él postula que esos cambios en la eficacia-personal afecta al inicio y persistencia de la conducta de imitación, y por esto pueden ser usados para explicar y predecir los cambios logrados por diferentes tipos de tratamiento. Así, Bandura propuso una visión comprobada

teóricamente para predecir que cualquier procedimiento que altere la expectativa de eficacia-personal es influenciada por diversos procedimientos como la expectativa de éxito, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y el arousal psicológico. Parece así razonable lo que de todos es conocido: los tratamientos placebos afectarían también a la eficacia-personal. Aunque momentáneamente es vista como una estrategia viable, es importante hacer notar que no resolvería los problemas centrales que impulsaron la extensión del constructo placebo a la psicoterapia.

Una visión histórica de los profesionales de la cura revela que, sobre el papel, un tratamiento creíble, aceptado socialmente y administrado apropiadamente puede facilitar un efecto terapéutico moderado. De este modo, según Critelli y Neuman (1984), se necesitan métodos para verificar la inevitable propuesta de la “efectividad superior” de la psicoterapia o la “actividad específica” de sus ingredientes activos. Semejantes métodos dependen directa o indirectamente de un constructo placebo.

Antes de considerar la visión del placebo como un tratamiento inespecífico hay que hacer una distinción entre “factores” placebo independientes y “efectos” placebo dependientes. Los factores placebo incluyen clientes independientes, terapeutas, contextos y variables técnicas, así como su mutua interacción. Los efectos placebo se refieren a los efectos dependientes de esos factores, incluyendo cambios en las expectativas del cliente, sentimientos, cogniciones, respuestas fisiológicas y conductas manifiestas. El tratar con variables tales como la expectativa de cura puede operar como factores o efectos dependiendo del contexto y de la propia asunción sobre la causa. El término “efectos inespecíficos” es a veces usado en la literatura para indicar ambos efectos dependientes y manipulaciones independientes. Como ejemplo, consideremos la declaración de Kazdin y Wilcoxon (1976) de “que los efectos terapéuticos son adeudados de los efectos de los tratamientos inespecíficos”. Si se adscribe casualmente un conjunto de sucesos a otro, sería mejor que la terminología permitiera distinguir las causas y los efectos.

En cuanto a la consideración del placebo como *tratamiento inespecífico* (y siguiendo siempre a Critelli y Neuman, 1984), la reciente proliferación de significados para “no específicos (inespecíficos)” explica una gran parte de la confusión que existe dentro de la literatura del placebo. Hay tres versiones mayoritarias de la metáfora no

específica (inespecífica). En general, esas interpretaciones se han usado de forma intercambiable en la literatura sin que se hayan reconocido sus distintas implicaciones a la hora de determinar qué tratamientos serían clasificados como placebos y cuáles no:

1.- Sin actividad específica: En la primera definición Shapiro (1971) identifica el placebo como un «procedimiento que está sin actividad específica para la condición que se evalúa» (Shapiro, 1971, p. 440). Esta definición deriva de la medicina y sigue la lógica de que un remedio que está considerado como una “panacea” para muchos problemas diferentes, es improbable que opere a través de una acción química específica. Esta definición alcanza algún sentido dentro de la medicina, pero poco cuando es aplicado a la psicoterapia. Se basa en la creencia de que no hay un mediador central fisiológico de la salud y de la cura personal. Si semejante mediador ha existido, los remedios médicos que estimularon este mecanismo de cura personal podrían haber extendido, con actividad específica, estos efectos curativos para un número diferente de problemas. Esta visión podría ser plausible dentro de la medicina, pero la psicología contiene diversos sistemas teóricos establecidos que proponen justamente semejantes mediadores centrales de la mejoría terapéutica (sirvan como ejemplos la tendencia actualizadora de Roger y la mencionada eficacia-personal de Bandura). Así, el criterio de actividad específica es del todo inapropiado para los placebos en psicoterapia.

2.- Características inespecíficas: El segundo mayor uso de los “no específicos” es el que se refiere a las características del tratamiento que no han sido especificadas, como los “ingredientes activos” de una psicoterapia particular, Aquí “inespecíficos” parece más apropiado que el tradicional “no específico”. El problema con este criterio es la ambigüedad en cuanto a especificar qué es lo que se requiere para que un procedimiento determinado sea considerado un placebo. ¿Es el nombramiento de una variable una especificación suficiente, o debería haber también consenso y concordancia en cómo el mecanismo en cuestión interviene en la mejoría? Por ejemplo, la expectativa de cura ha sido tradicionalmente vista como una variable placebo central; ¿constituiría el uso de la teoría de la eficacia personal una especificación suficiente como para que todos los tratamientos que se basan en la expectativa de cura no sigan siendo tratados como placebos? Tales dificultades en la aplicación del criterio hace que su adopción sea problemática.

3.- Factores comunes: La tercera mayor interpretación de los “no específicos” se refiere a los factores placebo que no son específicos para tratamientos particulares, esto es, factores que son comunes a las mayorías de las terapias. De acuerdo con Kazdin (1979), estos sí que podrían reservarse la etiqueta “no específico” o ser llamados “factores comunes”. Obtendríamos que la especificación de factores que tienen las psicoterapias en común es menos interpretativo que la identificación de sus ingredientes activos. Dando a la definición de factores comunes una ventaja en la objetividad relativa. Los factores comunes de las psicoterapias se acercarán a las perspectivas tradicionales que se han tenido sobre las variables placebos, incluyendo factores como la sugestión, persuasión, credibilidad del tratamiento, atención del terapeuta, expectativa de cura y demanda de mejora. Así, el criterio de factores comunes es consistente, no difícil de aplicar, relativamente objetivo y consecuente con las tradicionales variables placebo. Como mucho, concluyen Critelli y Neuman (1984), parece ser la definición viable del placebo para el estudio de la psicoterapia.

Kirsh (1978) cree que el problema del placebo, a la luz del énfasis común sobre los modelos cognitivos, es que ciertas técnicas cognitivas-conductuales preferentes podrían ser clasificadas como placebos y por esto denigradas. Sobre esta base, concluye que el placebo no puede ser definido lógicamente dentro de la psicología. El análisis de Kirsh parece confundir, dicen Critelli y Neuman, lo denotativo, aspecto definicional del placebo con su connotación negativa. Una vez que se ha hecho esta discriminación puede comprobarse que, denotativamente, el placebo puede ser definido de forma adecuada dentro de la psicología. Las dificultades con la connotación negativa del placebo, en cualquier caso, permanecen y deben ser examinadas extensamente.

Esta connotación negativa parece ser debida a cuatro causas:

1.- Primero, nos trae a la memoria que la noción de los placebos como inherentemente “malos” o solamente de interés negativo, fue transferida desde la medicina, en concreto desde la farmacología. Esta transferencia histórica no tiene porque dar lugar a la misma concepción en psicología.

2.- La segunda causa de dicha connotación negativa del placebo parte de la asunción implícita de que hay solamente un nivel de “efecto placebo” y que consecuentemente, los tratamientos no pueden inducir una mejoría más allá de los de un

“placebo estandar”. Esta visión es resultado de una mala interpretación del criterio “factores comunes”. Por ejemplo, aunque la sugestión aparece en una dilatada variedad de terapias, sería inapropiado asumir que toma la misma forma en cuanto a intensidad en cada una de ellas. Así, es importante hacer notar que el criterio “factores comunes” no especifica que todos los factores comunes deben mostrar el mismo nivel de efectividad. Artículos recientes han comenzado a quitar importancia a esta perspectiva uniforme y se está investigando actualmente la posibilidad de desarrollar tratamientos más efectivos a través de un mejor entendimiento de los factores placebos.

3.- Un tercer argumento contra el placebo es el que concierne a aquellos efectos del placebo que interfieren con el estudio del mecanismo “real” de cura. Esta proposición, que deriva de una mala interpretación de la metáfora del placebo “inerte”, confunde completamente el “indiscutido” tema de que los placebos tienen una efectividad real (empíricamente demostrable) terapéutica. De esta forma, además de los otros ingredientes potencialmente activos, los mecanismos placebos también necesitan ser entendidos y utilizados de una manera más efectiva.

4.- La cuarta causa de la connotación negativa del placebo no puede ser deseada tan fácilmente. Debería recordarse que todas las interpretaciones comunes del placebo lo definen como una categoría “atrapatodo (cajón de sastre)”. Los artefactos de medida tales como los efectos prácticos en la evaluación, por ejemplo, han sido incluidas tradicionalmente como factores placebo. Así, el hecho de que esos aspectos artefactuales del tratamiento inflen los resultados de éxito, hace que la connotación negativa del placebo sea parcialmente merecida.

Para asegurarse de que a las terapias actuales no se les atribuye la responsabilidad de esta connotación negativa, inapropiada e indiscriminadamente, sería crucial separar terminológicamente a los artefactos de medida de los factores placebo reales y psicológicamente activos. Además, hay que hacer ver que bajo la definición de factores comunes, los artefactos de medida no serían considerados como variables placebo.

### ***Estrategia de diseño del grupo control placebo***

Siguiendo a Pérez Álvarez, «las atenciones que el cliente recibe formando parte del trato profesional también parecen tener su participación en el efecto global del tratamiento. Se entiende que son inespecíficas respecto al tratamiento propiamente que supondría una acción específica. La particularidad de las “atenciones inespecíficas” es que vienen a ser por lo general “buenas palabras” que agradarán o confortarán al paciente. Es el placebo.» (Pérez Álvarez, 1996, p. 802). Siendo el placebo un constructo médico, cada vez es más importante su uso en el ámbito psicoterapéutico. En medicina, una aplicación placebo debe contener todos los aspectos formales del genuino tratamiento, excepto el agente específico o principio activo. En psicoterapia esto es mucho más complicado ya que es difícil establecer cuáles son los agentes específicos que compone el tratamiento psicoterapéutico. En todo caso, los investigadores de la psicoterapia están interesados en diferenciar lo que las técnicas aporten de por sí respecto de lo que venga dado por un trato confortable por muy psicológico que sea. Al final, podría resultar que el placebo sea lo terapéutico y que ello tuviera su significación clínica, de manera que la propia psicoterapia pudiera ser un placebo (Pérez Álvarez y Martínez Camino, 1987). Lo inespecífico así, se convertiría en específico.

Cuando se plantea una psicoterapia placebo, lo difícil es plantear una psicoterapia que no contenga los ingredientes específicos y que sea creíble para el sujeto. De esta forma, lo que se estaría haciendo es un simulacro de terapia que fuera lo más creíble posible. Como dicen Epling y Woodward, 1976, sería como una sopa de maíz que no contenga maíz y, sin embargo, lo parezca y tenga su sabor, es decir, una psicoterapia sin terapia. No obstante, una psicoterapia placebo debería estar compuesta por los cuatro aspectos que según Frank y Frank (1991) deben presentarse en todas las psicoterapias:

- 1.- Ser dispensada en un sitio definido por sus funciones terapéuticas.
- 2.- Crear una relación de confianza con el cliente.
- 3.- Proveer una explicación plausible para los problemas consultados.

4.- Comprometer al cliente en algún ritual o procedimiento que requiera la realización de algo como medio de restablecer la salud.

Cada uno de estos componentes son espúreos con respecto al tratamiento. El problema es que lo que es espúreo en una ocasión puede ser específico en otra y tal vez en vez de un grupo control se puede terminar por convertir en una comparación de tratamientos. Hay que admitir, sin embargo, que algunas características de la ceremonia psicoterapéutica que se suelen considerar como elementos placebo son más bien inherentes a la psicoterapia, por ejemplo, el prestigio o la autoridad del terapeuta, la colaboración del cliente y determinadas cualidades de la relación terapéutica (de especial relevancia como podremos comprobar más adelante en el apartado de la investigación de proceso), lo que hace complicado que se pueda dar una psicoterapia exenta de esos componentes. Esto ha hecho que algunos investigadores abandonen la estrategia del placebo más propia de la farmacología y apoyen alternativas más psicosociológicas.

Una alternativa viable sería la propuesta por Parloff (1986), que consistiría en comparar tratamientos alternativos establecidos, de tal forma que unos sirvieran de placebo con respecto a los otros. Para este autor, todas las definiciones de placebo usadas en psicoterapia tienen dos aspectos en común, remarcando, asimismo, los problemas que conlleva aplicar controles placebo en la investigación psicoterapéutica:

1.- El procedimiento debe de carecer de ingredientes específicos para el tratamiento eficaz de una condición específica, problema o trastorno. Ello exigiría unificar los criterios de las distintas escuelas sobre lo que es o no es terapéutico y eliminar el componente placebo que pueda venir inherente a la aplicación de cualquier técnica.

2.- Los sujetos a los que se administra esa intervención placebo deben creer en su eficacia. Ello haría necesario que el terapeuta aplique esa intervención con igual ánimo, entusiasmo y confianza con que aplicaría el tratamiento.

Por ello, Parloff determina que el placebo no es un concepto válido en el campo de la psicoterapia. No obstante, admite que los controles placebo pueden usarse para conocer mejor cómo funciona un tratamiento y apunta los problemas éticos que



conlleva aplicar un tratamiento no activo (como supuestamente es el placebo) a un paciente conociendo que ese tratamiento es irrelevante para solventar su problema.

En resumen, por una parte el término placebo se ha usado para referirse a los elementos comunes (no específicos) de la psicoterapia como la expectativas de éxito, la sugestión, la motivación, la persuasión, la fe en el tratamiento, la confianza en el terapeuta, etc., siendo para algunos autores (Frank, 1982, el cuál considera que la especificidad es un mito ya que la tecnología terapéutica no es más que un ritual; Garske y Jay Linn, 1988) precisamente estos elementos comunes los que posibilitarían el establecimiento del tratamiento específico.

Según Strayhorn (1987) la diferencia observada entre un grupo de tratamiento (T) y un grupo placebo (P) es la diferencia que existe entre la suma de los efectos específicos y no específicos del tratamiento y la suma de los efectos específicos y no específicos del placebo:

$$D.O. = [Específico (T) + No Específico (T)] - [Específico (P) + No Específico (P)]$$

Asumiéndose que los efectos no específicos de (T) y (P) son iguales (el tratamiento y el placebo generarían iguales expectativas, esperanzas, confianza, etc.) y el efecto específico de (P) es 0. Strayhorn plantea la posibilidad de que el grupo de tratamiento mejorara más que el grupo placebo porque simplemente el tratamiento (T) es mejor placebo que (P).

Es interesante que nos centremos en este punto en el interesante artículo de Critelli y Neuman, antes mencionado, publicado en 1984 en el *American Psychologist* “*The placebo: Conceptual analysis of a construct in transition*”. En este artículo, Critelli y Neuman consideran el problema de las recientes investigaciones en el ámbito de la psicoterapia que han cuestionado la lógica del constructo placebo y la necesidad de grupos de control placebo en las investigaciones que intenten estudiar si las terapias son o no exitosas, esto es, si son o no efectivas.

Siguiendo a estos autores, existen dos formas por las que el término “efectividad” se usa en la literatura del placebo. La primera se refiere a si el tratamiento facilita la mejora del cliente en la aplicación práctica del mismo. Esta “efectividad línea

base” es lo que da garantía a un tratamiento. La segunda forma, “la efectividad incremental”, se refiere a si el tratamiento ha demostrado un nivel de efectividad por encima de lo que es esperado de un procedimiento altamente creíble, administrado de una manera socialmente aceptada. La efectividad incremental no está directamente relacionada con la prescripción del tratamiento. La efectividad línea base se valora en cuanto a cantidad de cura, diferencia pre-post y por comparaciones de lista de espera o no tratamiento. Los resultados positivos en términos de la efectividad línea base indican si el tratamiento opera de alguna manera para efectuar una mejoría en el cliente en una cantidad suficiente.

En contraste con la efectividad línea base, la efectividad incremental proporciona una perspectiva histórica y transcultural de la evaluación de la magnitud de los efectos contra aquellos procedimientos de tratamiento que han aparecido en la sociedades a lo largo de la historia. Esto establece un punto de referencia para determinar dónde se encuentran las terapias actuales. Se podría argumentar que el énfasis en la efectividad incremental en psicología ha derivado de una adopción sin criterio de los métodos de la medicina. El hecho de designar estrategias usadas para validar los efectos farmacológicos de los fármacos podría ser inapropiado para evaluar la psicoterapia. Podría ser el caso, por ejemplo, que existan factores placebo que incluyan todo lo que es activo en la psicoterapia. Si esto es verdad, establecer la cuestión de la efectividad incremental es equivalente a preguntar si el tratamiento psicológico ha desempeñado sus efectos psicológicos. Por otra parte, se ha reivindicado la efectividad incremental de muchas formas de psicoterapia y dichas reivindicaciones merecen ser tenidas en cuenta.

Parecen existir cuatro estrategias básicas para establecer la efectividad incremental. La primera incluye la comparación entre la efectividad de un tratamiento dado y un resumen meta-analítico de los efectos de otras psicoterapias teniendo en cuenta la severidad del síntoma, la fuerza del tratamiento y el tipo de medida de éxito. Este método es particularmente deseable en términos de coste-efectividad, ya que no requiere el uso de grupos controles caros, salvo el tradicional control de no tratamiento. De cualquier forma, se asume que los tratamientos son relativamente uniformes en cuanto a su efectividad. De otra manera no estaría claro que nivel de ejecución debería ser superado para que el efecto incremental sea establecido. Esta idea parece ser viable

(Smith y Glass, 1977). El uso del meta-análisis para establecer la efectividad incremental es prometedora, pero no concluyente. El meta-análisis podría usarse (concluyen Critelli y Neuman, 1984) para confirmar inicialmente el hecho de que un tratamiento habría conseguido efectos incrementales.

El segundo método de aportar efectividad incremental sería aquél en el cual se establece una comparación entre el tratamiento y una terapia establecida. La historia de comparar terapias establecidas con un tratamiento, constituiría presumiblemente una confirmación de los efectos incrementales. El hecho de descubrir que no existen diferencias entre el tratamiento y la terapia establecida podría verse como un logro para el tratamiento más que un fiasco para aportar efectividad incremental. Se debería reconocer que, de alguna manera, en este método la terapia establecida estaría siendo usada como un grupo control placebo, y por esto se debe demostrar que tanto el tratamiento como la terapia no difieren de las variables placebo tradicionales como la credibilidad, la atención del terapeuta, etc. Las comparaciones con una terapia establecida, afirman Critelli y Neuman (1984), tienden a ser ineficientes estrategias de investigación.

Un tercer método para demostrar la efectividad incremental podría ser comparar un tratamiento con uno o más de los componentes de los grupos de control. Se debe demostrar que el tratamiento completo no difiere de sus componentes controles en todas las variables placebo relevantes. Esta estrategia parece ser más efectiva que el de la terapia control establecida, ya que da información sobre los mecanismos y componentes del cambio, al tiempo que proporciona una comparación de la efectividad incremental. Un inconveniente, en cualquier caso, es que un tratamiento generalmente inferior podría teóricamente superar sus propios componentes controles sin establecer necesariamente una verdadera efectividad incremental. Este método necesita en consecuencia ser revisado y contrastado.

El cuarto método comprendería una comparación del tratamiento con un grupo control placebo tradicional (tratamiento cuya efectividad se cree que deriva únicamente de sus factores comunes). Un problema con esta estrategia es la dificultad de encontrar terapeutas que puedan ser mantenidos en la ignorancia sobre la participación en las condiciones experimental o control. Normalmente, se rechaza la posibilidad de un

estudio doble ciego. La estrategia del grupo control placebo ha sido criticada sobre la base de argumentos éticos por implicar la asignación de clientes a un tratamiento inefectivo. Esta crítica se basa en un malentendido básico. Hay que reiterar, señalan Critelli y Neuman (1984), que aunque los placebos se han visto como inefectivos teóricamente no son terapéuticamente inefectivos. Y aunque los grupos control placebo han sido empíricamente en el pasado menos efectivos que las psicoterapias establecidas, esto puede atribuirse a una tendencia inintencionada a designar placebos débiles más que a inherentes limitaciones en la efectividad del tratamiento placebo. En suma, debe ser reconocido, según estos autores, que la estrategia del grupo de control placebo proporciona la más directa e inambigua respuesta a la cuestión de si el tratamiento muestra un nivel de efectividad superior al de su efecto placebo sólo. Desde luego como en el método de la terapia establecida, hay que tener cuidado para asegurar y demostrar que los grupos no difieren sobre la base de variables placebos.

En suma, concluyen Critelli y Neumann (1984), aunque al constructo placebo ha supuesto un límite para establecer la efectividad línea base, es bastante necesario para juzgar la efectividad incremental.

Critelli y Neumann (1984) se preguntan si las terapias actuales son más efectivas que los tratamientos no específicos. Estos autores dicen que la exigencia tradicional para demostrar si una terapia es o no eficaz ha sido demostrar que posee mayor eficacia que los tratamientos no específicos como también afirman O'Leary y Borkovec (1978). Como Frank (1973) y Shapiro (1971) argumentaron, ya que todas las culturas tienen formas de terapias que son aceptadas como válidas dentro de sus sociedades y debido a que todas las formas de terapia muestran aproximadamente el mismo nivel de efectividad, las similitudes entre esas técnicas sean probablemente más importantes que sus particularidades. De esta forma, los factores no específicos podrían ser los agentes curativos en esas terapias más que los específicos componentes activos a los que se le ha tradicionalmente se les han atribuido los cambios. No obstante, tradicionalmente se ha asumido que la mayor parte de los efectos terapéuticos se deben a componentes o mecanismos de tratamientos específicos y que las terapias actuales son superiores a los tratamientos no específicos.

Las tempranas investigaciones en psicoterapia siguieron el ejemplo del uso médico de los controles placebo en farmacología, viendo los efectos placebo como irreales o artefactos. Así, la efectividad terapéutica podía ser establecida por la línea base más que por los efectos incrementales. Pero parecen existir dudas, continúan Critelli y Neumann, de que las terapias más establecidas hayan demostrado al menos un nivel de línea base de efectividad.

Luborsky, Singer y Luborsky (1975), revisaron investigaciones del éxito de las terapias bien controladas y concluyeron que las terapias existentes son comparables en cuanto a efectividad. Garfield (1981) revisó la historia y el estatus común de la psicoterapia y concluyó que a pesar del gran número de diferentes psicoterapias, no se han conseguido adelantos significativos. El comprehensivo meta-análisis de Smith y Glass (1977), visto anteriormente, no encontró diferencias en cuanto a la efectividad entre los procedimientos conductuales y los no conductuales. Los efectos promedios de las psicoterapias se describieron como moderados a favor de los efectos de los tratamientos. Por ejemplo, los clientes y los terapeutas gastan una buena parte de tiempo y esfuerzo en la empresa de conseguir la cura. Se les puede requerir a los clientes que justifiquen este esfuerzo declarando que han mejorado. En comparación con clientes en lista de espera, éstos experimentarían presumiblemente una exigencia opuesta. Parece razonable asumir que alguna limitada porción de esos efectos moderados deben ser atribuidos a los artefactos. Además, concluyen Critelli y Neumann (1984), Smith y Glass encontraron que ni la duración en el tratamiento ni la experiencia del terapeuta correlacionaban con la magnitud del efecto. Estos resultados dieron gran respaldo a los análisis de Frank (1973) y Shapiro (1971).

En la evaluación de si las terapias son superiores a los tratamientos no específicos, no han faltado propuestas para la superioridad general de las terapias. Wilkins (1979a, p. 838) propuso por ejemplo que la desensibilización sistemática es un «procedimiento más poderoso» y que sus efectos «son superiores a los efectos de los procedimientos placebo» (Wilkins, 1979b, p. 859).

Aunque las investigaciones tempranas del éxito de la psicoterapia incluyó grupos controles no específicos que no eran altamente creíbles, fueron en aquel momento percibidos como controles adecuados para los efectos inespecíficos. Desde la

revisión de Kazdin y Wilconxon (1976), los procedimientos control han tenido que demostrar una igual credibilidad y expectativa de cura para ser considerados adecuados. Critelli y Neuman manifiestan que probablemente en el futuro se requerirán exigencias más estrictas para los controles placebo, probablemente se requerirá una demostración de la equivalencia sobre otras variables placebo como la sugestión, exigencia de mejoría, etc. Y así, concluyen, aunque las terapias han demostrado una efectividad línea base, se pueden idear procedimientos placebo igualmente efectivos lo cual es desorientador para tomar esta efectividad como un indicador de la superioridad de la efectividad general de las terapias.

Como ya vimos en el apartado referente a los datos en contra de efectividad de la psicoterapia, Critelli y Neumann se planteaban la cuestión de si lo anterior implica que las terapias puedan no ser más efectivas que los rituales de cura de las primitivas sociedades. Estos autores afirman que la credibilidad de cada tratamiento es específica de la cultura con lo cual la comparación entre las terapias actuales y las de otras culturas, puede no ser significativa. Además, lo que es científico para una cultura determinada puede ser mágico desde la perspectiva de otra cultura distinta. Lo que es verdaderamente científico es la cantidad y precisión con la cual están siendo evaluadas, redefinidas o desechadas las terapias actuales. Este énfasis en la evaluación empírica mediante la comparación controlada de metodologías es probable que desemboque en un desarrollo gradual de procedimientos que son incrementadamente más efectivos tanto si operan a través de los mecanismos placebo tradicionales como si no. Es imperativo, así, que los procedimientos de evaluación se comparen con controles placebo realistas. Declaran estos autores que con demasiada frecuencia en el pasado, propuestas falsas de efectividad incremental han sido resultado de la utilización experimental de placebos que ni siquiera el más ingenuo confundiría con una psicoterapia genuina. Parece como si los placebos experimentales fueran poco creíbles, débiles o se hubieran aplicado de una manera menos entusiasta que los tratamientos actuales. Como mínimo, los controles placebo deberían ser equivalentes a la hora de evaluar los procedimientos.

Critelli y Neumann destacan que es importante hacer notar que la relativa equivalencia entre terapias comunes y tratamientos inespecíficos de ningún modo impugna o disminuye la efectividad terapéutica de esos procedimientos. De esta forma,

son legítimos tanto los procedimientos populares de terapia como las prácticas curativas indígenas, que jugaron un papel crucial, quizá indispensable, para mantener el equilibrio entre las necesidades individuales y sociales. La incisiva penetración de prácticas curativas persona a persona en todas las sociedades humanas conocidas, da testimonio de la necesidad de una institución social que se dedique a mejorar el sufrimiento individual, las dificultades interpersonales y la problemática personal de los individuos. Además, las terapias actuales y sus predecesoras representan un componente inherente de la cultura humana. No importa cuándo, donde, o bajo qué circunstancias, cada sociedad espontáneamente incluye sus propias prácticas curativas y de esta forma la necesidad y la importancia de la psicoterapia parece incuestionable.

No obstante, Critelli y Neumann proclaman que las psicoterapias actuales tienen que demostrar los efectos incrementales. Cabe la posibilidad de que los tratamientos estén operando a través de sus factores comunes con lo que dar por sentado que los mecanismos específicos son más potentes que los efectos placebo, podría constituir una equivocación (idea que, por otra parte, parece afianzarse a tenor de las recientes investigaciones sobre el proceso psicoterapéutico). En definitiva, el placebo tiene un papel muy importante en la evaluación de la psicoterapia y el hecho de abandonarlo podría constituir un paso atrás conceptual y metodológico.

Lieberman (1985) publicó un artículo en el *American Psychologist*, en el cual va a cuestionar los postulados de Critelli y Neumann. La idea principal de Lieberman es que si un paciente sabe que un tratamiento es un placebo, entonces el tratamiento no puede ser beneficioso. Dicha idea ya la había expresado en 1979 junto a Dunlap en un comentario sobre el artículo de O'Leary y Borkovec (1978) (Lieberman y Dunlap, 1979, p. 553). Lieberman señala que Critelli y Neumann fracasaron a la hora de reconocer este punto. Los efectos placebo son variables (creencias) cognitivas (en esto si concuerdan Critelli y Neumann) y parece evidente pensar que si el paciente mejora justamente por causa de los efectos placebos, entonces el paciente mejoró sólo porque creyó que la mejoría tendría lugar. Si esta creencia no se da, el paciente no mejora.

Al respecto de la idea de Critelli y Neumann de que los factores placebo comprenden todo lo que es activo en algunas psicoterapias, Lieberman declara que en una sociedad como en la que vivimos, donde existen multitud de investigadores que

continuamente están estudiando todo lo relacionado con la psicoterapia, parece poco probable que un remedio placebo pueda durar mucho tiempo. Asimismo, Lieberman afirma acerca de la expectativa de mejoría (entendida como efecto placebo) que un individuo no puede esperar mejoría de un tratamiento que tiene éxito sólo porque confíe en que resulte, lo cual supondría una situación de auto engaño difícil de considerar.

Lieberman piensa que es un error creer que los efectos placebos son estáticos. Las expectativas y creencias del cliente van cambiando a medida que la terapia sigue su curso. De esta forma, este autor plantea la posibilidad de que un paciente puede empezar una terapia con altas expectativas, pero se desanimará a medida que la terapia prosigue y no se consiguen avances. Para Lieberman, en una sociedad como la nuestra, una terapia que fuera eficaz exclusivamente por sus efectos placebos perdería toda su credibilidad.

Hasta aquí hemos tratado toda la problemática que ha entrañado la utilización de controles placebo para evaluar el éxito de las psicoterapias. Para concluir con este punto, vamos a mostrar un ejemplo de cómo se han utilizado controles placebo en el ámbito de los tratamientos psicológicos. Nos referimos al estudio de Paul (1966 citado en Álvarez, 1996). En dicho estudio se dispuso un tratamiento placebo (aparentado ser un verdadero tratamiento) en concreto referido a la desensibilización sistemática y al *insight* para el miedo a hablar en público. Dicho tratamiento placebo debería garantizar variables como la atención, la calidez, la expectativa de cura, el interés del terapeuta así como la confianza del sujeto en la terapia. La primera sesión consistía en explorar la historia y el estado actual de la problemática. A esta tarea se le dedicaba entre cinco y diez minutos. Otras tareas eran: explicación razonada de su problema y presentación razonable del curso del tratamiento (también entre cinco y diez minutos). También se le administraba un nuevo tipo de tranquilizante que en realidad era una cápsula de bicarbonato sódico y se le ofrecía un entrenamiento en estrés que consistía en que el sujeto escuchara una cinta con instrucciones monótonas. Se terminaba la sesión asegurándole al paciente que se había comportado normalmente y que la ansiedad se había reducido. En las siguientes sesiones se contestaban a las preguntas planteadas, se volvía a administrar el “tranquizante”, se realizaba el “entrenamiento en estrés” e igualmente se le volvía a decir que la ansiedad se había reducido. En esencia, este era el estudio planteado por Paul el cual, como se puede ver, se atiene prácticamente a la



noción médica de placebo lo que según Pérez Álvarez «no tiene por que no ser una forma de control apropiada en ciertos contextos y formatos clínicos... Más difícil sería mantener propiamente una psicoterapia placebo, cuya posibilidad misma es un asunto debatido» (Pérez Álvarez, 1996, p. 806).

Hemos visto las cuatro principales estrategias de grupo control, no obstante y enlazando con lo hasta aquí visto, haremos referencia a un proceso que ha levantado no pocas diferencias en el seno de la investigación en psicoterapia: *la remisión espontánea*.

Para que una terapia pueda ser considerada válida es necesario que haya pasado la prueba de la remisión espontánea, de esta forma se podría tener cierta confianza en que aporta algo específicamente. A nivel metodológico, esto supondría como mínimo compararla con un grupo control sin tratamiento. La remisión espontánea, como se ha apuntado, hace referencia a la mejoría terapéutica que tiene lugar debido al paso del tiempo. Parece ser que es más probable que un problema psicológico sea menor o incluso desaparezca con el tiempo más que se mantenga o empeore (Pérez Álvarez, 1996). Desde este punto de vista, la terapia iría a favor de la corriente. Habría que investigar entonces cuáles son las ganancias gratuitas con las que la terapia ya cuenta respecto de su aportación específica. Esto hace que en realidad no podamos estar completamente seguros de que la mejoría que produce determinada terapia se deba exclusivamente a su acción, ya que dicho beneficio podría deberse al paso del tiempo, esto es a la llamada remisión espontánea.

El estudio de la remisión espontánea fue un tema primordial en la obra de Eysenck. Asimismo, Rachman y Wilson también la abordaron con profundidad y desde siempre ha supuesto un tema de interés central en el ámbito de la investigación en psicoterapia. Sobre todo se ha intentado analizar la naturaleza, el ritmo y la tasa de la remisión espontánea según diferentes trastornos psicológicos. Se apunta que es posible que este hecho se deba a determinadas condiciones de la vida cotidiana que actúan como terapéuticas. ¿Qué condiciones podría ser estas? El simple hecho de hablar de lo que a uno le pasa con la familia, los amigos; el que uno se termine adaptando o desensibilizando situaciones desagradables; el ver a otras personas que también se encuentran en su situación o que la vida de un cambio y lo lleven a uno hacia adelante,

todas estas circunstancias pueden determinar que se produzca cierta mejoría en la persona.

No obstante, también se reconoce que existe un porcentaje de personas que no mejoran con el tiempo sino que por el contrario empeoran. Aquí estaríamos hablando de un “deterioro espontáneo” más bien, ya que como dice Pérez Álvarez (1996), “el tiempo no lo cura todo”. En cualquier caso, el hecho de la remisión espontánea obliga a disponer de un grupo control sin tratamiento. Una variante del grupo control sin tratamiento sería un grupo que no hubiera sido contactado como tal grupo de no tratamiento «porque se dispusiera de sus medidas formando parte de otros propósitos que no dejaran ver la eventualidad de alguna intervención» (Pérez Álvarez, 1996, p. 804). Serían sujetos que no sabrían que están sirviendo como grupo control. Las ventajas de este grupo control sin contacto estarían en que se eliminarían los posibles efectos que se derivan de participar en una investigación.

Para concluir con este punto, sólo decir que a la hora de estudiar la eficacia de un tratamiento, es necesario conocer la evidencia acumulada sobre la efectividad de dicho tratamiento, ya que si esta evidencia es escasa o nula (por ejemplo, si es un nuevo tratamiento o uno ya conocido pero que se va a aplicar a un ámbito diferente) es preferible optar por la comparación con un grupo control. Sólo cuando su eficacia sea contrastada, tendrá sentido usar estrategias más complejas para analizar a qué aspectos del tratamiento pueden atribuirse los resultados obtenidos (por ejemplo, la técnica de desmantelamiento que veremos más adelante). Por otra parte cuanto más datos respalden la efectividad de una terapia, más se debería usar esa terapia como estándar comparativo del funcionamiento de otras terapias.

#### ***2.4.3.1.2.- Comparación de dos tratamientos***

Una de las estrategias más utilizadas es la comparación de tratamientos, lo que permitiría averiguar qué tratamiento es el más efectivo para determinado problema. De esta manera se evitarían los problemas derivados del uso del grupo control, así como se tendría un mayor conocimiento de los procesos de cambio terapéuticos y de las diferencias y similitudes de ambos procedimientos. En concreto, esta estrategia consiste en probar dos o más tratamientos en determinadas condiciones, de forma que los

resultados diferentes que se obtuvieran podrían ser achacados a los aspectos idiosincráticos de los tratamientos.

No obstante, los estudios comparativos no dan información sobre qué aspecto de la psicoterapia es la causante del proceso de mejora. Este sería un problema de esta estrategia junto con otras limitaciones tales como el hecho de que se le suele dar demasiada relevancia a las técnicas de tratamiento y muy poca al impacto de otras variables, como las características del paciente y terapeuta, así como la clase y gravedad del trastorno. Además, es complicado comparar todas las técnicas existentes y en realidad no han resuelto la cuestión de conocer qué tratamiento es el más eficaz debido a que existen diferencias intrínsecas entre los tratamientos que hacen dificultosa la interpretación de los resultados. Estas diferencias serían el entrenamiento que siguen los terapeutas, el número y duración de cada sesión y las actividades del paciente durante el tratamiento.

A la hora de plantear un estudio comparativo hay que tener en cuenta una serie de aspectos (Elkin, Pilkonis, Docherty y Sotsky, 1988; Kazdin, 1986a):

1.- Los tratamientos que se quieren comparar deberían ser representativos de los que se realizan en la práctica.

2.- En el caso en que los tratamientos a comparar sean modelos alternativos para conseguir la mejoría, entonces sería apropiado utilizar la comparación de tratamientos. Pero si los tratamientos son procesos complementarios no es útil una comparación de este tipo. No obstante, Castillo y Poch (1991) consideran esta acepción cuestionable ya que afirman que estudios que han comparado diferentes modalidades de abordaje terapéutico basados en una misma teoría (como el psicoanálisis, la psicoterapia dinámica breve, la psicoterapia psicoanalítica, etc.), ya han sido realizados en la Universidad de Columbia. Y desde este punto de vista, también es práctico este tipo de estudios ya que así se podrían conocer y mejorar el uso de esas técnicas.

3.- La comparación debe centrarse en los ingredientes específicos de cada técnica de tratamiento como la actividad a desarrollar por el cliente en la terapia y fuera de ella, las afirmaciones del psicoterapeuta, aspectos a los que da más importancia la

terapia (cognitivos, afectivos, etc.). Sin embargo, se deberían mantener constantes otros factores como la duración de las sesiones, el número de sesiones, etc.

4.- Los tratamientos deben ser llevados a cabo por terapeutas con experiencia, entrenados para realizar dicho tratamiento y con garantías de llevarlo a cabo correctamente (asegurar la integridad de los tratamientos). También sería conveniente equiparar a los terapeutas en otras variables como la edad, sexo y experiencia, debido a que es complicado encontrar a un mismo terapeuta que sea capaz de desarrollar tratamientos alternativos. Este punto también es cuestionado por Castillo y Poch (1991) ya que según estos autores es difícil tal equiparación ya que «(...) la realidad nos enseña que aún dentro de un marco teórico común, como puede ser el psicoanalítico, las diferencias son muy importantes; ello hace que no se pueda hablar de terapeutas equiparables, aunque el esfuerzo formativo en los institutos psicoanalíticos sea tratar de garantizar una misma o parecida forma de conducir el proceso terapéutico» (Castillo y Poch, 1991, p. 27-28). Y si esto es así, afirman, es probable que ocurra algo parecido en otras disciplinas psicoterapéuticas. Para solventar esto, apuntan dos propuestas:

A.- Hay que seleccionar medidas para evaluar los tratamientos que sean capaces de aclarar el cambio logrado por cada uno de los tratamientos que se comparan.

B.- Debe realizarse un seguimiento ya que es la forma de asegurar que la efectividad de un tratamiento se va a mantener a lo largo del tiempo.

No obstante, Castillo y Poch (1991) se plantean si la premisa de que un tratamiento efectivo lo es porque sus efectos perduran en el tiempo es realmente exigible a todos los tratamientos o si es una exigencia derivada de modelos de pensamientos provenientes de la medicina. Estos autores afirman que dicha premisa será válida en unos contextos, contextos teóricos, pero no en otros, como el los contextos sociales por ejemplo. De esta forma, un tratamiento puede ser beneficioso y suficiente para solucionar un determinado problema en un momento concreto de la vida del paciente. En palabras de estos autores, «(...) quizás sea cierto que la eficacia de un psicoanálisis es demostrable gracias a la perdurabilidad de sus resultados, o que un tratamiento cognoscitivo-conductual se pueda dar como válido dado que los síntomas no se volvieron a presentar a lo largo de dos años. Pero ceñirse a esa variable muy probablemente es cegarse al cambio personal que se desarrolló durante el proceso

terapéutico, independientemente de que los síntomas pudieran reaparecer o no, que el proceso analítico siguiera funcionando o no, etc.» (Castillo y Poch, 1991, p. 28-29).

A este respecto, estos autores plantean dos puntualizaciones:

- 1.- Si los tratamientos comparados producen cambios, la investigación debe ser lo suficientemente potente como para identificar diferencias relativamente pequeñas. Sería importante incrementar el tamaño de la muestra así como reducir la variabilidad intra-grupos, mediante la homogeneización en el entrenamiento de los terapeutas, asegurando la integridad del tratamiento y seleccionando grupos de sujetos homogéneos.
- 2.- La comparación ha de basarse en la significación clínica de las diferencias, más que en su significación estadística.

Es muy importante pormenorizar al máximo las características de los tratamientos que se comparan y de las poblaciones a las que se aplican, ya que sólo sería recomendable comparar dos intervenciones en la medida en que la investigación previa sobre su efectividad puede generalizarse al estudio comparativo que se lleva a cabo.

Una vez visto lo anterior, es interesante que hablemos de la metodología ATI (“*Aptitude-Treatment-Interaction*”), que estableció Cronbach (1957). Este diseño pretende determinar el grado en que tratamientos alternativos tienen diferentes efectos en función de características de los sujetos y, consiguientemente, establecer que condición de tratamiento es la más idónea con qué particularidades del cliente. Se trata de un diseño factorial que se centra en la investigación de las diferencias individuales en relación con el resultado del tratamiento. La lógica de este programa, como señala Pérez Álvarez (1996), se explica en sus propios términos:

- *Aptitud*: Son aquellas características de la persona que la van a llevar a lograr un determinado resultado del tratamiento que se está estudiando, es decir, las características del paciente que se estudian como potencialmente relevantes para predecir la respuesta a los tratamientos psicológicos.

- *Tratamiento*: Hace referencia a cualquier variable situacional que pueda ser manipulada, como podrían ser las propias técnicas terapéuticas. Además, se incluirían

las características del ambiente en que la terapia tiene lugar, como si es una terapia individual o en grupo, si se realiza en la clínica o en la comunidad, etc. También incluirían las características del terapeuta tales como su experiencia, edad, sexo, etc.

- *Interacción*: Hace referencia al grado en que dos o más terapias se diferencian en función de determinadas aptitudes de la persona. Aptitudes y tratamiento pueden ser variables cualitativas o cuantitativas.

Los tratamientos pueden así interactuar de muy diversas formas con las personas. A continuación se presentan diferentes formas de interacción:

- *Interacción lineal*: A más aptitud -A-, más resultado -R- para cualquier situación de tratamiento -T- que se investigue.

- *Interacción cruzada*: Cuando una aptitud baja da lugar a un mejor resultado del tratamiento o bien a mayor aptitud peor sea el resultado del tratamiento.

- *Interacción curvilínea*: El resultado cambia a mejor o peor según la aptitud y puede ser que en su grado máximo, los resultados se sitúen en su mayor eficacia.

Un análisis ATI implica comparar las ecuaciones de regresión de -R- (resultado) sobre -A- (la aptitud de los sujetos que se espera interactúe con los tratamientos) bajo los niveles  $t_1, t_2, \dots, t_p$ . El análisis se haría de forma secuencial (lo obtenido en una fase determinaría lo que hacer en la siguiente). En la primera etapa, se comprueba si el coeficiente correspondiente en la ecuación de regresión a la interacción es significativo o no. Si el resultado es negativo se podría concluir que el efecto de -A- en -R- es igual bajo los diferentes niveles de -T-. Si la interacción es significativa, habría que determinar las regiones de significación (valores de -A- en los que no hay diferencias en los datos bajo los distintos niveles de tratamiento -T-, así como los valores -A- a partir de cuales se empieza a percibir diferencias).

La metodología ATI podría servir como una salida al debate de la equivalencia de las terapias. Si se mejoraran las interacciones entre componentes personales y situacionales, los tratamientos darían lugar a mejores resultados. La pregunta de qué terapia, con qué paciente, para qué problema, con qué terapeuta se avendría a un diseño ATI. Además, se podrían analizar otras interacciones además de la aptitud y el

tratamiento como, por ejemplo, la aptitud y el resultado (ante una misma terapia diferentes individuos podrían conseguir los mismos resultados de diferentes forma).

No obstante, autores como Dance y Neufeld (1988) muestran que los resultados de los programas ATI son aún inconsistentes, con lo que se supone que todavía esta metodología se encuentra aún por desarrollar y perfeccionar.

Además de la metodología ATI, es necesario que hablemos brevemente de los diseños multi-tratamiento, los cuales se caracterizan porque cada sujeto recibe los diferentes tratamientos que se analizan. Este tipo de diseño es valioso cuando se intenta estudiar el efecto de la secuencia o la interacción tratamiento-orden de aplicación. Sería un diseño intra-sujeto en el que se disponen grupos separados de sujetos con el fin de contrabalancear los diferentes tratamientos en lo que se refiere a su orden de aplicación, con lo que se precisa de la aleatorización y el emparejamiento a la hora de conformar los grupos. Este diseño varía en función del número de tratamientos (los cuales van a ser contrabalanceados). Por ejemplo, supondría estudiar dos tratamientos y dos grupos que sólo difieren en el orden en el que reciben el tratamiento, aunque como hemos mencionado, también se podrían estudiar más de dos tratamientos de los que se desea averiguar su efectividad en función del orden de aplicación.

#### ***2.4.3.1.3.- Diseños de caso único y desmantelamiento***

La estrategia de desmantelamiento consiste en dividir un paquete de tratamiento en aquellos elementos que lo componen, es decir en estudiar por separado un ingrediente del paquete de tratamiento. Se trataría de desmantelar el tratamiento original y probar sus componentes por separado. Si un tratamiento demuestra ser eficaz quizá interese saber que componente o componentes de dicho tratamiento son los responsables de la mejoría (componentes activos). Una vez dividido el paquete de tratamiento, puede ser que algunos sujetos reciban el tratamiento completo y otros el tratamiento menos algún o algunos de sus componentes y así las diferencias que se observen en cada grupo se atribuirían a los componentes de la intervención que se aplicó a algunos sujetos y no a otros. De esta manera, se puede comprobar que dicha mejoría se debe a uno, varios o a la interacción de los componentes en conjunto. Con esta estrategia se podría en teoría contestar a la pregunta de por qué se produce el cambio, ya que identificaría los componentes necesarios y suficientes para el cambio

(Kazdin, 1986b). Tales descubrimientos podrían servir para aligerar el tratamiento y desprenderse de aquellos componentes que no fueran de utilidad. No obstante esta estrategia no podría ser aplicada en aquellas terapias donde se produce una fuerte relación terapéutica en la cual la implicación del terapeuta y el paciente sea de importancia.

La estrategia de desmantelamiento es similar a la metodología de caso único donde una minuciosa intervención experimental se aplica con el fin de localizar aquellas variables que controlan las variables problemáticas. Estos diseños de caso único donde hay un cliente individual que recibe un tratamiento va a tener funciones diferentes a los diseños experimentales intergrupos. Estas funciones características serían las siguientes (Kazdin 1986b):

1.- Debido a que los diseños grupales desvirtúan los efectos del tratamiento en individuos concretos, la primera función del diseño de caso único sería aproximar investigación y práctica.

2.- Una segunda función sería que a través de este diseño se podría identificar si el tratamiento es responsable del cambio y así modificarlo según el progreso que consiga el paciente.

3.- Además, este diseño permite analizar cuáles son los atributos característicos responsables de cómo se organiza el comportamiento y la personalidad.

Existen tres líneas de investigación en la metodología de caso único según Hilliard, 1993:

1.- *Los estudios de caso*: Lo cierto es que las diferentes psicoterapias se han desarrollado partiendo de casos individuales (recordemos el “caso de Ana O.” de Freud que sirvió para preconfigurar el psicoanálisis, de la misma forma en que el “caso Albert” o el “caso Peter” sirvió de punto de partida a las terapias de conducta y no digamos el enfoque existencial el cual requiere el análisis biográfico comprensivo de cada caso).

Siguiendo a Kazdin (1992), el estudio de caso ha servido para desarrollar técnicas terapéuticas (“caso de Ana O.” y “caso Peter”), para dar una explicación



plausible del comportamiento humano (“caso Albert”, “caso Peter” y “caso Hans” para las fobias), así como estudiar casos poco comunes (“las tres caras de Eva”, como ejemplo de personalidad múltiple).

Como señala Pérez Álvarez (1996) las principales limitaciones en esta línea tendrían que ver con las distintas explicaciones que se podrían proponer desde otros puntos de vista diferentes a los del autor, así como la escasa generalización que permite. Asimismo, se tratan de casos que se exponen de forma narrativa y, por lo general, los datos que se obtienen son de tipo cualitativo.

2.- *Análisis cuantitativos de caso único*: Consistirían en la presentación del caso para la aplicación de técnicas de tipo cuantitativo (por ejemplo, pruebas de aleatorización, de tendencias y series temporales). De esta forma se determina el curso temporal de las variables sin que éstas hubieran sido manipuladas. Como señala Pérez Álvarez (1996), «ofrecerían una análisis funcional (siquiera secuencial) y, aún, causal en la medida en que pudiera establecerse que una variable antecedente precede fiablemente a otra consecuente, siendo que tal relación tenga una razón de ser y estando por lo demás excluidas explicaciones alternativas» (Pérez Álvarez, 1996, p. 775), idea que también expresaron Haynes, Spain y Oliveira (1993).

Este tipo de análisis puede tener un carácter exploratorio o confirmatorio de hipótesis. Además, el análisis cuantitativo de caso único se ha utilizado para estudiar el proceso terapéutico, analizando por ejemplo (como señalan Jones, Ghannan, Nigg y Dyer, 1993), la influencia de unos eventos en otros, las variaciones a lo largo del tiempo y los efectos bidireccionales entre el terapeuta y el paciente.

3.- *Los diseños experimentales de caso único*: En lugar de observar pasivamente lo que pueda ocurrir, los diseños experimentales de caso único serían análisis cuantitativos que conllevan la manipulación de variables. Siendo como es un diseño experimental se ha utilizado sobre todo en el ámbito del estudio de la conducta operante (por ejemplo, para estudiar el cambio en ansiedad y depresión en función de una terapia integrada por técnicas dispuestas para cada uno de esos trastornos). En concreto consistirían en mediciones repetidas de la/s variable/s dependiente/s. En un primer momento se establecería la línea base la cual usaremos para constatar los posibles cambios. Esta línea base debe ser sensible a los procedimientos experimentales y estar a

salvo de influencias externas, es decir, tiene que ser estable, sensible y no influenciado por influjos externos. La línea base se nombra como fase A dentro de estos diseños.

En una segunda fase (fase B), una vez que hemos establecido la línea base entonces se modifica alguna condición con el fin de averiguar su efecto sobre la conducta que se estudia. Normalmente se recomienda manipular una variable independiente cada vez pero no se excluye la posibilidad, si el experimentador lo desea, de modificar aún otra variable o más y comprobar sus efectos en dos o más variables dependientes (ya que la línea base puede constar de varias conductas a estudiar). La manipulación realizada se podría representar con el esquema A-B y a pesar de que se observen cambios a partir de la intervención, no se puede asegurar del todo que los cambios producidos se deban a dicha intervención. Hasta este momento se podría hablar de un diseño cuasi-experimental. Pero para obtener la seguridad de que los cambios se deben a la intervención (esto es, darle un carácter experimental), tendríamos que retornar a la condición de línea base y comprobar si los cambios desaparecen. Si esto es así, podremos tener el convencimiento de que existe una relación funcional causal (en concreto, sería un diseño de reversión con un esquema A-B-A-B). Hay que tener en cuenta, no obstante, que no siempre es posible realizar esa retirada, por ejemplo porque el cambio producido supone una situación nueva irreversible o porque es inviable a nivel práctico debido a la falta de tiempo o colaboración para la reversión de la mejoría alcanzada.

Una variante sería el diseño de inversión en el que dispondría de dos conductas incompatibles que fueran sensibles a la misma técnica, de manera que se modificara una sin que cambiara la otra, invirtiéndose más tarde el proceso una o más veces. (esquema A1A2-B-A1A2;A1A2-B-A1A2). También se podría poner a prueba dos procedimientos sobre la misma línea base de tal manera que se pudiera observar la acción específica de cada uno o de la interacción entre ambos (esquema de diseño multinivel A-B1-A-B2-A-B1B2-A o interactivo A-BC-A-B-A-C-A). Otra opción sería, por ejemplo, empezar por aplicar el tratamiento, se retiraría y se comprobaría de nuevo su impacto (esquema B-A-B).

Aunque el diseño de retirada puede demostrar la efectividad concreta de una intervención, debido a los inconvenientes antes mencionados se han utilizado otros diseños como los de línea-base múltiple y de tratamiento alterno.

En cuanto a los *diseños de línea-base múltiple*, sirven para comprobar que el cambio ocurriría en los momentos en que se introduce la intervención. Aquí no es necesario introducir y volver a retirar la intervención, sino que se tiene una línea-base múltiple sobre la cual se intervendrá en diversos momentos. Dicha línea-base múltiple puede ser entre diversos comportamientos de un mismo sujeto, diversas situaciones que hacen referencia a una misma conducta de un sujeto que tenga varios contextos independientes, o entre individuos homogeneizados cuando se haya tomado el mismo comportamiento en cada uno de ellos. La intervención se aplicaría sucesivamente de tal manera que una vez que se da un cambio estable en la primera conducta, situación o sujeto, se pasaría a la segunda que, hasta entonces continuaría como línea base y así sucesivamente. El cambio debido a la intervención sería una demostración de su efectividad.

En lo que se refiere a los *diseños de tratamiento alterno*, éstos permiten comparar dos o más intervenciones dentro del mismo individuo sobre diferentes conductas. Cada intervención se aplica según algún criterio de alternancia. Por ejemplo, si B y C son dos tratamientos se podrían alternar de la siguiente manera: B-C-C-B-C-C-B. Aquí no sería necesario ninguna línea base puesto que lo que interesa desde el punto de vista de este diseño es ver la eficacia de un tratamiento con respecto a otro (no obstante, de la misma forma se utilizará en la comparación de grupos).

Por último, veremos los *diseños de criterio cambiante*, en los que los efectos de una intervención son demostrados en la medida en que se van incrementando según se ajustan a un criterio de éxito que cambia en cuanto se alcanza de una forma estable. El tratamiento así se descompondría en varias etapas que se irían completando de forma sucesiva, con un esquema del tipo: A-B<sub>1</sub>,B<sub>2</sub>,B<sub>3</sub>,B<sub>n</sub>.

Los resultados de estos diseños se representan por lo común de forma gráfica para facilitar mediante una simple inspección visual la significación de dichos resultados. El punto fuerte de los diseños experimentales de caso único es la validez interna, esto es, en qué medida el cambio es debido a la intervención que se ha llevado a

cabo. En este sentido, se tratan de relaciones funcionales causales. Pero si interesa ir más allá del individuo tendríamos que echar mano de los procesos de replicación, como la replicación directa (consistente en la repetición del experimento por el mismo investigador ya fuera con el mismo sujeto o con otros distintos), o sistemática (consistente en repetir el experimento por parte de otros investigadores y quizás también en otros contextos diferentes). No obstante, existiría una tercera forma de replicación propuesta por Barlow y Hersen (1984/1988) denominada replicación clínica, la cual consistiría en que un tratamiento paquete que contiene dos o más procedimientos distintos se aplica a una sucesión de pacientes con diferentes problemas que permanecen imbricados.

De esta forma, el análisis de caso es una metodología de importancia central en la investigación psicoterapéutica, debido a que son de gran utilidad para estudiar cuestiones relativas tanto al proceso como al resultado de la psicoterapia.

Para terminar, mencionar que tal vez debido a la similitud entre el diseño de caso único y el desmantelamiento, esta estrategia ha sido utilizada mayoritariamente por terapeutas conductuales o cognitivo-conductuales.

#### ***2.4.3.1.4.- Construcción y parámetros del tratamiento***

La estrategia del *tratamiento constructivo* supondría operar de forma inversa al desmantelamiento ya que se partiría de un tratamiento al que se le irían añadiendo nuevos componentes y se comprobaría su efectividad respecto al tratamiento original. Podríamos comprobar, por ejemplo, que la suma de esos nuevos ingredientes mejoran el resultado del tratamiento. De la misma forma que era posible en el desmantelamiento, aquí también pueden analizarse cuáles son los aspectos responsables del cambio terapéutico.

En lo que se refiere a la estrategia del *tratamiento paramétrico*, consistiría en alterar los aspectos específicos de un tratamiento para determinar la forma óptima de administrarlo. El alterar algunas condiciones del tratamiento para ver cómo influyen en el resultado, se diferencia del desmantelamiento en que aquí no se suprimen componentes o se añaden otros nuevos como en el caso del constructivo, sino que se varía algún aspecto específico de la aplicación terapéutica. Así, grupos diferentes

recibirían el mismo tratamiento pero con variaciones (sobre todo, cuantitativas) de alguna variable, como pudiera ser el número o duración de las sesiones, la modalidad de aplicación (en grupo, individual, etc.), o cualquier otra. La intención de esta estrategia, como diría Kazdin (1986b), es maximizar el efecto terapéutico y clarificar los mecanismos responsables del cambio terapéutico.

A modo de resumen, y en referencia a lo expuesto en el presente apartado, sintetizamos en el cuadro 2, siguiendo a Castillo y Poch (1991), los criterios a tener en cuenta a la hora de elegir una determinada estrategia de investigación:

	<b>Poder de análisis</b>	<b>Evidencia acumulada sobre la eficacia de un tratamiento</b>	<b>Grado en que la muestra de pacientes y el tratamiento pueden ser especificados</b>	<b>Riesgo, coste e importancia teórica de algún elemento del paquete</b>	<b>Urgencia de la intervención</b>	<b>Duración del tratamiento y seguimiento</b>
<b>Grupo control sin tratamiento</b>	Menos costosa	Usar, si hay poca evidencia			No usar, si hay urgencia	
<b>Grupo control de “mínimo pero útil”</b>	Menos costosa				No usar, si hay urgencia	
<b>Grupo control de lista de espera</b>						Usar, si el tratamiento no requiere seguimiento a largo plazo
<b>Comparación de tratamientos</b>	Más costosa		Usar, si los tratamientos han demostrado eficacia en población similar			
<b>Desmantelamiento</b>	Más costosa	Usar, si hay evidencia		Usar si resulta teóricamente interesante		

*Cuadro 2: Criterios a considerar para elegir una estrategia de investigación*

### **2.4.3.2.- Tipos de investigación en psicoterapia**

Los dos procedimientos que en mayor proporción se utilizan en la investigación sobre la efectividad de la psicoterapia son la investigación análoga y los ensayos clínicos (*clinical trials*). Nos referiremos a cada uno de ellos de forma más extensa a continuación:

1.- *La investigación análoga*: Una manera de solventar las numerosas dificultades que plantea la investigación en situaciones clínicas (obtención de pacientes con características homogéneas, asignación aleatoria de los pacientes a los grupos, cuestiones éticas referidas al grupo control, etc.), sería realizar la investigación en situaciones que sean análogas a las clínicas, ya sea en estudios de laboratorio con animales o con humanos (Kazdin, 1984).

No obstante, la investigación análoga presenta una serie de particularidades como señalan Borkovec y Rachman (1979) y Kazdin (1978 y 1984), a saber:

A.- Los problemas son de menor importancia y más leves que los que comúnmente se dan en la práctica clínica.

B.- Los sujetos suelen ser voluntarios (por ejemplo, estudiantes con trastornos leves) con diferentes características personales (edad, poder adquisitivo, cultura, ocupación, estado civil, etc.) a las de los pacientes que se tratan en la clínica.

C.- Ya que los sujetos suelen ser voluntarios, sus motivaciones y expectativas (participación altruista, compensaciones académicas, o incentivos económicos, teniendo estos últimos la capacidad de invalidar la relación terapéutica según Castillo y Poch, 1991) también se diferenciarán de las motivaciones y expectativas de los pacientes que participan en la terapia ya que la motivación de éstos últimos irá encaminada a conseguir un alivio para su problema. Además, los sujetos que participan en la situación análoga saben en mayor o menor medida que la terapia que se les administra está siendo investigada.

D.- La formación de los terapeutas suele ser limitada ya que suelen ser recién licenciados o estudiantes en prácticas, lo que generaría menos credibilidad y expectativa de mejora en el paciente.

E.- La aplicación de los tratamientos se realiza de forma muy estandarizada con el fin de mantener controladas el mayor número de variables posibles, lo que da lugar a que casi no tenga cabida un procedimiento más individualizado.

Resumiendo, todos estos atributos de la investigación análoga hace que sea difícil generalizar los resultados que de ella se obtengan, ya que sus condiciones se alejan de la situación clínica real.

2.- *Los ensayos clínicos:* Otra forma de superar las dificultades de la investigación en las situaciones clínicas era a través de los *clínical trials* o ensayos clínicos. Estos ensayos clínicos suponen una forma de investigación que se acercaría más a la situación clínica real.

Aquí, los sujetos del estudio necesitan de verdad una asistencia psicológica y buscan un tratamiento. Además, los terapeutas son profesionales y se pueden tratar alteraciones más graves y complejas. De esta forma, los ensayos clínicos se aproximan mucho más a la práctica psicoterapéutica que se producen en instituciones y *settings* privados.

	<b>Investigación Análoga</b>	<b>Ensayos clínicos</b>
<b>Tipo de problema</b>	Menos grave y menos amplio	Más grave y más amplio
<b>Sujetos</b>	Voluntarios o estudiantes	Pacientes reales
<b>Motivaciones</b>	Contraprestación académica o económica	Buscan asistencia
<b>Expectativas</b>	Recibir un tratamiento que tal vez no es efectivo	Recibir un tratamiento efectivo
<b>Terapeutas</b>	Poca experiencia	Mayor experiencia
<b>Tratamiento</b>	Muy estandarizado	Administración individual

*Cuadro 3: Comparación entre la investigación análoga y los ensayos clínicos (Adaptado de Castillo y Poch, 1991).*

### **2.4.3.3.- La justificación científica de la eficacia psicoterapéutica**

Siguiendo a Musso (1970), «si la finalidad de un tratamiento consiste en provocar un efecto deseado en un objeto, el tratamiento será eficaz en la medida en que produzca realmente ese efecto» (Musso, 1970, p. 234). En este sentido, la justificación científica de la eficacia de un tratamiento se realizaría a través de dos criterios: teórico y empírico. Veamos los diferentes criterios de justificación:

1.- *La justificación teórica:* Cada técnica psicoterapéutica posee su propia justificación teórica. No obstante, Musso (1970) afirma que dicha justificación teórica no es científica ya que las premisas a partir de las que se deduce la eficacia del tratamiento no están verificadas científicamente. Por ejemplo, Rogers (1966) sostiene la premisa de que el mejor punto de vista para comprender la conducta es desde el propio marco de referencia del individuo. De esta premisa se deduce la eficacia de la técnica de abstenerse de formular interpretaciones relativas a las causas de la conducta del paciente sino limitarse a comprenderla de manera empática. Lo mismo ocurriría, por poner otro ejemplo, con la premisa de Freud de la “atención flotante”, a partir de la cuál se deduce la eficacia de la técnica de no tomar anotaciones durante la sesión de psicoanálisis. Sin embargo, las afirmaciones de Rogers o de Freud mencionadas no han sido verificadas científicamente y, por otra parte, tampoco pueden aceptarse como verdades “evidentes” ya que ambos autores poseen criterios muy diferentes en sus teorías.

2.- *La justificación observacional (clínica):* La justificación empírica de la eficacia de las técnicas terapéuticas se basa casi exclusivamente en la experiencia clínica u observacional. Pero un método de justificación válido en algunas técnicas de otras ciencias no tiene por qué ser válido en psicoterapia ya que el clínico no controla todas las variables relevantes para la explicación del efecto observado. De esta forma, mientras subsista esta imposibilidad de comprobar todas las variables que pudieran intervenir en el efecto (en el posible cambio), las técnicas de control más aceptables para la verificación de las hipótesis clínicas son las técnicas estadísticas. Desde este punto de vista, se abogaría por el método experimental basado en técnicas estadísticas de análisis y control de variables, como criterio de verificación válido para determinar la eficacia de las técnicas psicoterapéuticas.



3.- *La justificación experimental y estadística:* La hipótesis de que las curaciones son causadas por el tratamiento sólo pueden ser verificadas científicamente mediante la exclusión de las hipótesis que adjudican el efecto a otras variables distintas a las del tratamiento. Así, si el psicoterapeuta conociera y pudiera controlar todas esas variables, bastaría la observación de un sólo caso para inferir que la curación se debe al tratamiento. Como ya hemos visto, el procedimiento ideal para comprobar la eficacia de un tratamiento debería incluir controles como los siguientes:

A.- Formación de grupos experimentales y de control de los sujetos.

B.- Distribución aleatoria de los pacientes entre los psicoterapeutas.

C.- Diagnóstico a ciegas (evaluaciones realizadas por observadores independientes).

D.- Significación estadística.

Por otra parte, como manifiesta Musso (1970), la justificación de la eficacia de una técnica no es necesariamente una justificación de la teoría en que se apoya esa técnica. En este sentido, la investigación experimental y estadística de las técnicas psicoterapéuticas sólo serían un primer paso de un plan más amplio que deberá poner a prueba la validez de las teorías en que se fundamentan esas técnicas. En cualquier caso, los estudios estadísticos exploratorios no sólo no revelan diferencias entre las diferentes técnicas de psicoterapia, sino, inclusive, entre estas y la cronoterapia (el mero paso del tiempo como proveedor de efectos terapéuticos) (Musso, 1970).

#### **2.4.3.4.- Evaluación del resultado de la psicoterapia**

Siguiendo a Castillo y Poch (1991), si en un principio lo que interesaba era estudiar la eficacia de la psicoterapia desde un punto de vista global, progresivamente los investigadores fueron centrando su interés en estudiar la efectividad diferencial. Esto, junto con el hecho de que cada vez se empezaron a usar instrumentos más sofisticados para medir el resultado de las psicoterapias hizo que fuera más interesante para los distintos autores analizar cuáles eran los componentes que hacían eficaces a las psicoterapias, así como cuáles eran los emparejamientos más eficaces entre pacientes, terapeutas y técnicas.

1.- Si atendemos al *contenido de la evaluación*, esto es, qué se evalúa y con qué, hay que hacer referencia a la distinción entre la actividad del clínico y la del investigador. Al clínico le interesa el problema de su paciente y para eso tiende a ceñirse a una escuela y a unos principios que no cuestiona. Al investigador le interesa el hecho teórico y poner a prueba una determinada teoría. Ambos puntos de vista, el práctico del clínico y el del investigador, aunque son diferentes deberían ser complementarios (Powell, 1989).

Ante esto, Barlow, Hayes y Nelson (1984) proponen para el enfoque práctico que el clínico se comporte como un “científico practicante” interesado por la medición, a fin de comprobar si el paciente mejora con la aplicación del tratamiento. Para esto se deben seguir ciertos pasos (Barlow, Hayes y Nelson, 1984; Castillo y Poch, 1991):

- A.- Establecer los problemas del cliente en términos específicos
- B.- Especificar las distintas áreas problemáticas.
- C.- Obtener medidas múltiples para cada conducta problema.
- D.- Seleccionar medidas que sean sensibles y significativas.
- E.- Recoger medidas en los momentos iniciales del tratamiento.
- F.- Tomar las mismas medidas de forma repetida al menos antes y durante, después del tratamiento.
- G.- Hacer comparaciones entre esas medidas sólo si los datos se tomaron en similares situaciones.
- H.- Representar gráficamente los datos.
- I.- Registrar medidas “inconvenientes” (aquellas de difícil recogida) con menor frecuencia que las “convenientes”
- J.- Seleccionar medidas con adecuadas propiedades psicométricas buscando tipos de fiabilidad como, por ejemplo, el acuerdo interjueces.

K.- Obtener el consentimiento y cooperación del cliente.

Para el enfoque de investigación, Powell (1989), propone que se sigan los pasos siguientes:

A.- Establecer hipótesis y objetivos que sirvan de punto de partida.

B.- Análisis de contenido de las hipótesis, esto es, describir aquello que se vaya a medir.

C.- Seleccionar medidas a partir del análisis de contenido y emprender una búsqueda bibliográfica.

D.- Evaluación de las medidas que han sido usadas en la literatura sobre el tema.

2.- En lo que se refiere a las *fuentes de evaluación*, es decir, quién evalúa, hay que decir que como ya expresaron diversos autores como Strupp y Hadley (1977), Lambert, Christensen y DeJulio (1983) y Stiles, Shapiro y Elliot (1986), la efectividad de un tratamiento puede ser valorado de forma distinta por distintas personas. Por ello, Strupp y Hadley (1977), propusieron un modelo tripartito de evaluación del cambio, el cual debería contemplarse desde tres puntos de vista: el del paciente, el de la sociedad y el del terapeuta:

A.- *Individuo*: Hace referencia a que el paciente, al ser tratado, obtenga sentimientos subjetivos de bienestar y satisfacción.

B.- *Sociedad*: Que el tratamiento lleve al paciente a un adecuado establecimiento de relaciones sociales, con personas e instituciones, así como un correcto seguimiento de los estándares sociales.

C.- *Terapeuta*: Cuanto más se aproxime el resultado de la terapia al ideal de funcionamiento que postula la teoría, más exitosa considerará el terapeuta a dicho tratamiento.

Lambert (1983) clasificó las diferentes medidas de resultado en cinco categorías, a saber:

A.- *Auto-informe*: Pruebas psicométricas como el STAI, el BDI o el MMPI, en la que los pacientes evalúan sus propios síntomas.

B.- *Observador entrenado*: Además del criterio que sobre el tratamiento tenga el terapeuta y el paciente, también es interesante la opinión que tenga un tercero, es decir, un observador entrenado o experto que juzgaría el cambio que la terapia hubiera provocado en el paciente.

C.- *El propio terapeuta*: El terapeuta actuaría de observador participante. Al estar implicado activamente en el cambio, su perspectiva es privilegiada ya que en todo momento se encuentra inmerso en el proceso de la psicoterapia que está llevando a cabo.

D.- *Otro significativo*: Hace referencia a la visión que sobre el posible cambio efectuado por el tratamiento tengan otras personas significativas como pudieran ser los familiares o amigos del paciente.

E.- *Las fuentes instrumentales*: Harían referencia según Lambert (1983), a determinados indicadores fisiológicos. No obstante, dada la escasez de estos instrumentos todavía faltaría mucho para avanzar en su conocimiento.

3.- Por último, en cuanto al *momento más adecuado para evaluar*, como mínimo deben existir dos momentos de evaluación del paciente: al comenzar y al finalizar el tratamiento. Pero también es conveniente realizar evaluaciones mientras se está aplicando el tratamiento con el objetivo de comprobar la rapidez de la mejoría, la secuencia de la remisión de los síntomas, así como la posibilidad de realizar predicciones sobre el proceso de cambio. También es acertado efectuar un seguimiento con el fin de observar la durabilidad de los efectos conseguidos.

#### **2.4.3.5.- Problemas metodológicos en la investigación sobre el resultado de la psicoterapia**

Los diferentes problemas a los que se tiene que enfrentar la investigación de resultado se resumen en cuatro fuentes de invalidez (Castillo y Poch, 1991; Shapiro, 1989):

1.- *Validez de la conclusión estadística:* Hace referencia a la validez de las conclusiones que podemos extraer de la covariación entre las variables independientes y dependientes, en la cual influyen diversos aspectos: *a) el poder estadístico* (probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es verdadera y atribuir las diferencias observadas al efecto del tratamiento, cuando en realidad son debidas al azar), *b) forma de aplicación de un tratamiento*, y *c) heterogeneidad de los pacientes* que reciben tratamiento (pacientes con trastornos, características de personalidad y circunstancias diferentes, pueden diferir también en su manera de responder al tratamiento).

2.- *Validez Interna:* Hace referencia a la relación causal entre las variables independientes y dependientes. Podrían aparecer sesgos a la hora de comparar las diversas condiciones experimentales los cuales pueden ser debidos a una asignación no aleatoria de los sujetos o a un abandono de los sujetos del estudio (mortalidad experimental).

3.- *Validez de constructo:* Hace referencia a todo aquello que pueda influir en la validez de las generalizaciones sobre constructos de orden superior, por ejemplo: *a) la representatividad de los tratamientos* (el tratamiento debe aplicarse con todas las procedimientos y técnicas que lo integran), *b) control de los efectos de los factores no específicos* (se trataría de comprobar si los efectos del tratamiento se deben a factores no específicos de la terapia), *c) sesgo del investigador* (ya que el investigador puede participar de forma activa en el proceso terapéutico, su entusiasmo con determinada técnica psicoterapéutica puede influir en los resultados que se obtengan), *d) reactividad de las medidas de resultado* (si se utilizan medidas reactivas, esto puede hacer que se le otorgue más eficacia de la debida a un tratamiento) y *e) especificidad y relevancia de las medidas* (si las medidas de resultado usadas son suficientemente específicas para el problema que se trata en la terapia, así como si esas medidas son relevantes para los objetivos del tratamiento).

4.- *Validez externa:* Hace referencia a la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos. Esto conduce a la cuestión de si la muestra elegida y estudiada es representativa de la población real.

#### 2.4.3.6.- El Meta-análisis

Como mencionan Castillo y Poch (1991), el carácter acumulativo de la ciencia hace que tengamos que disponer de herramientas que nos permitan revisar en que punto se encuentra determinado campo de estudio, siendo una de estas herramientas el meta-análisis que ha sido utilizado con la intención de sistematizar los conocimientos acumulados en el área de la investigación psicoterapéutica.

Debido a los numerosos estudios e investigaciones que se han realizado en el ámbito de la investigación de la efectividad de la psicoterapia, y debido al fracaso de las tradicionales revisiones cualitativas de tipo narrativo, Glass (1976) ideó un nuevo instrumento: el meta-análisis, esto es, el análisis estadístico que se establece sobre el conjunto de muchos estudios empíricos a fin de integrar sus hallazgos. Más concretamente el meta-análisis consiste en el cálculo de la magnitud del efecto o tamaño del efecto (TE) (*effect size*) que es un estadístico que se calcula como  $(M_t - M_c)/s$ , donde  $M_t$  es la media del grupo de tratamiento,  $M_c$  es la media del grupo control,  $s$  es la desviación típica (algunas veces del grupo control y otras del compuesto de los grupos en comparación). De esta forma, en el meta-análisis los resultados se expresan cuantitativamente mediante el TE. Cada estudio puede tener más de un TE dependiendo de la variables dependientes que se miden. El meta-análisis consistiría pues en el examen del TE de un conjunto de diferentes estudios (Pérez Álvarez, 1996). Para cada estudio se tendría uno o varios TE que lo harían comparable con otros estudios de otra forma totalmente independientes. El TE que suele interesar es el del tratamiento con respecto al del no-tratamiento (grupo control de espera y/o placebo) o bien el TE de un tratamiento con respecto a otro.

El meta-análisis tiene una orientación fundamentalmente cuantitativa y la selección de estudios suele realizarse a través de un muestreo del total de estudios existentes, siguiendo procedimientos replicables y valorando características metodológicas de los estudios, con el fin de correlacionar esas características con los resultados obtenidos. El meta-análisis, así, conlleva el análisis estadístico de las correlaciones entre los resultados de los diferentes estudios y sus características sustantivas como pudiera ser la experiencia de los terapeutas, el tipo de terapia, el

diagnóstico de los pacientes, etc., y metodológicas como el tipo de asignación de los sujetos a los grupo, la mortandad experimental, etc.

El meta-análisis consta de cuatro fases (Castillo y Poch, 1991; Gómez, 1987; Gómez, Artés y Segú, 1989) que describiremos a continuación:

1.- *Búsqueda de la literatura*: El meta-análisis sólo tendrá validez si hemos conseguido todos los trabajos realizados sobre el área en cuestión o al menos si son representativos del total de los realizados. A fin de conocer la bibliografía existente existen varios procedimientos como la búsqueda ascendente, descendentes, *abstracts*, computerizada y el “colegio invisible” (poniéndose en contacto con los autores que trabajan sobre el tema que nos interesa y pedirles material).

2.- *Descripción, clasificación y codificación de las características de los estudios recogidos*: Se pueden clasificar las características de los estudios en sustantivas y metodológicas (Glass, McGaw y Smith, 1981).

A.- *Características sustantivas*: son las específicas al problema estudiado y representan variables que son capaces de explicar la efectividad de un tratamiento. Por ejemplo, aquí se incluirían la afiliación profesional del experimentador, el diagnóstico del paciente, tiempo de hospitalización, similitud entre el paciente y el terapeuta, el nivel de inteligencia, manera en que los pacientes acceden al tratamiento, lugar donde se llevó a cabo el tratamiento, afiliación del experimentador a una determinada escuela terapéutica, duración de la terapia, experiencia del terapeuta, tipo de medición utilizada, tipo de tratamiento utilizado, etc.

B.- *Características metodológicas*: Hacen referencia al procedimiento y diseño de la investigación utilizado. Aquí se incluirían la fecha y forma de publicación del estudio, la “ceguera” del experimentador, la asignación de pacientes y terapeutas a los grupos experimentales, mortalidad experimental del grupo control y de tratamiento, validez interna del estudio, reactividad de las medidas de resultado que se utilizaron, etc.

3.- *Medida de los resultados de los estudios:* Es indispensable transformar los diferentes trabajos revisados a una métrica común a fin de que sus resultados puedan ser comparados y llegar a un resultado global. Para esto existen dos medidas usadas en el meta-análisis: el nivel de significación y el tamaño del efecto.

A.- *El nivel de significación:* hace referencia a la probabilidad de que los resultados que se han obtenido se deban al azar y no al tratamiento que se aplicó. Aparece en los estudios como el valor de riesgo  $p$ . A partir del que se puede extraer el valor  $z$  que corresponde a una distribución normal estandarizada.

B.- *El tamaño del efecto:* del que ya hemos hablado y puede estimarse en función del coeficiente de correlación  $r$  o dividiendo la diferencia entre las medidas del grupo control y de tratamiento por la desviación estándar del grupo control, como mencionamos. Si no existe grupo control (porque se trate de un estudio comparativo entre tratamientos), la desviación estándar del grupo control se sustituiría por la desviación estándar conjunta.

4.- *Análisis de los resultados:* cuando los resultados de los distintos trabajos hayan sido reducidos a dicha métrica común, ya sea el tamaño del efecto o el nivel de significación, se realiza el análisis de los resultados en dos procesos (Castillo y Poch, 1991):

A.- *Proceso de comparación:* consistente en establecer si los resultados de los diferentes estudios son homogéneos entre sí en base a una distribución de *chi-cuadrado*. Si cumple esta condición, se deriva que todos los estudios estiman un mismo parámetro poblacional y se procede a su combinación. Si no cumple dicha condición, habrá que buscar variables moderadoras que sean capaces de explicar la heterogeneidad observada y repetir el proceso hasta alcanzar resultados homogéneos.

B.- *Proceso de combinación:* en el momento en que se compruebe la homogeneidad de los estudios que se integran, se combinarán. Este proceso nos permite obtener un índice global del tamaño del efecto o el nivel de significación en el área a estudiar.



Las principales ventajas del meta-análisis son que permite integrar eficazmente una gran cantidad de estudios sobre una determinada área a estudiar, no establece juicios *a priori* sobre cuáles son los requisitos metodológicos que debe cumplir una investigación para poder ser incluida en el meta-análisis y permite una amplia perspectiva del tema que se investigue, abriendo nuevas líneas de investigación (Clum y Bowers, 1990; Gómez, 1987; Gómez, Artés y Segú, 1989; Kazdin 1986b; Smith, Glass y Miller, 1980; White, Rush, Kazdin y Hartmann, 1989).

Por otra parte, el meta-análisis ha sido el blanco de multitud de críticas (recordemos a los ya citados Eysenck, Kazdin, Rachman y Wilson), destacando las críticas metodológicas (sobre todo en lo que se refiere a mezclar estudios rigurosos con otros de mala calidad), la confusión de variables independientes, al uso de gran número de TE de un mismo estudio, etc. Más concretamente la principales desventajas se encontrarían en que este procedimiento está limitado por los estudios a revisar, por lo que pueden existir problemas de sesgo; el hecho de que pueden haber estudios que no reporten adecuadamente los datos; pueden existir dependencia entre los niveles de significación o tamaños del efecto integrados en el meta-análisis; la circunstancia de que todas las variables que se consideran únicamente explican una pequeña parte de los resultados obtenidos, como es el caso de que los meta-análisis realizados en el campo de la efectividad psicoterapéutica han concluido que la psicoterapia es efectiva pero sin determinar las razones de dicha eficacia; el problema que surge al utilizar muestras, tratamientos y variables dependientes muy diversas como es el caso la investigación de la eficacia de la psicoterapia; y por último el hecho de que el meta-análisis nunca podrá sustituir a la investigación primaria (Brody, 1990; Gómez, 1987; Kemery, Mossholder y Dunlap, 1989; Strube y Hartmann, 1982; White, Rush, Kazdin y Hartmann, 1989).

Como hemos visto en apartados anteriores, los estudios meta-analíticos han concluido que las distintas psicoterapias son similares en cuanto a efectividad. No obstante, hay autores como Pérez Álvarez que manifiestan su desconfianza ante esta supuesta evidencia ofrecida por los estudios meta-analíticos debido a que aquellas psicoterapias sin evidencia demostrada directa, se mostrarían tan efectivas como las que sí habían demostrado su eficacia. Además, este autor manifiesta que «es mucho más fácil hacer un meta-análisis que un análisis experimental (...) [y] la cuestión es que los resultados del meta-análisis (que no necesariamente del tratamiento) son fundamento

empírico para la propagación de la eficacia de las psicoterapias y del movimiento de la integración» (Pérez Álvarez, 1996, p. 823).

No obstante, el meta-análisis sigue teniendo gran importancia en el ámbito de la investigación psicoterapéutica (siendo utilizado tanto para estudiar la eficacia global de la psicoterapia como para estudiar tratamientos y diagnósticos específicos), lo que queda demostrado en la gran cantidad de trabajos que han estudiado aspectos relacionados con este procedimiento o que se valen de él para realizar determinados estudios sobre algún tema en concreto. Como refiere Kazdin (1986b), así como White, Rush, Kazdin y Hartman (1989), si en un primer nivel tenemos los estudios de caso único que estudian los cambios que un tratamiento produce en un individuo en particular y en un segundo nivel se encontrarían la comparación entre grupos de tratamiento y de control en los cuales se obtendría resultados medios de esos grupos, el meta-análisis, a través de la revisión de estudios comparativos o de caso único, supondría un tercer nivel de investigación a través del cual se obtiene una conclusión general de la efectividad del tratamiento.

#### **2.4.4.- Conclusiones**

Como epílogo al presente apartado y en lo que se refiere a las evidencias que existen sobre la investigación del resultado de la psicoterapia, intentaremos sintetizar a continuación las principales conclusiones que se han planteado en este campo de estudio:

1.- En lo que se refiere a la efectividad global de la psicoterapia, no dejan de existir autores que dudan de este hecho. Recordemos, en este sentido, principalmente a Eysenck (1952), para quién los porcentajes de remisiones espontáneas eran superiores a los de cura debido al tratamiento. Esta conclusión levantó gran revuelo en la comunidad científica y proliferaron gran número de estudios al respecto, de entre ellos los meta-analíticos (por ejemplo, los de Smith, Glass y Miller, 1980 y Shapiro y Shapiro, 1982, que, por lo general, se han posicionado a favor de la efectividad psicoterapéutica). Parece mucho más extendida en la comunidad científica la idea de que efectivamente una persona que pasa por un proceso terapéutico tiene más posibilidades de mejorar que si no lo hace, esto es, parece que existe una inclinación a favor de la eficacia de la

psicoterapia a nivel global. En este sentido podríamos confiar que la terapia, en efecto, produce más efectos positivos que negativos.

2.- En lo que se refiere a la efectividad diferencial y si bien «en un primer análisis de resultados algunos estudios apuntaban la posibilidad de que ciertas terapias conductuales y cognoscitivo-conductuales fueran más eficaces que el resto, teniendo en cuenta el efecto de la reactividad de las medidas y el sesgo introducido por el experimentador, se llegaba a la conclusión de que no podía demostrarse la existencia de esa superior eficacia» (Castillo y Poch, 1991, p. 193). Esta argumentación se basa en el hecho de que distintos estudios meta-analíticos, revisiones narrativas y estudios comparativos entre diversas modalidades de terapia llevan a la conclusión de que no existe ninguna superior a las otras (lo que da lugar al tan manido planteamiento de la paradoja de la equivalencia de resultados), conclusión que se justifica por la existencia de elementos comunes a las distintas psicoterapias y que serían, en último caso, los responsables de dicha equivalencia. Para estudiar dichos elementos comunes deberemos centrarnos en la investigación del proceso de la psicoterapia.

Atendiendo a la aparente paradoja de que distintos modelos terapéuticos resulten igualmente efectivos, y como mencionan Botella y Feixas (1994), esta cuestión ha supuesto una reorientación de la investigación psicoterapéutica tomando interés el análisis de los factores que contribuyen al cambio terapéutico (de entre estos, Lambert, 1986, cifra la contribución de las técnicas terapéuticas específicas en sólo un 15%). De esta forma de nuevo se llega a la resolución de que más que los aspectos técnicos de las psicoterapias hay que ir empezando por atender a factores como las variables del cliente, del terapeuta y de la relación terapéutica, pues parecen ser los que contribuyen considerablemente al resultado global de la psicoterapia.

3.- Es interesante reseñar lo que apunta Seligman (1994/1995) (y recalca Pérez Álvarez, 1996), ya que este autor encontró que los clientes están altamente satisfechos con las diferentes modalidades de terapia que existen. La cuestión es que la mayor parte de esas terapias no son las más exactamente investigadas, de manera que acerca de la eficacia demostrada no se pueden excluir los tratamientos no investigados, esto es, tratamientos que se aplican de hecho aunque no se tenga la total seguridad de que sean “eficaces”, a lo sumo “efectivos” o mejor aún “eficientes”, desde el punto de vista del

cliente. Esta situación facilita la práctica de la psicoterapia pero plantea un grave problema al terapeuta ya que, como manifiesta Seligman, el terapeuta debería quedar obligado a estar informado de las investigaciones sobre la eficacia de la psicoterapia y a estar formado en tratamientos con conocimiento de causa. No sería de extrañar que en tiempos venideros se les exijan a los terapeutas una justificación de la eficacia de su tratamiento ante las asociaciones de consumidores (Guy, 1995). Seligman plantea complementar el método de la “eficacia” con el método de la “efectividad”, estudiando en este caso la satisfacción de los clientes con los tratamientos de la forma en que se aplican en la práctica profesional. A este respecto, y como señalan Mintz, Drake, y Crits-Cristoph (1996), la transición desde el paradigma de la eficacia al de la efectividad no debe implicar una disminución del rigor metodológico.

4.- Entonces, si la terapia se considera efectiva y es más, todas son equivalentes en cuanto a efectividad, podría argumentarse que lo son no por sus componentes específicos activos sino por todos aquellos factores no específicos que son comunes a todas las terapias y que comparten. De esta forma, se podría seguir argumentando que procedimientos no considerados terapias a nivel formal pueden mostrar eficacia si contienen esos componentes no específicos tales como la expectativa de cura, la confianza en el terapeuta, la sugestión, etc., al igual que determinados tratamientos placebo también podrán ser en determinadas situaciones efectivos si contienen dichos factores no específicos. El campo de estudio está abierto.

Es curioso el hecho de que en los últimos años haya aumentado el número de terapeutas que toman una tendencia ecléctica a la hora de ayudar a sus pacientes y esto supondría amoldarse a diferentes métodos. Esto parecería a simple vista estar en concordancia con el argumento de la equivalencia de las psicoterapias; terapeutas que al ser eclécticos no se confinan a un determinado método y así, eligen entre varias técnicas y las combinan para mejorar un plan de tratamiento que mejore el afrontamiento del cliente a su problema. Ahora bien, sería arriesgado concluir que toda psicoterapia es igualmente efectiva para todos los problemas y todas las personas. Dependiendo de factores como la personalidad y las circunstancias del problema en cuestión, algunas psicoterapias podrían ser más efectivas para unos pacientes que para otros (como podrían argumentar algunos terapeutas de conducta que defienden que las psicoterapias

conductuales son significativamente más efectivas que las no comportamentales en el tratamiento de las fobias).

5.- Como consecuencia de todas las conclusiones anteriores, lo más importante a considerar cuando hay que elegir un tratamiento puede no ser el tipo o modalidad de terapia, sino las expectativas que el paciente posee acerca de la terapia y las características del terapeuta. Si un paciente cree que la psicoterapia puede ayudarle y afronta la relación terapéutica con una esperanza optimista, los beneficios de la terapia se verán incrementados. La conexión que se tiene con el terapeuta marcará la diferencia. Si un paciente ve a su terapeuta de forma agradable, cálida, genuina y lo percibe diestro en lo que hace, el paciente estará más dispuesto a experimentar dicha situación como efectiva y satisfactoria. La cuestión es entonces ahondar en la investigación de aquellos factores que sirven para producir una más rápida y satisfactoria experiencia terapéutica.

Una vez visto todo lo referente a la investigación de resultado, esto es, la revisión de los más importantes estudios que se han planteado el problema de efectividad de la psicoterapia tanto a nivel global como diferencial, así como la metodología de investigación utilizada a tal efecto, hemos de señalar que a partir del siguiente apartado el enfoque de nuestro trabajo evolucionará hacia otra perspectiva. Ya no nos interesará señalar si la psicoterapia muestra un determinado grado de eficacia, o si para tal o cual investigador la psicoterapia muestra, o no, efectividad. En las conclusiones que acabamos de mostrar ya hemos asumido que la psicoterapia es efectiva, a la vista de la revisión realizada y en concordancia con lo que (y a pesar aún de algunos autores) parece ser la línea más aceptada en la investigación en psicoterapia. En cambio, nos adentraremos en la denominada investigación de procesos, la cual se ha centrado en intentar explicar *por qué* la psicoterapia es efectiva y, aún más, *por qué* los distintos modelos psicoterapéuticos no son significativamente diferentes en cuanto a tal efectividad. Esta línea de investigación se planteará detectar, al fin y al cabo, *qué* elementos del proceso psicoterapéutico son los responsables del cambio que se genera en el paciente.

## **2.5.- INVESTIGACIÓN DEL PROCESO DE LA PSICOTERAPIA**

Si la psicoterapia es efectiva y, como también señalamos, parecen no existir diferencias sustanciales entre los diversos modelos psicoterapéuticos en cuanto a su efectividad, lo que nos vamos a plantear ahora es evidente: ¿qué es lo que hace que la psicoterapia sea efectiva?, ¿por qué no parecen existir diferencias entre las psicoterapias?, y en consecuencia, ¿qué factores son los responsables de tal nivel de equivalencia? En definitiva, nos estamos planteando cómo funciona la psicoterapia para que ésta sea capaz de proveer al usuario de un cierto grado de mejoría: nos estamos preguntando acerca del proceso psicoterapéutico.

Como indican Garske y Jay Linn (1988), el hecho de que las psicoterapias sean comparables en términos de eficacia debería ser reconfortante para el consumidor, ya que éste puede obtener una buena ayuda si busca la atención de un buen terapeuta bien formado sin tener que considerar la técnica de éste. De esta forma y «a pesar del folklore, la reputación y la promoción exagerada, en el presente no existen bases sólidas para pensar que los problemas psicológicos se pueden aliviar mejor con una psicoterapia de buena reputación que con otra» (Garske y Jay Linn, 1988, p. 631). La elección del cliente podría estar realizada no en base a la orientación teórica del terapeuta sino en cuanto a las credenciales de éste.

En realidad, el conflicto que crea la supuesta equivalencia de las psicoterapias inquieta más a los psicoterapeutas que a los pacientes, debido a la tan elevada importancia que estos les han otorgado al modelo u orientación teórica escogida, ya que dicho modelo les da un marco teórico que les proporciona una corpus de conocimiento y orientaciones que les ayuda a descifrar los síntomas del paciente y a desarrollar una intervención orientada a mejorar su estado. La orientación teórica otorga identidad al psicoterapeuta. Todo esto hace que un psicoterapeuta se convenza de que su propia orientación es mejor que las otras. Como dice Frank, «ninguna escuela terapéutica ha sido nunca disuelta porque concluyera que otra doctrina y método fueran superiores» (Frank, 1982, p. 20). El problema es que todas estas afirmaciones de superioridad no se corresponden con la realidad ni con los hechos.

Antes de intentar dar respuestas a las preguntas que nos hemos planteado acerca del proceso de la psicoterapia, veamos a continuación una breve semblanza de cómo ha evolucionado la investigación en psicoterapia hasta llegar a la investigación de proceso y cómo se define esta, para después, en siguientes apartados, adentrarnos en el tema de los factores comunes y en las variables implicadas en el proceso terapéutico.

### **2.5.1.- El proceso psicoterapéutico y la investigación del proceso psicoterapéutico**

Kiesler en 1973 es uno de los primeros en aportar una primera aproximación acerca de la investigación del proceso psicoterapéutico, como «(...)cualquier investigación que, totalmente o en parte, contiene como datos alguna medida directa o indirecta de la conducta del paciente, del terapeuta o de la díada (interacción paciente-terapeuta) en la entrevista terapéutica» (Kiesler, 1973, p. 2). Proceso es entonces, cualquier hecho que tenga lugar dentro del contexto de la sesión terapéutica y que se relaciona con la conducta de terapeuta y paciente. De aquí se deriva que por resultado se entiende todo lo que tenga que ver con la eficacia de una terapia determinada, lo cual se ha valorado utilizando comparaciones pre-post (comparando como estaba el paciente antes de iniciar el tratamiento y al finalizarlo, así como durante el seguimiento).

El proceso psicoterapéutico se constituiría según Orlinsky y Howard (1986) en cinco elementos fundamentales, a saber:

1.- Contrato terapéutico: es el objetivo, la forma, el marco y los límites del trabajo que se va a poner en marcha en la terapia.

2.- Intervenciones terapéuticas: son las técnicas, tareas, estrategias y procedimientos que propone el terapeuta para resolver la problemática del paciente. Incluiría las intervenciones del terapeuta.

3.- El vínculo terapéutico: aspecto de la relación entre terapeuta y paciente marcado por el hecho de que cada uno ocupa un determinado rol, se ciñen al contrato terapéutico y se implican en las intervenciones terapéuticas.

4.- La auto-refereciabilidad del paciente: hace referencia a la capacidad (cognoscitiva, emocional o de aprendizaje) del paciente para asumir los elementos antes mencionados y aprovechar en el propio beneficio los aspectos terapéuticos del tratamiento.

5.- Las realizaciones terapéuticas: sería el efecto que produce en el paciente las intervenciones realizadas y el vínculo con el terapeuta, no desde la óptica del resultado global de la terapia sino de los resultados que se van consiguiendo en las diferentes sesiones y que serían, en última instancia, las responsables del cambio en el paciente.

Entonces, si el resultado de un tratamiento se alcanza gracias a un proceso psicoterapéutico y este proceso ha sido investigado por la ciencia ¿qué es lo que se entiende entonces por investigación de proceso? Antes de contestar a esta pregunta veamos cómo ha evolucionado este tipo de investigación para concluir definiéndola.

Cómo señala Bordín (1974) y recoge Caro (1993), la investigación en psicoterapia ha pasado por una serie de etapas que desembocan en la situación actual, en la que la preocupación principal se dirige al estudio de los procesos terapéuticos. Dichos periodos son resumidamente los siguientes:

1.- En una primera fase, el método utilizado era el estudio de casos con la que se intentaba describir la situación del paciente cuando era tratado, la naturaleza del proceso de tratamiento y el resultado que se obtenía. Pongamos como ejemplo de esta situación los trabajos de Freud, que a través de los estudios de caso establecía los fundamentos de su teoría y técnica terapéutica.

2.- En una segunda etapa, y desde una mentalidad anglosajona más pragmática se empieza a cuestionar la utilidad de este método para evaluar la efectividad de las terapias. Es justamente aquí cuando hay que situar a Eysenck (1952) y a Rachman (1971) que, como vimos en el apartado anterior, concluían que la efectividad de la psicoterapia no estaba demostrada. En esta fase se criticaban los estudios de casos dado que no servían para explicar los efectos de la psicoterapia.

3.- En la tercera etapa, no se deja de prestar atención a los resultados de la psicoterapia, pero empieza a surgir un interés por mejorar las formas de tratamiento



existentes a fin de que fueran cada vez más eficaces. En esta fase incluiríamos los trabajos de Rogers en la Universidad de Chicago. El interés está en identificar qué es lo que aporta el terapeuta a la psicoterapia para hacer que esta funcione, así como analizar cuáles son los cambios que se producían en aquella psicoterapia que tenía éxito.

4.- En la cuarta fase se intenta analizar de una forma más pormenorizada y sofisticada la mutua influencia entre los participantes de la psicoterapia. Correspondería a los años sesenta donde son mucho más específicas las cuestiones que se plantean los investigadores a la hora de investigar en psicoterapia. La investigación sobre la efectividad psicoterapéutica se atiene sobre todo a la investigación de resultado y podríamos decir que esta fase concluye con los grandes estudios meta-analíticos que se producen desde mediados de los setenta hasta mediados de los ochenta (principalmente los de Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980; y Stiles, Shapiro y Elliot, 1986, antes vistos).

5.- A partir de las conclusiones que se extrajeron de los estudios meta-analíticos arriba mencionados, se genera y extiende la conclusión de que, en efecto, la psicoterapia es efectiva y de que además no parecen existir diferencias entre los diferentes tipos de psicoterapia si atendemos a su efectividad. De esta forma, «(...) hemos pasado de la preocupación por la explicación y la comprensión, a la preocupación por la demostración de los resultados, junto con la necesidad de justificar los resultados y de revalidar la demostración de los ya existentes, es decir, la preocupación por comprobación global de la eficacia de la terapia, y la comprobación diferencial, alcanzando, una vez superadas estas etapas, un interés teórico conceptual por la descripción, explicación y predicción del proceso responsable del cambio terapéutico» (Caro, 1993, p. 22). A partir de este momento, en esta quinta fase en la que nos encontramos, el interés principal reside en estudiar el proceso terapéutico (como ya ocurriera en la primera fase, aunque en aquella ocasión se intentara desde un único punto de vista) (Bastine, Fiedler y Kommer, 1990). Así pues, como dicen Castillo y Poch (1991), siguiendo a Barrett-Lennard (1972) y a Truax y Carkhuff (1967), «(...) el estudio del proceso ha ocupado un lugar central en la investigación sobre psicoterapia únicamente en los últimos años, a pesar de los esfuerzos aislados anteriores y de los intentos realizados desde la terapia centrada en el cliente por desarrollar instrumentos capaces de medir las “condiciones necesarias y suficientes” para el éxito de la

psicoterapia (empatía, aceptación positiva incondicional y congruencia) formuladas por Rogers (1951)» (Castillo y Poch, 1991, p. 161).

De esta forma, en contraposición a la investigación de resultado entendida como el estudio del cambio registrado fuera del contexto de la sesión de terapia (y no estudiada durante la sesión y a través de la interacción terapeuta-paciente) y definida como «el intento de determinar si el paciente ha mejorado de forma significativa, en el sentido estadístico, entre el comienzo y el final de una terapia» (Greeberg y Pinsof, 1986, p. 5), deja su paso a la investigación del proceso terapéutico. Este nuevo modo de abordar la investigación en psicoterapia se centra en describir y explicar de forma amplia los mecanismos del cambio terapéutico, cosa que no podía realizarse desde la investigación de resultado que se utilizaba con la intención de extraer conclusiones acerca de la eficacia de una psicoterapia sometida a experimentación, comparándola con un grupo control o con otro tratamiento. Sin embargo, la investigación de proceso supone, como hemos mencionado, describir, explicar y predecir los cambios que se dan en el contexto de la psicoterapia.

Entendemos, pues, por investigación de proceso a «cualquier tipo de investigación en la que se observa o se mide, directa o indirectamente, la conducta de terapeutas y clientes o sus interacciones, en sesiones de psicoterapia o de consejo psicológico. El término conducta engloba aquí, tanto la conducta observable como por las percepciones y experiencias internas» (Greenberg, 1983, p. 169-170). Como señalan Castillo y Poch el concepto de proceso terapéutico no se fundamenta en la distinción dentro-fuera de la sesión terapéutica sino que se vincula directamente con el proceso de cambio producido en el seno de un tratamiento psicoterapéutico» (Castillo y Poch, 1991, p. 165). La psicoterapia es una globalidad en la que interactúan los sistemas del terapeuta y del paciente.

Cómo y por qué se logran los cambios terapéuticos, es decir, qué es lo que hace que una psicoterapia funcione, es el objetivo de la investigación de proceso que es sin lugar a dudas la línea de trabajo más actual en el campo de estudio que nos ocupa.

### **2.5.2.- Los Factores comunes**

Cómo puede explicarse el proceso de cambio si las psicoterapias son similares en lo que se refiere a sus efectos, es una de las preguntas que intentaremos responder en este apartado. Una posible respuesta a esta pregunta podría ser que el cambio terapéutico se da de diferentes maneras en las distintas psicoterapias, esto es, los efectos científicos de una teoría o técnica determinada son los responsables del cambio terapéutico (siendo en cada teoría diferentes: extinción y re-aprendizaje en las terapias de conducta, *insight* en el psicoanálisis, etc.)

Otra hipótesis alternativa sería la que propone que todas las psicoterapias efectivas comparten ingredientes activos que son instrumentales en el cambio terapéutico. Esta no sería sino la tan conocida hipótesis de los factores comunes que ya apuntamos en el apartado anterior del presente trabajo. Siguiendo a Garske y Jay Linn (1988), vamos a distinguir dos corolarios:

1.- Aunque los factores específicos están asociados con enfoques terapéuticos diferentes, éstos no aumentan el resultado del tratamiento más que los factores que tienen en común los diversos enfoques. En este sentido, los factores específicos son los que hacen reconocible a una determinada terapia pero son inocuos respecto a los resultados que obtiene dicha terapia a la hora de abordar los problemas de los pacientes.

2.- Muchos factores aparentemente específicos son factores comunes enmascarados. Es decir «las terapias hacen cosas similares por vías aparentemente únicas» (Garske y Jay Linn, 1988, p. 633). En este sentido, estos mismos autores ponen el ejemplo de que el proceso de interpretación del psicoanálisis y la exposición a estímulos que provocan miedo mientras se produce la relajación en la desensibilización sistemática, son procedimientos eficaces ya que exponen al paciente a un pensamiento que daba lugar a ansiedad y que se intentaba evitar.

El análisis mas pormenorizado de dichos factores comunes fue llevado a cabo por Frank (1973, 1982). A la hora de abordar dicho análisis, Frank da relevancia a tres campos:

1.- La principal experiencia emocional y afectiva que se encuentra presente en todos los desórdenes psicológicos. En este sentido, Frank afirma que cualquiera que sea la naturaleza del trastorno y sus síntomas (depresión, fobias, esquizofrenia, etc.) todos son acompañados de un tipo de perturbación a la que le dio el nombre de “desmoralización”, estado cognitivo que se caracteriza por al menos uno de los siguientes procesos: pérdida de autoestima, sentimiento de incompetencia, desvalimiento, alienación y desesperanza. Esta desmoralización es la que hace que la persona busque ayuda en un psicoterapeuta.

2.- Los componentes estructurales que participan en la práctica de la psicoterapia. Frank sostiene que el efecto paliativo de la psicoterapia es realizado por su estructura formal y, así, todas las psicoterapias se pueden describir atendiendo a cuatro componentes estructurales:

A.- Definición de los roles del paciente y terapeuta: Tanto el paciente como el terapeuta tienen una serie de expectativas sobre la conducta de cada uno. El paciente desmoralizado espera que el terapeuta lo ayude y tiene la expectativa de que éste intentará comprenderlo y aceptarlo. El terapeuta confía en su habilidad, conocimientos y formación para sacar de ese estado a su paciente desmoralizado.

B.- El marco terapéutico: Un segundo componente estructural que comparten las psicoterapias son las características del lugar donde se realiza la terapia. Así la oficina del psicoterapeuta tiene unas características definidas que las hace distinguibles de la de otros profesionales. Normalmente es un lugar agradable y tranquilo con los materiales propios de la profesión como libros, revistas, documentos acreditativos del terapeuta y otros accesorios específicos como el diván en el caso del psicoanálisis o el equipo de *biofeedback* en el caso de las terapias de conducta. De esta forma, la sala de consulta anima al paciente a que se exprese con privacidad y refuerza las expectativas de ayuda que posee. Asimismo, el terapeuta gana en influencia gracias a estos componentes estructurales.

C.- El fundamento conceptual para explicar los síntomas del paciente: No importa que enfoque terapéutico analicemos, podremos comprobar como cada uno de ellos intentan desentrañar las causas de la conducta anormal, establecer metas y

objetivos para el cambio terapéutico y establecer los procedimientos que llevaran a dicho cambio. Si el terapeuta puede explicar la/s causa/s del trastorno, podrá comunicárselo al paciente y esto capacitará al paciente para comprender su problema y a tomar control sobre él. Cuando un fenómeno desconocido se nombra, adquiere sentido y se puede dominar y cambiar. Este es el fundamento del esquema conceptual en la psicoterapia.

D.- Procedimientos que fomentan la participación activa y conjunta del terapeuta y del paciente: El terapeuta despliega una serie de procedimientos y técnicas (diferentes en cada tipo de terapia) que dan muestra de su competencia. El paciente recibe así lo que desea y se intensifica el poder persuasivo del terapeuta. No obstante, el paciente tiene que trabajar duro para superar su problema. Todo este ritual terapéutico, sin embargo, dice Frank (1982), no funciona debido a las razones específicas que establecen ninguno de los esquemas conceptuales de psicoterapia en particular.

3.- Las funciones comunes de las teorías y modelos de la psicoterapia y del cambio de conducta. Todos estos componentes estructurales compartidos por las diversas psicoterapias hacen que el estado de desmoralización del paciente disminuya gracias principalmente a seis mecanismos de cambio:

A.- La relación terapeuta-cliente se fomenta y se fortalece: El paciente se implica con el terapeuta en la consecución de un cambio que le permita superar su problema.

B.- El terapeuta engendra y mantiene en el paciente la expectativa de obtener ayuda: Las expectativas positivas hacen aumentar la motivación al cambio. Dicha expectativas se generan en el paciente ante el apoyo mostrado por el terapeuta y ante la idea de que tras la conducta del terapeuta siempre habrá una teoría de relevancia que será capaz de solventar su problema.

C.- Se da al paciente la capacidad de adquirir un sentimiento de dominio y autoeficacia: Así se supera el sentimiento de indefensión e incompetencia propio de la desmoralización. Esto es posible porque el esquema conceptual de la psicoterapia da una explicación del problema y una prescripción de cambio.

D.- Se otorga al paciente nuevas formas de pensar, sentir y comportarse: Esto se alcanza en la continua interacción entre el paciente y el terapeuta.

E.- La activación por parte de las psicoterapias de emociones intensas: Las emociones que un paciente tiene durante la sesión lo afecta de una forma diferente a las emociones que aparecen en la vida cotidiana. En la terapia el paciente aprende, gracias a las técnicas desarrolladas por el terapeuta, a que es capaz de dominar y afrontar emociones sometidas o evitadas y, así, el paciente fortalece su autoestima.

F.- Se proporciona al paciente oportunidades para que lleve a cabo nuevas conductas y consolide las ganancias terapéuticas: Esto se consigue a través de diversas técnicas que desarrolla el terapeuta tales como los trabajos elaborativos y la inversión de papeles. El paciente pondrá en práctica en su vida cotidiana aquello que aprendió en la terapia, haciendo las cosas de diferente forma y siguiendo las tareas asignadas por el terapeuta.

Esta seis vías de cambio aparecen en toda psicoterapia, aunque cada tipo de terapia enfatiza una más que otra (el psicoanálisis y la terapia centrada en el cliente acentúan la relación terapéutica, las cognitivas-conductuales enfatizan las oportunidades nuevas para el aprendizaje y la práctica). No obstante, Frank (1973, 1982) asevera que con la mayoría de los pacientes, cualquier diferencia hallada en los resultados de las distintas orientaciones teóricas proviene de la facilidad con que cada una de ellas apela a los procesos comunes de cambio. Así, y en hipótesis, habrá terapias que serían mejores que otras a la hora de movilizar dichos procesos comunes. Es posible que los efectos específicos de las psicoterapias sólo se manifiesten en aquellos casos en los que los pacientes tienen muy poca o ninguna desmoralización.

Similares a estos factores comunes definidos por Frank, encontramos los tres ingredientes básicos del cambio terapéutico identificados por Strupp (1973). Según este autor, estos ingredientes catalizan el cambio durante la psicoterapia y están presentes generalmente en cualquier psicoterapia:

1.- El psicoterapeuta enfatiza una relación de ayuda con el cliente que se caracteriza por el respeto, la comprensión y el apoyo. Sería una forma simbólica de relación padre-hijo.

2.- A través de esta relación el terapeuta influye en el paciente a través de diferentes métodos como, por ejemplo, pudieran ser la sugestión, la persuasión, la facilitación a la apertura, la honestidad y auto-evaluación, las interpretaciones de pensamientos, sentimientos y conductas que se encuentran fuera del ámbito de la conciencia del sujeto como las conductas autoderrotistas y las creencias irracionales que éste pudiera poseer.

3.- El paciente debe ser permeable a la influencia del terapeuta a fin de obtener una mayor motivación y capacidad personal para lograr superar su problema.

El primer y tercer ingrediente aparecen de forma similar en toda psicoterapia. La variación puede estar en el segundo ingrediente, es decir, la técnica propia utilizada por el terapeuta y es precisamente este ingrediente el que parece ser el menos significativo a la hora de producir el cambio. De esta forma, en el estudio que Strupp realizara junto a Hadley en 1979, encontraron que terapeutas con gran experiencia y profesores universitarios sin formación terapéutica fueron igualmente efectivos cuando intentaron ayudar a estudiantes universitarios con depresión, ansiedad o aislados socialmente. Los terapeutas utilizaron las técnicas propias de su profesión mientras que los profesores no utilizaron procedimientos sistemáticos. No obstante, los estudiantes percibieron que ambos grupos eran similares en cuanto a la ayuda, apoyo y empatía que les brindaron.

De esta forma, factores comunes, como los identificados por Frank y Strupp ocurren de forma habitual durante el curso del cambio terapéutico y deberían ser necesariamente atóricos y descriptivos. Los beneficios que puede aportar la investigación en psicoterapia se comprenden mejor si se atiende más al estudio de los factores comunes que al de los factores específicos.

Aparte de los factores comunes propuestos por esos dos autores, han existido otros que han identificado otros factores de este tipo, como Karasu (1986) que propone tres agentes del cambio no específicos, a saber, la experiencia afectiva, el dominio

cognitivo, y la regulación conductual, responsables en última instancia del cambio terapéutico que se da en cualquier tipo de terapia. Asimismo, Lambert (1992) propone como los factores comunes responsables del cambio positivo al apoyo, el aprendizaje y la acción. Garfield en el mismo año propone que dichos factores comunes son la relación terapéutica, la explicación (racionalización e interpretación) que se ofrezca, el reforzamiento, la desensibilización, el enfrentamiento del problema y la información y el entrenamiento en habilidades. En este sentido, y ante la aparente falta de acuerdo de los autores para identificar lo que de común tienen las psicoterapias, autores como Pérez Álvarez (1996) manifiestan que no es tan fácil especificar lo inespecífico, esto es, lo común en las diversas terapias. No obstante, hay que recordar que este autor es reticente ante la idea de que sean los factores comunes (por otra parte, y en palabras suyas, “no comúnmente reconocidos”) los responsables del cambio terapéutico y, en consecuencia, reticente también ante la propuesta de la equivalencia de las terapias en cuanto a efectividad. Pérez Álvarez propone entonces el estudio más profundo de los factores específicos, el desarrollo de modelos específicos y el uso flexible de las técnicas ajustándolas a las características de cada caso, proponiendo como modelo a las terapias de conducta que sí se adscribirían a este canon.

### **2.5.3.- Las variables del paciente, del terapeuta y de la interacción terapéutica y su influencia en la efectividad de la psicoterapia**

Si anteriormente definimos la investigación de proceso como el estudio entre los sistemas del terapeuta y del paciente y cómo este tipo de investigación trata de identificar los procesos de cambio en la interacción entre esos sistemas, esto conllevaría abarcar todas las conductas y experiencias de dichos sistemas, dentro y fuera de las sesiones de tratamiento, que pertenecen a los procesos de cambio (Greenberg y Pinsof, 1986). Es por esto por lo que es necesario que realicemos un análisis detallado de los tres sistemas que se conjugan en el proceso terapéutico, es decir, el sistema del paciente, el del terapeuta y el correspondiente a la interacción entre ambos porque sólo así tendremos mucho más claro como se produce dicho cambio.



### **2.5.3.1.- Las variables del paciente y su influencia en la efectividad de la psicoterapia**

Como señalan Castillo y Poch (1991), cuando se plantean qué o quién es responsable del cambio psicológico que aparece en el paciente cuando acude a terapia, «sea el terapeuta, las técnicas que aplican, la relación paciente-terapeuta o cualquier otro componente de la psicoterapia no cabe duda de que es el paciente quien cambia» (Castillo y Poch, 1991, p. 147) ¿Cuáles son entonces los factores del paciente que pueden influir en el resultado de la psicoterapia? Veamos las variables más representativas del paciente y cómo estas pueden incidir (o no) en los resultados psicoterapéuticos:

1.- Variables demográficas: Según Garfield (1986) los grupos más propensos a beneficiarse de la terapia son las personas jóvenes, atractivas, verbales, exitosas, inteligentes, de raza blanca y de nivel socio-económico medio-alto. Parece ser que las variables sexo y edad (entre pacientes adultos) no inciden en el resultado de la terapia.

2.- La variable “diagnóstico del paciente”: Es una variable de mayor relevancia que las demográficas. En este sentido, parece que el mejor pronóstico terapéutico correspondería a las neurosis. No obstante, hay que tomar con cuidado este resultado debido a la multitud tan variada de trastornos neuróticos que existen (Feixas y Miró, 1993).

Parece ser que cuanto menos grave es una patología, mejor pronóstico tendrá o lo que es lo mismo, a mayor levedad del trastorno (en el sentido de una mayor ausencia de rasgos psicóticos y/o de cronicidad), mejor pronóstico psicoterapéutico tendrá. Sirva como ejemplo ilustrativo de lo que acabamos de mencionar, el estudio de Botella y Feixas (1994) en el que se evidencia que la psicoterapia por sí sola no es eficaz en el tratamiento de la depresión mayor, pero sí combinada con tratamientos farmacológicos o electroconvulsivos. No obstante, podemos encontrar también datos en contra de esta aseveración como en el caso de la investigación llevada a cabo por Beutler, Scogin, Kirkish, Schretlen, Corbishzey, Hamblin, Meredith, Potter, Bamford y Levenson (1987) donde con pacientes ancianos con depresión mayor se halló una mayor eficacia de la psicoterapia grupal cognitiva que del psicofármaco. Para superar esta controversia,

Beutler y Clarkinn (1990) proponen usar variables psicosociales y de personalidad en lugar de acudir a taxonomías psicopatológicas (de origen psiquiátrico) a la hora de seleccionar los tratamientos psicoterapéuticos.

3.- La variable “lugar de control”: Por lugar de control se entiende el control que el sujeto se atribuye sobre sus actos y lo que le ocurre en su vida (Rotter, 1966 ). Así, un lugar (o “*locus*”) de control interno indica que la persona cree que las cosas que le suceden en la vida son consecuencias de sus propias decisiones y comportamientos. Un lugar de control externo se da en una persona que cree que la casualidad, el destino o la suerte determinan lo que ocurre en su vida y, así, sus capacidades personales o su esfuerzo poco pueden influir para cambiar o modificar lo que viene determinado por estas fuerzas externas a sí mismo. ¿Cómo parece afectar esta variable a los resultados de la psicoterapia? Según Craig y Andrews (1985) los pacientes con un lugar de control interno mejoran más en psicoterapia y atribuyen la mejoría a sus propios recursos. Sin embargo, Garfield (1986) las incluye como una variable poco significativa para el resultado de la psicoterapia junto a otras como la edad, la clase social o el sexo. Para este autor, el lugar de control no sería una variable significativa para el éxito del tratamiento.

4.- Las expectativas de autoeficacia del paciente: Una de las variables mejor estudiadas han sido las expectativas del paciente y cómo éstas inciden en resultado de la psicoterapia. Así, en el caso en que las expectativas de autoeficacia del cliente (Bandura, 1977) sean altas (motivación de cambio), esto contribuirá a la obtención de unos mayores beneficios terapéuticos. Esta variable parece ser común a diversas formas de terapia. Otro estudio que concluye algo similar a lo reseñado es el trabajo de Barker, Funk y Houston (1988) en el que las expectativas de que la psicoterapia será beneficiosa si tienen relación con el resultado.

Un problema a considerar en cuanto a esta variable es la dificultad de operacionalización del término y los problemas metodológicos de los estudios que se han dedicado a investigarla. En este sentido, y como señalan Castillo y Poch (1991) el uso de los tratamientos placebo (a los que ya hicimos extensa referencia en el apartado anterior) ha puesto de relieve la importancia de las expectativas que tuviera el paciente que acudía a terapia en el éxito de la misma. Esta línea de trabajo consistente en poner

en relación las expectativas de paciente con el concepto de efecto placebo ha sido abordada con frecuencia (Barker, Funk y Houston, 1988; Frank, 1973; Goldstein, 1962). Parece ser, como señala Fernández Rodríguez (1998), que esta suerte de "disponibilidad" del paciente en relación al valor del tratamiento afecta tanto a prácticas sanitarias reconocidas (medicina, psicología, etc.) como a prácticas mágicas (curanderos, videntes, etc) o religiosas. Sin embargo, lejos de ser un efecto esotérico puede describirse en términos conductuales (Bayés, 1984). Se entendería que una vez que el sujeto ha iniciado un proceso terapéutico (ir al médico o al psicoterapeuta, seguir un programa de tratamiento) potencialmente eficaz, la atención que en principio dirigía al síntoma o a las posibles repercusiones de la enfermedad (que pueden constituir una fuente de ansiedad) podría quizás "reorientarse" hacia sus rutinas cotidianas y/o hacia las instrucciones del clínico, reduciendo o eliminando así una condición estresante. Así, cuando las prescripciones, aunque meramente moduladas por el sentido común, tuviesen una repercusión clínica eficaz o, al menos, de orden práctico, los beneficios se justificarían de forma razonable. Pero incluso cuando las prescripciones fueran inespecíficas, en tanto que no afectasen a las causas directas del problema (por ejemplo, tomar agua con azúcar para el dolor de estomago) el paciente podría también evocar respuestas de relajación que amortiguasen la tensión emocional inicial, facilitando a su vez la activación de los propios recursos adaptativos del individuo (Schwartz, 1982). Se sugiere que ello podría explicar, al menos en parte, la mejora que experimentan muchos pacientes al inicio del tratamiento, aun en ausencia de un tratamiento específico.

No obstante, hay que decir que aunque se han diseñado placebos que fomentaran las mismas expectativas de éxito que una psicoterapia, es de reseñar que no todo el contenido de esos placebo corresponden a las expectativas de éxito del paciente. El placebo abarcaría dichas expectativas pero algo más. (Barker, Funk y Houston, 1988).

Sea como fuere, hoy se considera que las expectativas del paciente sobre la enfermedad, es decir, sus creencias sobre las causas, el curso y las consecuencias de la enfermedad y su tratamiento, son una variable que sí se ha relacionado con la adhesión al tratamiento y con la mejora terapéutica (Leventhal, Zimmermman y Gutmann, 1984; Reig, Rodríguez, Sancho, Rivera y García, 1986),

5.- La variable “implicación” del paciente: Greenberg y Pinsoff (1986) destacan la importancia que tiene la implicación del paciente ya que aunque el concepto “implicación” (importante variable del paciente) es diferente al concepto de “alianza terapéutica” (vínculo interaccional que se establece entre terapeuta y paciente), lo cierto es que parece ser que la implicación que tenga el paciente en el proceso terapéutico es un potente indicador de la alianza terapéutica que en dicho proceso se da. De esta forma, la interacción con el terapeuta tiene tal importancia que podrá modificar dicha implicación tanto incrementándola como disminuyéndola e incluso haciéndola desaparecer. Esto es fácil de comprender si se tiene en cuenta que la implicación del paciente no se da en el vacío, sino en el contexto de una relación terapéutica, de ahí la estrecha vinculación entre esta variable (y tal vez de las demás) del paciente y la relación con el terapeuta (Klein, Mathieu-Coughlan y Kiesler, 1986).

6.- Variables propuestas desde la Teoría de los Constructos Personales (Kelly, 1955/1991): Los defensores de esta línea han demostrado que los pacientes con un mejor pronóstico son aquellos que se conciben a sí mismos como más alejados de su ideal. Asimismo parece que si se da una correlación positiva entre la construcción del *self* antes de la aparición del síntoma y la del *self* actual, esto podría beneficiar el pronóstico de pacientes con trastornos anoréxicos y agorafóbicos (Winter, 1992). De esta forma, si el cliente puede acceder a una construcción positiva alternativa del *self* basada en la experiencia previa a los síntomas del trastorno, al paciente le será más fácil deshacerse de dichos síntomas.

Al fin y al cabo, el estudio de las variables del paciente y cómo éstas influyen en el resultado de la psicoterapia pretende que en un futuro se pueda determinar qué clase de terapia es la más apropiada para determinados pacientes que tienen unas características dadas. Esto supone asumir que no todas las personas que padecen una determinada psicopatología constituyen un grupo homogéneo (cosa que sí se asume desde el “mito de la homogeneidad o uniformidad” del que ya hablaremos más adelante). De esta forma, es evidente que hay que conocer las diferencias individuales para una mejor aplicación del tratamiento a fin de mejorar sus resultados (Kiesler, 1966/1971). En este sentido y con la intención precisamente de mejorar en el conocimiento de dichas diferencias individuales, la metodología más adecuada parece

ser los diseños ATI (*Aptitude-Treatment-Interaction Research*) que no han tenido una destacada repercusión en el campo de la psicoterapia.

Por otra parte, también existen características del paciente que dificultaran el resultado factible de la psicoterapia. En este caso, y siguiendo a Beckham (1990), encontramos que dichas características se enumeran de la forma siguiente:

1.- Falta de habilidad del paciente para beneficiarse del tratamiento. Un ejemplo de estas dificultades serían las dificultades psicomotoras, como la falta de concentración y/o de memoria, un nivel bajo de inteligencia, la orientación previa a otro tipo de terapia, etc.

2.- Factores motivacionales, como la hostilidad, el negativismo, las tendencias pasivo-agresivas, etc.

Aún así, ninguna de las anteriores características problemáticas es tan relevante para la remisión del trastorno como la propia sintomatología del trastorno (Beckham, 1990; Teasdale, 1985). Cuanto más grave es la patología que sufre el paciente peor es el resultado de la psicoterapia. Una de las posibles razones de esto es que cuanto peor es la alteración que sufre el sujeto, mayor es la dificultad para establecer una adecuada alianza con el terapeuta.

Una vez vistas las principales variables del paciente que pueden incidir en el resultado de la psicoterapia, vamos a mencionar los principales estudios de proceso psicoterapéutico que se han planteado desde la perspectiva del paciente.

#### ***Estudios de proceso psicoterapéutico desde la óptica del paciente***

Anteriormente mencionamos el estudio de Barker, Funk y Houston (1988) en lo referido a la variable “expectativa” del paciente. Como ya se ha apuntado, estos autores consideraron la expectativa que tuvo el paciente respecto al resultado final del tratamiento y así se encontró que una expectativa de que la terapia funcionaría estaba en relación con un resultado más beneficioso de la misma. No obstante, en el estudio de Gaston, Marmar, Gallagher y Thompson (1989) se encontró una relación muy limitada entre las expectativas del paciente y el resultado del tratamiento, claro que en este caso

el concepto de expectativas que se manejó fue diferente al del estudio de Barker y col. Para Gastón y col., el concepto “expectativa” hace referencia a la expectativa que tiene el paciente de que el cambio se produciría a través de distintos tipos de ayuda (a través de cambios conductuales y cognitivos, *insight* y apoyo, medicación y cambios ambientales). Así, en este estudio, la relación entre expectativas de recibir uno u otro tipo de ayuda y el resultado, es restringido.

Por otro lado, un resultado interesante es el que se obtuvo al poner a prueba la hipótesis de Wolpe (1958/1981) de que la inhibición recíproca es la base del cambio en la desensibilización sistemática. Así, la investigación parece dar a entender que los efectos de dicho tratamiento se pueden explicar mejor por la credibilidad que otorga el cliente a la terapia y las expectativas de cambio que se generan en consecuencia (Kazdin y Wilconxon, 1976).

Otro estudio interesante es el realizado por Klein, Mathieu-Coughlan y Kiesler (1986) respecto a la relevancia que pudiera tener la implicación del paciente en el resultado de la psicoterapia. Para realizar esta investigación, los autores utilizaron la “*Experiencing Scale*” que como señala Hill (1990), es una de las medidas más utilizadas por los terapeutas de diversas orientaciones para comprobar el grado de implicación de sus pacientes. Esta escala infiere la implicación del paciente a través del análisis de las características cualitativas de su discurso. De esta forma, un discurso impersonal o superficial dará muestras de un bajo nivel de implicación, al contrario que un discurso que de lugar a la auto-comprensión, la exploración de los sentimientos y al aprovechamiento de dicha experiencia para solventar su problema (otra medida interesante y relacionada con la “*Experiencing Scale*” es la “*Client Vocal Quality*” de Rice y Kerr de 1986, en la que se valora la productividad de distintas situaciones terapéuticas a partir de la clasificación de las afirmaciones del paciente en cuatro categorías: focalizadas, emocionales, externas o limitadas, que están basadas en diferentes aspectos de la voz: energía, tono, timbre, etc.).

En la investigación de Klein y col. (1986), se llegó a la conclusión de que las puntuaciones que obtienen los pacientes en la “*Experiencing Scale*” correlacionan de forma positiva con el resultado final de la terapia y con ciertas intervenciones facilitadoras del terapeuta. Entonces, una mayor implicación del paciente se relaciona

con un mayor beneficio obtenido de la psicoterapia, siendo una de las variables más relevantes que el paciente aporta al proceso terapéutico.

### **2.5.3.2.- Las variables del terapeuta y su influencia sobre la efectividad de la psicoterapia**

El hecho de que no pueda quedar demostrado la superioridad de ningún tipo de psicoterapia sobre otra significa que no existen evidencias a favor de la idea de que las mejoras de los pacientes están asociadas con las técnicas psicoterapéuticas (Lambert, 1989). Es importante entonces estudiar mejor cuáles son las contribuciones de los terapeutas analizando sus características personales y profesionales. Este mismo autor denomina “rasgos estáticos” a aquellas características del terapeuta que son independientes del proceso psicoterapéutico (que existan ciertas variables independientes del proceso psicoterapéutico no quiere decir que no influyan en él) y “variables de proceso” a aquellas que pone de manifiesto en su relación con el cliente. Esta clasificación realizada por Lambert de las características del terapeuta pueden observarse en el cuadro 4.

Beutler, Crago y Arizmendi (1986) distinguen también entre características del terapeuta que se dan de forma independiente a la terapia (características extraterapia) y aquellas que parecen tener un efecto sobre el curso y resultado de la terapia (características específicas de la terapia). Añaden, asimismo, un segundo criterio clasificatorio teniendo en cuenta si dichas características son directamente observables o deben ser inferidas. Esta clasificación de Beutler y col. puede observarse en el cuadro 5.

<b>Rasgos estáticos</b>	<b>Variables del proceso</b>
<i>Demográficas</i>	<i>Estilo terapéutico</i>
Edad	Proporción de habla
Sexo	Estilo de preguntas
Raza	Directividad
Estatus socioeconómico	Longitud de frases
Estado civil	Nivel de actividad
<i>Patrones de personalidad</i>	<i>Técnicas</i>
Variable A-B	Foco dinámico
Interpersonal Circle de Leary	Interpretación
FIRO-B	Confrontación
Dominancia	Consejo
Autoritarismo	Silencio
<i>Actitudes y Valores</i>	<i>Actitudes de relación</i>
Valores intelectuales	Empatía
Valores sexuales	Respeto
Religiosidad	Auto-revelación
Ropa	Calidez
<i>Ajuste personal</i>	Confianza
Terapia personal	
MMPI	
<i>Entrenamiento</i>	
Afiliación profesional	
Procedimientos específicos de entrenamiento	
<i>Orientación teórica</i>	
<i>Nivel de experiencia</i>	

Cuadro 4: Características del terapeuta (Adaptado de Lambert, 1989)



	<i>Características extraterapia</i>	<i>Características específicas de la terapia</i>
<b>Características externamente observables</b>	I	IV
	Edad	Experiencia
	Sexo	Estilo terapéutico
	Raza	Intervenciones terapéuticas
	Estatus socioeconómico	
<b>Características inferidas, internas</b>	II	III
	Patrones personales	Actitudes de relación
	Bienestar emocional	Atrib. de influencia social
	Actitudes y valores	Expectativas

*Cuadro 5: Características del terapeuta (Adaptado de Beutler, Crago y Arizmendi, 1986)*

Veamos a continuación un resumen de las principales variables del terapeuta que pueden (o no) incidir sobre el resultado de la psicoterapia:

1.- Variable “edad” del terapeuta: Parece ser que esta variable no es significativa para el resultado de la psicoterapia y da lugar, asimismo, a problemas metodológicos por estar contaminada con la experiencia (Beutler y col., 1986).

2.- Variable “sexo” del terapeuta: Esta variable beneficia a las terapeutas seguida de la coincidencia de sexo entre terapeuta y paciente (Beutler y col., 1986).

3.- Variable “raza” y “grupo étnico” del terapeuta: La variable raza no influye por sí sola en el resultado de la terapia aunque sí la coincidencia de actitudes raciales compartidas entre el terapeuta y el paciente (Beutler y col. 1986). No obstante, Smith, Glass y Miller (1980) manifestaron en su estudio que la similitud en cuanto a raza entre paciente y terapeuta permitía predecir un mejor resultado en la psicoterapia, ya que paciente y terapeuta comparten un mismo marco cultural de referencia que fortalece la relación de ambos. La variable grupo étnico muestra que si el terapeuta y el paciente pertenece a un mismo grupo étnico, disminuye el porcentaje de abandonos y se aumenta la relación terapéutica

4.- Variable “estatus socioeconómico” del terapeuta: Esta variable no ha sido suficientemente analizada (Beutler y col., 1986).

5.- Variable “personalidad” del terapeuta: Aunque aún no hay datos suficientes como para extraer una conclusión fiable (Beutler y col., 1986), se ha sugerido que una actitud de ayuda y colaboración del terapeuta potencia la adhesión al tratamiento en la medida que mejora las expectativas del paciente respecto a su enfermedad o los beneficios del tratamiento. De igual manera, cuando el terapeuta es comunicativo, respetuoso y cordial con el paciente, esto tiende a mejorar el grado de comprensión y colaboración del paciente en el programa de tratamiento (Fernández Rodríguez, 1998).

6.- Variable “bienestar emocional” del terapeuta: El bienestar emocional del terapeuta es un buen pronóstico para la psicoterapia; a mejor bienestar emocional del terapeuta más probabilidad de que la terapia que realiza tenga buenos resultados (Beutler y col., 1986).

7.- Variable “valores” del terapeuta: Según Kelly y Strupp (1992) esta variable es difícil de evaluar, pero parece existir una tendencia a que los pacientes que mejoran converjan hacia ciertos valores del terapeuta en las terapias que son consideradas exitosas por éstos (no obstante, esta tendencia no queda confirmada cuando el grado de éxito de la psicoterapia es evaluado por el paciente, lo que parece demostrar un sesgo en la valoración de éxito por parte del terapeuta).

Landfield (1971), desde la perspectiva de la teoría de los constructos personales, encontró que si los sistemas de construcción de cliente y terapeuta se asimilaban, el pronóstico de la terapia era mejor. Esto apoya la hipótesis de que la semejanza de valores (aunque también sea dicho que un constructo personal no siempre es igual a un valor) entre terapeuta y paciente es un predictor del éxito psicoterapéutico

Según el estudio de Lafferty, Beutler y Crago (1989) (estudio que trataremos más adelante), los terapeutas menos eficaces valoraban en mayor medida valores como la propia prosperidad y tener una vida “excitante”, mientras que los terapeutas más eficaces valoraban en mayor medida la intelectualidad.

8.- Variable “empatía” del terapeuta: Según el estudio de Lafferty, Beutler y Crago (1989), los terapeutas más eficaces muestran un mayor nivel de comprensión empática que los menos eficaces. Mantener una actitud empática no sólo se ha

relacionado con una mejor adhesión al tratamiento del paciente sino que se ha considerado como un elemento crucial para el cambio terapéutico (Rogers, 1957).

Sin embargo, el efecto que tiene sobre el resultado las actitudes de relación del terapeuta como, por ejemplo, la empatía (aunque no sólo la empatía sino también las actitudes facilitadoras, la aceptación del paciente, la congruencia y la directividad), depende de complejas interacciones con otras variables con lo que lo ideal sería, según Castillo y Poch, (1991) encontrar modelos de investigación más complejos que permitan determinar tales interacciones dejando de lado los estudios causales que no han podido solventar este problema.

Hay que tener en cuenta también que el paciente puede percibir la empatía de diferentes formas (hasta cuatro según Bachelor, 1988) por lo que a la hora de analizar esta variable hay que tener en cuenta la visión que el paciente tenga de ella y no ajustarse a la idea de empatía que suele tener el terapeuta, esto es, entendiéndola como las manifestaciones de comprensión empática que realiza en el seno del proceso terapéutico.

9.- Variable “directividad y apoyo” del terapeuta: Los terapeutas menos eficaces consideran que su labor es más directiva y que dan más apoyo a sus pacientes que los terapeutas más eficaces (Lafferty, Beutler y Crago, 1989).

10.- Variable “percepción de la implicación del paciente” que tenga el terapeuta: Los terapeutas más eficaces, según el estudio de Lafferty, Beutler y Crago (1989), consideraban que sus pacientes estaban menos implicados en el tratamiento y hacían menos progresos, mientras que los terapeutas menos eficaces percibían una mayor implicación y progreso.

11.- Variable “capacidad de influencia social” del terapeuta: Es una de las variables que más parece influir en el resultado de la terapia (Feixas y Miró, 1993)

12.- Variable “competencia con la que el terapeuta aplica las técnicas de elección”: También es una variable que incide de forma importante en el resultado de la terapia. (Feixas y Miró, 1993). Si nos ponemos en el punto de vista del paciente, éste suele atribuir el éxito de la psicoterapia a las cualidades personales del terapeuta ya sea

por su grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que otorga para el cambio con independencia de su orientación teórica. Los terapeutas suelen pensar, sin embargo, que sobre todo el éxito se debe a sus intervención ejecutada a partir de su orientación teórica de base. Para Botella y Feixas (1994), esto puede ser un argumento tanto a favor del peso de las variables relacionadas con las cualidades personales del terapeuta, como factores comunes, como a la incapacidad del paciente para entender la complicada relación entre variables personales y técnicas del terapeuta. De esta forma, para algunos autores (Barron, 1978; Cornsweet, 1983; Strupp 1978) la relación entre orientación teórica y personalidad del terapeuta es fundamental para comprender el proceso terapéutico. De la misma forma, un mejor conocimiento por parte del terapeuta de los supuestos metateóricos de las distintas orientaciones terapéuticas, así como un proceso mejor informado de selección del propio modelo teórico, permitirán a éstos una selección más fundamentada que repercutirá beneficiosamente en la ejecución y eficacia de la terapia escogida (Vasco, 1993).

13.- Variable “experiencia” del terapeuta: la experiencia del terapeuta es un tema controvertido ya que encontramos estudios que, por una parte, la consideran una variable que repercute en el resultado de la psicoterapia y, por otra, estudios que no encuentran base para afirmar tal repercusión.

Uno de los primeros estudios en el que se obtuvieron resultados de interés respecto al factor “experiencia del terapeuta” fue el llevado a cabo por la clínica Phipps (Frank y col., 1978) y que ya describimos en el apartado referido a la efectividad global de la psicoterapia. Recordemos una de las conclusiones a las que se llegó fue que la psicoterapia era efectiva y que algunas psicoterapias eran menos efectivas cuando eran administradas por terapeutas inexpertos. De esta forma, se da relevancia a la experiencia y formación del terapeuta para la consecución de una psicoterapia efectiva.

Smith, Glass y Miller (1980) encontraron en su meta-análisis una correlación nula ( $r = 0,00$ ) entre la magnitud del efecto y la experiencia del terapeuta. Así, aparecieron magnitudes de efectos similares entre terapeutas experimentados y novatos. Estos autores resaltaron, no obstante que la experiencia de los terapeutas que participan en los estudios suele ser inferior de la del resto de las terapeutas, lo que no deja de

conllevar cierto problema a la hora de analizar el valor de esta variable en la efectividad de la psicoterapia.

Lo anterior también puede achacarse al meta-análisis de Shapiro y Shapiro (1982), ya que la experiencia media de los terapeutas de este estudio era de tan sólo tres años. Además, recordemos que el meta-análisis de Shapiro y Shapiro llegaba a una conclusión sorprendente en cuanto a la influencia de la variable “experiencia” del terapeuta en el resultado de la psicoterapia. En este sentido, la experiencia de los terapeutas correlacionó negativamente con el tamaño del efecto del tratamiento ( $r = -0,14$ ), lo que viene a decir que cuanto más experimentado es un terapeuta peor ejerce su trabajo. Este resultado tan llamativo tiene una explicación: los terapeutas de menor experiencia eran los que llevaron a cabo tratamientos más simples (como en fobias) mientras que los más experimentados participaron en trastornos psicológicos más severos.

Budman (1981) indicó que terapeutas altamente expertos, no familiarizados con tratamientos breves (limitados), no producen mejores resultados que los ayudantes sin formación en las terapias de tiempo limitado. Estos resultados se extendieron mucho más por el estudio de Sifneos (1981) sobre terapeutas menos expertos (en periodo de formación y aprendizaje) que obtienen más a menudo resultados exitosos que sus expertos homólogos en psicoterapias dinámicas a corto plazo.

Se ha ofrecido alguna explicación a esta aparente equivalencia de resultados entre terapeutas con mayor o menor experiencia, en estudios de psicoterapia de tiempo limitado. Una, puede ser que las destrezas o habilidades de una terapia de tiempo limitado son cualitativamente diferentes a aquellas usadas en terapias de tiempo ilimitado y que muchos terapeutas mayores y con más experiencia simplemente no tienen esas habilidades debido principalmente al hecho de que nunca fueron formados en técnicas de terapias de tiempo limitado (Budman, 1981). Otra, se relaciona con las actitudes preconcebidas del terapeuta en relación a la eficacia de la terapia a corto plazo que pueden afectar negativamente al proceso terapéutico (Burlingame y Behrman, 1987; Sifneos, 1981). Sin embargo, ni el déficit de habilidades ni las explicaciones de tendencia actitudinal se han probado de forma suficiente en la literatura (Burlingame, Fuhrman, Paul y Ogles, 1989).

Stein y Lambert (1984) resumieron varios análisis que relacionaban el nivel de experiencia del terapeuta con los resultados en psicoterapia. Concluyeron que, globalmente, la experiencia del terapeuta como factor en la psicoterapia no parece estar relacionada con el resultado del tratamiento. No obstante, estos autores sugirieron que los terapeutas con menor experiencia pueden tener índices mayores de abandonos prematuros. Además, notaron una tendencia que favorecía a los terapeutas con experiencia cuando las diferencias entre terapeutas con o sin experiencia eran mayores.

Han existido estudios que incluso han llegado a plantear que los terapeutas paraprofesionales son más efectivos que los terapeutas con entrenamiento (Hattie, Sharpley y Rogers, 1984). Sin embargo, Berman y Norton (1985) reanalizando dicho datos concluyeron que no existía diferencias entre los profesionales y los paraprofesionales aunque es de reseñar que mientras los profesionales eran más eficaces en terapias breves los paraprofesionales lo eran en terapias más largas (posiblemente por los lazos de empatía que suelen aparecer en las terapias de mayor longitud). Asimismo, los paraprofesionales fueron más eficientes con pacientes jóvenes y los profesionales con pacientes de más edad. No obstante, la edad de los paraprofesionales era inferior a la de los profesionales con lo que se entiende que el resultado del tratamiento sea superior en los casos en que la edad del paciente y terapeuta sea similar.

Orlinsky y Howard (1986) realizaron una revisión de treinta y cinco estudios y sólo en doce de ellos existía una relación significativa entre la experiencia del terapeuta y el resultado de la psicoterapia. El hecho de que la experiencia no se relacione con el resultado de la terapia va en contra de lo que nos puede parecer *a priori*. Como menciona Lambert (1989), la escasez de apoyo a la repercusión de la experiencia «va en contra de la intuición y, en algunos casos de la propia experiencia clínica» (Lambert, 1989, p. 470). En este sentido, este mismo autor observa que el efecto sustancial que tiene el terapeuta sobre el proceso y el resultado del tratamiento se observa en pacientes con diferentes diagnósticos y gravedad sintomática e independientemente de la formación teórica y la experiencia de los terapeutas.

En 1989, Burlingame, Fuhrman, Paul y Ogles (estudio que veremos más adelante de forma detallada) compararon a profesionales que tenían una experiencia media de dos años y medio con otros que tenían una experiencia de poco más de nueve

años y comprobaron los resultados terapéuticos que obtuvieron. Los resultados mostraron que los terapeutas de mayor experiencia eran más eficaces independientemente de su orientación teórica.

Por otra parte, la experiencia del terapeuta es un factor que se relaciona con la mejora de la alianza terapéutica en sus aspectos de acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a las metas y tareas terapéuticas, pero no en el del establecimiento de un vínculo afectivo entre ambos (Botella y Feixas, 1994)

Castillo y Poch (1991) tras mencionar en su obra algunos estudios relevantes que se han planteado el efecto de la experiencia del terapeuta en el resultado de la psicoterapia, resumen diciendo que “la experiencia del terapeuta aún siendo un tema controvertido parece ser relevante de cara al resultado de las acciones que éste emprende» (Castillo y Poch, 1991, p. 158).

### ***Estudios de proceso psicoterapéutico desde la óptica del terapeuta***

Beutler, Crago y Arizmendi (1986) diferencian entre tres tipos de estudios de proceso referidos al terapeuta dependiendo de la calidad metodológica de los mismos:

1.- Estudio experimental: en el que las características del terapeuta son controladas o manipuladas. Se controla una determinada característica y se asigna de forma aleatoria a una u otra cualidad o atributo.

2.- Estudio de comparación: donde se contrastan grupos de terapeutas con distintas características controlándose la asignación de los pacientes.

3.- Estudio naturalístico: en este tipo de estudios se comparan simultáneamente diversas características de los terapeutas sin que se asignen terapeutas a características (estudio experimental) ni pacientes a terapeutas.

Veamos a continuación algunos estudios de especial importancia referidos a la actuación del terapeuta en el proceso psicoterapéutico.

Orlinsky y Howard (1986) realizaron una revisión de tipo “*box score*” donde revisaron veintidós estudios que analizaron cómo las interpretaciones del terapeuta inciden sobre el resultado global de la terapia, entendiendo el concepto “interpretación” como «una afirmación explicativa que intenta clarificar el significado de una acción o experiencia» (Orlinsky y Howard, 1986, p. 324) (en este sentido cabría preguntarse si tal definición se corresponde con la de los autores de los veintidós estudios que revisaron, pero esto es imposible de saber en una revisión de tipo “*box score*”).

Observando los resultados que obtuvieron los autores, se comprueba que once de los veintidós estudios daban datos a favor de un efecto positivo sobre el resultado mientras que en ocho no se encontró relación alguna y sólo en tres este impacto fue negativo (teniendo en cuenta que dos de ellos eran con pacientes psicóticos o *borderline*). Con estos resultados los autores concluyen que tal efecto de las interpretaciones sobre el resultado puede ser potenciado o neutralizado por otros factores de relevancia. Claro está que una intervención del terapeuta únicamente es significativa para el tratamiento si se hace en el momento oportuno y es entendida y asimilada por el paciente, con lo que la cuestión no es si el terapeuta debe intervenir mucho o poco, sino que cuando intervenga lo haga de manera adecuada (Castillo y Poch, 1991).

Muchas de las investigaciones que se realizan en este campo ha sido realizada por autores de orientación psicodinámica. En este sentido y también centrándose en el tema de las interpretaciones del terapeuta, Luborsky, Crits-Christoph, Mintz y Auerbach (1988) realizaron un estudio donde se pretendía valorar la precisión de las interpretaciones del terapeuta en función de si el contenido de dichas interpretaciones es congruente con el contenido del “Núcleo del Tema Conflictivo de Relación” del paciente. Estos autores entienden por “interpretación” aquella intervención del terapeuta que cumple al menos uno de los siguientes criterios: *a*) si el terapeuta explica al paciente posibles razones de sus pensamientos, sentimientos o conductas, y *b*) si el terapeuta señala similitudes entre los que el paciente está explicando y otra experiencia que anteriormente había contado. Los resultados indicaron una correlación de 0,44 ( $p < 0,01$ ) entre la precisión de las interpretaciones de los terapeutas (que no fueron muy altas) y el tamaño del efecto global. Estos datos sirvieron a los autores para concluir



que, en efecto, la actuación técnica del terapeuta psicodinámico incide sobre el resultado de la terapia

Si se consideran globalmente las variables del terapeuta, son aquellas que se relacionan específicamente con la psicoterapia las mejor predicen el resultado de la misma, si se compara con las características extraterapia (incluidas el ajuste emocional y la orientación teórica).

En concordancia con lo anterior, el estudio de Lafferty, Beutler y Crago (1989) resulta de especial interés. Este estudio examinó las diferencias entre los más y menos efectivos psicoterapeutas aprendices (en prácticas). Los terapeutas fueron asignados a uno u otro grupo dependiendo de si la preponderancia de los cambios en la sintomatología de sus pacientes indicaba más o menos mejora durante el curso de la terapia. Las variables de los terapeutas incluyeron el “ajuste emocional”, “habilidades para relacionarse”, “percepción de la implicación del paciente”, “credibilidad”, “directividad” y “orientación teórica” Partiendo del estudio de Beutler, Crago y Arizmendi (1986) en el que se concluía que las variables específicas de la terapia son más potentes a la hora de determinar un resultado que las variables globales como la orientación teórica u otras variables que se desarrollan independientemente de la terapia, Lafferty y col. pretenden en su estudio averiguar cuál de las diferentes variables pueden ser consideradas específicas (o no) de la psicoterapia, así como intentar aclarar si una determinada constelación de rasgos puede ser característico de terapeutas más o menos efectivos.

La efectividad de los terapeutas fue medida comparando el nivel de aflicción/angustia sintomática que experimentaron los pacientes antes y después del tratamiento. Los terapeutas cuyos pacientes mostraron relativamente más angustia tras el tratamiento que antes del mismo, fueron asignados al grupo menos efectivo. Los terapeutas cuyos pacientes mostraron menos angustia tras el tratamiento fueron asignados al grupo de los más efectivos. Se examinaron aquellas características del terapeuta que previamente se había descubierto que aumentaban el beneficio de la terapia. Las variables globales incluyeron la orientación teórica y el ajuste emocional del terapeuta. Dentro de las variables específicas, se encontraban las actitudes de relación, la percepción de la implicación del paciente, la credibilidad y la

directividad/apoyo. Este estudio también se planteó un examen exploratorio de los sistemas de valores de los terapeutas aprendices mas o menos efectivos, con la intención de comprobar si algunos sistemas de valores podrían ser más favorables que otros para la mejora de la psicoterapia.

La muestra se componía de cuarenta y cinco aprendices que habían tratado pacientes en psicoterapias individuales en un departamento de una clínica de psiquiatría externa (para pacientes no hospitalizados). Evaluándose la eficacia del tratamiento recibido (a través del SCL-90-R, administrado antes y después del tratamiento) por dos pacientes extraídos al azar de entre todos los que atendía cada terapeuta, se seleccionaron finalmente treinta (quince que habían obtenido los mejores resultados y quince que obtuvieron los peores). De esta manera, los treinta fueron divididos en dos grupos en función de su efectividad. En concreto, resultaron ser diecinueve hombres y once mujeres cuyas edades oscilaban entre los veintitrés y treinta y ocho años. Las orientaciones teóricas preferidas de estos terapeutas incluyeron: psicodinámica (59,3%), ecléctica (29,6%), centrada en el cliente (7,4%) y conductual (3,7%).

Para este estudio se incluyeron sesenta sujetos de un total de noventa y un pacientes externos que fueron tratados tras un periodo de veinticuatro meses a través de una clínica psiquiátrica universitaria (se excluyeron los que padecían síndromes cerebrales orgánicos, desórdenes esquizofrénicos o aquellos a los que no se les recomendó una psicoterapia de tipo individual). Los pacientes de este estudio consistían pues en once hombres y cuarenta y nueve mujeres con edades comprendidas entre los diecinueve y cuarenta y tres años. La mayoría de los pacientes recibieron un diagnóstico de ansiedad o desórdenes afectivos y el resto fue diagnosticado de desórdenes de adaptación y condiciones no atribuibles a desórdenes mentales. El número medio de sesiones por paciente fue de 17,48. Treinta y tres pacientes terminaron la terapia de la forma prevista. Nueve pacientes fueron traspasados a otro psicoterapeuta cuando el terapeuta terminó su periodo de prácticas y dieciocho terminaron prematuramente.

Los diferentes instrumentos que se utilizaron para medir las distintas variables fueron los siguientes: *a)* para la variable “ajuste emocional”: el Inventario de Personalidad de Eysenck y Eysenck (1968), EPI (ajuste emocional del terapeuta), *b)* para la variable “actitudes de relación”: el Inventario de relaciones Barret-Lennard

(1962) (actitudes de relación: comprensión empática, consideración positiva, aceptación incondicional y congruencia), *c*) para las variables “implicación del paciente” y “directividad/apoyo”: el Inventario de Procesos de Psicoterapia (Baer, Dunbar, Hamilton, y Beutler, 1980) (percepción de la implicación del paciente y nivel de directividad y apoyo proporcionado al paciente), *d*) para la variable “credibilidad”: la Escala de Credibilidad Terapéutica (Beutler y McNabb, 1981) (percepción por parte del paciente de la credibilidad y habilidad del terapeuta), *e*) para la variable “orientación teórica”: el Cuestionario de Orientación terapéutico, TOQ (Sundland, 1977) (orientación teórica del terapeuta obtenida a través de la valoración por parte del terapeuta de setenta y seis declaraciones sobre lo que los terapeutas creen que es conveniente en la terapia, ya sea desde un punto de vista psicoanalítico o cognitivo-conductual), y *f*) para el estudio de los “valores” del terapeuta: el Estudio de Valores Rokeach, RVS (Rokeach, 1973) (valores del terapeuta).

Se realizó un análisis preliminar con la intención, entre otras cosas, de asegurarse que la asignación de los pacientes a los grupos de terapia fuera equivalente y de que no había evidencia de diferencias significativas entre los pacientes de los dos grupos de terapia respecto a la edad, el número total de sesiones recibidas y la gravedad de la sintomatología. La falta de diferencias significativas encontradas en las variables de estos pacientes presta apoyo a la suposición de que las diferencias resultantes entre los grupos reflejan diferencias entre los terapeutas, en vez de diferencias entre las características de los pacientes.

El análisis principal incluyó once variables terapéuticas: implicación del paciente, directividad/apoyo del terapeuta, ajuste emocional, credibilidad del terapeuta, cuatro variables de habilidad para relacionarse del terapeuta (comprensión empática, consideración positiva, aceptación incondicional y congruencia) y tres variables de orientación teórica del terapeuta (experiencial, psicoanalítica y cognitiva-conductual). Como se esperaba, las variables de los terapeutas se diferenciaban fuertemente en los dos grupos: la empatía, la percepción de la implicación del paciente y la directividad del terapeuta se distinguieron significativamente entre el grupo de terapeutas más efectivos y el menos efectivo.

Los pacientes de terapeutas menos efectivos sintieron menos comprensión por parte de sus terapeutas que los pacientes de terapeutas más efectivos, pero los terapeutas menos efectivos percibieron que sus pacientes estaban más implicados en el proceso de la terapia y consideraban que su labor era más directiva y que daban más apoyo en comparación con los terapeutas más efectivos. También los menos efectivos consideraron que sus pacientes hacían más progresos en el tratamiento. Estos dos últimos descubrimientos fueron contrarios a lo que se esperaba. Esto puede resultar del hecho de que los terapeutas menos efectivos presenten una menor sensibilidad hacia los pacientes y, así, pueden fallar a la hora de darse cuenta de su situación, lo que hace que enjuicien erróneamente el apoyo que otorgan a sus pacientes.

Un segundo análisis se propuso examinar las diferencias en cuanto a valores de los terapeutas más y menos efectivos. Los terapeutas más efectivos dan menos importancia que los menos efectivos a tener una vida confortable (próspera) y excitante (estimulante y afectiva) y dan más importancia a ser intelectual (inteligentes y reflexivos). De esta forma, los terapeutas menos efectivos dieron mayor importancia a su propia prosperidad y el hecho de estar más preocupados por ellos mismo pudo interferir en su capacidad para dar comprensión empática y para juzgar el apoyo que otorgaban. De la misma forma, el hecho de que los terapeutas más eficaces tendieran más hacia la intelectualidad puede hacer que tengan una mejor capacidad para reflexionar y enjuiciar la labor que realizan.

De esta forma y una vez vistas las diferencias entre los terapeutas más y menos efectivos, los autores del estudio revelan que las variables que mejor predicen la efectividad son las relacionadas con las experiencias intra-terapia de los participantes de la misma, en contraste con las características extra-terapia (ajuste emocional del terapeuta) y atributos globales (credibilidad del terapeuta y orientación teórica). Esta conclusión es consecuente con la revisión de Beutler y col. (1986) sobre la literatura existente. El presente estudio, en definitiva, da apoyo a la significación de la empatía del terapeuta en la psicoterapia efectiva, ya que recordemos que los pacientes menos efectivos se sintieron menos comprendidos por sus terapeutas que los pacientes de terapeutas más efectivos.

Otro estudio interesante es el realizado por Burlingame, Fuhriman, Paul y Ogles en 1989 y que antes mencionamos en relación con la variable “experiencia” del terapeuta. En este estudio se examinó la relación entre el nivel de experiencia clínica y el resultado terapéutico en terapia de tiempo limitado. Los autores destacan que parece poco apropiado extraer conclusiones sobre la influencia de la experiencia del terapeuta, sin separar terapias de tiempo limitado (por ejemplo, las breves) de las de tiempo ilimitado.

Así, y como se ha mencionado, con este estudio se evaluó la relación entre el nivel de experiencia clínica y el resultado terapéutico en terapia de tiempo limitado dejando a terapeutas expertos y a terapeutas en formación conducir terapias de tiempo limitado con un grupo homogéneo de clientes con prescripción médica. Además, y de forma simultánea, se evaluaba la habilidad y actitud del terapeuta (contadas por él mismo) en dichos tratamientos.

Se esperaba que los terapeutas más expertos demostraran una mejora significativamente mayor que los clientes de sus homólogos menos expertos. De la misma forma, se esperó que aquellos terapeutas que recibieran una formación más intensa en terapia de tiempo limitado produjeran un resultado significativamente mejor que los menos formados.

Doce terapeutas (seis internos y seis de la plantilla más antigua del Centro Consejero de la Universidad Western) trataron a cincuenta y siete pacientes externos con prescripción médica con un tratamiento de tiempo limitado. El nivel de experiencia de los terapeutas en formación varió de uno a cinco años, mientras que la experiencia de la plantilla más antigua varió de cuatro a nueve años. La orientación teórica fue variada y se representaron las siguientes orientaciones: cognitiva-conductual, dinámica, humanista/existencial y ecléctica. Dos estudiantes de doctorado sirvieron como indicadores objetivos y proporcionaron índices de resultado de los progresos del cliente.

En cuanto a los instrumentos utilizados, se seleccionaron medidas de resultados para representar una fuente múltiple (cliente, terapeuta, indicador independiente) y una medida múltiple (estándar e individualizada) de evaluación del resultado de la terapia usando un pre-tratamiento, pos-tratamiento y una secuencia de medida de seis meses de

seguimiento. Los instrumentos utilizados fueron: *a)* El Síntoma Checklist de Hopkins, forma SCL 90-R (Derogatis, 1977), un inventario de noventa auto-síntomas, *b)* Breve Escala de Valoración Psiquiátricos de Hopkins, BHPRS (Derogatis, 1977), donde los terapeutas valoran a los pacientes en función de su sintomatología, *c)* El Inventario del Objetivo de la Queja, TC (Battle, Imbed, Hoehn-Saric, Stone, Nash y Frank, 1966), donde se intenta identificar las tres quejas más reiteradas, *d)* Cuestionario de la Actitud y la Experiencia del Terapeuta, TAE (Ursano y Dressler, 1974), donde se evalúa la actitud y habilidad del terapeuta en terapias de tiempo limitado y no limitado en diferentes áreas.

En cuanto al procedimiento utilizado, éste consistió en emparejar a los doce terapeutas según el nivel de experiencia y se les asignó aleatoriamente a una de las tres condiciones de formación:

1.- Sin formación (NT): Todos los terapeutas asistieron a una sesión de orientación donde se discutió el valor de la terapia de tiempo limitado. Esta fue la única información dada a los terapeutas sin formación. Justo después se les instó para llevar a cabo ocho sesiones de psicoterapia de tiempo limitado.

2.- Auto-instrucción (SI): Asistieron junto a los IT a una sesión adicional donde se discutió brevemente el modelo de terapia de tiempo limitado (Fuhriman, Paul, y Burlingame, 1986) y se les distribuyó una copia del modelo a todos los terapeutas. Se instó a este grupo a que usaran el modelo como guía en la terapia sin que necesariamente cambiaran su propio estilo terapéutico.

3.- Formación intensa (IT): Como en el grupo anterior, con la diferencia de que a la semana de la reunión este grupo recibió un programa de formación estructurada en diez horas que consistió en: explicación didáctica, *role-playing* y discusión con la intención de que incorporaran el modelo en su estilo terapéutico.

La distribución final de los clientes resultó en los siguientes grupos: NT = 13, SI = 15 y IT = 14.

El efecto de la formación y el nivel de experiencia en el resultado del terapeuta se examinó en un análisis de covarianza (ANCOVA) de 3 (formación: NT, SI, IT) x 2

(experiencia: personal interno y antiguo). Las diferencias respecto a la experiencia del terapeuta o la condición del tratamiento se examinaron por análisis univariados o *chi-cuadrado*. También se incluyó una medida de significado clínico compuesto de dos criterios basados en las recomendaciones de Jacobson, Follette y Revenstorf (1984): el Índice de Cambio Fiable, RCI y el criterio de “movimiento hacia una población funcional” (véase Jacobson y col., 1984 y Burlingame y col., 1989). Asimismo, las actitudes y niveles de habilidad de los terapeutas (TAE) antes de la formación, usando procedimientos univariantes ANOVA a fin de averiguar si existían diferencias significativas en las condiciones de experiencia o formación. Esto se hizo con la intención de evaluar la relación entre actitudes o nivel de habilidad y resultado del tratamiento.

Los resultados muestran, en cuanto a la experiencia del terapeuta, que los pacientes tratados por terapeutas con mayor experiencia mostraron una mejoría mayor, en contraste con los tratados por los de menor experiencia. Igualmente, los terapeutas expertos notaron una mejoría mayor en sus clientes. De los ocho pacientes que demostraron cambios clínicos significativos, el 75% ( $n = 6$ ) fue tratado por terapeutas expertos (el hecho de que sólo ocho pacientes lograran cambios clínicos significativos puede ser atribuido a la alta rigurosidad de los criterios de cambio de Jacobson y col. (1984), ya que de hecho, veintiún clientes en este estudio mejoraron de forma fidedigna como resultado del tratamiento).

En cuanto a los resultados obtenidos en lo que se refiere a la formación del terapeuta, se comprobó que los clientes que tuvieron a terapeutas con una formación más intensa demostraron una mejoría mayor cuando se compararon los grupos IT y SI con los grupos IT y NT. Tres cuartas parte de los ocho clientes ( $n = 6$ ) que demostraron cambios significativos fueron tratados por terapeutas con formación intensiva (el resto quedó dentro del grupo IS y no hubo clientes en la condición NT que exhibieran cambios clínicos significativos e incluso uno empeoró).

Otros análisis adicionales mostraron que no había diferencias en cuanto al índice “desgaste” del terapeuta y “reincidencia” entre los terapeutas más y menos expertos. En cuanto a la formación, la condición NT tuvo un índice de desgaste significativamente mayor que los otros dos grupos.

De esta forma, del estudio de Burlingame y col. (1989) se extraen dos conclusiones principales. En primer lugar, se halló cómo los clientes de terapeutas con más experiencia tuvieron resultados superiores comparados con los clientes de terapeutas menos expertos. En este sentido, los autores se plantean el hecho de que en investigaciones anteriores aparecieran diferencias de resultado entre terapeutas expertos y menos expertos. En contra de lo que hasta ese momento servía como explicación a tales diferencias, es decir, la explicación del déficit de habilidad (que como ya vimos en apartados anteriores venía a decir que terapeutas con experiencia parecían no mostrar habilidades propias de una terapia de tiempo limitado ya que normalmente no eran formados en técnicas apropiadas para tales terapias), los autores de este estudio encuentran dos descubrimientos en su investigación que no apoyan la explicación del déficit de habilidad. Por una lado, no se encontraron diferencias fiables en el nivel de habilidad (autoconfesado por el terapeuta) entre terapeutas expertos y menos expertos. Este descubrimiento sugiere que los terapeutas expertos no sufren necesariamente un déficit de habilidad en terapias a corto plazo en relación a sus homólogos menos expertos. Por otro, los resultados de este estudio pueden ser usados para redefinir la explicación del déficit en la habilidad ya que se descubrió que los índices de mejoría del cliente eran paralelos a la intensidad de la formación del terapeuta, no respecto a la experiencia del terapeuta. Los terapeutas que recibieron más formación en una terapia de tiempo limitado tuvieron clientes que mostraron una mejoría mayor en diversas medidas de resultado, y ésta es la segunda gran conclusión a la que llegaron Burlingame y col. en el presente estudio.

En otras palabras, parece que tanto los terapeutas expertos como los menos expertos se benefician igualmente de la formación específica de habilidad en la terapia de tiempo limitado y este descubrimiento apoya la noción de que las habilidades en la terapia de tiempo limitado pueden ser cualitativamente diferentes de las habilidades en la terapia de tiempo ilimitado. Esto sugiere que un proceso de adquisición de habilidad similar tuvo lugar tanto en los terapeutas expertos como en los menos expertos.

Así, los terapeutas con una formación más intensa obtienen mejores resultados. Por otra parte, el desgaste estaba significativamente relacionado con la cantidad de formación, teniendo el grupo de condición “sin formación” el mayor desgaste y el grupo de condición “formación intensiva” el menor. De la misma manera, los clientes de la



condición “formación intensiva” mostraron índices significativamente menores de reincidencia que los clientes de las otras dos condiciones.

Aunque, como ya vimos anteriormente en el estudio de Beutler, Crago y Arizmendi (1986), las variables extra-terapias o globales, tales como, por ejemplo, la orientación teórica, explican menos el resultado de la terapia que las variables intra-terapia, existen algunos autores que han considerado que las relaciones entre la orientación teórica y la personalidad del terapeuta representan una de las dimensiones más importantes para la comprensión del proceso terapéutico (Barron, 1978; Cornsweet, 1983; Strupp, 1978). Un estudio interesante en este sentido, es el realizado por Vasco (1993) en el que se intenta determinar cuáles son los factores que hacen que un terapeuta elija una determinada orientación teórica y cuáles determinan que un terapeuta cambie de orientación teórica. Además, el autor realiza una comparación entre terapeutas portugueses y americanos. En palabras del autor «la *bondad del ajuste*, entre las características del terapeuta y las principales afirmaciones teóricas de la orientación seleccionada (por ejemplo, metateóricas, teóricas y prácticas), determinará con toda probabilidad si el terapeuta va a seguir manteniendo su orientación, la cambiará de acuerdo a su desarrollo como persona y a la evolución de los puntos de vista o, puede ser, que llegue a cambiarla por aquello que él considere más adecuado» (Vasco, 1993, p. 332).

Este estudio se basó en la integración de datos provenientes de un estudio realizado con ciento sesenta y un terapeutas portugueses de seis orientaciones teóricas distintas (comportamentales:  $n = 13$ ; cognitivos:  $n = 61$ ; eclécticos:  $n = 21$ ; humanistas:  $n = 15$ ; psicodinámicos:  $n = 35$ ; y sistémicos:  $n = 16$ ), con los existentes en la literatura.

En lo que se refiere a cómo y por qué los terapeutas seleccionan una determinada orientación teórica, no existe una opinión aceptada de forma común sobre cuáles son las variables implicadas en la elección de una orientación teórica inicial ya que tal elección parece producto de un laborioso y complejo proceso determinado por muchos factores (Guy, 1987/1995). Los posibles factores determinantes en dicha elección que consideran los propios terapeutas son (entre trece posibles variables): la “experiencia clínica” y la “filosofía y valores personales”. Estos factores aparecen como determinantes tanto para los terapeutas americanos como para los portugueses con la diferencia de que para los

americanos estaría en primer lugar la “experiencia clínica” y en segundo, la “filosofía y valores personales” y para los portugueses ese orden sería: “filosofía y valores personales”, “entrenamiento” y “experiencia clínica” en tercer lugar. Hay que decir que la muestra americana tenía un mayor grado de experiencia que la muestra portuguesa, siendo probable que el grado de experiencia clínica determine precisamente la elección de esta variable como determinante en la elección de una orientación terapéutica. (de la misma forma y atendiendo sólo a los terapeutas portugueses, se comprobó cómo los más experimentados eligieron más la variable “experiencia clínica” que los menos expertos).

Ante estos resultados, el autor declara que «parece ser que las características personales del terapeuta, tales como filosofía y valores personales, son las variables más significativas a la hora de elegir una orientación teórica inicial. Sin embargo, como alguno autores han señalado, «(...) esta elección está inevitablemente limitada por factores situacionales, como por ejemplo las posibilidades de entrenamiento» (Vasco, 1993, p. 336). Hay que recordar que los terapeutas portugueses eligieron esta variable en segundo lugar (mientras que los americanos la situaron en tercera posición).

Si la variable más importante al elegir una orientación teórica fue la “filosofía y valores personales”, es de esperar que los terapeutas de diferentes orientaciones se diferenciarían en función del valor que asignaran a diferentes variables a la hora de elegir su propia orientación. El estudio de Vasco confirma esta suposición. Resumiendo, los humanistas y psicodinámicos otorgan más importancia a la “orientación del propio terapeuta” debido fundamentalmente a la gran relevancia que el entrenamiento en esas escuelas dan a la terapia personal. Los sistémicos destacaron la variable “experiencias familiares debido a la importancia de los enfoque familiares de estos terapeutas. Los terapeutas cognitivos y conductuales realzaron la importancia de la variable “resultados de la investigación” dada su tradición empírica de dichas orientaciones.

Por otra parte, el autor señala que es de suponer que una variable que pudiera incidir en la elección de una orientación teórica determinada sería el grado de compatibilidad entre la sofisticación intelectual del candidato y la complejidad relativa de diferentes teorías psicoterapéuticas (Herron, 1978). Así, cuando las exigencias teórico/prácticas de una orientación determinada exceden la sofisticación intelectual de un terapeuta, lo más seguro es que éste se sienta incómodo con ese modelo teórico y

tenderá a no seleccionarlo y ponerlo en práctica. Si la complejidad intelectual del terapeuta excede la complejidad del modelo teórico, es posible que el candidato no se motive en dicho modelo y busque alternativas en otros. La elección de un determinado modelo se realizará cuando la complejidad intelectual y del modelo se encuentren a la par de forma compatible.

Una vez abordado la elección de la orientación terapéutica, Vasco acomete el tema de los cambios en la orientación teórica inicial. Parece que la “experiencia clínica” es el factor principal en lo que se refiere a los cambios en la orientación teórica además de otras variables personales como la “flexibilidad de las creencias” y el nivel de “desarrollo personal”. Así, cuando el terapeuta se enfrenta con situaciones de fracaso o sin salida, los más experimentados son capaces de identificar fallos en sus modelos teóricos y pueden optar por cambiar de modelo. Esto no ocurre en los terapeutas con menos experiencia y novatos que tienden a culpabilizarse a ellos mismos considerando que tal fracaso es producto de su incompetencia (Auerbach y Johnson, 1977; Schwartz, 1978; Stoltenberg y Delworth, 1987)

Vasco explica que el hecho de no haber dado una importancia adecuada a los valores personales a la hora de seleccionar una orientación teórica determinada, así como experiencias vitales (personales o clínicas) pueden hacer que se activen situaciones de disonancia (distancia entre las creencias personales del terapeuta y las afirmaciones metateóricas de su orientación teórica). Esta disonancia está asociada con una menor satisfacción con la propia orientación y puede solventarse de diferentes maneras que van desde buscar o cambiar a una nueva, convertirse en ecléctico, hasta mantener la antigua teoría distorsionando los hechos (Butt y Bannister, 1987). Independientemente de que los terapeutas sean cognitivos o psicodinámicos, los terapeutas menos evolucionados epistemológicamente y menos propensos a relativizar el conocimiento parecen manejar la disonancia incrementando el uso de los principios y técnicas de su respectiva orientación teórica (es decir, utilizando lo que Kuhn, 1970, llamó “inatención selectiva o reatrincheramiento en las creencias previas”), mientras que los terapeutas más evolucionados tienden en estas situaciones a disminuir el uso de las técnicas de la propia orientación, intentando nuevas soluciones clínicas y convirtiéndose en más eclécticos en el momento en que lo hacen. Parece existir también una relación positiva entre el nivel de evolución y el grado de eclecticismo.

Es por todo esto que Vasco (1993) sugiere que «un proceso mejor informado de selección del propio modelo teórico, puede ayudar a evitar posibles futuros desajustes entre terapeutas y teorías, así como posibles disonancias molestas que pueden reflejarse, de forma negativa, en el bienestar y en la ejecución y la eficacia terapéutica» (Vasco, 1993, p. 345).

Hasta aquí algunos de los estudios más destacables que se han centrado en el proceso terapéutico desde el punto de vista del terapeuta. Otros estudios se han centrado en aspectos más particulares del proceso terapéutico en lo que se refiere a la figura del terapeuta o en procesos específicos que podrían ayudar a éste en su práctica terapéutica y que invitamos a consultar (véase, por ejemplo, el excelente trabajo de Caro, 1993, “Psicoterapia e investigación de procesos”).

### **2.5.3.3.- Las variables de la interacción terapéutica y su influencia sobre la efectividad de la psicoterapia**

La psicoterapia se da en un contexto donde van a interaccionar personas y donde las variables correspondientes a cada una de ellas también interactúan, lo que hace que difícilmente puedan considerarse de forma aislada. La psicoterapia es una globalidad en la que entran en contacto interactúan los sistemas del terapeuta y del paciente (con lo que según Castillo y Poch (1991), la distinción dentro-fuera de la psicoterapia no tiene sentido).

Según Gelso y Carter (1985) cualquier modalidad de terapia, independientemente de la orientación teórica del terapeuta, puede dividirse en una relación real, una relación irreal y una alianza de trabajo. Veamos cada uno de estos factores siguiendo a Sexton y Whiston (1994):

1.- Relación real: esta relación está caracterizada por el hecho de no estar guiada por procesos inconscientes de transferencia y contratransferencia. En esta relación estarían incluidas las condiciones facilitadoras que ya propusiera Rogers de congruencia, aceptación incondicional y empatía, así como todos aquellos atributos de la relación terapéutica basados en interacciones directas, genuinas y no distorsionadas. Aunque las condiciones facilitadoras rogerianas (que no hay que olvidar que dependen

de la percepción del paciente) parecen fomentar el seguimiento del tratamiento, no parece que quede demostrado que contribuyan por sí solas a que el paciente obtenga mejoría. En este sentido, hay que decir que después de décadas de investigación aún no existe ninguna evidencia de que la empatía, la calidez y la autenticidad sean las condiciones necesarias y suficientes que producen el cambio en la terapia centrada en el cliente (Bergin y Lambert, 1978; Mitchell, Bozarth y Krauft, 1977). Además, no existe un término unívoco del concepto de empatía y así, por ejemplo, Bachelor (1988) diferencia entre empatía cognitiva, empatía afectiva y empatía de nutrición.

Sexton y Whiston (1994) manifiestan que la interpretación del terapeuta disminuye la descripción de problemas por parte del cliente e incrementa el *insight*. La tonalidad emocional de la voz del terapeuta parece aumentar la capacidad de exploración del cliente, al igual que aquellas intervenciones que se centran en la relación con el cliente (en lugar de en el *setting* o en la obtención de información). Los momentos de mayor avance terapéutico (autoevaluados por el cliente) se refieren a los momentos en que el terapeuta tenía el objetivo de resultar de ayuda y el cliente era consciente de ello, percibiendo la relación como terapéutica. Así, el hecho de que el paciente comprenda los objetivos del terapeuta incide de forma positiva en la evaluación de la mejora terapéutica. Esto da muestras de que el proceso terapéutico no consiste en la mera aplicación de una técnica a un paciente con problemas, sino más bien en la construcción conjunta de un marco de significado compartido por el terapeuta y el paciente (Botella y Feixas, 1994)

2.- Relación irreal: concepto de base psicoanalítica, consistiría en la relación de transferencia que se deriva de la proyección a la figura del terapeuta de actitudes generadas en las relaciones familiares infantiles. Por otro lado, la contratransferencia consistiría en la reacción inconsciente del terapeuta hacia el paciente. Definido así este concepto de “relación irreal” sólo es aplicable desde el punto de vista psicoanalítico, pero puede ser compartido por otras orientaciones teóricas si se considera como un conjunto de expectativas interpersonales tácitas o preverbales que el terapeuta y el cliente aportan a la relación terapéutica.

Respecto a la influencia de la transferencia sobre el resultado de la psicoterapia, la revisión de Sexton y Whiston (1994) concluye que la interpretación de la

transferencia como forma de intervención terapéutica fomenta el éxito de la terapia psicodinámica breve ya que las interpretaciones del terapeuta consiguen fomentar el *insight* del cliente (de esta forma, la relación entre interpretación de la transferencia y mejora terapéutica influye sobre la capacidad de *insight*).

Similarmente y siguiendo una propuesta constructivista, las intervenciones conseguirán fomentar la complejidad cognitiva del paciente sólo si el terapeuta se constituye en un agente validador del sistema de constructos del paciente (Semerari, 1991).

No obstante, el proyecto de investigación sobre psicoterapia de la Fundación Menninger (Kernberg, Burstein, Coyne, Appelbaum, Hurwitz y Voth, 1972) (y que describiremos más adelante), que es uno de los estudios más importantes a gran escala sobre el psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica, no encontró evidencias que apoyaran una relación positiva entre el *insight* y el análisis de transferencia y los resultados positivos. Son más bien variables tales como la motivación al cambio, la fortaleza del yo del paciente y la calidad de la relación de la relación terapeuta-paciente las que se encontraron asociadas a los resultados positivos del tratamiento. Comprobamos así que esta investigación destaca la importancia para el buen desarrollo del proceso analítico de la alianza terapéutica, sobre la cual nos centraremos a continuación. Para terminar, sólo decir que en lo que se refiere a la contratransferencia parecen no existir datos suficientes sobre su posible influencia en el resultado psicoterapéutico.

3.- Alianza terapéutica: la alianza terapéutica (o de trabajo, en términos freudianos) se encuentra significativamente relacionada con el resultado de la psicoterapia (Hovarth y Symonds, 1991). Este concepto parte de Freud (1912/1981) y lo podemos definir como la capacidad y motivación del cliente a trabajar la resolución de su problema, fomentada por el terapeuta y la interacción entre ambos (Greeson, 1967). Existen, según Bordin (1979), tres componentes de la alianza de trabajo: acuerdo acerca de las metas a conseguir, acuerdo sobre las tareas a seguir y el desarrollo de un vínculo emocional entre paciente y terapeuta.

Parece ser que los factores del cliente que influyen en mayor medida al establecimiento de una alianza de trabajo son aquellos que se relacionan con la calidad de las relaciones interpersonales de éste (por contra, un paciente que mantiene relaciones personales conflictivas tendrá más dificultades a la hora de establecer una buena alianza de trabajo).

En cuanto a los factores del terapeuta que fomentan la alianza terapéutica, podemos encontrar la capacidad del terapeuta para poner al paciente en un papel activo (ya que cuando el terapeuta coloca al paciente en un rol pasivo, como cuando le solicita información o le ofrece apoyo emocional, la alianza de trabajo se debilita) (Kivlinghan, 1990). Así, las intervenciones dirigidas a confrontar aspectos conflictivos refuerzan la alianza entre terapeuta y paciente. Por otro lado, la experiencia del terapeuta es un factor que parece estar relacionado con el mejoramiento de la alianza terapéutica en sus vertientes de acuerdo respecto a las metas y tareas, pero no en el del establecimiento de un vínculo afectivo.

La relación terapéutica (y la alianza que se da en su seno) se encontraría en el tercer elemento del modelo genérico del proceso terapéutico propuesto por Orlinsky y Howard (1986) (y recogido por Castillo y Poch, 1991) y que ya mencionamos al principio de este bloque. Los cinco elementos que definen un proceso terapéutico serían: *a)* el contrato terapéutico, *b)* las intervenciones terapéuticas, *c)* el vínculo terapéutico, *d)* la auto-referencialidad del paciente, y *e)* las realizaciones terapéuticas. Centrémonos brevemente en el tercer elemento, el del vínculo terapéutico, que como hemos mencionado describiría lo que entendemos como relación y alianza terapéutica.

El vínculo terapéutico es un aspecto de la relación que se forma entre el terapeuta y el paciente en el sentido en que ambos ocupan el lugar que le corresponde, se atienen al contrato terapéutico y se implican en las intervenciones terapéuticas. Dicho vínculo se compone de: *a)* un rol diferenciado para el terapeuta y el paciente, *b)* una resonancia empática que situaría a ambos en la misma “onda”, y *c)* una afirmación mutua, esto es, el desarrollo tanto en el terapeuta como en el paciente de un deseo de cuidar del bienestar del otro (el terapeuta intenta conseguir la mejoría del paciente y el paciente favorece el trabajo del terapeuta y se esfuerza por realizar con éxito el tratamiento).

La relación y alianza terapéutica es fundamental para el proceso y el resultado de la psicoterapia como muestran muchas de las investigaciones (algunas de las cuales describiremos más adelante) que se han encargado de estudiar tal relación.

Si el papel de la alianza es decisivo para la terapia, habrá que plantearse si es precisamente la variable más importante que produce el cambio terapéutico y, si lo es, habrá que preguntarse entonces el por qué de la existencia de multitud de técnicas propuestas desde las diferentes escuelas de psicoterapia convencidas de que son las responsables del cambio terapéutico. Es evidente que la relación terapeuta-cliente es el núcleo central del proceso terapéutico y, como tal, el estudio de tal relación puede otorgar un conocimiento más preciso sobre los mecanismos y procesos responsables del cambio terapéutico. A la segunda cuestión (el por qué del uso de tantas y diferentes técnicas) Strupp (1977) (recogido por Castillo y Poch, 1991) intenta responder a través de la enunciación de dos principios:

- Principio 1: Importancia de la relación interpersonal: Las diversas modalidades de psicoterapia se sustentan (como ya anunciamos en el apartado dedicado a la investigación de procesos) sobre factores no específicos (que nosotros también identificamos como factores comunes) y que serían de índole interpersonal tales como la comprensión, el interés, el respeto, la dedicación, la empatía, así como otras cualidades humanas del terapeuta que fomentan la confianza en el paciente. Todas esas cualidades van a tener un peso importante en el resultado de la psicoterapia y pueden conllevar cambios en la personalidad y la conducta del paciente (cambios terapéuticos).

- Principio 2: Equivalencia de las técnicas terapéuticas: Debido a que distintas técnicas obtienen resultados similares, esto da fundamento al Principio 1. Los resultados terapéuticos así, no pueden utilizarse para validar una serie de asunciones teóricas al respecto del cambio terapéutico.

Como señalan Castillo y Poch (1991), la relevancia de la relación terapéutica ha llevado a que se intente su operacionalización y al desarrollo de un buen número de instrumentos de la alianza terapéutica. Muchos de estos instrumentos han venido de la mano de la terapia centrada-en-el-cliente (como el *Relationship Inventory* de Barret-Lennard, 1986) o de la orientación psicodinámica. De esta forma, son precisamente los



profesionales de estas dos orientaciones las que más se han esforzado por operativizar la relación terapeuta-paciente a fin de evaluar su papel en el proceso de la psicoterapia. En este sentido, Castillo y Poch (1991) consideran que en lo que se refiere a los estudios realizados acerca de la relación terapéutica son concluyentes, ya que esta relación y la alianza terapéutica que puede desarrollarse en su seno son fundamentales para el proceso y el resultado de la psicoterapia.

La siguiente cita muestra claramente la opinión hoy dominante sobre el determinante papel que juega la alianza terapéutica en el proceso terapéutico: «Recientemente, han sucedido dos importantes cambios en la teoría y en la práctica psicoterapéutica: el reconocimiento de que la relación terapéutica es un mecanismo fundamental del cambio, y el énfasis en la perspectiva interpersonal (...). La relación terapéutica ha surgido como un concepto con una gran significación, sobre todo en el contexto del fracaso continuo de los investigadores por encontrar diferencias respecto a la eficacia de las escuelas opuestas de psicoterapia y amparado por el descubrimiento de que los factores terapéuticos, no específicos [comunes], explican una buena proporción de la varianza» (Safran, Muran, Samstag, Inck y Santagelo, 1993, p. 199-200).

#### ***Estudios de proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de la relación terapeuta-paciente***

El estudio de Landfield (1971) es uno de los primeros ejemplos de investigación que aborda la dimensión interactiva de la terapia. Este autor demostró la influencia de la similitud entre el contenido del sistema de constructos del terapeuta y del cliente en el resultado de la terapia, en el sentido en que los pacientes con mayor incongruencia con respecto a su terapeuta tienden a terminar de forma prematura la terapia. Las diferencias en la estructura del sistema de constructos se relacionan con el abandono de la terapia. Tankens (1981) encontró resultados similares que asientan que la compatibilidad entre la estructura y el contenido del sistema de constructos de cliente y terapeuta está conectado con la mejoría terapéutica.

Uno de los estudios más importantes en la investigación de proceso y más concretamente en el ámbito de las terapias psicodinámicas es el de la Fundación Menninger (Kernberg, Burstein, Coyne, Appelbaum, Hurwitz y Voth, 1972). Este

estudio dio importancia a los procesos mentales de los individuos implicados en la terapia, en vez de atenerse a los meros resultados finales, siendo uno de los primeros estudios en abordar de forma clara la investigación de proceso (sin abandonar el tema de los resultados) en contra de lo común en la época que era realizar únicamente investigación de resultado. En el estudio de la Fundación Menninger se estudió a cuarenta y dos pacientes de los cuales la mitad siguieron un psicoanálisis estándar y la otra mitad por una psicoterapia analítica. Se evaluaron a los pacientes antes y después del tratamiento, así como a los dos años de terminar la terapia. Se consideraron tres dimensiones principalmente: *a)* variables del paciente, *b)* variables del tratamiento y del terapeuta, y *c)* variables de la situación. Se aislaron treinta y cuatro indicadores específicos de los cambios clínicos (tolerancia a la ansiedad, fuerza del Yo, nivel de desarrollo psicosexual, etc), y se anunciaron cincuenta predicciones individuales para cada paciente contrastándose finalmente más de dos mil predicciones. En cuanto a las conclusiones más destacadas cabe señalar el hecho de que la alianza terapéutica fue uno de los factores más relevantes para el buen fin del proceso analítico. De los cuarenta y dos pacientes del estudio, dieciocho mostraron cambios notables o moderados, siete mostraron mejorías moderadas, once no mostraron cambios y sólo seis empeoraron. Además de este factor se destacó la importancia del vector denominado “interiorización” (desarrollo de los procesos de maduración, transformación positiva de las relaciones con el medio, etc.). Estos dos factores se consideraron como esenciales para la estabilidad de los cambios personales positivos que aparecieron de forma marcada. Asimismo, las curas de transferencia (consideradas como inestables hasta ese momento) se consideraron adecuadas cuando se daba una correcta alianza de trabajo entre terapeuta y paciente. Según Sánchez-Barranco (1993) investigaciones como estas «(...) dan cuenta del interés que los psicoanalistas han tenido por verificar el valor terapéutico de su intervención, habiendo mostrado sus evidentes efectos positivos, sobre todo cuando se enfocan los cambios psicodinámicos de la estructura personal (procesos psíquicos y no meros resultados finales), resaltándose que ello ha de ser abordado por medio de juicios clínicos, que se califican irremplazables, y no a través de instrumentos cerrados, tal y como es habitual en los estudios experimentales» (Sánchez-Barranco, 1993, p. 334-335).

Es de reseñar el trabajo de Suh, Strupp y O'Malley (1986) que utilizando la *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale*, demostraron la relación entre la implicación del

paciente y el resultado del tratamiento. Estos autores consideraron que la implicación del paciente consta de dos subdimensiones: la participación y la hostilidad. La implicación del paciente funcionaría como un indicador eficaz de la alianza terapéutica.

Greenberg y Pinsof (1986), consideran imponente la correlación entre la alianza de trabajo y el resultado de la terapia. No obstante, estos autores consideran que hay que tener en cuenta ciertos problemas de los instrumentos utilizados a la hora de obtener medidas fiables.

Beutler, Crago y Arizmendi (1986), en la revisión de catorce estudios de la cual ya hemos hablado, mostraron una relación positiva entre alianza terapéutica y éxito del tratamiento (no obstante, para Garfield, 1990, una alianza terapéutica positiva no es suficiente para garantizar el resultado positivo de una psicoterapia).

Otro estudio a destacar es el realizado por Llewelyn, Elliot, Shapiro, Hardy y Firthcozens (1988), llevada a cabo con terapeutas eclécticos (60%), psicodinámicos (15%), conductuales (10%) y rogerianos o de otras orientaciones (15%). Cuarenta díadas de terapeuta-paciente contestaron tras cada sesión de tratamiento a un cuestionario donde tenían que reflejar qué acontecimientos ocurridos durante la sesión creían que ayudaba más y menos al desarrollo positivo de la terapia. Durante el tratamiento, los pacientes valoraron la seguridad y el alivio aportado por el terapeuta, así como los aspectos de resolución de problemas de la psicoterapia. Los terapeutas, sin embargo, valoraban más la importancia del *insight* cognoscitivo y emocional adquirido por los pacientes. No obstante, al final de la terapia tanto pacientes como terapeutas destacaron la relevancia de la relación terapéutica.

También en 1988, el equipo de la Universidad de Pensilvania compuesto por Luborsky, Crist-Cristoph, Metz y Auerbach realizó un estudio en el que se plantearon como hipótesis que la experiencia del paciente en una relación de ayuda era el factor más importante curativo de la psicoterapia psicoanalítica. El concepto de “alianza de ayuda” es definido por estos autores como la experiencia de que la relación con el terapeuta ayuda (real o potencialmente) a conseguir los objetivos del paciente. Esta alianza toma dos modalidades. En la modalidad 1, el paciente percibe que el terapeuta es una persona que le ofrece ayuda y apoyo. La modalidad 2 es la relacionada con la

experiencia conjunta del paciente y el terapeuta que trabajan conjuntamente para superar la problemática del paciente. Ambas modalidades de alianza predijeron significativamente los resultados del tratamiento y, si se consideran en conjunto, su correlación con el resultado fue de 0,58.

Un estudio realizado por Safran, Muran, Samstag, Inck y Santangelo (1993) intentó identificar los procesos a través de los cuales se pueden resolver las rupturas de la alianza terapéutica. Para estos autores, la ruptura de alianza consiste en un deterioro o fluctuación en la calidad del grado de relación, existente entre terapeuta y paciente y varían en intensidad, frecuencia y duración dependiendo de cada pareja concreta de terapeuta y paciente. Es razonable pensar que el fracaso a la hora de resolver acertadamente la ruptura puede llevar a un resultado pobre en la terapia, mientras que una resolución adecuada puede contribuir a una mayor mejora y cambio terapéutico. Así, los autores de este estudio, a fin de aclarar cuáles son tales procesos mediante los cuales las rupturas de la alianza pueden ser resueltas, toman como referente la estrategia de investigación de Rice y Greenberg (1984) sobre el enfoque analítico de tareas.

En un trabajo preliminar, los autores seleccionaron de cara a su observación intensiva una serie de segmentos terapéuticos en los que se habían identificado rupturas. Tales segmentos se seleccionaron de entre las sesiones de psicoterapia realizadas con pacientes con trastornos depresivos o de ansiedad tratados con una perspectiva integrada, cognitiva-interpersonal. Usando cuestionarios post-sesión, se seleccionaron una serie de sesiones en las que los terapeutas y los pacientes habían identificado problemas en la alianza terapéutica. Cuando se escucharon de forma repetida las cintas de audio de dichas sesiones, aparecieron siete aspectos consistentes (considerados como marcadores de proceso): *a)* Expresión abierta de sentimientos negativos: cuando el paciente expresa sentimientos negativos hacia el terapeuta, *b)* Comunicación indirecta de sentimientos negativos u hostilidad: a través del sarcasmo, la conducta no verbal o la conducta pasiva-agresiva, *c)* Desacuerdo sobre las metas o las tareas de la terapia: el paciente cuestiona o rechaza las metas o las tareas de la terapia, *d)* Conformidad: la conformidad del paciente con el terapeuta es también un marcador común de problemas en la alianza terapéutica, *e)* Maniobras de evitación: no respondiendo el paciente a las intervenciones del terapeuta, saltando de un tema a otro, llegando tarde, cancelando la sesión o simplemente no acudir a ella, *f)* Operaciones de aumento de la auto-estima: la

conducta del paciente durante el proceso de ruptura se caracteriza a veces por una comunicación defensiva, autojustificadora o autoexaltante, y g) No respuesta a la intervención: que se caracterizó como el último marcador de ruptura.

Estos siete tipos de marcadores de ruptura pueden quedar resumidos en dos subtipos, a saber: a) Marcadores de confrontación: en los que el paciente expresa de forma directa sentimientos negativos al terapeuta, y b) Marcadores de inhibición: en los que el paciente evita una confrontación directa con el terapeuta, distanciándose de él.

Una vez identificados los marcadores de ruptura, Safran y col. (1993), hipotetizaron cinco principios generales en el proceso de resolver rupturas de la alianza: a) Atender a las rupturas de la alianza: ya que el proceso de resolución no puede comenzar hasta que la ruptura se ha reconocido, b) Reconocimiento de los propios sentimientos: ya que el reconocimiento por parte del terapeuta de sus propios sentimientos es un paso crítico en todo el proceso de resolución de la ruptura, c) Aceptación de la responsabilidad: sería el reconocimiento por parte del terapeuta de su papel en la interacción, intentándose establecer un sentimiento de conexión con el paciente, d) Empatizar con la experiencia del paciente, y e) Mantener la postura de un participante/observador.

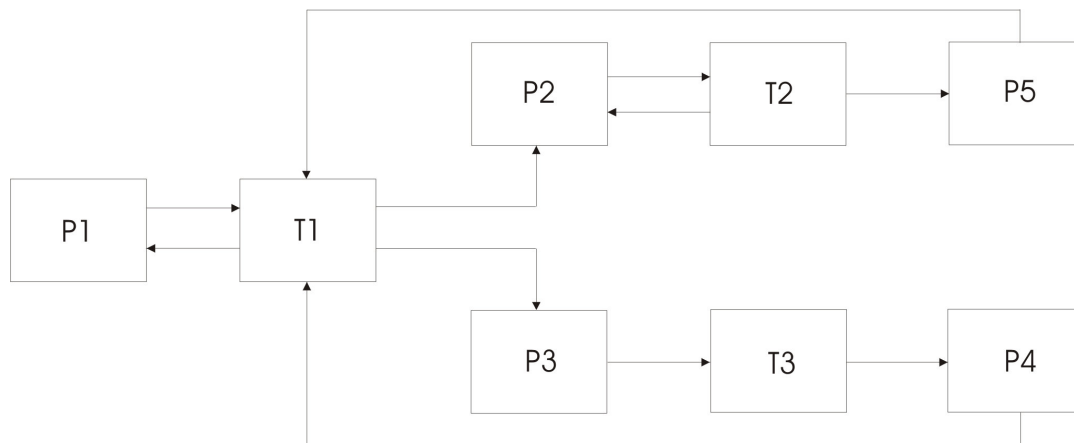
La siguiente fase en la investigación consistió en «ir más allá de la articulación de los marcadores de ruptura y de los principios terapéuticos generales hacia un análisis empírico mucho más detallado de los patrones interaccionales, terapeuta-paciente, a través de los cuales se resuelvan mejor las rupturas de la alianza» (Safrán y col., 1993, p. 207). Los autores se centraron en los marcadores de inhibición (aquellos en los que el paciente intenta evitar una confrontación directa con el terapeuta). Los autores, siguiendo el enfoque de análisis de tareas propuesta por Rice y Greenberg (1984), asumieron que era importante generar un modelo preliminar que pudiera guiar la observación de los procesos de cambio que se fueran dando.

Se utilizaron diferentes medidas de proceso como el Análisis Estructural de la Conducta Social (AECS) de Benjamin (1974), que es un método de codificación que otorga un análisis detallado de la interacción social; la Escala de Experiencia del Paciente (EXP-P), de Klein, Mathieu, Gendlin y Kiesler (1969), que es un modelo que

mide el nivel o calidad de la implicación del paciente en la terapia; la escala de Experiencia del Terapeuta (EXP-T), de Klein, Mathieu-Coughlan y Kiesler (1986), que evalúa el nivel de implicación del terapeuta en la experiencia del paciente; y, la Escala de Calidad Vocal del Cliente (CVC), (Rice y Kerr, 1986; Rice y Wagstaff, 1967) desarrollada desde la óptica de la psicoterapia centrada en el cliente y donde se mide la calidad del habla del paciente.

Con estas medidas descritas, se codificaron una serie de rupturas de la alianza con la intención de discriminar las regularidades en los patrones de cambio que se dan entre los casos clínicos.

De esta forma, se generaron dos modelos de resolución de la ruptura de la alianza, siendo el segundo una versión mejorada y más completa del primero. Partiendo de estos dos modelos, los autores proponen un modelo general de resolución de la ruptura, inferido a partir de todos los análisis secuenciales confirmatorios:



P1 = Marcador de ruptura de la inhibición    P3 = Manifestación del bloqueo  
T1 = Centrarse en la experiencia inmediata    T3 = Investigación del bloqueo  
P2 = Expresión mixta de sentimientos    P4 = Exploración del bloqueo  
T2 = Facilitación de la auto-assertividad    P5 = Auto-assertividad

Figura 1: Estructura general del modelo de resolución de la ruptura (Adaptado de Safran, Muran, Samstag, Inck y Santangelo, 1993)

No obstante, y asumiendo los posibles errores ya comentados que pudieran tener los estudios realizados, los autores reconocen que las investigaciones en esta línea necesitan completarse con muestras mayores, con lo que admiten que sus resultados no dejan de ser preliminares. De hecho, estos autores continúan en la actualidad

investigando en esta línea (Safran, Muran, Samstag, y Stevens, 2002; Samstag, Muran y Safran, 2004), tratando de identificar las rupturas de la alianza terapéutica y los procesos para su resolución, dado que solventar tales rupturas garantiza en gran medida el éxito de la psicoterapia. De todas formas, tales resultados parecen alentadores en el sentido de que son coherentes y comprensibles y apuntan a lo que ya se ha comentado en este trabajo: la relación terapéutica es la esencia de la psicoterapia.

Otro estudio que muestra la gran relevancia de la alianza entre terapeuta y paciente es el realizado por Krupnick, Sotsky, Simmens, Moyer, Elkin, Watkins y Pilkonis (1996). Se examinó la relación entre la alianza terapéutica y el resultado del tratamiento en pacientes externos deprimidos que recibieron psicoterapia interpersonal, terapia de cognitiva-conductual, imipramina con dirección clínica o placebo con dirección clínica. Se grabaron en vídeo las sesiones de terapia en los 225 casos (en un total de 619 sesiones). El resultado fue evaluado teniendo en cuenta la percepción de los pacientes, de los evaluadores clínicos y la sintomatología depresiva. Los resultados de este estudio indicaron que la alianza terapéutica tuvo un efecto significativo sobre el resultado clínico en ambas psicoterapias, así como en la farmacoterapia (tanto activa como placebo). Estos resultados muestran que la alianza terapéutica es un factor común con influencia significativa sobre el resultado del tratamiento.

Para concluir, mencionar que en los últimos años la alianza terapéutica se ha convertido en la variable psicoterapéutica tal vez más analizada por su papel primordial en el proceso terapéutico. Tales estudios la contemplan no sólo en el marco de las terapias tradicionales sino también en modalidades de terapia que, debido a una combinación de factores sociales, políticos y económicos, cada vez están más en boga tal y como es, por ejemplo, la psicoterapia de corta duración (*brief psychotherapy*). En este sentido, tal variable ha sido estudiada minuciosamente por autores como Safran y Muran (1998), llegando a la conclusión de que la alianza terapéutica, como elemento clave del proceso psicoterapéutico, y la resolución de su ruptura, determinarán significativamente la capacidad de dicho proceso para promover el cambio terapéutico en el paciente.

Una vez revisadas las principales investigaciones que se han centrado en el estudio del proceso psicoterapéutico, es interesante atender, como de la misma forma se

hizo en el apartado anterior correspondiente a la investigación del resultado, a algunas cuestiones metodológicas inherentes a tal investigación. El siguiente punto servirá así para abordar los principales aspectos metodológicos de la investigación del proceso psicoterapéutico.

#### **2.5.4.- Aspectos metodológicos**

Según Caro (1993), se dan dos momentos en la evolución de la investigación de procesos:

1.- Una primera fase, en la que la investigación de procesos se encargaba de medir (directa o indirectamente), la conducta del paciente, del terapeuta o de la pareja terapeuta-paciente (Kiesler, 1973). No obstante, aunque ésta es una forma de aclarar la dicotomía proceso-resultado, es en palabras de Caro, “bastante restringida” ya que se excluye el estudio de la conducta fuera de la sesión. No obstante, lo que trajo este tipo de investigación fue el lograr comprender el contexto del cambio terapéutico, teniendo en cuenta la dependencia mutua entre la investigación de proceso y resultado.

2.- En una segunda fase, se le da un estatus más general a la investigación de procesos. En este momento se identifica investigación de procesos como investigación del cambio y se anula así la dicotomía resultado-proceso. La investigación de procesos puede asumir dicha finalidad gracias a: *a)* al perfeccionamiento de nuevos métodos de diagnóstico (se evalúan factores verbales, paralingüísticos, vocales, mímicos, etc.), *b)* a la actitud de la mayoría de los terapeutas que favorece y permite la observación del cambio mediante medios audiovisuales, *c)* a los nuevos procedimientos de entrenamiento de psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales, y *d)* a los intereses sociales y políticos en que de una forma general empiezan a demandar que la psicoterapia demuestre y perfeccione sus niveles de efectividad

Castillo y Poch (1991), siguiendo a Beutler (1990) y Hill (1990), hacen referencia a dos diferentes líneas de trabajo en el ámbito de la investigación de procesos:

1.- *La investigación exploratoria*: se centra en lo que sucede en las sesiones de psicoterapia desde una posición no teórica (lo que permite explicar los datos desde



diferentes planteamientos teóricos), manteniéndose abierto al aprendizaje que pueda obtener de sus observaciones, codificando lo que ocurre o describiendo las experiencias que viven los participantes. Los riesgos de este tipo de investigación pudieran ser, por ejemplo, que se caiga en estudiar aspectos de poco interés clínico simplemente porque son fáciles de medir, así como lo complicado que puede resultar usar la gran cantidad de datos que pueden obtenerse.

2.- *La investigación basada en la teoría:* prueba hipótesis basadas en concepciones teóricas de cómo opera la psicoterapia, lo cual encierra el riesgo de que la teoría limite las posibilidades de la investigación o de que si la teoría es errónea en su formulación inicial pueden desperdiciarse esfuerzos.

De cualquier manera, no es fácil clasificar la investigación existente en esas categorías, además de ser problemático distinguir entre ambas (Mahrer, 1988). Por ello nos centraremos, de forma más pormenorizada, en las diversas tendencias que aparecen en la investigación de procesos, tal y como las describen Greenberg y Pinsof (1986) y recoge Caro (1993), a la hora de abordar este tipo de investigación. Veamos cuáles son:

1.- Una tendencia consistiría en integrar las tradiciones de estudio de los procesos y del resultado, a través intentar establecer las relaciones entre el proceso, o variables de proceso, en la sesión y el cambio que se mide en varios momentos temporales pre-postest-seguimiento. Los investigadores preocupados por el resultado reconocían la necesidad de explicar no sólo qué cambia en la terapia, sino cómo se producía dicho cambio. Por otro lado, los investigadores del proceso se daban cuenta que no servía de nada el encontrar variables procesuales, si éstas no podían ser relacionadas consistentemente, con el resultado de la terapia. Sin embargo, los resultados alcanzados desde esta perspectiva no han sido muy significativos (Orlinsky y Howard, 1978; Stiles, 1988). Los motivos fundamentales se encuentran en una metodología incorrecta (instrumentos, procedimientos de muestreo y métodos estadísticos).

2.- Una segunda tendencia (relacionada con la primera) defiende un nuevo argumento conceptual: “cuanto más pequeño mejor”. El estudio de las relaciones entre proceso-resultado se ha hecho relacionando algún aspecto del proceso en la sesión con

la cantidad de cambio obtenido, pre-postest y con unos diseños de investigación que asumían dos supuestos que han sido criticados por los mismos defensores del estudio de procesos: *a)* el primero de ellos es el que defiende que una variable aislada en una sesión determinada puede estar relacionada, de forma consistente, con el resultado que se obtiene al finalizar un curso terapéutico, digamos, por ejemplo, de 40 sesiones, y *b)* un segundo supuesto (igualmente falso) es el que dice que los promedios de algunas variables son buenas medidas para correlacionar con el resultado.

Como señala Caro (1993), tras estos supuestos se encuentran ciertos mitos no adecuados para el momento en el que se encuentra la psicoterapia. Estos son los denominados *mitos de la homogeneidad (o de la uniformidad)* (Kiesler, 1971, 1973), que simplifican excesivamente aspectos complejos de la situación de terapia, al pensar que todo lo que sucede en ella, desde el funcionamiento de los participantes, hasta la propia estructura es equivalente intra y entre sesiones. Un ejemplo de esta postura lo tenemos en el *mito de la R (resultado final) mayúscula*, que convierte al resultado final, en el definitivo, cuando lo que deberíamos hacer es considerar al resultado como siendo una serie de *rS minúsculas*.

Aunque al final de este trabajo retomaremos de nuevo al problema de la dicotomía proceso-resultado, hay que entender que ésta puede ser anulada si en lugar de hablar de proceso-resultado, proponemos la distinción dentro-fuera de la sesión, que permite conceptualizar como variables de resultado o efectos del tratamiento a las variables intra-sesión analizadas y descritas. De esta manera, una intervención (esto es, un proceso) puede tener como consecuencia varios resultados, ya sean aquellos que se dan intra-sesión (un proceso-resultado), como aquellos que se dan en un plazo mayor, es decir, después de la sesión (una *r* minúscula), hasta aquellos que se dan al finalizar el tratamiento (la *R* mayúscula). Así, «la investigación en psicoterapia se convierte en el análisis de los procesos que se dan fuera de las sesiones de terapia y de los procesos que se dan dentro de éstas, junto no con la interacción entre ambos» (Greenberg y Pinsof, 1986, p. 7)

Apoyando a esta perspectiva encontraríamos la “teoría de los episodios”, o de los “trozos pequeños”, consecuencia del movimiento ambientalista de la década de los 70. Según esta perspectiva, la investigación psicoterapéutica se centra en el estudio de

unidades pequeñas, relevantes teóricamente y analizadas de forma exhaustiva. Como señala Bordin (1974), se rastrean unidades pequeñas de conocimiento que sólo después de un tiempo logran cobrar una mayor significación. Conviene hacer una distinción entre este argumento y la metodología idiográfica del  $N = 1$  (Chassan, 1967). El  $N = 1$  sería un ejemplo de esta actitud de trabajar con unidades pequeñas, pero no olvidemos que el enfoque de “lo más pequeño” se puede estudiar metodológicamente según un método idiográfico, pero también, nomotético (aunque sea más habitual emplear el primero de ellos).

Una muestra de esta tendencia de “cuanto más pequeño mejor” sería la que defiende el estudio de los *acontecimientos significativos* en terapia mediante los métodos del análisis de tareas (Greenberg, 1975; Greenberg y Foerster, 1993; Rice y Greenberg, 1984). Consistiría en aislar acontecimientos significativos en terapia que les permitan obtener una mejor comprensión de los procesos de cambio clínico, en el contexto de unidades clínicamente significativas. Es decir, esta línea de trabajo se centraría en clases de eventos o tipos de episodios terapéuticos en que se manifiestan los cambios producidos en el paciente. El análisis de tareas se convierte así en una estrategia de investigación que aclara los componentes secuenciales o las fases implicadas en la solución de una tarea y se centra en la identificación y el examen de los acontecimientos recurrentes de cambio que se dan en psicoterapia, para lograr ofrecer una mejor comprensión de los procesos de cambio clínico en los contextos de unidades clínicamente significativas. Desde este punto de vista, se cree posible dividir el encuentro terapéutico en una serie de acontecimientos significativos, que representan aspectos de la terapia que son relevantes y eficaces para producir el cambio. De igual manera, supone dividir en segmentos el complejo flujo de comunicación que se establece entre terapeuta y paciente.

Los eventos (o acontecimientos) pueden ser una útil herramienta metodológica siempre y cuando su estudio no esté dissociado del resultado global de la intervención y los eventos analizados no sean tan pequeños que se pierda la significación clínica de lo estudiado.

3.- Según lo anteriormente expuesto, la investigación de procesos se preocuparía del desarrollo de microteorías, específicas para un contexto terapéutico. No se pueden

alcanzar resultados significativos proceso-resultado, si se carece de una teoría clínica, bien elaborada, que especifique qué se debe medir y cuándo, para lo que es necesario que se pueda describir y aislar qué ocurre y el tipo de relación que se establece (en determinados momentos) entre procesos dentro y fuera de la terapia. Las consecuencias prácticas son importantes, al permitir la revisión y reformulación de las teorías clínicas contribuyendo a la mejora de las teorías psicoterapéuticas, con el consiguiente beneficio para los propios terapeutas, los terapeutas que se están formando y, por supuesto, para los que reciben la psicoterapia.

4.- Uno de los conceptos que más se ha estudiado en el área del estudio de procesos (y del que ya hemos hablado), es de la “alianza terapéutica”. Como señalan Caro y Safran (1991) existen varias razones para ello: *a)* el concepto ofrece un marco idóneo para entender y trabajar la relación paciente-terapeuta, *b)* parece ser la variable que mejor integra la dicotomía entre factores específicos-no específicos, *c)* es la variable que ha mostrado correlaciones más consistentes con los resultados a través de diversas medidas y de diversos enfoques, y *d)* se dispone de una amplia variedad de instrumentos de medida, dentro de posturas teóricas concretas como, por ejemplo, psicodinámicas (Alexander y Luborsky, 1986), o desde posturas que podríamos denominar ateóricas y que parten del importante trabajo de Bordin (1979) en este área (Horvarth y Greenberg, 1986).

Para Caro (1993), tales ventajas no deben ocultarnos dos problemas conceptuales y metodológicos respecto de su uso extensivo: *a)* la validez de constructo del concepto no está del todo establecida, puesto que disponemos de tantas escalas y desde tantas perspectivas que es difícil suponer que todas miden y definen el concepto de alianza por igual, y *b)* la mayoría de las escalas de alianza ofrecen una puntuación general junto a puntuaciones en sus respectivas subescalas, lo que nos lleva a preguntarnos cuál de estos índices recoge de forma más conveniente el concepto de alianza terapéutica.

A estas dos problemáticas hay que añadir una tercera y es que si bien es cierto que la alianza terapéutica ha mostrado correlaciones más consistentes con los resultados, la cuestión es determinar la dirección de esa influencia ya que de unos datos correlacionales no pueden extraerse consecuencias causales. El hecho de que la alianza

terapéutica correlacione con el resultado del tratamiento puede indicar que una mejor alianza provoca un mejor resultado o que la obtención de la mejoría hace que la relación terapéutica se torne mejor (Garfield, 1990; Marmar, 1990; Orlinsky y Howard, 1978). Todavía estamos en el camino de aseverar con rotundidad qué aspectos concretos del proceso son productores de buen o mal resultado. No obstante, en opinión de Caro (1993) es posible hacer paralelos el concepto de alianza terapéutica al de un “correcto” proceso terapéutico. El análisis de regresión múltiple parece que puede aportar respuestas interesantes a este respecto (Gaston, Marmar, Gallagher y Thompson, 1989).

5.- Ha aparecido una quinta área, nueva y muy diversa, preocupada por la implicación del paciente en el tratamiento. Esta área, que no está muy desarrollada, es consecuencia de los estudios de alianza terapéutica. Pero, a pesar de su novedad, parece ser, según señalan Greenberg y Pinsof (1986) que está ofreciendo muy buenas correlaciones con el resultado, con independencia del marco teórico en el que se la estudie. No cabe duda de que (como aducimos con anterioridad en las conclusiones referidas a la investigación de resultado) si el paciente participa activamente en el tratamiento, es optimista respecto a sus resultados, es capaz de percibir la relevancia para el proceso de las tareas que se realizan y se le piden, y muestra cierto nivel de responsabilidad, hemos establecido cierta base a partir de la cual podremos predecir un mejor resultado. Lo que ocurre, y todavía tenemos que resolver, es la contribución diferencial de éstas y otras variables.

6.- Castillo y Poch (1991) apuntan a que los avances para luchar contra el *mito de la uniformidad* de los pacientes (el cual viene a asumir que las personas que padecían un determinado trastorno psicológico, constituían un grupo homogéneo) (Kiesler, 1966), han sido hasta el momento escasos. La razón de ello ha sido, según estos autores, la escasa repercusión de la metodología más apropiada para estos estudios, esto es, los diseños ATI. La investigación de la interacción Actitud-Tratamiento (*Aptitude-Treatment-Interaction Research*, ATI) requiere la identificación de las variables del paciente que pueden mediar en la eficacia del tratamiento y, posteriormente, subdividir a un grupo de sujetos en función de una aptitud relevante y asignarlos aleatoriamente a una de las dos condiciones de tratamiento que, como mínimo, son necesarias para este tipo de diseño. Así, combinando el enfoque experimental y las técnicas de regresión (Cronbach y Snow, 1977) puede estudiarse la interacción entre la aptitud y el

tratamiento. La dificultad, no obstante, estaría en la identificación de variables del paciente relevantes para el resultado del tratamiento. Lo que aquí subyace al fin y al cabo, es la necesidad de estudiar qué variables del paciente influyen en el resultado del tratamiento, sobre todo con el objetivo de poder determinar qué tipo de terapia es la más indicada para los pacientes con unas determinadas características.

7.- La mayoría de los estudios de procesos hasta la fecha se han hecho con la participación de observadores, evitando, en la medida de lo posible los auto-informes. Esta tendencia está desapareciendo cada vez más, gracias sobre todo a la mejora, teórica y metodológica, de las medidas de auto-informe, así como a la posibilidad de predecir éxito terapéutico a través de ellas. Esta revalorización no debe conducirnos a un nuevo sesgo. La investigación de procesos intenta adoptar una perspectiva interaccional en la que son válidos, por igual, tanto la opinión del paciente, como la del terapeuta, como la de un observador de la interacción entre los dos primeros.

8.- Una de las tendencias más importantes, desde el punto de vista metodológico, ha surgido respecto al tipo de análisis de datos que se solía realizar y al que se está defendiendo, por el momento. La mayoría de los estudios de procesos se han hecho mediante el análisis de frecuencias, que suele presentar dos problemas: *a)* este recuento de frecuencias no parece ser lo más apropiado, metodológicamente hablando, para poder encontrar las relaciones proceso-resultado, y *b)* la suma de frecuencias recoge pobremente una característica indudable de la psicoterapia, es decir, que los terapeutas no trabajan en un sentido frecuencial, sino que lo hacen mediante actos terapéuticos, que se dan en un contexto específico y con una secuencia determinada. El análisis de secuencias y el análisis de contexto han venido, pues, a sustituir en parte al análisis de frecuencias. Para poder explicar y describir el cambio terapéutico es preciso pasar a estudiar cuándo ocurre un proceso y en relación a qué otras variables, y cómo evoluciona este proceso a lo largo de todo el curso terapéutico.

De esta forma, es fundamental en la investigación de procesos tener en cuenta el contexto y los aspectos cualitativos de las variables con las que se trabaja. Cualquier intervención terapéutica no debe realizarse prescindiendo de tales parámetros contextuales y temporales, siendo necesario un sistema de análisis de datos capaz de

asumir esos parámetros. Las técnicas estadísticas secuenciales pueden resultar de gran utilidad en este empeño (Castillo y Poch, 1991; Marmar, 1990).

Una vez vistas las tendencias empleadas en la investigación de procesos, hemos de compartir con Greenberg y Pinsof (1986), la preocupación y necesidad por desarrollar nuevos métodos de investigación. Es indudable que, con independencia de mejorar nuestros diseños y nuestros planteamientos, esto no se puede hacer si no se disponen de instrumentos adecuados de medida, válidos, y fiables. Aunque buena parte de las investigaciones de proceso ofrecen descripciones elaboradas, los resultados se deben ver apoyados con medidas que perfilen los conceptos a la luz de los cuales se señalan y se eligen las variables a estudiar. Una buena metodología sin buenas medidas no puede dar sus frutos ni a corto, ni a largo plazo.

De esta forma, el estudio de los procesos en psicoterapia supone, fundamentalmente (Caro, 1993), el lograr describir, explicar y predecir los cambios en la terapia, a través de:

- 1.- La búsqueda de los procesos en las interacciones cliente-terapeuta en las sesiones.
- 2.- La búsqueda de las interrelaciones entre los distintos componentes terapéuticos.
- 3.- Luchar contra el mito de la uniformidad (Kiesler, 1966, 1971) que defiende de forma incorrecta que todos los procesos psicológicos en las sesiones, y en los participantes, y a lo largo de las sesiones, son iguales.
- 4.- Diferenciar las ejecuciones de los clientes y los terapeutas en las sesiones haciendo las tareas terapéuticas.
- 5.- Construir microteorías sobre la terapia, pertinentes a niveles teóricos de abstracción elevados, pero que deben de mantener una conexión muy cercana con lo que ocurre en las sesiones de terapia.

Resumiendo, el interés por los procesos terapéuticos puede ser importante tanto para entender el resultado como para la formulación del funcionamiento de la

psicoterapia. En cualquier caso, los compromisos teóricos de cada terapia suelen determinar qué tipo de “variables críticas” son consideradas y de qué forma. La atención, así, puede orientarse al paciente (sus actitudes, implicación, etc.), al terapeuta (su experiencia, el modo de conducir la terapia, lo directivo o permisivo que sea, su cordialidad, etc.) o a la interacción entre ambos. Puede interesarse en los cambios lingüísticos, procesos cognitivos, en la sincronía afecto-emoción-conducta, etc. Todo lo anterior puede centrarse en la sesión clínica o también en el contexto extra terapéutico y ser evaluado a través del paciente, del terapeuta, de observadores y utilizando distintos instrumentos de medidas que van desde escalas, cuestionarios, entrevistas, grabaciones, aparatos psico-fisiológicos y demás. Asimismo, pueden emplearse estrategias combinadas que supondría un uso conjunto de las estrategias mencionadas, otorgando un nivel de complejidad mayor al diseño utilizado.

#### **2.5.5.-Perspectiva de integración**

En base a todo lo expuesto en el presente apartado, nos parece interesante apuntar dos propuestas que se han señalado como vías de actuación prometedoras: la visión integradora y la anulación de la dicotomía proceso-resultado. En el presente apartado nos ocuparemos de la perspectiva integradora, mientras que el siguiente abordaremos la necesidad de superar la dicotomía entre la investigación de procesos y de resultado de la terapia.

En la actualidad existen una multitud de enfoques diferentes de psicoterapia. Esto tiene de positivo el hecho de que tal diversidad aporta riqueza y fuerza al campo de la psicoterapia. Pero tiene como desventaja el que puede dar lugar a muchos enfoques con meritos no visibles, a posturas partidistas y a la competición entre aquellos enfoques que sí han demostrado ser sólidos.

En este sentido y en opinión de muchos autores (Goldfried, 1980; Goldfried y Padawer, 1982; entre otros) la diversidad parece tener más peligros que beneficios. Esto ha hecho pensar a estos autores que la psicoterapia se encuentra en un periodo de crisis. Esta crisis está motivada por los hallazgos ampliamente comentados en este trabajo, al respecto de la comparable efectividad de psicoterapias de distintas orientaciones y métodos, así como por el hecho de que los efectos de las psicoterapias parecen deberse a



los factores comunes que comparten, más que a sus técnicas y procedimientos específicos.

Estas conclusiones sugieren que el camino para solventar tal crisis pasaría no por crear mejores teorías, sino moverse en la dirección inversa, esto es, el camino de la integración de teorías y técnicas. Y esta vía, tal y como señalan Garske y Jay Linn (1988), necesitaría de un acercamiento entre las distintas escuelas y enfoques. La ventaja de este enfoque integrado de la psicoterapia es que «el que surja se fundamentará en fenómenos robustos cuando estos hayan logrado sobrevivir a las distorsiones impuestas por las tendencias cambiantes de los terapeutas» (Goldfried, 1980, p. 996). En este sentido, se apunta que este enfoque integrador podría ser el más efectivo y que el más beneficiosos resultados proveyera.

Esta visión integradora podría estar representada por los terapeutas eclécticos, con una postura a favor de la combinación más pragmática de puntos de vistas y técnicas. Esto supone no una mezcla de técnicas y métodos sino más bien seleccionar el procedimiento que consideren como el más apropiado para un cliente dado, así como minimizar la ortodoxia y las leyes basadas en la teoría. Esto pasa por adaptar la teoría y el enfoque al cliente individual, no el cliente a la teoría (Garfield y Kurtz, 1976).

Siguiendo a Garske y Jay Linn (1988), entre las estrategias de integración más comunes y menos productivas están las siguientes:

1.- *La integración por asimilación*: La táctica general aquí consistiría en modificar y traducir los conceptos y principios de otro enfoque para adaptarlos al propio. Cabe poner como ejemplo de esta estrategia, los intentos realizados en algunas ocasiones por interpretar planteamientos conductuales-cognitivos como variantes y repeticiones de las ideas psicoanalíticas (Dewald, 1981) o, en el camino contrario, sosteniendo que determinadas intervenciones psicoanalíticas eran simples formas mediocres de terapia de conducta (Fay y Lazarus, 1981). Estos tipos de integración son en realidad pseudo-integrativos, pues no hacen superar la rivalidad entre modelos teóricos, sino que más bien supone el engrandecimiento de una teoría a costa de otra. No obstante, actualmente existen autores que defienden la integración asimilativa,

conceptualizando este tipo de integración como una “mini integración teórica” y como “un eclecticismo teórico” (Lampropoulos, 2001). Desde este punto de vista, la integración asimilativa, tal y como la presenta Messer (Lazarus y Messer, 1992), puede ser la mejor propuesta para terapeutas que han sido entrenados en un único modo de terapia antes de convertirse en integracionistas.

2.- *Descubrir diferencias y establecer paralelismos entre las psicoterapias:* Los intentos más comunes en este sentido han sido los de comparar y establecer paralelismos entre las terapias psicoanalítica y conductual (por ejemplo, Birk y Brinkly-Birk, 1974; Marks y Gelder, 1966; Marmor, 1971; Sloane, 1969; Weitzman, 1967). Es ésta una postura diplomática que intenta hacer ver que los terapeutas son más familiares entre sí que extraños, usando lenguajes diferentes para describir el mismo fenómeno terapéutico.

En este sentido, nos encontramos de acuerdo con la noción de Garske y Jay Linn (1988) al respecto de que estos intentos de integración, aunque admirables en su espíritu, pueden ser fácilmente incluidos bajo los análisis de los factores comunes de la psicoterapia.

Dado el fracaso de la ortodoxia teórica y teniendo en cuenta la actual tendencia hacia el eclecticismo, cualquier modelo de psicoterapia que surja en este momento será más integrador que sus predecesores. Ese fue el caso de la terapia cognitiva-conductual, la cual, como señaló Mahoney (1977), es un híbrido ideológico que incorpora cómodamente una variedad de puntos de vista conceptuales y una multitud de técnicas verbales y directivas.

La principal dificultad que tiene una correcta integración de las psicoterapias es el diferente posicionamiento filosófico respecto a la conducta humana y su cambio. Así, psicoanalistas, conductistas y existencialistas no están de acuerdo y probablemente nunca lo estén. Esto hace que se planteen tres vías de acción:

1.- En primer lugar, y siguiendo a Goldfried (1980) y Wolfe y Goldfried (1988) se mantiene que los intentos de integración tendrán una mayor probabilidad de éxito si se emprenden en niveles más bajos de abstracción que el de los constructos teóricos. Se

podría determinar una base común en términos de estrategias o principios clínico del cambio de conducta. Esto podría conseguirse ofreciendo al paciente una retroalimentación sistemática y directa sobre su conducta y crear oportunidades para que experimente conductas nuevas que corrijan las inadaptadas. Estas estrategias se encuentran en un nivel medio de abstracción conceptual ya que están más próximas a la realidad que los principios teóricos trascendentes, tan común en el ámbito de la psicología. Por otra parte, son menos concretas que las técnicas y operaciones específicas, que son muy diferentes entre un enfoque y otro. Así, las estrategias clínicas podrían servir para disolver las discusiones irresolubles de la teoría a la vez que permiten a los terapeutas poner en práctica diferentes técnicas y procedimientos (Goldfried, 1980).

2.- Asimismo, el empleo de un lenguaje sin base teórica para debatir y estudiar fenómenos clínicos es un puente importante entre las distintas escuelas terapéuticas. En este sentido, la integración constructiva sería una meta realista sólo después de un esfuerzo comprensivo de desintegración, mediante el cual se anularan las barreras entre las escuelas, como por ejemplo la carencia de dicho lenguaje común o la falta de interés por las otras orientaciones (Wolfe y Goldfried, 1988). De la misma forma que se usa un lenguaje teórico o una jerga específica entre colegas de una orientación semejante, se hace igualmente necesario el uso de un lenguaje común para la comunicación entre orientaciones, permitiendo un nivel accesible entre colegas de diferentes orientaciones teóricas (Wiser, Goldfried, Raue y Vakoch, 1993).

3.- En tercer lugar, otra vía de actuación consistiría en modificar los propios procedimientos y conceptos teóricos con el fin de dar cabida a otros. Lo que se pretende en este caso es la reducción de la ortodoxia y la inflexibilidad de las orientaciones teóricas. Dicha reducción posibilitaría avances científicos y clínicos de otros paradigmas y escuelas de pensamiento. No obstante, parece que existe una tendencia cada vez mayor a flexibilizar las rigideces teóricas. Póngase el caso del Psicoanálisis que ha replanteado conceptos para dar cabida a la relevancia de eventos ambientales y para prescribir intervenciones directivas de los psicoterapeutas (Bash, 1981; Blanck y Blanck, 1974; Horowitz, 1976; Kohut, 1977). De igual manera, conceptos conductuales se han modificado para conceder importancia a los estados internos y a procesos psicológicos como los sentimientos, la fantasía y los pensamientos, así como para

enfaticar la relación entre el terapeuta y el paciente como componente relevante del proceso terapéutico (Bandura, 1977; Mahoney, 1981; Meichenbaum, 1977). Así, los peligros de una orientación teórica se encuentran en su ortodoxia, no en la teoría por sí misma.

Por otro lado, algunos autores (Arkowitz, 1989; Norcross y Newman, 1992) han diferenciado entre eclecticismo técnico, integración teórica y el enfoque sobre factores comunes (más cercanos al eclecticismo que a la integración). El enfoque sobre factores comunes comienza con estrategias que son destacadas en diferentes enfoques teóricos, el eclecticismo técnico se centra en el uso de los métodos derivados de diversas orientaciones, mientras que la integración teórica se dirige hacia una síntesis conceptual de diferentes tipos de psicoterapia.

Encontramos entonces que, en líneas generales, han existido históricamente dos tendencias: hacia la integración y hacia el eclecticismo. Aunque desde una perspectiva temporal la integración surgió primero (aproximadamente hasta los años 60) y luego sobre los años 70 surgió el eclecticismo, en la actualidad se puede decir que la integración goza de mejor salud (Caro, 1999).

Siguiendo a Norcross y Newman (1992), y profundizando en la conceptualización de estas dos tendencias principales arriba esbozadas, encontramos que la *integración* tiene una orientación teórica, combina dos o más psicoterapias con la esperanza de que el resultado de esta fusión resulte mejor que cada una de las terapias de las que partió. La integración se relaciona con: *a)* lo teórico, *b)* la convergencia (busca comunales), *c)* la combinación entre muchas posibilidades, *d)* la creación de algo nuevo, *e)* la mezcla y *f)* la unificación de las partes, *g)* el ser más teórica que empírica, *h)* el considerar que el resultado es más que la suma de las partes, y *i)* el seguir una orientación idealista. El *eclecticismo* selecciona técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría de la que surgen. Busca mejorar nuestra habilidad para seleccionar el mejor tratamiento para la persona y el problema. Es decir, el eclecticismo se relaciona con: *a)* lo técnico, *b)* la divergencia (diferencias), *c)* la elección entre muchas cosas, *d)* el aplicar lo que ya hay disponible y no hacer un sistema nuevo como es típico de la integración, *e)* el ser una colección de cosas, *f)* el aplicar las partes, *g)* el ser ateórico, aunque empírico, *h)* el ser la suma de las partes, y

finalmente, *i*) el seguir una orientación realista. En resumen, desde el punto de vista de Caro (1999), los autores que defienden una actitud integradora intentan hacer una psicología científica, hacer nuevos y mejores sistemas. Mientras que los que defienden una actitud ecléctica, sobre todo aquellos que defienden el sincretismo en el eclecticismo, están muy cercanos a las críticas postmodernas a la autoridad de la ciencia y de la razón, y se mueven por motivos puramente funcionales.

Con respecto a la integración teórica, no todos los autores consideran que los intentos realizados de tal tipo de integración han supuesto sólo ventajas. Así, Lazarus sostiene que no hay ningún ejemplo en el que la combinación de diferentes teorías haya derivado en una técnica más poderosa, pero sí existen numerosos casos en los que las técnicas provenientes de diferentes disciplinas han enriquecido los recursos del clínico (Lazarus, 1995). Este autor manifiesta que los esfuerzos de integración de las psicoterapias a nivel teórico han dado lugar a una desafortunada proliferación de enfoques que rivalizan entre ellos, semejante a la que ya existía entre las escuelas de psicoterapia no integradoras tradicionales. Messer, por el contrario, considera que este florecimiento de teorías integradoras es inevitable, e incluso deseable, y es consistente con una visión construccionista social de la realidad. Lazarus aboga por el eclecticismo técnico, dirigido más por observaciones que por teorías, como alternativa a la integración teórica. Igualmente, considera útil aprovechar las técnicas validadas en distintos marcos de referencia. Messer replica que las observaciones están necesariamente cargadas de contenido teórico, y que las técnicas importadas de otras escuelas de terapia son asimiladas y modificadas por el nuevo contexto clínico y teórico en que son empleadas, por lo que deberían ser validadas de nuevo (Lazarus y Messer, 1992).

Se ha considerado que el enfoque de los factores comunes, el eclecticismo técnico y la integración teórica son diferentes e incluso incompatibles. En esta línea de diferenciar entre tales tendencias encontramos, por ejemplo, a autores como Lazarus (a favor del eclecticismo) y Messer (a favor del integracionismo), ya citados. También Caro (1999) propone que no se han de confundir entre eclecticismo e integración sino que, por el contrario, deben ser diferenciadas y enmarcadas culturalmente. Sin embargo, como señalan Wiser, Goldfried, Raue y Vakoch (1993), esto no tiene por qué ser así. Si se piensa en tales enfoques como pasos en la integración de las psicoterapias, se puede

tomar sus diferentes intereses como complementarios y no como contradictorios. Un ejemplo de esta línea de actuación la encontramos en Lampropoulos (2001) que ofrece la integración asimilativa antes mencionada como un puente válido entre la integración teórica y el eclecticismo técnico. En la línea conciliadora de Wisner y col. será donde también nosotros nos posicionaremos.

Para finalizar, el obstáculo más destacado para llevar a cabo el trabajo de integración ha sido la actitud defensiva adoptada por diversas escuelas de psicoterapia a lo largo de la historia de la disciplina. Sin embargo, como se ha comentado, en los últimos tiempos, el límite entre las escuelas se ha hecho más permeable y el foco mucho menos restringido. El alcanzar una mayor apertura y deseos de aprender más allá de la propia orientación, es fundamental para un esfuerzo efectivo de integración. No obstante, en el intento por integrar las psicoterapias no se debe pasar por alto la posibilidad de encontrar diferencias fundamentales a cualquier nivel de análisis entre orientaciones. El progreso no viene de concluir que “todo el mundo está haciendo lo mismo”, sino en señalar los modos en que las orientaciones son semejantes y únicas. A partir del hecho de que el eclecticismo parece ser una forma sana de superar la disonancia, debemos prestarle más atención a los elementos integradores eclécticos en el entrenamiento de los psicoterapeutas. El eclecticismo, en palabras de Vasco (1993), «debe insertarse así en el contexto de una actitud educativa, que lo resalte como una síntesis pragmática de un enfoque clínico, teórico/práctico» (Vasco, 1993, p. 346).

No obstante, a pesar de los grandes esfuerzos de la comunidad psicoterapéutica en las últimas décadas por alcanzar un consenso que permita la adecuada integración de las psicoterapias, seguimos encontrando voces disonantes que se posicionan en contra de tal integración. Es el caso de Pérez Álvarez (1996), que identifica la postura integradora con una especie de “pasteurización” psicoterapéutica. En opinión de este autor, la integración cuenta con una serie de barreras sociales, lingüísticas y epistemológicas (Goldfried, Castonguay y Safran, 1992) infranqueables que en la práctica impiden que sea viable. Para este autor, (y cita a Labrador, 1986) las razones para la integración sugieren más bien la conveniencia de estudiar mejor precisamente los factores específicos, desarrollar modelos específicos y usar con flexibilidad las técnicas ajustándolas a las características del caso como, por lo demás, hace la terapia de conducta (Labrador, 1986 citado en Pérez Álvarez, 1996). Pérez Álvarez, termina

pronosticando que el movimiento integracionista, cuya misión debiera ser la de subsumir o al menos co-ordinar todas las psicoterapias, quedará como un movimiento más entre ellas, de las que se nutre. A nuestro parecer, sin embargo, tales empeños por alcanzar una correcta integración se nos hacen absolutamente necesarios para el adecuado desarrollo del movimiento psicoterapéutico. Desarrollo que creemos conllevará beneficios que en última instancia recaerán, no lo olvidemos, sobre el paciente.

### **2.5.6.- Anulación de la dicotomía proceso-resultado**

Tradicionalmente ha habido un divorcio entre la investigación de resultado y la investigación de procesos y esta pudiera ser una de las razones de que la investigación en psicoterapia haya tenido una limitada repercusión en la práctica clínica (Beutler, 1990).

En los primeros años de la investigación en psicoterapia, la investigación de procesos se centró en los métodos y teorías de los clínicos aplicados, los cuales tenían que juzgar el progreso sobre la base del proceso. Esos clínicos no podían permitirse el lujo de esperar hasta el final del tratamiento para valorar su beneficio, que es por lo que abogaban los investigadores de resultado de orientación académica. Tales clínicos, además, tampoco poseían instrumentos probados para evaluar el cambio terapéutico y de esta forma, se basaban en sus juicios e impresiones para valorar el tratamiento; pero esa forma de actuar fue objeto de sospecha por los investigadores académicos (Beutler, 1990). Todo ello llevó a una separación entre la investigación de procesos y resultado.

No obstante, dicho divorcio ha dado paso a un progresivo acercamiento y dicha convergencia se ha producido desde las dos perspectivas. Así, por una parte, los investigadores de resultado se han dado cuenta de que no es suficiente con afirmar que la psicoterapia funciona, sino que es necesario ahondar en por qué lo hace. De esta forma, plantear una dicotomía proceso-resultado hace olvidar que dicho resultado se alcanza tras y gracias a un proceso terapéutico. Parecería, si no, que el resultado es algo absoluto que surge espontáneamente tras la finalización de un tratamiento. Por otra parte, los investigadores de procesos han asumido que investigar el proceso terapéutico

no tiene sentido si no se vinculan tales aportaciones al resultado producido por la psicoterapia.

Como manifiesta Caro (1993), en psicoterapia lo que realmente debemos valorar es la desaparición del problema con el que en un inicio llegó el paciente a la consulta. Esta valoración puede hacerse desde una perspectiva que intente explicar el proceso de cambio. Para superar la falsa dicotomía resultado-proceso una alternativa consistiría en considerar la relación que se establece entre los cambios en la sesión y fuera de ella (Greenberg, 1983). De esta forma, el entendimiento del proceso de cambio podría conseguirse estudiando en qué medida ha cambiado el problema inicial en un sentido amplio (pre-post), analizando los resultados que se van alcanzando en diversos momentos, esto es, los resultados inmediatos que aparecen intra-sesión, o los resultados que podemos considerar intermedios en la medida en que se van cumpliendo los objetivos del tratamiento, todo ello relacionado con el proceso final. Un estudio amplio del proceso de cambio abarcaría, de esta forma, a los cambios/resultados que se van produciendo en variables relacionadas con ese mismo proceso, junto con el estudio de cómo aparece el resultado final. En este sentido, el análisis de tareas sería un buen ejemplo de este planteamiento (Greenberg, 1984, 1991; Greenberg y Foerster, 1993).

Como se ha comentado anteriormente, con esta metodología se puede estudiar cómo se logran determinados resultados terapéuticos a partir del análisis intensivo de momentos terapéuticamente importantes que son resueltos (o no resueltos) de forma satisfactoria, con el empleo de determinadas técnicas de tratamiento, consiguiendo así desarrollar modelos abiertos sobre el proceso de cambio.

Siguiendo a Caro (1993), mantener la dicotomía resultado-proceso conlleva dos consecuencias inadecuadas:

1.- El contentarse exclusivamente con la búsqueda de cambios pre-test y pos-test medidos a través de diversas pruebas. Los elementos que contribuirían a esta distorsión serían:

- A. Asumir que los cambios procesuales en el paciente no son un resultado.



- B. Equivocarnos al tomar como resultado lo que no es, como por ejemplo, la puntuación de un sujeto en un test.
- C. Distorsionar los cambios significativos en el paciente que se pueden dar en muchos niveles y manifestarse de forma muy diferente.
- D. Confiar en exceso en que las mediadas de cambio pre-post sean adecuadas para detectar estos cambios.

2.- Rechazar erróneamente los cambios intraterapia, considerando que los cambios de proceso durante la sesión no se los puede considerar como un resultado de la propia intervención.

Dado que los estudios experimentales sobre los efectos de los componentes de procesos aislados como, por ejemplo, las interpretaciones del terapeuta o las manifestaciones del cliente, no pueden ser estudiadas en ambientes clínicos, la mayoría de las investigaciones sobre las relaciones proceso-resultado se han hecho con un estudio correlacional (Orlinsky y Howard, 1986; Stiles y Shapiro, 1989). Este enfoque, tal y como lo describe Stiles (1993), consistiría en que si un componente procesual es importante, entonces, se podría esperar que los clientes que reciban, relativamente más de este componente, tendrán, relativamente, mejor resultado, dado que las medidas de proceso y resultado deben estar positivamente correlacionadas. Por ejemplo, si la *interpretación* es importante para reducir la ansiedad, entonces, podríamos esperar que los clientes que reciben más interpretaciones estarán, relativamente, menos ansiosos, mientras que los que reciben menos interpretaciones estarían más ansiosos.

No obstante, las correlaciones de resultados con componentes procesuales aparentemente importantes han sido decepcionantes (Orlinsky y Howard, 1986; Stiles y Shapiro, 1989). Por lo general, no se replican los resultados positivos, mientras que muchos de los principales componentes de las sesiones muestran correlaciones nulas e, incluso, negativas, con los resultados. Si las correlaciones bajas o inconsistentes con resultados significan que la mayoría de esas actividades no sirven para nada, entonces la psicoterapia tal y como normalmente se la practica no es más que una pérdida de tiempo muy cara (Stiles, 1993). Pero afortunadamente los clínicos no se toman muy en serio

dichas correlaciones nulas. Las correlaciones proceso-resultado son muy engañosas ya que ignoran dos características centrales de la interacción terapéutica: el cambio en las *necesidades del cliente* en relación a los componentes del proceso y el *grado de respuesta del terapeuta* a tales necesidades.

Por ejemplo, hay clientes que necesitan un mayor número de preguntas, ser dirigidos en mayor o menor grado, o simplemente son incapaces de manifestarse claramente, de forma que los terapeutas deben repetir sus preguntas muchas veces para obtener la información que necesitan. Por otra parte, los terapeutas suelen hacer más preguntas cuando necesitan más información y ser más directivos cuando el cliente debe hacer más cosas. Todo ello hace que no se pueda concluir que los componentes que tienen correlaciones nulas o negativas con el resultado sean menos importantes que los que ofrecen correlaciones mayores. Esto hace que, según Stiles (1993), no se deba confiar en las correlaciones proceso-resultado ya que pueden ser positivas, negativas o nulas, por razones ajenas a la importancia relativa de los componentes procesuales frente a los resultados. El problema en sí no es el coeficiente de correlación que, al fin y al cabo, es un estadístico descriptivo. El problema surge cuando los investigadores usan correlaciones nulas o negativas para inferir que los componentes son poco importantes o no tienen consecuencias.

Todo ello nos ha de servir para plantearnos la necesidad de otorgar un amplio campo al estudio del proceso terapéutico, potenciando metodologías que nos permitan acceder de una forma clarificadora, y desde diversos niveles, al estudio del cambio terapéutico.

### **2.5.7.- Conclusiones y propuestas**

La psicoterapia en el momento actual ya no está preocupada por justificarse a sí misma, sino por explicarse, y lo está haciendo de muchos modos y maneras. Para ello, se han usado métodos adecuados, aunque mejorables, para entender con mayor profundidad el proceso de cambio terapéutico. El ahondar en la investigación de tales procesos conllevará así beneficios a distintos niveles. No sólo se mejorarán los métodos terapéuticos y, en consecuencia, la calidad asistencial, sino que también se perfeccionarán los métodos de entrenamientos a terapeutas (Caro, 1993).

Pero ¿qué podemos sacar en claro sobre lo que la investigación de procesos ha revelado hasta la fecha? Una vez realizada la presente revisión sobre la investigación de procesos terapéuticos, presentamos a continuación las principales conclusiones y propuestas al respecto.

1.- Una vez resaltada la importancia de los factores comunes como los principales proveedores de efectividad psicoterapéutica, podemos identificar dentro de dichos factores aquellos referidos propiamente al paciente (expectativas de cura, implicación en la terapia, y fe y credibilidad en el terapeuta del paciente), al terapeuta (empatía mostrada, bienestar emocional, directividad y apoyo, percepción de la implicación del paciente, capacidad de influencia, grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo mostrado, y experiencia del terapeuta) y a la relación que se establece entre ellos (alianza terapéutica), siendo esta última y a tenor de lo que parece mostrar la investigación de procesos, la más relevante en el proceso de cambio terapéutico (Beutler, Crago y Arizmandi, 1986; Botella y Feixas, 1994; Caro, 1993; Castillo y Poch, 1991; Feixas y Miró, 1993; Frank, 1982; Garske y Jay Linn, 1988; Greenberg y Pinsof, 1986; Lambert, 1992; Luborsky, Crist-Cristoph, Metz y Auerbach, 1988; Safran, 2002; Safran y Muran, 1998, 2000; Safran, Muran, Samstag, Inck y Santangelo, 1993; Samstag, Muran, y Safran, 2004; Strupp, 1973; entre otros).

2.- Es necesario aún resolver aspectos conceptuales que permitan a los teóricos de diversas perspectivas beneficiarse del trabajo realizado en otras, permitiendo así el entendimiento entre distintos enfoques terapéuticos (Wiser, Goldfried, Raue y Vakoch, 1993).

3.- Es importante otorgar una mayor relevancia al lenguaje como vehículo terapéutico y como medio para el cambio ya que, al fin y al cabo, la mayor parte de la influencia de los psicoterapeutas proviene de lo que dicen y del uso que hacen del lenguaje en la psicoterapia, entendiendo ésta como un proceso de influencia social (Caro, 1993; De Shazer, 1993; McNamee y Gergen, 1992; Stiles, 1993).

4.- Es necesario seguir ahondando y perfeccionando las metodologías a utilizar en el complejo análisis del cambio terapéutico. Estas metodologías deben ser sensibles a

la evolución de estos cambios y experimentalmente fiables (Ávila, 1993; Greenberg y Foerster, 1993; Luborsky y Luborsky, 1993).

5.- Una perspectiva integradora, representada por la postura ecléctica, puede ser la opción que conlleve resultados más beneficiosos, así como un mayor avance en el entendimiento del proceso terapéutico (Garske y Jay Linn, 1988). El camino de la integración de teorías y técnicas solventará la estéril competición entre escuelas, así como la intransigencia de la ortodoxia teórica.

6.- De igual forma, todo intento por resolver la falsa dicotomía resultado-proceso tendrá consecuencias ventajosas: principalmente, la de consolidar el acercamiento entre la investigación de resultados y la de procesos, tradicionalmente separadas y cuyo divorcio dio lugar a que la investigación en psicoterapia tuviera una limitada repercusión en la práctica clínica (Beutler, 1990).

Una vez revisadas las principales conclusiones a las que ha llegado la investigación en psicoterapia, a saber (y sintéticamente): la psicoterapia es efectiva; las principales modalidades de psicoterapias son similarmente efectivas y la razón de dicha similitud de resultados se debe a los factores compartidos entre las distintas psicoterapias más que a los elementos diferenciadores. Lo interesante es plantarnos ahora si estas nociones han modificado el punto de vista tradicional de los terapeutas. Es decir, en qué medida los psicoterapeutas siguen otorgando la mayor responsabilidad del cambio a las técnicas (como variables específicas) o, en consonancia con lo que parece reconocer la investigación en psicoterapia, aceptan la especial relevancia de los factores comunes como los principales responsables de cambio terapéutico en el paciente. Ésta y otras cuestiones relacionadas serán las que abordaremos en la investigación que a continuación planteamos.



## **INVESTIGACIÓN**

---



### **3.- PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO**

#### **3.1.- DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

La presente tesis pretende determinar la responsabilidad atribuida por los psicoterapeutas a las diferentes variables que intervienen en el proceso terapéutico. Debido a que tradicionalmente se atribuyó a la técnica empleada la responsabilidad principal en el proceso de cura (Critelli y Neumann, 1984), es de esperar que los psicoterapeutas aún mantengan ciertas convicciones sobre la especial relevancia de su técnica como factor determinante en la mejora del paciente (Botella y Feixas, 1994). No obstante, y como ha sido expuesto con profundidad en el bloque anterior, debido a que los resultados en la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia han mostrado que parecen ser las variables comunes relacionadas con el paciente (expectativa de cura, fe en el terapeuta, etc.), con el terapeuta (empatía mostrada, capacidad de escucha, etc.) y, en especial, con la interacción terapéutica (alianza terapéutica) las que explicarían un mayor porcentaje del cambio terapéutico (Beutler, Crago y Arizmandi, 1986; Botella y Feixas, 1994; Caro, 1993; Caro y Safran, 1991; Castillo y Poch, 1991; Feixas y Miró, 1993; Frank, 1982; Garske y Jay Linn, 1988; Greenberg y Pinsof, 1986; Kernberg, Burstein, Coyne, Appelbaum, Horwitz y Voth, 1972; Lambert, 1992; Luborsky, Crist-Cristoph, Metz y Auerbach, 1988; Safran, 2002; Safran y Muran, 1998, 2000; Safran, Muran, Samstag, Inck y Santangelo, 1993; Samstag, Muran, y Safran, 2004; Strupp, 1973; entre otros), es interesante comprobar hasta que punto estos resultados han llegado a la comunidad de psicoterapeutas y, aún más importante, hasta qué punto han modificado en éstos la creencia tradicional que otorgaba la responsabilidad principal a la técnica empleada derivada de la orientación teórica.

De manera que en este estudio es preciso analizar el grado de responsabilidad sobre la cura que los psicoterapeutas otorgan a las diferentes variables que intervienen en la psicoterapia, y, asimismo, comprobar si determinadas condiciones del terapeuta pueden incidir en la opinión que muestran al respecto. Nos estamos refiriendo a aspectos tales como la orientación teórica del terapeuta, su experiencia, frecuencia con la que acceden a publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia, así como otras posibles variables demográficas que tal vez puedan hacer que tal atribución se haga de forma diferente en psicoterapeutas diferenciados en cuanto a esas variables.



En definitiva, se trata de esclarecer si los resultados y conclusiones a los que se han llegado desde la investigación de resultados y de procesos terapéuticos en los últimos tiempos, han sido asumidas por los terapeutas objeto de estudio.

### **3.2.- DETERMINACIÓN DE LOS OBJETIVOS PERSEGUIDOS EN EL ESTUDIO**

Consecuentemente, los objetivos generales y específicos del presente estudio son los siguientes:

1.- Conocer el posicionamiento de los psicoterapeutas estudiados respecto a la similitud en cuanto a efectividad de los diferentes modelos psicoterapéuticos.

*1a.-* Conocer si en tal posicionamiento inciden aspectos tales como la experiencia terapéutica, la orientación teórica y el nivel de acceso a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia.

*1b.-* Examinar si tal posicionamiento está relacionado con la elección realizada por los terapeutas entre los factores específicos o comunes como los principales responsables de la efectividad terapéutica.

2.- Conocer a qué tipo de variables (específicas y/o comunes) atribuyen los psicoterapeutas la mayor responsabilidad de la efectividad psicoterapéutica.

*2a.-* Analizar si dicha atribución se vincula con aspectos tales como la experiencia terapéutica, la orientación teórica y el nivel de acceso a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia.

*2b.-* Conocer si en dicha atribución influye el posicionamiento que tengan de los terapeutas respecto a la efectividad similar de los distintos modelos psicoterapéuticos.

3.- Comprobar y examinar la valoración que otorgan los psicoterapeutas a las distintas variables que intervienen en el proceso terapéutico.

4.- Comprobar si las atribuciones, posicionamientos y creencias de los psicoterapeutas acerca de la efectividad psicoterapéutica, así como sobre los factores responsables de la misma, se corresponden con los resultados y conclusiones a las que se han llegado desde la investigación de resultados y procesos psicoterapéuticos.

### **3.3.- ESTABLECIMIENTO DE LAS HIPÓTESIS**

H1.- En contra de las principales conclusiones a las que ha llegado la investigación del proceso terapéutico realizada hasta la fecha, los psicoterapeutas, independientemente de su orientación teórica, atribuirán a las variables específicas, esto es, a las técnicas y enfoque utilizados, la mayor responsabilidad en la explicación del cambio terapéutico. La relevancia y valoración que otorgarán los psicoterapeutas a los factores comunes, esto es, a las variables propias del paciente, del terapeuta y de la relación terapéutica, será menor.

H2.- Los psicoterapeutas opinarán en mayor medida que no todos los modelos psicoterapéuticos son similarmente efectivos.

H3.- Los psicoterapeutas que consideran que los distintos modelos psicoterapéuticos no son similarmente efectivos, otorgarán un grado mayor de eficacia al modelo al cual se adscriben.

H4.- Los terapeutas que consideran a los factores comunes como los mayores responsables de la efectividad del tratamiento, serán los que en mayor medida estarán dispuestos a reconocer la efectividad similar de los diferentes modelos psicoterapéuticos.

H5.- Los terapeutas que consideran a los factores específicos como los mayores responsables de la efectividad terapéutica, se mostrarán en contra de la similitud en cuanto a efectividad de los diferentes modelos psicoterapéuticos.

H6.- Los psicoterapeutas que eligen de forma preferente a los factores comunes como los mayores responsables de la mejora del paciente, considerarán a las variables propias de la relación terapéutica como las variables comunes más relevantes en dicha mejoría.

H7.- Los terapeutas de mayor experiencia elegirán significativamente a los factores comunes sobre los específicos como los más relevante en el cambio

terapéutico. En los terapeutas de menor experiencia no se encontrará tal diferencia significativa.

H8.- Los terapeutas de mayor experiencia se manifestarán significativamente a favor de la similar efectividad de las psicoterapias. En los terapeutas de menor experiencia no se encontrará un posicionamiento significativo respecto a la cuestión de la efectividad similar de las psicoterapias.

H9.- Los terapeutas que acceden habitualmente a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia elegirán significativamente, en concordancia con lo que muestran la mayor parte de tales investigaciones, a los factores comunes como los más relevantes en el proceso terapéutico. En los que acceden de forma ocasional no se hallará tal diferencia significativa.

H10.- Los terapeutas que acceden habitualmente a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia se encontrarán significativamente a favor de la similitud en cuanto a efectividad de los distintos modelos terapéuticos. En los que acceden de forma ocasional no se hallará diferencia significativa.

H11.- Los terapeutas que están a favor de la similitud en cuanto a efectividad de las psicoterapias se decantarán principalmente por los factores comunes y valorarán significativamente más a las diferentes variables comunes que a las variables específicas.

H12.- Los terapeutas que están en contra de la similitud en cuanto a efectividad de las psicoterapias se decantarán principalmente por los factores específicos y valorarán significativamente más a las diferentes variables específicas que a las variables comunes.

H13.- Los terapeutas que están a favor de la efectividad similar de las psicoterapias valorarán de forma significativamente menor a las variables específicas de la psicoterapias que los que se encuentran en contra de la efectividad similar.

H14.- Los terapeutas de orientación ecléctica se posicionarán sobre todo a favor de la efectividad similar de las diferentes psicoterapias y estarán más dispuestos a reconocer tal similitud que los terapeutas del resto de orientaciones.

H15.- Los psicoterapeutas eclécticos se decantarán mayoritariamente por los factores comunes como responsables del cambio terapéutico. Estos psicoterapeutas elegirán a los factores comunes como responsables del cambio en mayor medida que el resto de orientaciones terapéuticas.

H16.- Los terapeutas de orientación ecléctica valorarán significativamente más a las variables comunes que a las variables específicas.

H17.- Los terapeutas de orientación ecléctica valorarán significativamente más a las variables comunes que los terapeutas de otras orientaciones teóricas.

H18.- Los terapeutas de orientación ecléctica valorarán significativamente menos a las variables específicas que los terapeutas de las demás orientaciones teóricas.

### **3.4.- METODOLOGÍA**

La presente investigación se realizará administrando un cuestionario a un conjunto de psicoterapeutas. De esta forma, la fuente primaria de esta investigación es la encuesta que constituye una de las técnicas más apropiadas para obtener datos sobre aspectos objetivos y subjetivos (actitudes, opiniones y creencias) de una población, basándonos en la información escrita que proporciona el encuestado.

La composición del cuestionario abarca una amplia variedad de preguntas, todas ellas codificadas y cerradas, posibilitando al sujeto la elección entre diferentes respuestas que se le proponen. Las preguntas de carácter perceptivo se constituyen a través de escalas tipo Likert, mediante las cuales los sujetos se posicionan ante el grado de aceptación o rechazo del ítem propuesto. El cuestionario pasará por una prueba de validez de contenido a través de un Juicio de Expertos y por una prueba de fiabilidad (Alpha de Cronbach).

Por las características de este estudio (muestra de sujetos no aleatoria, carácter voluntario de los respondientes, etc.), el diseño que se presenta queda encuadrado en la metodología *cuasi-experimental*. Una vez se hayan cumplimentado las encuestas y obtenidos los datos, se someterán éstos a diferentes tipos de análisis estadísticos a objeto de verificar las diferentes hipótesis de nuestro estudio. De esta forma, se obtendrán, en un primer abordaje, las frecuencias y los estadísticos descriptivos básicos, además de realizar pruebas no paramétricas (pruebas de bondad del ajuste como la *chi-cuadrado* para una muestra y la binomial). También se realizarán correlaciones, cruces de contingencia y pruebas de *chi-cuadrado* entre aquellas variables que se estimen oportunas, a fin de confirmar o desconfirmar la existencia de relaciones entre las variables consideradas. A un nivel más profundo, se realizarán análisis de varianzas de un factor (con comparaciones a posteriori y planeadas) realizando, en aquellos casos en los que se pretenda analizar si existen diferencias significativas en la valoración de las variables psicoterapéuticas, contrastes de medias tanto para muestras independientes como relacionadas. De igual forma, se realizará un diseño factorial como forma de aglutinar las variables psicoterapéuticas analizadas en determinados factores. El procesamiento de los datos se efectuará principalmente con el paquete estadístico SPSS 11, bajo licencia de la Universidad de Cádiz.

### **3.4.1.- Diseño del instrumento de recogida de datos**

Para la construcción del cuestionario se realizó previamente una profunda revisión bibliográfica sobre la investigación de resultado y proceso en psicoterapia y que, como ya vimos, fue abordada en la primera parte de este trabajo. Esta extensa revisión tenía por objeto, como paso previo para la confección del cuestionario, obtener la mayor información posible sobre la situación a investigar (en nuestro caso, la percepción y valoración de los psicoterapeutas de las variables relevantes en la cura psicoterapéutica), de tal forma que a la hora de diseñar el instrumento, éste incluyera las preguntas e ítems relevantes a analizar. Dado que el cuestionario estaba compuesto por preguntas cerradas, a través de esta revisión previa se perseguía no obviar elementos importantes que pudieran sesgar o falsear la información obtenida. Como ya se verá en puntos siguientes, además de esta revisión se realizó un estudio exploratorio para asegurar la validez de contenido del cuestionario a través de un *juicio de expertos*.

A la hora de elaborar el cuestionario, se eligió la modalidad de encuesta por correo autoadministrada. Para la elección de esta modalidad se tuvieron en cuenta una serie de aspectos que se muestran en el cuadro 6.

	<b>VENTAJAS</b>	<b>INCONVENIENTES</b>
<b>Encuesta por correo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos costosa que la encuesta personal.</li> <li>• Posibilidad de obtener una tasa de respuesta mayor en las preguntas confidenciales.</li> <li>• Posibilidad de acceder a personas alejadas espacialmente o muy ocupadas.</li> <li>• No existen interferencias ni sesgos del entrevistador.</li> <li>• Mayor flexibilidad en relación a los tiempos y ocupaciones del entrevistado.</li> <li>• Mayor posibilidad para reflexionar las respuestas.</li> <li>• El entrevistado tiene la posibilidad de consultar o verificar antes de responder.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja tasa de respuestas.</li> <li>• Dudosa representatividad de los cuestionarios devueltos.</li> <li>• Imposibilidad de que el entrevistado siga el orden de las respuestas.</li> <li>• Quien responde puede verse influido por las opiniones de otras personas.</li> <li>• El cuestionario ha de ser breve y muy sencillo.</li> <li>• En realidad se desconoce la identidad de la persona que ha contestado el cuestionario.</li> <li>• Es un proceso que necesita bastante tiempo.</li> </ul>

Cuadro 6: Ventajas e inconvenientes de la encuesta por correo (Adaptado de R. Pineault y C. Daveluy, 1990).

Debido principalmente a que la población objeto de estudio estaba compuesta por psicoterapeutas de cuatro provincias andaluzas (las que comprende el directorio de gabinetes de psicología del Colegio de Psicólogos de Andalucía Occidental), se eligió esta modalidad. Hay que tener en cuenta que la encuesta por correo debe ser lo más sencilla, clara y breve posible, para facilitar su lectura y comprensión por parte del encuestado (Rubio y Varas, 1999).

La composición del cuestionario se constituye de 13 preguntas, que incluyen un total de 24 variables (englobando aspectos cualitativos y cuantitativos con criterios de medida en escalas de razón o intervalo). Las preguntas están codificadas y cerradas con listado de respuestas de elección única, posibilitando al sujeto la elección entre

diferentes ítems que se le proponen. Para la construcción del cuestionario se eligió este tipo de preguntas dado su sencillez de codificación, el hecho de que dan agilidad al cuestionario, requieren un menor esfuerzo por parte del encuestado y facilitan la comparación de respuestas.

Asimismo, el cuestionario también incluye preguntas filtro, destinadas a seleccionar una submuestra de población con unas características determinadas, a la que interesa realizar una serie de preguntas.

La encuesta está compuesta por preguntas sobre hechos (en los que no media interpretación subjetiva o valoración de la persona que responde) y preguntas sobre actitudes y opiniones (donde si se recogen valoraciones subjetivas de los sujetos). Estas preguntas de carácter perceptivo se han construido a través de escalas tipo Likert, mediante las cuales los sujetos se posicionan ante el grado de aceptación o rechazo del ítem propuesto. Por último, también se incluyen datos de clasificación compuestos por una serie de preguntas destinadas a recabar información básica sobre los encuestados, principalmente referida a variables sociodemográficas.

En la encuesta se pueden distinguir tres bloques temáticos:

A.- *Características socio-demográficas*: Las variables consideradas son: sexo y edad, nivel de estudios y provincia de ejercicio de la psicoterapia.

B.- *Características propias del terapeutas*: Las variables consideradas son: experiencia como psicoterapeuta, orientación teórica y acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia.

C.- *Valoración de las variables que intervienen en la psicoterapia*: Aquí se incluye la batería de preguntas más relevante de la encuesta. Se profundiza en la valoración que los psicoterapeutas conceden a los diferentes factores y variables que intervienen en la psicoterapia y que pueden tener efecto en el cambio terapéutico. Se incluyen cuestiones acerca de la valoración entre factores comunes y variables específicas de la psicoterapia, percepción de los encuestados acerca de la similitud o no

de las psicoterapias en cuanto a su efectividad, elección de la orientación psicoterapéutica más efectiva según el encuestado, etc.

A la información obtenida mediante la encuesta hay que añadir la que proporciona el Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental a través de su directorio de gabinetes de psicología (de donde se ha extraído la población a analizar en el presente estudio), donde se ofrecen datos sobre la orientación terapéutica de dichos gabinetes, su área de intervención, etc.

### **3.4.1.1.- Validez de contenido**

#### ***3.4.1.1.1.- Introducción***

Puesto que nos interesa conocer, entre otras cosas, qué variables de la psicoterapia son consideradas por los psicoterapeutas como las mayores responsables de la mejora del paciente, es necesario, en primer lugar, delimitar un rango de variables que sea lo más representativo posible de todos aquellos factores que intervienen en la psicoterapia y que tendrán que ser valorados por los psicoterapeutas a través de un determinado instrumento (en nuestro estudio, de un cuestionario).

Hemos comprobado hasta ahora cómo en la psicoterapia intervienen factores específicos y comunes a las psicoterapias. El cuestionario, pues, deberá incluir variables de ambos tipos, con la intención más tarde de constatar posibles diferencias en la valoración que los terapeutas hacen de ambas. En el bloque anterior se mostró una larga lista de variables que durante la historia de la investigación en psicoterapia se han considerado como responsables en mayor o menor medida de la efectividad psicoterapéutica. Ahora bien, debido a la multitud de variables estudiadas como posibles interventoras en la psicoterapia, es nuestra intención incluir en el cuestionario aquellas que con más garantías han sido estudiadas y sobre las que se tienen unos datos más fiables.

Es necesario por ello, a nivel metodológico, obtener evidencias de validez de contenido para el instrumento de medida que hemos utilizado, de modo que se garantice



que las variables seleccionadas conforman una muestra relevante y representativa de todas aquellas que pueden intervenir en el cambio terapéutico del paciente.

#### **3.4.1.1.2.- Metodología**

##### *3.4.1.1.2.1.- Procedimiento general empleado*

Se han seguido los siguientes pasos en el procedimiento empleado en el presente estudio preliminar:

1.- Se realizó, en primer lugar, una amplia revisión bibliográfica de estudios e investigaciones que han tratado de delimitar qué elementos o variables se ponen en juego durante la psicoterapia, así como el valor de las mismas, y que en última instancia pueden explicar el cambio terapéutico del paciente (consúltese el apartado 2.5 de la presente tesis). Este conjunto de estudios (ver anexo A), enmarcados dentro de la investigación de procesos, sirvió para realizar una selección preliminar de aquellas variables que desde dicha investigación se han propuesto como principales responsables de la efectividad psicoterapéutica. Tales variables pueden agruparse, como se ha mencionado, en dos factores: los específicos y los no específicos (o comunes), conformando las dos áreas principales que servirán como referentes de evaluación. Se entiende por específicas aquellas variables no compartidas por las diferentes terapias (por lo general, las técnicas empleadas y la orientación teórica) y que son genuinas de cada modalidad de psicoterapia. De igual modo, se entiende por no específicos o comunes todos aquellos elementos que comparten las distintas psicoterapias de diversas orientaciones teóricas y que conforman, según los resultados obtenidos por la mayoría de estas investigaciones, ingredientes activos que son instrumentales al cambio terapéutico.

2.- En segundo lugar, se procedió a establecer una serie de objetivos a fin de establecer hasta qué punto las variables presentes en la psicoterapia se adecuan a ellos. De esta forma, se podrá establecer la validez de contenido de dichas variables en función de su adecuación o no a dichos objetivos. Dichos objetivos corresponden a los datos aportados por la investigación del proceso de la psicoterapia (véase el apartado 2.5). En concreto fueron los siguientes:

*Objetivo 1:* Con este primer objetivo se trata de averiguar en qué medida los terapeutas consideran que son los factores específicos de las psicoterapias (esto es, aquellos elementos genuinos de cada psicoterapia y que las hacen diferentes unas de otras) los responsables en la mejora de un paciente que pasa por psicoterapia.

*Objetivo 2:* Con este objetivo se trata de averiguar en qué medida los terapeutas encuestados consideran que son los factores comunes de las psicoterapias correspondientes al paciente (esto es, aquellos elementos relacionados con el paciente que aparecen de forma común en todas las psicoterapias y que las hacen similares) los responsables en la mejora de un paciente que pasa por psicoterapia.

*Objetivo 3:* Con este objetivo se trata de averiguar en qué medida los terapeutas encuestados consideran que son los factores comunes de las psicoterapias relacionados con el terapeuta (esto es, aquellos elementos del terapeuta que aparecen de forma común en todas las psicoterapias y que las hacen similares) los responsables en la mejora de un paciente que pasa por psicoterapia.

*Objetivo 4:* Con este objetivo se trata de averiguar en qué medida los terapeutas encuestados consideran que son los factores comunes de las psicoterapias correspondientes a la relación terapeuta-paciente (esto es, aquellos elementos propios de la relación terapéutica que aparecen de forma común en todas las psicoterapias y que las hacen similares, como el establecimiento de una alianza terapéutica entre terapeuta y paciente) los responsables de la mejora de un paciente que pasa por psicoterapia.

3.- En tercer lugar, y siempre con base a los datos aportados por las investigaciones revisadas, se realizó una primera selección exploratoria de variables en función de su relevancia a la hora de explicar la efectividad psicoterapéutica según los diversos estudios. Tales variables se presentaron como ítems que se asignaron a cada uno de los anteriores objetivos. En concreto, para el *Objetivo 1* se seleccionaron los siguientes ítems: “Enfoque terapéutico”, entendiendo como tal la orientación teórica en que se base la psicoterapia y “Técnicas empleadas”, entendiendo por tal el conjunto de procedimientos utilizados en las diferentes psicoterapias. Para el *Objetivo 2* se seleccionaron los siguientes ítems: “Expectativa de cura del paciente”, “Implicación del

paciente en la terapia”, y “Fe y credibilidad en el terapeuta que posea el paciente”. Para el *Objetivo 3* fueron: “Bienestar emocional del terapeuta”, “Empatía que muestre el terapeuta”, “Directividad y apoyo que muestre el terapeuta”, “Percepción que tenga el terapeuta de la implicación del paciente”, “Capacidad del terapeuta de influir en el paciente”, “Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta a su paciente”, “Experiencia del terapeuta”. Por último, para el *Objetivo 4* se seleccionó el ítem “Establecimiento de una alianza terapéutica entre terapeuta y paciente”.

4.- En cuarto lugar, se procedió a la delimitación de una población factible y accesible de expertos a fin de analizar la validez de contenido de las variables-ítems seleccionadas. El procedimiento elegido fue el *juicio de expertos* descrito por Osterlind (1989). Dicho procedimiento consiste en preguntar a una serie de expertos en el dominio que miden los ítems, sobre su grado de adecuación a un criterio u objetivo determinado y previamente establecido. De esta forma, dichas personas expertas establecen juicios acerca del grado en que cada ítem se adecua al objetivo que pretende medir, lo que permite obtener validez de contenido para cada uno de los ítems del instrumento (que, en nuestro caso, supondrá el cuestionario que más adelante se les pasará a la población de psicoterapeutas de nuestro estudio) y por tanto, del propio instrumento de medida globalmente.

5.- A continuación, se remitió un cuestionario al grupo de expertos seleccionados. A dichos expertos se les pidió su colaboración para que valorasen el grado de congruencia en la asignación de los diferentes ítems a los objetivos planteados. La documentación que se remitió al grupo de experto puede consultarse en el anexo B. La escala que se utilizó para evaluar los ítems fue la siguiente:

**A** = Alto grado de congruencia (con una valoración numérica de 1)

**M** = Grado medio de congruencia (con una valoración numérica de 0)

**B** = Bajo grado de congruencia (con una valoración numérica de -1)

Asimismo, los expertos tenían la posibilidad de realizar y registrar algún comentario sobre la congruencia de algún ítem en particular.

6.- A continuación, a partir de las respuestas de los jueces se calculó el índice de congruencia entre el ítem “i” y el objetivo “k” (Hambleton, 1980; Rovinelli y Hambleton, 1977):

$$I_{ik} = \frac{(N-1) \sum_{j=1}^N X_{ijk} + N \sum_{j=1}^n X_{ijk} - \sum_{j=1}^n X_{ijk}}{2(N-1)n}$$

Donde:

- $X_{ijk}$  = Valoración del ítem “i” en el objetivo “k” por el juez “j”.
- N = Número de objetivos que se contemplan en el instrumento.
- n = Número de jueces que valoran el ítem.

7.- Finalmente, se procedió a seleccionar aquellos ítems con mayor puntuación ( $I_{ik} > 0,5$ ) para formar parte del instrumento que más adelante se les pasará a los psicoterapeutas objeto de nuestro estudio. Se ha elegido como criterio un índice de congruencia mayor de 0,5 debido a que indica que más de la mitad de los expertos han valorado el ítem en cuestión con un alto grado de congruencia.

#### 3.4.1.1.2.2.- Muestra

Para la selección preliminar de variables-ítems se tomó como referencia un amplio conjunto de publicaciones de investigación pertenecientes sobre todo a la denominada investigación del proceso de la psicoterapia (ya abordada de manera amplia en el bloque anterior). Tales publicaciones pueden consultarse en el Anexo A.

Se incluyeron así, como muestra de ítems para el juicio de expertos, aquellas variables que de manera prioritaria son propuestas explícitamente por los estudios mencionados, como posibles interventoras de la efectividad psicoterapéutica. En total se seleccionaron 13 variables, a saber: 1) Enfoque terapéutico, 2) Técnicas o procedimientos utilizados, 3) Expectativa de cura del paciente, 4) Implicación del paciente, 5) Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente, 6) Bienestar emocional del terapeuta, 7) Empatía del terapeuta, 8) Directividad/apoyo del terapeuta, 9) Percepción del terapeuta de la implicación del paciente, 10) Capacidad del terapeuta de influir en el

paciente, 11) Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo mostrado por el terapeuta, 12) Experiencia del terapeuta, 13) Establecimiento de alianza terapéutica.

El grupo de jueces estuvo compuesto por expertos en psicoterapia y tratamientos psicológicos, así como en temas relacionados con la psicopatología y técnicas de investigación. Un total de 12 jueces respondieron al cuestionario cuyos resultados se exponen a continuación.

#### **3.4.1.1.3.- Resultados**

Tras la amplia revisión bibliográfica realizada, se encuentra que la mayor parte de las investigaciones sobre el proceso de la psicoterapia distinguen entre dos factores que, en diferente medida, pueden intervenir en el éxito de la psicoterapia:

- Factores específicos de la psicoterapia (correspondiente al Objetivo 1).
- Factores no específicos (comunes) de las psicoterapias.

Encontramos, asimismo, que para los factores comunes se distinguen a su vez tres conjuntos de variables que pueden explicar la efectividad de la psicoterapia, a saber:

- Variables del paciente (correspondiente al Objetivo 2).
- Variables del terapeuta (correspondiente al Objetivo 3).
- Variables de la relación terapéutica (correspondiente al Objetivo 4).

Los resultados del estudio de validez de contenido sobre las variables-ítems seleccionadas se presentan seguidamente por medio de unas tablas para cada uno de los factores (factores específicos, factores comunes). Cada tabla hace referencia a un objetivo en particular. Las tablas se estructuran de la siguiente manera:

A.- La primera columna hace referencia a la denominación del ítem. Los ítems que han obtenido una mayor puntuación en lo referente a su grado de congruencia-idoenidad ( $I_{ik} > 0,5$ ) se muestran en negrita y los que han obtenido una puntuación por debajo de 0,5 lo están en cursiva.

B.- En la segunda columna aparece el valor del ítem en el índice de Osterlind (1989).

C.- En la tercera columna se expresan los comentarios que fueron realizados por los expertos para cada uno de los ítems.

### **Índices de congruencia para el Objetivo 1: Factores específicos**

<b>ÍTEM</b>	<b>I<sub>jk</sub></b>	<b>COMENTARIO DE LOS EXPERTOS</b>
1.- El enfoque terapéutico que se utilice (la orientación teórica en que se base la psicoterapia)	0,75	- Quizá separar la orientación teórica de la técnica puede generar confusión. - Necesidad de precisar que se entiende por enfoque teórico.
<b>2.- Las técnicas o procedimientos utilizados</b>	<b>0,83</b>	—

*Tabla 3: Juicio de expertos: Factores específicos de la psicoterapia*

Como puede observarse, ambos ítems son valorados en alto grado siendo el ítem 2, correspondiente a la variable “Técnicas o procedimientos utilizados” el más altamente valorado por el grupo de jueces. Con relación al ítem 1, los comentarios aluden a la dificultad que puede entrañar el separar tajantemente orientación teórica y técnica terapéutica. No obstante, aunque por lo general la técnica imana de la teoría, en la literatura sobre investigación en psicoterapia continuamente se alude por separado a ambas variables (consúltese el bloque referido a la fundamentación teórica), siendo ésta una distinción descriptiva que en la práctica clínica real se funde y que el terapeuta, por consiguiente, no suele plantearse. De cualquier forma, el índice obtenido en el ítem 1 es bastante satisfactorio.

**Índices de congruencia para el Objetivo 2: Variables comunes propias del paciente**

ÍTEM	I <sub>jk</sub>	COMENTARIO DE LOS EXPERTOS
<b>3.- Las expectativas de cura del paciente</b>	<b>0,916</b>	—
<b>4.- La implicación del paciente en la terapia</b>	<b>0,916</b>	- Mejor decir “Motivación”.
5.- La fe y credibilidad en el terapeuta que tenga el paciente	0,66	- No sé si el termino “fe” es el más adecuado, pues puede ser entendido de diferentes formas.

Tabla 4: Juicio de expertos: Variables comunes propias del paciente

Los tres ítems correspondiente a este segundo objetivo han sido valorados por encima de 0,5, destacando los ítems tres y cuatro que alcanzan un valor muy alto. Parece que para los jueces esos dos ítems se ajustan en gran medida al objetivo 2 y son bastante relevantes para poder delimitar hasta qué punto, sometiendo a valoración esos ítems a una población de psicoterapeutas, es posible determinar el grado en que las expectativas de cura y la implicación del paciente son importantes para aquellos a la hora de explicar el cambio terapéutico.

**Índices de congruencia para el Objetivo 3: Variables comunes propias del terapeuta**

ÍTEM	I <sub>jk</sub>	COMENTARIO DE LOS EXPERTOS
6.- Bienestar emocional del terapeuta	0,16	- No me queda claro a qué se refiere con “bienestar”: ¿se trata de un terapeuta satisfecho con su trabajo? ¿con su vida? ¿con su sueldo y su familia? ¿se refiere a equilibrado? - Me parece más adecuado hablar de “madurez emocional” o “congruencia”. - Considero que el terapeuta debe dejar al margen sus problemas emocionales. - Creo que no está claro el significado del ítem.
7.- Empatía que muestre el terapeuta	0,66	- Me da la impresión que los ítems 7 y 11 poseen algunos elementos en común, por ejemplo: empatía, comprensión y aceptación. - ¿Todo el mundo sabe bien lo que significa empatía? - Aclarar el significado de empatía. - Quizá incluido en el ítem 11.
8.- Directividad/apoyo que muestre el terapeuta	0,75	—
9.- Percepción que tenga el terapeuta de la implicación del paciente	0,58	- ¿Está incluido en la empatía? - No es fácil entender el significado de este ítem tal y como está formulado.
10.- Capacidad del terapeuta de influir en el paciente	0,83	- Yo cambiaría lo “de influir” por “para influir”.
11.- Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta	0,83	- Considero que este ítem debería estar más fraccionado para que resulte más fácil su valoración.
<b>12.- Experiencia del terapeuta</b>	<b>1</b>	—

Tabla 5: Juicio de expertos: Variables comunes propias del terapeuta

Observamos como el ítem 6: “Bienestar emocional del terapeuta” es muy escasamente valorado por el conjunto de jueces, obteniendo un índice de congruencia muy por debajo del umbral establecido para aceptarlo dentro del cuestionario que se les pasará a los psicoterapeutas más adelante. Es por ello por lo que en la construcción del cuestionario no se tendrá en cuenta este ítem, ya que no existe consenso para los jueces



de que esta variable sea lo suficientemente idónea para explicar, en parte, la efectividad de la psicoterapia.

No ocurre lo mismo con los demás ítems ya que, como se puede comprobar superan la puntuación mínima exigida ( $I_{ik} > 0,5$ ), destacando los ítems 10 “Capacidad del terapeuta de influir en el paciente”, 11 “Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta a su paciente” y sobre todo el ítem 12 “Experiencia del terapeuta” que obtiene un consenso pleno ( $I_{ik} = 1$ ), lo que quiere decir que para la totalidad de los expertos es un ítem muy adecuado para comprender el valor de las variables comunes del terapeuta en la efectividad psicoterapéutica.

**Índices de congruencia para el Objetivo 4: Variables comunes propias de la relación terapéutica**

ÍTEM	$I_{jk}$	COMENTARIO DE LOS EXPERTOS
12.- Establecimiento de una alianza terapéutica entre terapeuta y paciente	0,66	- No tengo claro el concepto de alianza terapéutica ¿será lo mismo para todos los encuestados? - Se están desligando diferentes valores que pueden intervenir en el establecimiento de una relación entre ellos.

*Tabla 6: Juicio de expertos: Variables comunes propias da la relación terapéutica*

El ítem referido a la variable “establecimiento de una alianza terapéutica” es en general considerado por los jueces como idóneo, por lo que parece un ítem suficientemente relevante como para incluirse en el cuestionario.

**3.4.1.1.4.- Resumen**

Era nuestra intención garantizar la validez de contenido de las variables que en la literatura sobre investigación psicoterapéutica se han descrito como posibles interventoras en la obtención del cambio terapéutico en el paciente. Ya que nuestra intención es construir un cuestionario en el que a una población de psicoterapeutas se les cuestione acerca de dichas variables, era necesario delimitar, de entre las que propone la literatura, aquellas que en mejor medida puedan servir para explicar el

proceso de cura terapéutica desde el punto de vista de los profesionales de la psicoterapia.

Una vez seleccionadas de la literatura sobre investigación del proceso terapéutico aquellas variables que con mayor énfasis han sido analizadas como posibles responsables de la mejora, el juicio de expertos ha considerado idóneas todas las variables propuestas excepto la referida al “Bienestar emocional del terapeuta” que al no alcanzar el nivel mínimo requerido para su aceptación en el cuestionario ( $I_{ik} > 0,5$ ), no se incluirá en el mismo. En el anexo D puede verse el cuestionario definitivo una vez realizado el juicio de expertos.

Es de destacar que las variables que han sido consideradas por los jueces como las más congruentes con los objetivos propuestos, esto es, las consideradas como más idóneas para poder llegar a comprender su valor en la efectividad de la psicoterapia, son “la experiencia del terapeuta” con un acuerdo pleno de los jueces ( $I_{ik} = 1$ ), “la expectativa de cura del paciente” y “la implicación del paciente” (ambas con un  $I_{ik} = 0,916$ ).

A modo de síntesis, exponemos un cuadro resumen de los ítems-variables propuestos y los índices de congruencia obtenidos para cada uno de ellos (ver cuadro 7).

<b>Factores específicos de la psicoterapia</b>	<b>I<sub>jk</sub></b>
X <sub>11</sub> = Enfoque terapéutico	0,75
X <sub>12</sub> = Técnicas o procedimientos utilizados	0,83
<b>Variables comunes propias del paciente</b>	<b>I<sub>jk</sub></b>
X <sub>21</sub> = Expectativa de cura del paciente	0,916
X <sub>22</sub> = Implicación del paciente	0,916
X <sub>23</sub> = Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	0,66
<b>Variables comunes propias del terapeuta</b>	<b>I<sub>jk</sub></b>
X <sub>31</sub> = Bienestar emocional del terapeuta	0,16 (se elimina)
X <sub>32</sub> = Empatía del terapeuta	0,66
X <sub>33</sub> = Directividad/apoyo del terapeuta	0,75
X <sub>34</sub> = Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	0,58
X <sub>35</sub> = Capacidad del terapeuta de influir en el paciente	0,83
X <sub>36</sub> = Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo	0,83
X <sub>37</sub> = Experiencia del terapeuta	1
<b>Variables comunes propias de la relación terapéutica</b>	<b>I<sub>jk</sub></b>
X <sub>41</sub> = Establecimiento de alianza terapéutica	0,66

Cuadro 7: Juicio de Expertos. Índices de congruencia (sobre 12 expertos)

### 3.4.2.- Descripción de la población objeto de estudio

La población total objeto de nuestro estudio estuvo compuesta por todos aquellos psicoterapeutas inscritos en el directorio de gabinetes de psicología del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental. En este directorio se encuentran todos los gabinetes de psicoterapia inscritos de las provincias de Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla. Dicho directorio actualizado al año 2002 (año en el que se llevó a cabo el estudio) fue tomado de la página web de dicha institución (<http://www.cop.es/delegaci/andocci/aoccidental.htm>).

El directorio incluía una serie de 119 gabinetes con un total de 134 terapeutas. El reparto por provincias fue el siguiente: 20 gabinetes inscritos en la provincia de Cádiz con un total de 20 terapeutas, 7 gabinetes en la de Córdoba con un total de 7 terapeutas, 10 gabinetes en la de Huelva con un total de 11 terapeutas y 82 gabinetes en la de

Sevilla con un total 96 terapeutas. Sevilla es, como puede comprobarse, la provincia que abarca el mayor número de psicoterapeutas en el conjunto de Andalucía Occidental.

El directorio también ofrecía información sobre la orientación terapéutica de los gabinetes, así como el tipo de intervención ofrecida y el periodo de la vida en el que se encontraba especializado. Así, en lo que se refiere a la orientación teórica, las más señaladas eran la cognitivo-conductual, con un total de 42 gabinetes que ofertaban exclusivamente terapias basadas en esta orientación, seguida de la orientación dinámica con un total de 25 gabinetes. En cuanto a la modalidad de intervención, 25 gabinetes ofertaban un tipo de intervención tanto individual, como de parejas, como grupal, seguido por los que ofrecían una intervención exclusivamente individual con un total de 24 gabinetes. Por último, y en lo que se refiere a la etapa de la vida en la que los gabinetes centraban su intervención, 75 gabinetes ofrecían terapias dirigidas tanto a niños, como a adolescentes y adultos, mientras que en segundo lugar se encontraban aquellos gabinetes que intervenían exclusivamente en la etapa adulta, con un total de 18.

El cuestionario fue enviado a la totalidad de los 134 psicoterapeutas inscritos en el directorio, siendo cumplimentado por un total de 69. En apartados posteriores detallaremos el procedimiento de recogida de la información, así como los datos que ofrecieron estos sujetos.

### **3.4.2.1.- Prueba de fiabilidad del cuestionario**

#### **3.4.2.1.1.- Introducción**

Una vez diseñado el cuestionario como método de recogida de información, era necesario establecer la validez de contenido del mismo antes de pasarlo, para su cumplimentación, a los psicoterapeutas de la población objeto de estudio. Éste procedimiento fue llevado a cabo a través de un juicio de expertos tal y como vimos en el apartado anterior. Una vez que dicha validez quedó determinada y se seleccionaron en consecuencia las variables-ítems que en mejor medida podían servir para explicar el proceso de cura desde el punto de vista de los psicoterapeutas, el cuestionario fue pasado a éstos para su cumplimentación. Se hace necesario, en este momento, establecer

la fiabilidad del cuestionario ya que, junto con la validez, es un requisito mínimo de todo buen instrumento de medición.

#### **3.4.2.1.2.- Metodología**

El procedimiento de análisis de fiabilidad engloba un conjunto de estadísticos que permiten valorar las propiedades métricas de un instrumento de medida, en nuestro caso, el cuestionario. Ya que el cuestionario, como cualquier otra escala, está compuesta por un conjunto de elementos (preguntas, ítems, etc.) cada uno de los cuales mide de manera individual la característica que se intenta medir, los estadísticos que ofrece el procedimiento de análisis de fiabilidad asumen que los elementos de la escala se combinan aditivamente y miden la característica deseada en la misma dirección. En resumen, el análisis de fiabilidad se ocupa de la precisión del instrumento, es decir, de los errores incontrolables, inevitables e impredecibles asociados a todo proceso de medida (Pardo y Ruiz, 2002).

Así pues, para que el cuestionario pueda ser considerado con criterios de calidad, debe ir acompañado de una serie de propiedades demostradas que aseguren su capacidad para medir. En este punto nos vamos a centrar en el establecimiento de la fiabilidad del instrumento usado, entendiendo ésta como la capacidad que tal instrumento tenga para medir de forma consistente, precisa y sin error, la característica de lo que se desea medir, que en nuestro caso no es otra cosa que la percepción y valoración que hacen los psicoterapeutas de una serie de elementos presentes, en mayor o menor medida, en la psicoterapia y que pueden explicar el cambio terapéutico.

Para establecer dicha fiabilidad se eligió el procedimiento de consistencia interna de Cronbach (1951), conocido más comúnmente como modelo *alfa*. Este modelo asume que la escala está compuesta por elementos homogéneos que miden la misma característica y que la consistencia interna de la escala puede evaluarse mediante la correlación existente entre todos sus elementos. El coeficiente *alfa* es una estimación del límite inferior de la fiabilidad poblacional y asume que una escala es fiable cuando la variabilidad de las puntuaciones observadas es atribuible a las diferencias existentes entre los sujetos. El coeficiente *alfa* depende del número de elementos de la escala ( $k$ ) y

del coeficiente entre la covarianza promedio de los elementos y su varianza promedio, tal y como se muestra en la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{k \bar{S}_{jj'} / \bar{S}_j^2}{1 + (k-1) \bar{S}_{jj'} / \bar{S}_j^2}$$

Donde:

- $k$  = Número de elementos de la escala.
- $j$  = Elemento cualquiera de la escala ( $j = 1, 2, \dots, k$ ).
- $j'$  = Elemento cualquiera distinto de  $j$ .

Otra fórmula equivalente, cuya utilización en la literatura psicométrica está más generalizada, es aquella en la que el coeficiente *alfa* tiene como numerador el número de ítems de la escala, y como denominador, el producto de dicho número menos 1, multiplicado por el cociente entre la sumatoria de varianzas de los ítems y la varianza de toda la escala, tal y como se muestra en la siguiente fórmula:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left( 1 - \frac{\sum_j S_j^2}{S_x^2} \right)$$

El coeficiente *alfa* de Cronbach varía entre 0 y 1, donde 0 es ausencia total de consistencia, y 1 es consistencia perfecta. En general, se admite que por encima de 0,8 la prueba es fiable. No obstante, debido a que, como se ha mencionado, el coeficiente *alfa* depende del número de ítems, si la escala no tiene un número muy alto de ellos (como ocurre en nuestro caso), se pueden aceptar valores *alfa* de 0,6 y 0,5, como sostienen Carmines y Zeller (1979) y Pedhazur y Schmelkin (1991).

#### 3.4.2.1.2.1.- Procedimiento general empleado y resultados

En nuestro estudio, el procedimiento *alfa* se utilizó para determinar la fiabilidad de los ítems centrales del cuestionario, en concreto, para aquellos que fueron seleccionados en el juicio de expertos, y ante los cuales los psicoterapeutas tenían que hacer una valoración de 1 a 5, donde 1 era “no influye nada en la mejora del paciente” y

5 “influye mucho en la mejora del paciente”. Recordemos que estos ítems eran los siguientes:

1. VAR8 Enfoque terapéutico
2. VAR9 Técnicas o procedimientos utilizados
3. VAR10 Expectativa de cura del paciente
4. VAR11 Implicación del paciente
5. VAR12 Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente
6. VAR13 Empatía del terapeuta
7. VAR14 Directividad/apoyo del terapeuta
8. VAR15 Percepción del terapeuta de la implicación del paciente
9. VAR16 Capacidad del terapeuta de influir en el paciente
10. VAR17 Grado de aceptación, interés y ánimo mostrado por el terapeuta
11. VAR18 Experiencia del terapeuta
12. VAR19 Establecimiento de alianza terapéutica

El procedimiento *alfa* se aplicó a los datos obtenidos en la encuesta para estos ítems por los 69 sujetos que la cumplimentaron. En concreto, el valor del coeficiente *alfa* que se obtuvo para los 12 ítems fue de 0,7270 para un total de 63 casos válidos. Este coeficiente, considerando lo antes expresado por Carmines y Zeller (1979) y Pedhazur y Schmelkin (1991), está indicando una consistencia interna más que satisfactoria para ese número de ítems (lo que correspondería, siguiendo la fórmula de la atenuación de Spearman-Brown, a un valor *alfa*  $\approx$  0,9, para un instrumento con un número de ítems igual a 36). Además, la eliminación de cualquiera de los 12 ítems no hace aumentar sustancialmente al coeficiente de fiabilidad (valor *alfa* total), por lo que no hay necesidad de eliminar ninguno de los 12 ítems con base en su consistencia interna (ver apéndice A-1).

Es por esto por lo que podemos concluir que, con los valores obtenidos, la fiabilidad del instrumento es adecuada y su utilización no conlleva problemas, ya que está indicando una consistencia interna bastante satisfactoria.

### **3.4.3.- Procedimiento de recogida de datos**

Con respecto al procedimiento de recogida de datos, una vez diseñado el cuestionario se remitió, junto con una carta de presentación, a todos los psicoterapeutas que aparecían en el directorio de gabinetes de psicología del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental para su cumplimentación. En esta carta el

investigador se identificaba y exponía la razón de la misiva aludiendo el hecho de estar realizando una tesis doctoral en el Departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Sevilla, para lo cual solicitaba su colaboración. Asimismo, se exponía sucintamente el tema de la tesis y se les instaba a que cumplimentaran el cuestionario.

De esta forma, se utilizó un tipo de cuestionario autoadministrado, ya que es el propio encuestado el encargado de leer y rellenar por sí mismo la encuesta. La modalidad empleada fue, como se ha dicho, la de encuesta por correo. La ventaja de usar esta modalidad es principalmente su economía, así como la posibilidad de evitar el sesgo que pudieran introducir los entrevistadores, tanto a la hora de influir en las respuestas, como en la anotación de las mismas. No obstante, hay que hacer constar que este método no está exento de problemas como es la baja tasa de respuestas que este tipo de encuesta normalmente consigue, siendo la devolución de los cuestionarios, además, un proceso más lento en este caso. También hay que tener en cuenta que estos cuestionarios deben ser lo más sencillos, claros y breves posibles a fin de facilitar la lectura y comprensión de los encuestados. Como se vio en el apartado referido al diseño del instrumento de recogida de datos (apartado 3.4.1.), todas estas circunstancias se tuvieron en cuenta a la hora de construir la encuesta.

El envío del cuestionario se realizó en dos llamamientos (ver anexo C), el primero en el mes de Junio de 2002 y el segundo durante el mes de Septiembre del mismo año. En el primer llamamiento se envió la carta de presentación y el cuestionario (junto con un sobre franqueado para su reenvío) a la totalidad de psicoterapeutas que aparecían en el directorio, correspondiendo, como ya vimos, a un total de 134 psicoterapeutas de las provincias de Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla. A esta primera convocatoria respondieron un total de 56 psicoterapeutas.

El segundo llamamiento estuvo dirigido a aquellos psicoterapeutas que no habían respondido al primero, sumando un total de 78 sujetos. En la carta de presentación de esta segunda convocatoria se les recordaba la importancia para el estudio de contar con su colaboración en la cumplimentación del cuestionario y del interés que del estudio podrían extraer los profesionales de la psicoterapia. A este segundo llamamiento respondieron un total de 13 sujetos. Así, sumando ambas



convocatorias, un total de 69 psicoterapeutas contestaron al cuestionario, lo que corresponde al 51,5% del total de la población objeto de estudio.

Tanto en la primera como en la segunda convocatoria se hizo especial énfasis en el anonimato de las respuestas y, asimismo, se les indicaba que una vez presentada la tesis recibirían un resumen de la misma en atención a su colaboración.

## **4.- DESARROLLO Y RESULTADOS DEL ESTUDIO**

### **4.1.- CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ANALIZADA**

A continuación, veremos las principales características de la población analizada. Asimismo, realizaremos un primer abordaje descriptivo a los datos que se desprenden de las respuestas dadas al cuestionario por parte de los psicoterapeutas encuestados.

Sobre los datos que estos sujetos nos ofrecieron a través del cuestionario, se acometerán diferentes análisis acerca de lo que constituye nuestro principal objeto de estudio, esto es, el examen de las variables presentes en la psicoterapia a las que los terapeutas atribuyen la mayor responsabilidad en la cura del paciente. De igual forma, se intentará cotejar los resultados que al respecto se obtengan con lo que la investigación de proceso sobre la efectividad psicoterapéutica nos ha ofrecido en los últimos tiempos. Para ello, se probará el valor de las hipótesis planteadas.

No obstante, los resultados que en el presente apartado mostraremos, se derivan de un primer abordaje descriptivo de la población analizada, donde además de los estadísticos básicos, se han realizado cruces de contingencia y pruebas de *chi-cuadrado* para determinar posibles relaciones entre las variables cruzadas. En este sentido, cuando se de una relación significativa estadísticamente entre variables, se hará una referencia explícita a dicha situación; si no es así, los resultados derivados de tales cruces sólo deben entenderse como una mera aproximación descriptiva a las respuestas ofrecidas por los sujetos sondeados. En el apéndice B-1 pueden consultarse los principales datos que se desprenden de la encuesta y que se han manejado para el presente apartado, especialmente aquellos que han revelado resultados significativos y/o de interés para el proceso de verificación de las hipótesis. Con todo, tales datos serán analizados de forma más exhaustiva y profunda en el apartado 4.2.

#### ***Sexo, edad, nivel de estudios y provincia en la que ejercen los encuestados.***

De los psicoterapeutas encuestados, 35 fueron hombres y 34 mujeres, repartiéndose ambos sexos casi al 50%. Ahondando más en estos datos, un 44,9% de los psicoterapeutas estudiados tienen entre 25 y 40 años, un 50,7% entre 41 y 55 años y un

2,9% entre 56 y 70 años. En cuanto a la edad media de la población encuestada, ésta es de 41,5 años, con una desviación típica de 6,419.

En lo que se refiere al nivel de estudios, el 52,2% tienen una titulación universitaria de grado superior y el 47,8% de postgrado/doctorado.

El mayor número de psicoterapeutas encuestados ejercen en la provincia de Sevilla, ya que 44 de los 69 psicoterapeutas de la población analizada (el 63,8%) ejercen en esta provincia, seguido por un 20,3 % en Cádiz (14 terapeutas), un 8,7% en Huelva (6 terapeutas) y un 7,2% en Córdoba (5 terapeutas).

Es interesante, con respecto a la provincia en la que ejercen los psicoterapeutas, comparar la distribución de nuestros encuestados con respecto a la distribución original procedente del directorio de gabinetes de psicología del C.O.P. de Andalucía Occidental, a fin de comprobar si tal distribución se mantiene. Recordemos que, como vimos anteriormente, en tal directorio la mayor proporción de psicoterapeutas inscritos también correspondía a Sevilla con un 71,6% (lo que corresponde a 96 de los 134 terapeutas del directorio), seguidos por los terapeutas de Cádiz (14,9%, esto es, 20 terapeutas), los de Huelva (8,2%, es decir, 11 terapeutas) y los de Córdoba (5,2%, lo que corresponde a 7 terapeutas). Una prueba de *chi-cuadrado* nos informa que la distribución de nuestros encuestados se ajusta a la distribución del directorio del que provienen ( $\chi^2 = 2,675$ ,  $p = 0,445$ ), con lo que dicha representatividad queda apoyada.

### ***Experiencia de los encuestados.***

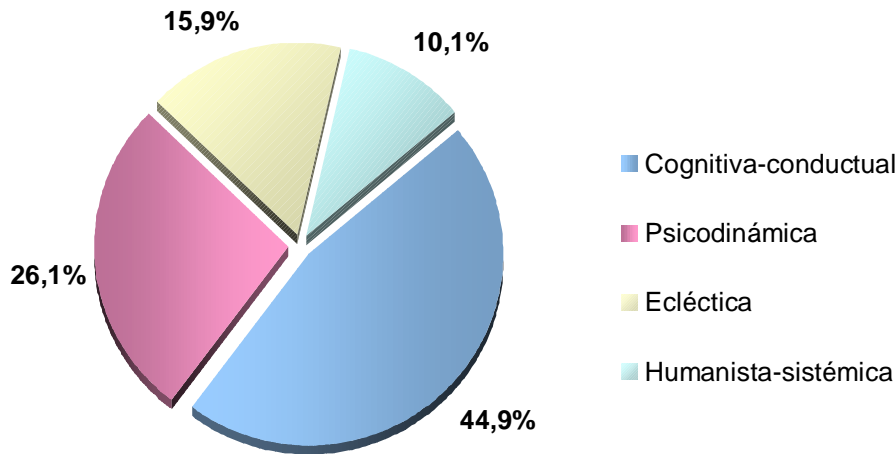
En cuanto a la experiencia que poseen como psicoterapeutas, la mayor parte de los sujetos estudiados dicen tener una experiencia superior a 9 años (el 78,3%), seguidos por los que tienen una experiencia entre 6 y 9 años (el 14,5%), entre 0 y 3 años (el 4,3%) y por último, los que declaran tener una experiencia de entre 3 y 6 años, representado sólo un 2,9% de los encuestados. La prueba de *chi-cuadrado* nos informa que se puede rechazar la hipótesis de bondad de ajuste y concluir que la variable “experiencia terapéutica” no se ajusta a una distribución uniforme ( $\chi^2 = 106,594$ ,  $p = 0,000$ ). Por otro lado, las variables “experiencia” y “edad” correlacionan

significativamente ( $r = 0,56$ ,  $p = 0,000$ ) de tal forma que, como cabe esperar, a mayor edad, más experiencia.

Atendiendo a las frecuencias encontradas en esta variable, tiene sentido recodificarla en dos valores principales: un valor que incluiría una experiencia superior a 9 años y un segundo valor que se referiría a una experiencia de hasta 9 años. Aún después de esta recodificación, una prueba binomial ( $p = 0,000$ ) nos confirma que el porcentaje de psicoterapeutas del primer grupo es significativamente mayor que porcentaje de psicoterapeutas del segundo grupo. De aquí se extrae que, en general, la experiencia de nuestros encuestados es razonablemente alta.

### ***Orientación teórica de los encuestados.***

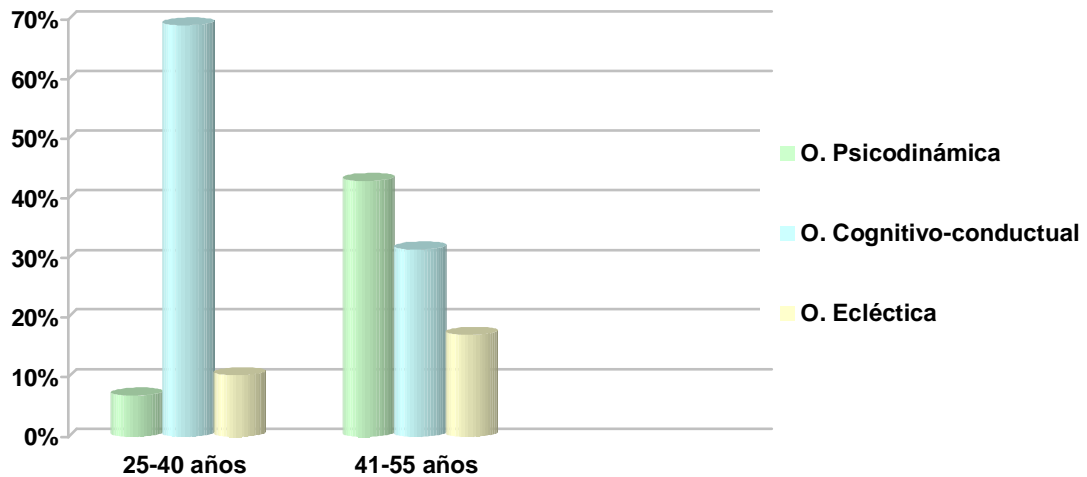
En lo que se refiere a la orientación teórica que tienen como psicoterapeutas, la más señalada es la cognitiva-conductual abarcando un 40,6% del total de la población de psicoterapeutas encuestados, seguidos por los de orientación psicodinámica representando un 26,1%, los de orientación ecléctica con un 15,9%, los de orientación humanista con un 7,2%, los de orientación sistémica y exclusivamente cognitiva representando un mismo porcentaje del 2,9% y por último, los de orientación exclusivamente conductual, representando sólo el 1,4% de los psicoterapeutas estudiados. En adelante, los de orientación “exclusivamente conductual” y “exclusivamente cognitiva” se incluirán en la categoría ya existente “cognitivo-conductual” y los de orientación “sistémica” y “humanista”, dado el bajo porcentaje que representan y debido a que no se alejan en demasía en sus planteamientos teóricos, serán agrupados en la categoría “humanista-sistémica”. Los datos mencionados se representan en el siguiente gráfico:



Gráfica 4: Orientación teórica de la población estudiada.

Encontramos que las frecuencias de las categorías de la variable “orientación teórica” no se ajustan a una distribución uniforme ( $\chi^2 = 19,866$ ,  $p = 0,000$ ), lo que nos viene a decir que el porcentaje de psicoterapeutas en cada una de las diferentes orientaciones teóricas no es similar, encontrándose que el porcentaje más alto corresponde a los terapeutas de orientación cognitiva-conductual.

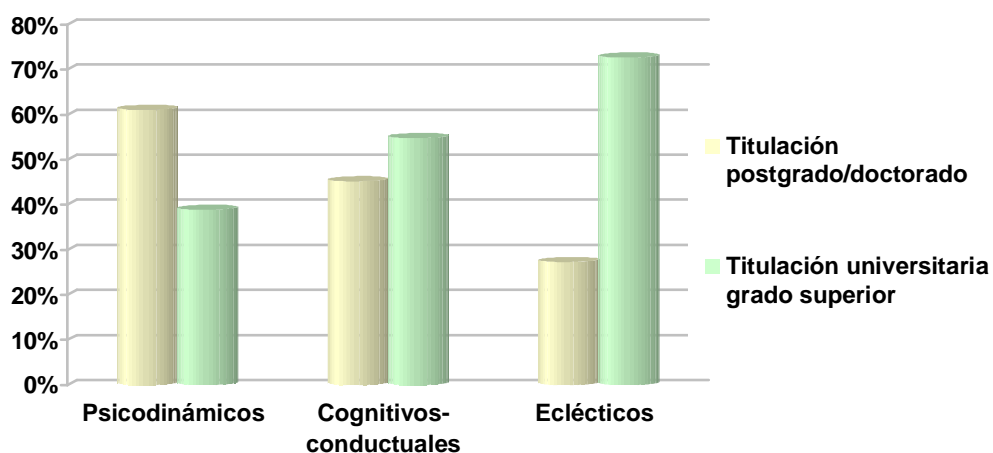
Atendiendo a los datos meramente descriptivos, se observa que los psicoterapeutas más jóvenes, esto es, los que tienen entre 25 y 40 años, manifiestan una orientación cognitiva-conductual en mayor proporción (69%) que los psicoterapeutas de un tramo superior de edad, esto es, los que tienen entre 41 y 55 años (31,4%), en los que el mayor porcentaje corresponde a los que manifiestan una orientación psicodinámica (42,9%). Un análisis más pormenorizado nos informa, sin embargo, que dentro de los terapeutas cognitivos-conductuales el porcentaje de terapeutas de entre 25 y 40 años no es significativamente superior al de terapeutas de entre 41 y 55 años ( $p = 0,15$ ).



Gráfica 5: Orientación teórica según el tramo de edad.

Señalar que de los que manifiestan seguir una orientación ecléctica, el mayor porcentaje corresponde a los que tienen entre 41 y 55 años con un 54,5%.

De los psicoterapeutas de orientación psicodinámica, un 61,1% tiene un nivel de estudios de postgrado/doctorado, por un 38,9% que tiene una titulación de grado superior. En los psicoterapeutas de orientación cognitivo-conductual, los porcentajes se aproximan más en lo que se refiere al nivel de estudios ya que un 54,8% de estos psicoterapeutas tienen una titulación de grado superior, por un 45,2% que tienen una titulación de postgrado/doctorado. A destacar que, de los terapeutas de orientación ecléctica, un 72,7% tiene un nivel de estudios de grado superior, por tan sólo un 27,3% que manifiesta tener un nivel de estudios de postgrado/doctorado.

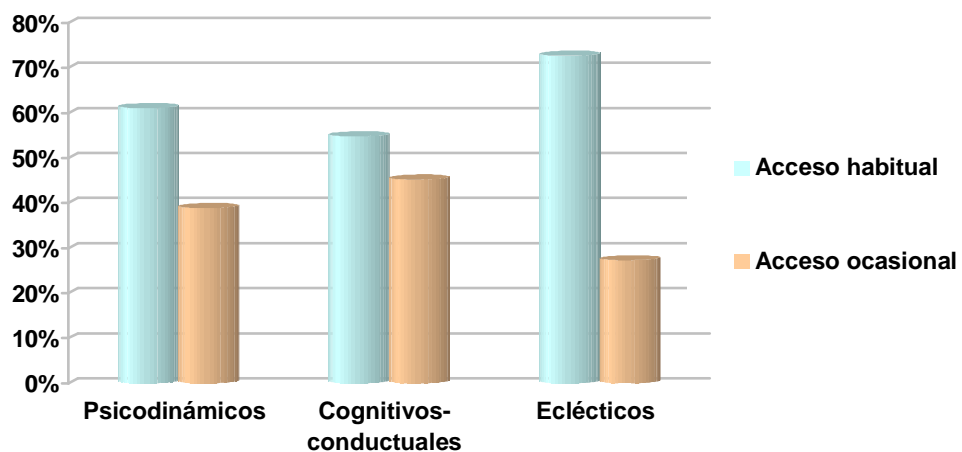


Gráfica 6: Titulación académica según la orientación teórica.

***Nivel de acceso de los encuestados a publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia.***

En cuanto al acceso a publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia, el 60,9% dice consultar este tipo de publicaciones habitualmente por un 39,1% que dice hacerlo de forma ocasional, sin frecuencia fija. Una prueba binomial nos indica que tales proporciones no son significativamente diferentes ( $p = 0,092$ ).

Es interesante comprobar el acceso a las publicaciones especializadas en relación con la orientación teórica. De esta manera, podemos comprobar cómo casi las tres cuartas partes (72,7%) de los psicoterapeutas de orientación ecléctica acceden de forma habitual a las publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia. Este grupo es seguido por los de orientación humanista-sistémica (71,4%), aunque hay que decir que el bajo número de terapeutas de esta orientación hace que siempre que al hablar de este grupo haya que tomar los datos con cierta reserva. En tercer lugar, encontramos a los terapeutas de orientación psicodinámica, puesto que un 61,1% de ellos acceden de forma habitual a las publicaciones especializadas. Por último, son los psicoterapeutas de orientación cognitivo-conductual los que menos acceden de forma habitual a las publicaciones especializadas (54,8%).



*Gráfica 7: Nivel de acceso a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia según la orientación teórica.*

Asimismo, se comprobó si el nivel de acceso a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia pudiera estar relacionado con la experiencia clínica. En

este sentido, las pruebas estadísticas realizadas descartaron tal relación ( $\chi^2 = 3,505$ ,  $p = 0,061$ ).

***Valoración de los encuestados de las diferentes variables que intervienen en la psicoterapia.***

Es interesante comprobar qué valoración otorgan los psicoterapeutas encuestados a las diferentes variables de la psicoterapia que pueden influir en la cura del paciente. De esta manera, podremos saber en qué grado los psicoterapeutas valoran la influencia que cada una de las variables presentadas tiene en el proceso de mejora de un paciente que pasa por psicoterapia. Estos sujetos debían valorar la importancia de cada una de las variables en una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1 era “no influye nada” y 5 “influye mucho”.

Antes de atender a los datos descriptivos que de esta valoración se desprenden, es necesario señalar que las dos primeras variables que debían valorar se encuadran dentro de los considerados factores o variables específicas de la psicoterapia, esto es, genuinas de cada psicoterapia y que las hacen diferentes una de otras. Las diez siguientes (de la 3 a la 12) se consideran factores comunes de la psicoterapia, esto es, variables que en mayor o menor medida aparecen de forma común en toda psicoterapia, independientemente de su orientación teórica de base, y que las asemeja.

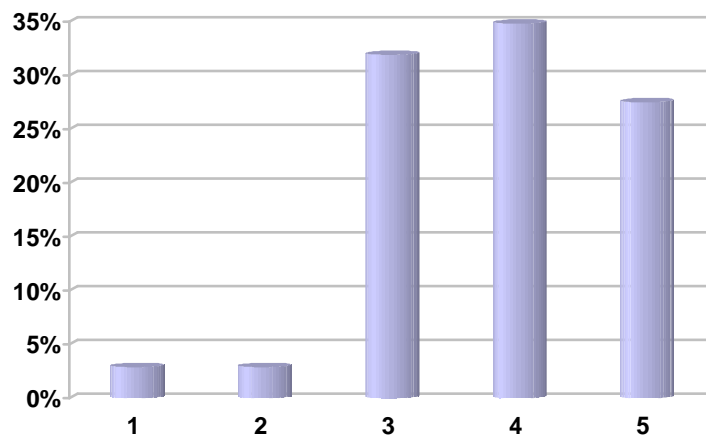
Profundizando en esta categorización (véase el apartado 2.5 dedicado a la “investigación de proceso”), las variables 3, 4 y 5 son consideradas factores comunes propios del paciente, de la 6 a la 11 se consideran factores comunes propios del terapeuta y la última variable es considerada como un factor común propio de la relación terapéutica.

Los datos obtenidos son los siguientes:

1.- *El enfoque terapéutico que se utilice*: Considerada como una variable específica de la psicoterapia. Hace referencia a la orientación teórica en la que se basa la psicoterapia. Observamos que la valoración media (de 1 a 5) que hacen los psicoterapeutas de esta variable, en cuanto a su influencia en el proceso de mejora del

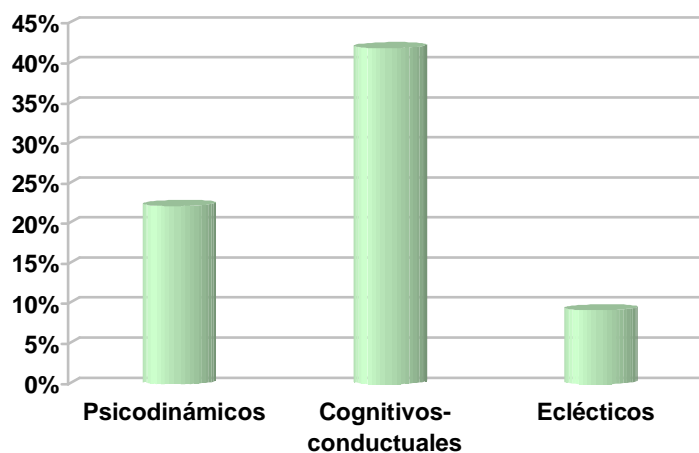


paciente, es de 3,81. Destaca el 34,8% de los psicoterapeutas que valoran con 4 esta variable, conformándose esta puntuación como la moda.



Gráfica 8: Valoración de la variable "Enfoque terapéutico".

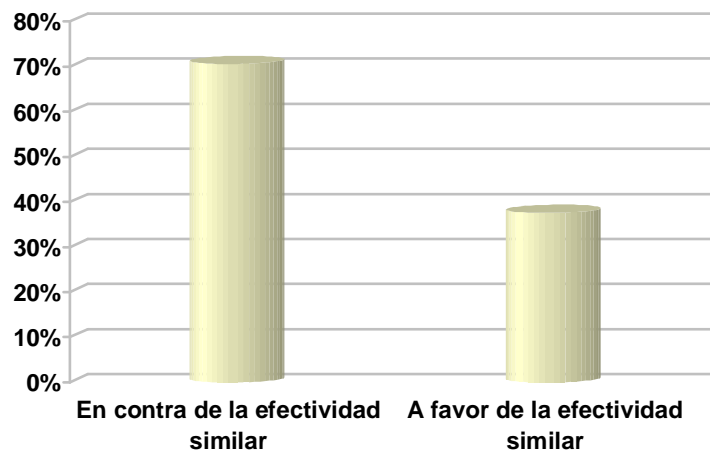
Los que en mayor proporción otorgan la máxima puntuación (5) a esta variable son los de orientación cognitiva-conductual (41,9%), por tan sólo un 22,2% de los psicodinámicos y el 9,1% de los eclécticos.



Gráfica 9: Porcentaje que otorga la máxima puntuación (5) a la variable "Enfoque terapéutico" en cada orientación.

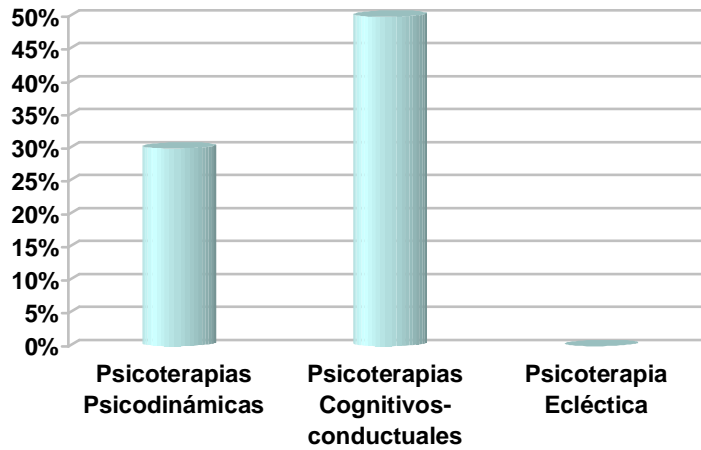
Hay que señalar que el 80% de los psicoterapeutas que se decantan por una mayor importancia de los factores específicos en el proceso psicoterapéutico, valoran con cuatro o más esta variable. Esto contrasta con la valoración que de ella dan los terapeutas que se decantan por los factores comunes, ya que el 51,8% de estos terapeutas ofrecen una valoración igual o superior a cuatro.

A primera vista, los que creen que las distintas modalidades de psicoterapia no son similarmente efectivas parecen conceder una valoración mayor a esta variable que los que se decantan por una efectividad similar de los distintos modelos psicoterapéuticos. Así, un 70,6% de los primeros valoran la variable “enfoque terapéutico” con cuatro o más, por un 37,6% de los segundos que otorgan dicha valoración. No obstante, más adelante realizaremos un contraste de medias para poder extraer alguna conclusión fiable sobre la diferencia observada en cuanto a la valoración de esta variable.



*Gráfica 10: Porcentaje que concede una puntuación de 4 ó más a la variable “Enfoque terapéutico”, según el posicionamiento acerca de la efectividad similar de los distintos modelos terapéuticos.*

Los que en mayor proporción valoran con la máxima puntuación a la variable “enfoque terapéutico” son los psicoterapeutas que consideran a la psicoterapia de corte cognitivo-conductual como la más efectiva, ya que un 50% de estos terapeutas le otorgan tal puntuación (5). Este porcentaje disminuye entre los que se decantan por las terapias psicodinámicas a un 30%. Hay que señalar que ningún terapeuta que se decante por la psicoterapia ecléctica le ofrece la máxima puntuación.



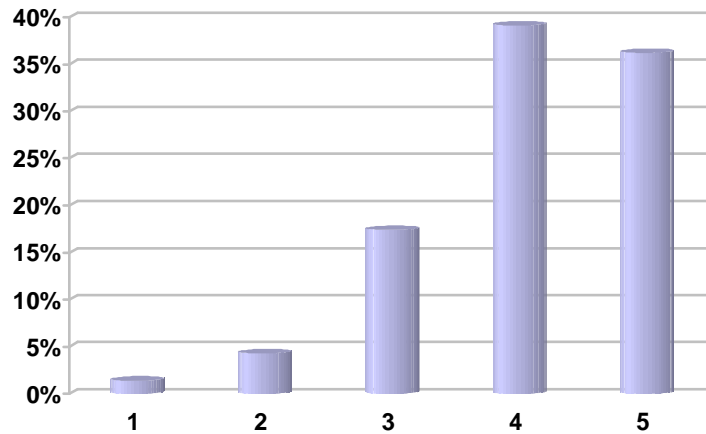
Gráfica 11: Porcentaje que concede la máxima puntuación (5) a la variable “Enfoque terapéutico” según la elección de la orientación terapéutica más efectiva.

Los resultados mencionados quedan resumidos en la siguiente tabla:

Orientación teórica (Máxima valoración, 5)	1º- Cognitiva-conductual (41,9%) 2º- Psicodinámica (22%) 3º- Eclécticos (9,1%)
Posicionamiento sobre los factores responsables de la cura (Valoración igual o superior a 4)	1º- A favor de los Factores específicos (80%) 2º- Ambos por igual (64%) 3º- A favor de los Factores comunes (51,8%)
Posicionamiento sobre la similar efectividad de las psicoterapias (Valoración igual o superior a 4)	1º- En contra de la similar efectividad (70,6%) 2º- A favor de la similar efectividad (37,6%)
Posicionamiento sobre la Psicoterapia más efectiva (Máxima valoración,5)	1º- Cognitiva-conductual (50%) 2º- Psicodinámica (30,8%)
<b>Media</b>	3,81
<b>Desviación típica</b>	0,97
<b>Moda</b>	4

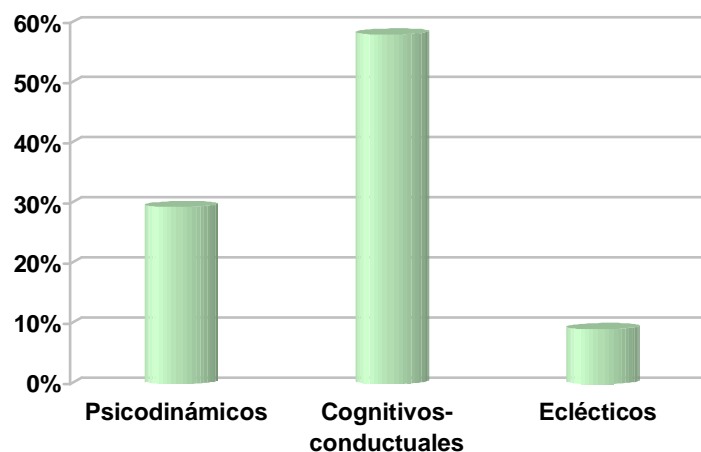
Tabla 7: Valoración de la variable “Enfoque terapéutico” en función de los distintos posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.

2.- *Las técnicas o procedimiento utilizados*: Considerada como una variable específica de la psicoterapia, son las técnicas y procedimientos de intervención propios de cada terapia realizados a partir de la orientación teórica de base. La valoración media que hacen los psicoterapeutas de esta variable es de 4,06. A destacar el 39,1% que valoran esta variable con una puntuación de 4.



Gráfica 12: Valoración de la variable “Técnicas o procedimientos empleados”.

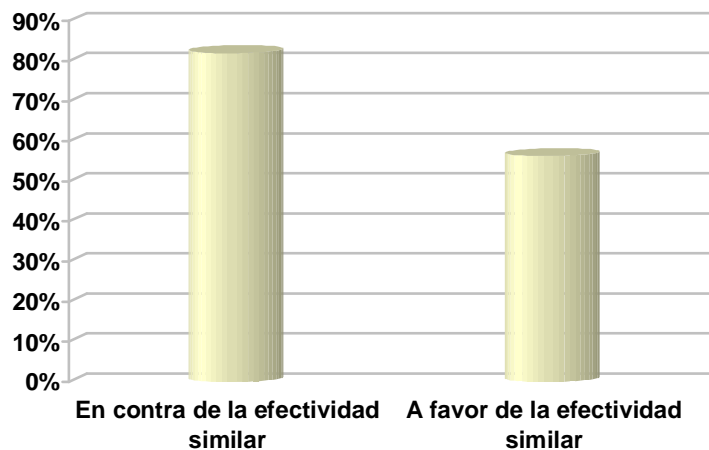
Al igual que en el caso de la variable anterior, los que en mayor proporción conceden la máxima puntuación a esta variable son los terapeutas de orientación cognitiva-conductual (58,1%) y a continuación los psicodinámicos (29,4%). Si tenemos en cuenta el porcentaje de los que han valorado a esta variable con más de un 4, encontramos igualmente que, de los cognitivos-conductuales, más del 90% le otorgan tal puntuación, por poco más del 80% de los psicodinámicos. Así, en las dos variables específicas de la psicoterapia, esto es, el “enfoque terapéutico” y las “técnicas o procedimientos utilizados”, son los terapeutas de corriente cognitiva-conductual los que en mayor porcentaje les conceden las máximas puntuaciones.



Gráfica 13: Porcentaje que otorga la máxima puntuación (5) a la variable “Técnicas o procedimientos empleados” en cada orientación.

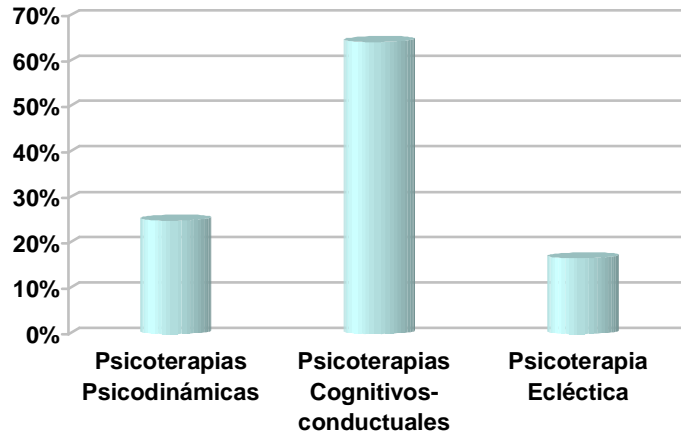
Los terapeutas que creen que las diferentes modalidades de psicoterapia no son similarmente efectivas conceden a las técnicas una puntuación superior a 4 en mayor proporción que los que las consideran similarmente efectivas (82% y 56,3%,

respectivamente). Recordemos que algo parecido ocurría con respecto a la variable anterior, la cual, era también considerada como una variable específica de la psicoterapia. Parece lógico *a priori* que los terapeutas que creen en la diferente efectividad de las psicoterapias, concedan más valor a los elementos específicos de cada una de ellas que a los comunes. No obstante, para asegurar esto es necesario que establezcamos si existen diferencias significativas en la valoración que de estas variables hacen ambos grupos de psicoterapeutas, cosa que abordaremos en el apartado siguiente.



Gráfica 14: Porcentaje que concede una puntuación de 4 ó más a la variable “Técnicas o procedimientos empleados”, según el posicionamiento acerca de la efectividad similar de los distintos modelos terapéuticos.

Como puede verse, los terapeutas que consideran a las terapias cognitivas-conductuales como las más efectivas, valoran con la máxima puntuación a esta variable psicoterapéutica en mayor porcentaje que los que se decantan por las de orientación psicodinámica (un 64,3% entre los primeros, aumentando este porcentaje a un 96,4% si se le añade los que la valoran con 4, por un 25% entre los segundos).



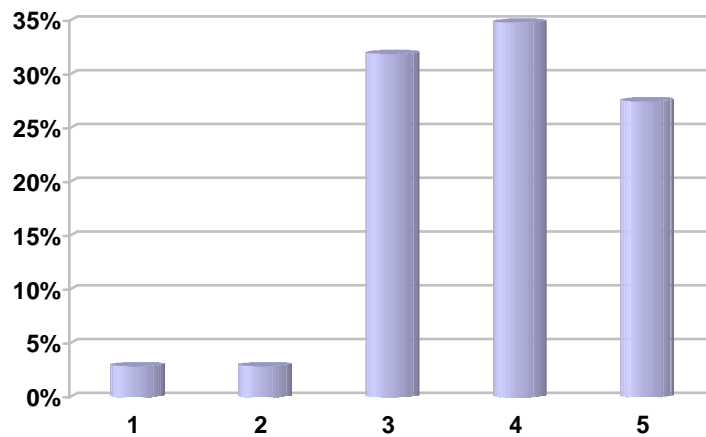
Gráfica 15: Porcentaje que concede la máxima puntuación (5) a la variable “Técnicas o procedimientos empleados” según la elección de la orientación terapéutica más efectiva.

Los datos descriptivos obtenidos respecto a esta segunda variable se resumen en la siguiente tabla:

Orientación teórica (Máxima valoración, 5)	1º- Cognitiva-conductual (58,1%) 2º- Psicodinámica (29,4%) 3º- Eclécticos (9,1%)
Posicionamiento sobre los factores responsables de la cura (Valoración igual o superior a 4)	1º- A favor de los Factores específicos (100%) 2º- Ambos por igual (84%) 3º- A favor de los Factores comunes (55,5%)
Posicionamiento sobre la similar efectividad de las psicoterapias (Valoración igual o superior a 4)	1º- En contra de la similar efectividad (82%) 2º- A favor de la similar efectividad (56,3%)
Posicionamiento sobre la Psicoterapia más efectiva (Máxima valoración, 5)	1º- Cognitiva-conductual (64,3%) 2º- Psicodinámica (25%) 3º- Ecléctica (16,7%)
<b>Media</b>	4,06
<b>Desviación típica</b>	0,92
<b>Moda</b>	4

Tabla 8: Valoración de la variable “Técnicas o procedimientos utilizados” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.

3.- *Las expectativas de cura del paciente:* Variable encuadrada dentro de los factores comunes de la psicoterapia propios del paciente, es entendida como la esperanza que un paciente tiene de alcanzar la cura por el hecho de pasar por una psicoterapia del tipo que corresponda en cada caso. La valoración media que hacen los psicoterapeutas de este factor es de 3,97. Destaca como porcentaje más alto el 36,2% que valoran esta variable con 5.



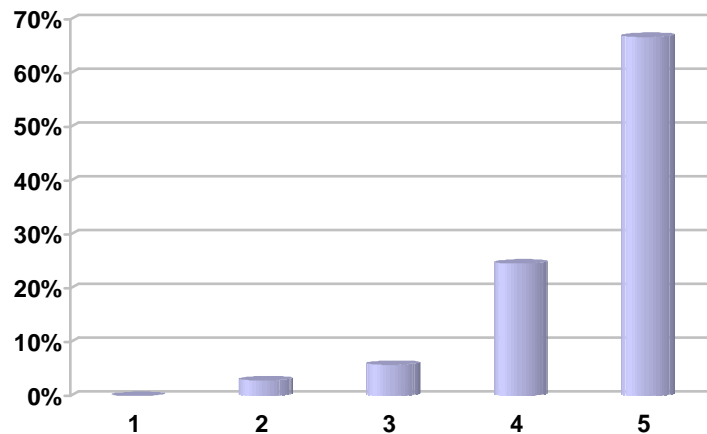
Gráfica 16: Valoración de la variable “Expectativas de cura del paciente”.

Respecto a la valoración de esta variable en relación con la orientación teórica, los datos se reparten de forma bastante regular entre las distintas casillas. Lo mismo ocurre si se cruza con la variable “factor preferentemente responsable de la cura”.

Posicionamiento sobre la similar efectividad de las psicoterapias (Valoración igual o superior a 4)	1º- En contra de la similar efectividad (72%) 2º- A favor de la similar efectividad (56,3%)
Posicionamiento sobre la Psicoterapia más efectiva (Máxima valoración,5)	1º- Cognitiva-conductual (42,9%) 2º- Psicodinámica (41,7%)
<b>Media</b>	3,97
<b>Desviación típica</b>	0,96
<b>Moda</b>	5

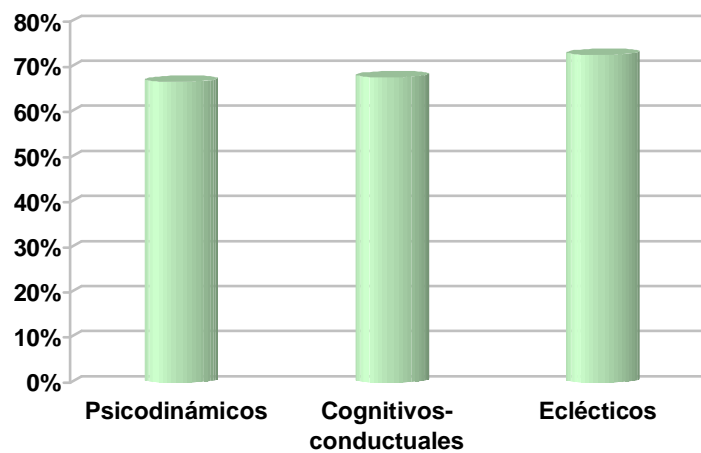
Tabla 9: Valoración de la variable “Expectativas de cura del paciente” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.

4.- *La implicación del paciente en la terapia*: Variable encuadrada dentro de los factores comunes de la psicoterapia propios del paciente, hace referencia a la implicación del paciente durante el proceso psicoterapéutico en pos de su cura. La valoración media que los psicoterapeutas otorgan a esta variable en cuanto a su incidencia en el resultado de la psicoterapia es de 4,55, siendo la variable más valorada. Un 66,7% puntúa esta variable con un valor de 5 (moda).



Gráfica 17: Valoración de la variable "Implicación del paciente en la terapia".

En este caso, los que en mayor proporción otorgan la máxima puntuación a esta variable son los de orientación ecléctica (72,7%). Tanto en los terapeutas de orientación psicodinámica como en los de orientación cognitiva-conductual, el porcentaje que le otorga la máxima puntuación se establece en torno al 67%, como puede verse.



Gráfica 18: Porcentaje que otorga la máxima puntuación (5) a la variable "Implicación del paciente en la terapia" en cada orientación.

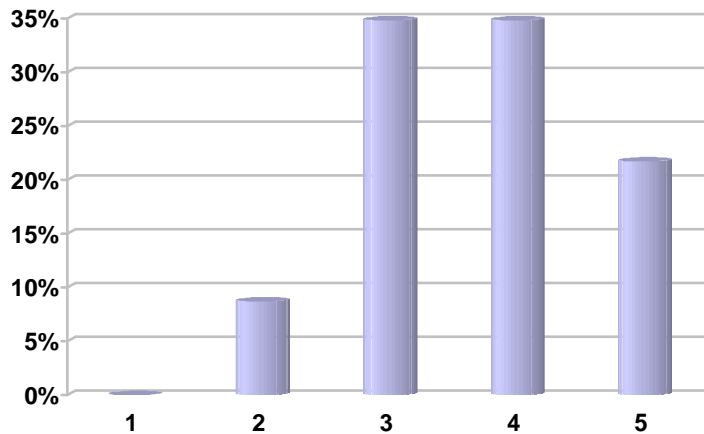
Más resultados respecto a esta variable se resumen en la siguiente tabla:



Orientación teórica (Máxima valoración, 5)	1º- Eclécticos (72,7%) 2º- Cognitiva-conductual (67,7%) 3º- Psicodinámica (66,7%)
Posicionamiento sobre los factores responsables de la cura (Máxima valoración, 5)	1º- A favor de los Factores específicos (73,3%) 2º- Ambos por igual (72%) 3º- A favor de los Factores comunes (55,6%)
Posicionamiento sobre la similar efectividad de las psicoterapias (Valoración igual o superior a 4)	1º- En contra de la similar efectividad (94,2%) 2º- A favor de la similar efectividad (81,3%)
<b>Media</b>	4,55
<b>Desviación típica</b>	0,73
<b>Moda</b>	5

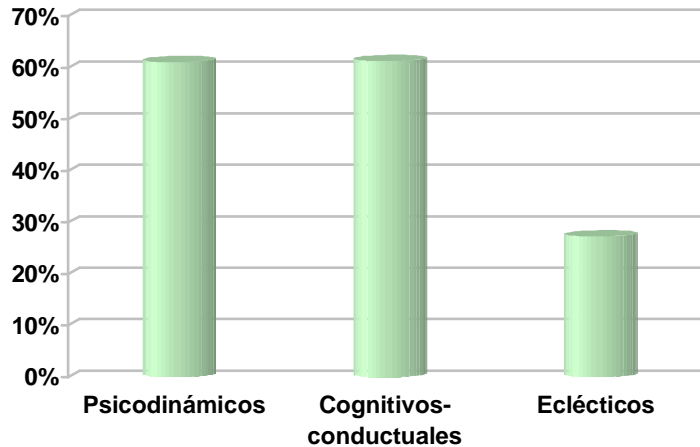
Tabla 10: Valoración de la variable "Implicación del paciente" en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.

5.- *La fe y credibilidad en el terapeuta que posea el paciente*: Variable encuadrada dentro de los factores comunes de la psicoterapia propios del paciente, es entendida como la confianza y el crédito que el paciente otorga al terapeuta como profesional encargado de su mejora y restablecimiento. La valoración media que los encuestados hacen en general de esta variable es de 3,7. Los valores 3 y 4 son los más designados ya que ambas puntuaciones son señaladas por un 34,8% de los psicoterapeutas respectivamente.



Gráfica 19: Valoración de la variable "Fe y credibilidad en el terapeuta que posea el paciente".

Tanto en los terapeutas de orientación psicodinámica como en los de orientación cognitiva-conductual, el porcentaje que le otorga una puntuación de más de 4 se establece alrededor del 61%, como puede observarse.



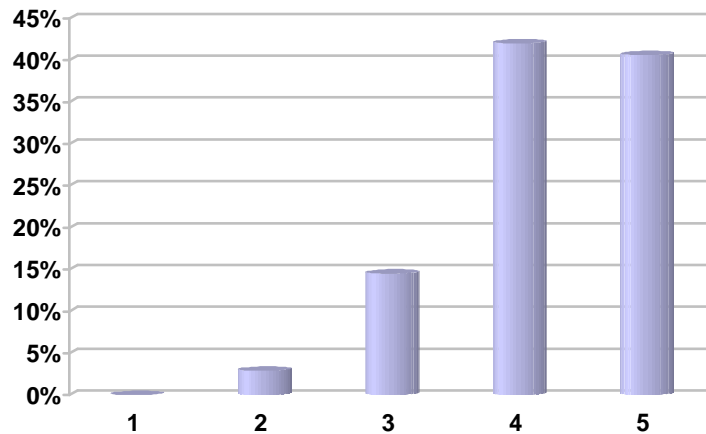
Gráfica 20: Porcentaje que otorga una puntuación de 4 ó más a la variable “Fe y credibilidad en el terapeuta que posee el paciente” en cada orientación.

Otros resultados concernientes a esta variable se exponen a continuación:

Orientación teórica (Valoración igual o superior a 4)	1º- Cognitiva-conductual (61,3%) 2º- Psicodinámica (61,1%) 3º- Eclécticos (27,3%)
Posicionamiento sobre los factores responsables de la cura (Valoración igual o superior a 4)	1º- Ambos por igual (68%) 2º- A favor de los Factores comunes (59,2%) 3º- A favor de los Factores específicos (33,3%)
Posicionamiento sobre la similar efectividad de las psicoterapias (Valoración igual o superior a 4)	1º- En contra de la similar efectividad (57,9%) 2º- A favor de la similar efectividad (50%)
<b>Media</b>	3,7
<b>Desviación típica</b>	0,91
<b>Moda</b>	3 y 4

Tabla 11: Valoración de la variable “Fe y credibilidad en el terapeuta” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.

6.- *La empatía que muestre el terapeuta*: Variable encuadrada dentro de los factores comunes de la psicoterapia propios del terapeuta. Hace referencia a la comprensión empática (entendiéndola como un tipo de comprensión más profunda que la mera comprensión cognitiva y que conlleva cierto nivel de identificación con el otro) que muestre el terapeuta a su paciente durante el proceso terapéutico. La valoración media de esta variable alcanza un 4,2. Destaca el 42% que valora esta variable con un 4.



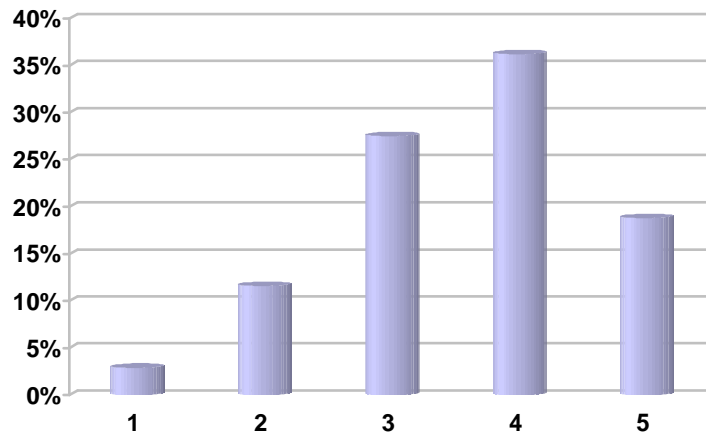
Gráfica 21: Valoración de la variable "Empatía que muestre el terapeuta".

No hay datos interesantes de mencionar respecto a la valoración de esta variable en relación con la orientación teórica, ya que los datos se reparten de forma bastante regular entre las distintas casillas.

Posicionamiento sobre los factores responsables de la cura (Valoración igual o superior a 4)	1°- Ambos por igual (92%) 2°- A favor de los Factores comunes (85,1%) 3°- A favor de los Factores específicos (60%)
Posicionamiento sobre la similar efectividad de las psicoterapias (Valoración igual o superior a 4)	1°- A favor de la similar efectividad (93,8%) 2°- En contra de la similar efectividad (78.4%)
<b>Media</b>	4,2
<b>Desviación típica</b>	0,79
<b>Moda</b>	4

Tabla 12: Valoración de la variable "Empatía que muestre el terapeuta" en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.

7.- *La directividad y apoyo que muestre el terapeuta*: Variable encuadrada dentro de los factores comunes de la psicoterapia propios del terapeuta, es considerada como la capacidad que tenga el terapeuta de dirigir el proceso psicoterapéutico en pos de la mejora del paciente, así como el grado de apoyo que el terapeuta ofrece a su paciente durante la psicoterapia. Por lo general, la "directividad" y el "apoyo" del terapeuta son variables que se han estudiado conjuntamente en las diversas investigaciones sobre el proceso terapéutico (consúltese el apartado 2.5 dedicado a la "investigación de proceso"), de ahí que lo hayamos incluido de la misma forma en nuestro estudio. La valoración media de esta variable es de 3,58. Un 36,2% de los psicoterapeutas encuestados valoran esta variable con un 4.



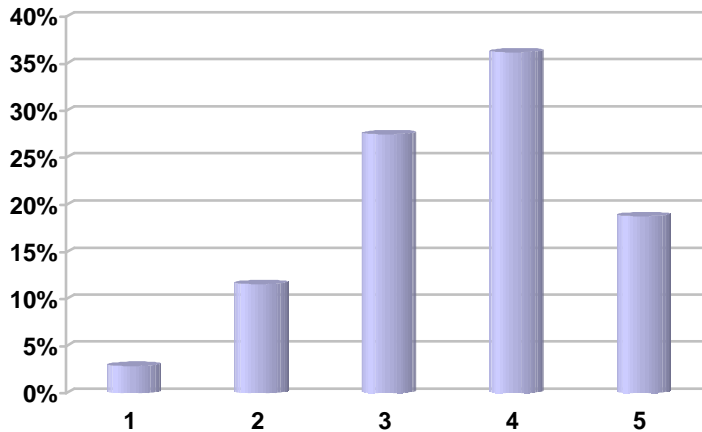
Gráfica 22: Valoración de la variable "Directividad y apoyo que muestre el terapeuta".

Los demás resultados descriptivos se resumen en la siguiente tabla:

Orientación teórica (Valoración igual o superior a 4)	1º- Cognitiva-conductual (74,2%) 2º- Eclécticos (54,6%) 3º- Psicodinámica (25%)
Posicionamiento sobre los factores responsables de la cura (Valoración igual o superior a 4)	2º- Ambos por igual (58,3%) 3º- A favor de los Factores comunes (57,7%) 1º- A favor de los Factores específicos (46,6%)
Posicionamiento sobre la similar efectividad de las psicoterapias (Valoración igual o superior a 4)	1º- A favor de la similar efectividad (75%) 2º- En contra de la similar efectividad (50%)
Posicionamiento sobre la Psicoterapia más efectiva (Valoración igual o superior a 4)	1º- Cognitiva-conductual (75%) 2º- Ecléctica (33,4%) 3º- Psicodinámica (16,7%)
<b>Media</b>	3,58
<b>Desviación típica</b>	1,03
<b>Moda</b>	4

Tabla 13: Valoración de la variable "Directividad y apoyo que muestre el terapeuta" en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.

8.- La percepción que tenga el terapeuta de la implicación del paciente: Variable encuadrada dentro de los factores comunes de la psicoterapia propios del terapeuta, la valoración media que los sujetos de nuestra población analizada atribuyen a esta variable es de 3,40. A destacar el 36,2% que valora esta variable con un 3.



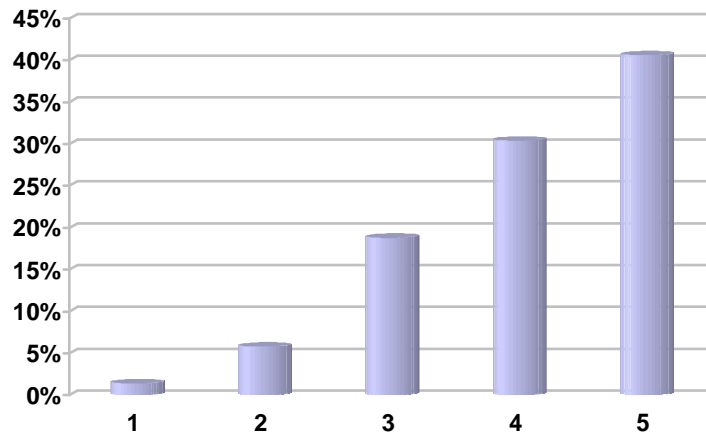
Gráfica 23: Valoración de la variable "Percepción del terapeuta de la implicación del paciente".

El resto de los resultados obtenidos respecto a esta variable pueden verse en la tabla:

Orientación teórica (Valoración igual o superior a 4)	1º- Eclécticos (54,6%) 2º- Cognitiva-conductual (48,3%) 3º- Psicodinámica (22%)
Posicionamiento sobre la similar efectividad de las psicoterapias (Valoración igual o superior a 4)	1º- A favor de la similar efectividad (53,4%) 2º- En contra de la similar efectividad (41,2%)
Posicionamiento sobre la Psicoterapia más efectiva (Valoración igual o superior a 4)	1º- Cognitiva-conductual 53,6%) 2º- Psicodinámica (15,4%)
<b>Media</b>	3,40
<b>Desviación típica</b>	1,05
<b>Moda</b>	3

Tabla 14: Valoración de la variable "Percepción del terapeuta de la implicación del paciente" en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados

9.- *La capacidad del terapeuta de influir en el paciente:* Variable encuadrada dentro de los factores comunes de la psicoterapia propios del terapeuta, hace referencia a la facultad que tenga el terapeuta de influir en el paciente durante la psicoterapia en pos del cambio terapéutico. La valoración media que los terapeutas hacen de esta variable es de 4.06. El valor más señalado es el 5 (40,6%).



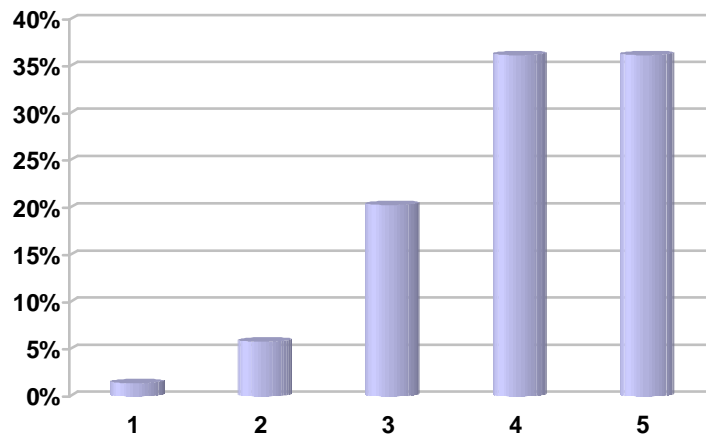
Gráfica 24: Valoración de la variable "Capacidad del terapeuta de influir en el paciente".

El resto de los resultados descriptivos realizados pueden comprobarse en la tabla siguiente:

Orientación teórica (Valoración igual o superior a 4)	1º- Ecléctica (81,9%) 2º- Cognitiva-conductual (77,4%) 3º- Psicodinámica (58,8%)
Posicionamiento sobre los factores responsables de la cura (Valoración igual o superior a 4)	1º- Ambos por igual (84%) 2- A favor de los Factores específicos (80%) 3º- A favor de los Factores comunes (60%)
Posicionamiento sobre la similar efectividad de las psicoterapias (Valoración igual o superior a 4)	1º- A favor de la similar efectividad (80%) 2º- En contra de la similar efectividad (70,6%)
Posicionamiento sobre la Psicoterapia más efectiva (Valoración igual o superior a 4)	1º- Cognitiva-conductual (78,6%) 2º- Ecléctica (66,7%) 3º- Psicodinámica (53,9%)
<b>Media</b>	4,06
<b>Desviación típica</b>	0,99
<b>Moda</b>	5

Tabla 15: Valoración de la variable "Capacidad del terapeuta de influir en el paciente" en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados

10.- *El grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta al paciente:* Se han englobado en esta categoría diferentes aspectos de la personalidad del terapeuta que pueden servir para una mejor comprensión del proceso terapéutico. Encuadrándose esta categoría dentro de los factores comunes de la psicoterapia propios del terapeuta, la valoración media realizada por los psicoterapeutas de nuestro estudio es de 4. Los valores 4 y 5 se confirman como la moda ya que son los más señalados por un mismo porcentaje de psicoterapeutas (36,2%).



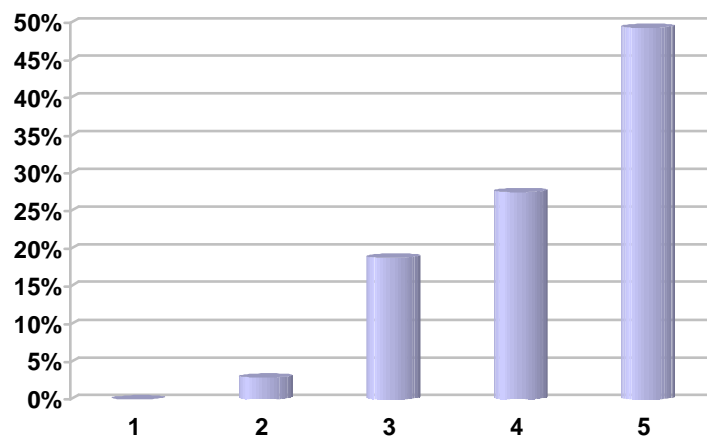
Gráfica 25: Valoración de la variable "Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta al paciente".

Otros resultados descriptivos pueden consultarse en la siguiente tabla:

Orientación teórica (Valoración igual o superior a 4)	1º- Cognitiva-conductual (74,2%) 2º- Psicodinámica (66,7%) 3º- Ecléctica (63,7%)
Posicionamiento sobre los factores responsables de la cura (Máxima valoración, 5)	1º- Ambos por igual (44%) 2º- A favor de los Factores comunes (40,7%) 3- A favor de los Factores específicos (20%)
Posicionamiento sobre la similar efectividad de las psicoterapias (Valoración igual o superior a 4)	1º- A favor de la similar efectividad (81,3%) 2º- En contra de la similar efectividad (68,6%)
Posicionamiento sobre la Psicoterapia más efectiva (Valoración igual o superior a 4)	1º- Ecléctica (83,3%) 2º- Cognitiva-conductual (71,4%) 3º- Psicodinámica (61,6%)
<b>Media</b>	4
<b>Desviación típica</b>	0,97
<b>Moda</b>	4 y 5

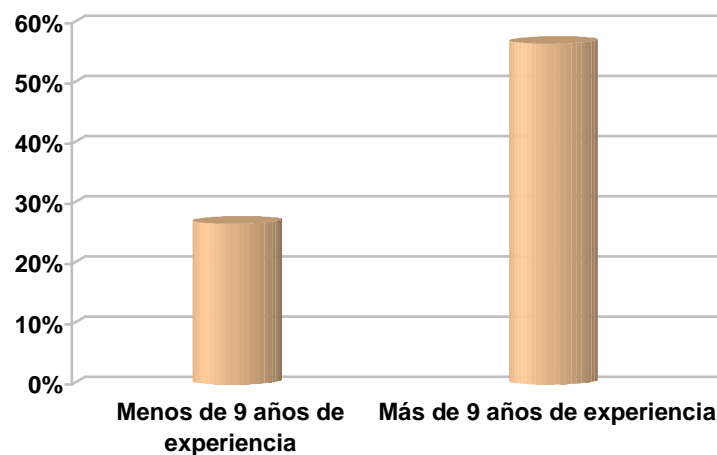
Tabla 16: Valoración de la variable "Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta al paciente" en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.

11.- *La experiencia del terapeuta*: Variable encuadrada dentro de los factores comunes de la psicoterapia propios del terapeuta, la valoración media de esta variable es de 4,25. El valor más señalado es el 5 ya que es elegido por un 49,3% de los psicoterapeutas.



Gráfica 26: Valoración de la variable "Experiencia del terapeuta".

De los terapeutas expertos, esto es, que poseen una experiencia como terapeutas superior a 9 años, un 56,6% concede la máxima puntuación a esta variable. Este porcentaje desciende entre los que tienen una experiencia menor (inferior a 9 años) al 26,7%. No obstante, hay que decir que cuando se suman las puntuaciones más altas, esto es, 4 y 5, los porcentajes se aproximan, siendo en cualquier caso bastantes altos (77,4% para los de mayor experiencia y 80% para los de experiencia menor). No existe correlación alguna entre la experiencia del encuestado y la valoración de la presente variable ( $r = 0,154$ ,  $p = 0,21$ ).

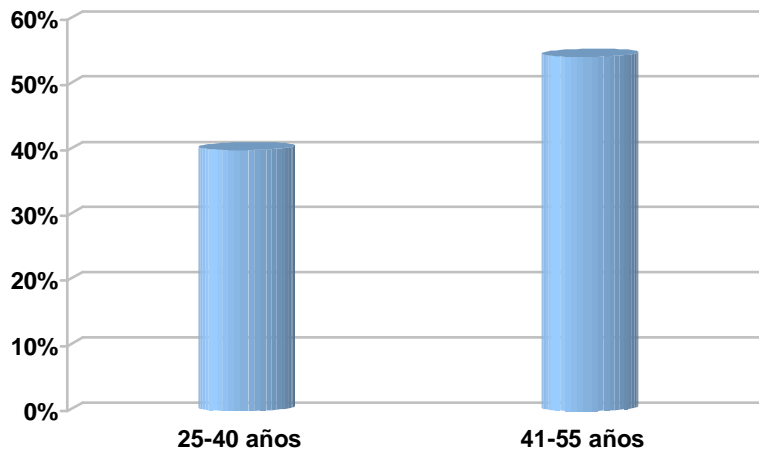


Gráfica 27: Porcentaje que concede la máxima puntuación (5) a la variable "Experiencia del terapeuta" según los años de experiencia de los terapeutas.

Con respecto a la edad de los terapeutas, de los terapeutas de entre 41 a 55 años, el porcentaje que concede la máxima puntuación a la variable "experiencia del terapeuta" alcanza el 54,3%, descendiendo ligeramente este porcentaje en los terapeutas jóvenes (25-40 años) al 40%. De cualquier forma, tampoco se constata correlación



alguna entre la edad del terapeuta y la valoración realizada de la variable psicoterapéutica “experiencia del terapeuta” ( $r = 0,21, p = 0,089$ ).



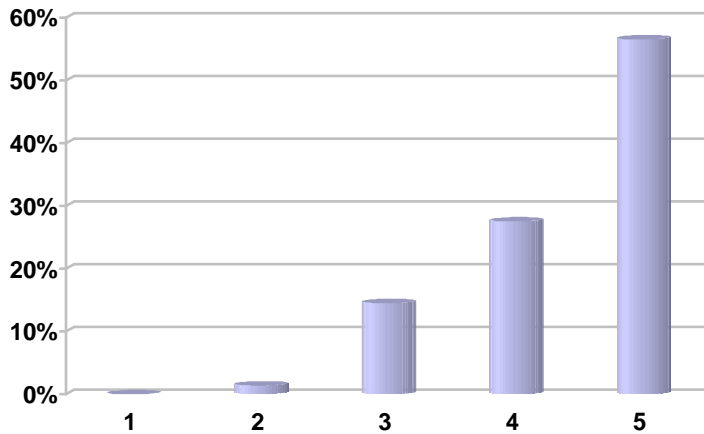
Gráfica 28: Porcentaje que concede la máxima puntuación (5) a la variable “Experiencia del terapeuta” según la edad de los terapeutas.

Otros resultados descriptivos se reflejan en la tabla siguiente:

Orientación teórica (Máxima valoración, 5)	1º- Ecléctica (72,7%) 2º- Psicodinámica (55,6%) 3º- Cognitiva-conductual (43,3%)
Posicionamiento sobre los factores responsables de la cura (Valoración igual o superior a 4)	1- A favor de los Factores específicos (93,4%) 2- A favor de los Factores comunes (80,8%) 3- Ambos por igual (68%)
<b>Media</b>	4,25
<b>Desviación típica</b>	0,87
<b>Moda</b>	5

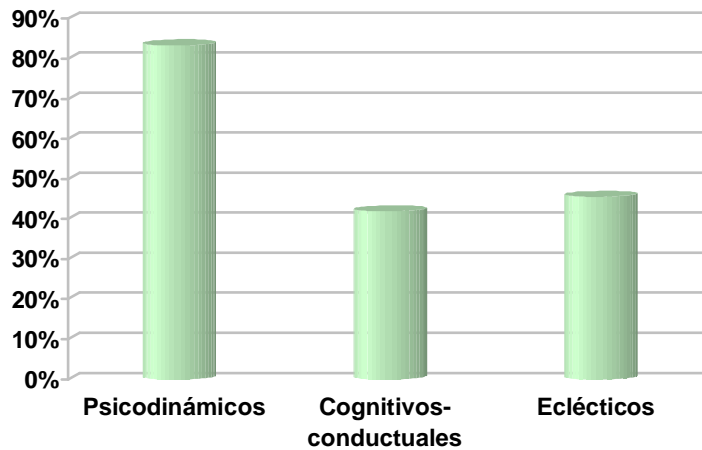
Tabla 17: Valoración de la variable “Experiencia del terapeuta” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.

12.- *El establecimiento de una alianza terapéutica entre terapeuta y paciente:* Variable considerada como factor común de la psicoterapia propio de la interacción terapéutica. Se entiende por tal alianza no sólo la relación que durante la terapia se establece entre terapeuta y paciente, sino además la alianza terapéutica que se da en su seno y que tiene como objetivo alcanzar la cura del paciente (Greenberg y Pinsoff, 1986). La valoración media otorgada a esta variable es de 4,39. La moda es el valor 5 (56,5%).



Gráfica 29: Valoración de la variable "Establecimiento de la alianza terapéutica".

De los terapeutas psicodinámicos, el 83,3% concede la máxima puntuación (5) a la alianza terapéutica, como variable que influye favorablemente en la efectividad de la psicoterapia. Este porcentaje llega al 100% si tenemos en cuenta la suma de los valores 4 y 5; es decir, la totalidad de los terapeutas psicodinámicos valora con más de 4 a esta variable. De los terapeutas eclécticos, el 45,5% valora con 5 a la alianza terapéutica. Por último, de los terapeutas cognitivos-conductuales un 41,9% concede la máxima puntuación a esta variable.



Gráfica 30: Porcentaje que otorga la máxima puntuación (5) a la variable "Establecimiento de la alianza terapéutica" en cada orientación.

En la tabla siguiente se exponen otros resultados hallados en lo que se refiere a la presente variable:

Orientación teórica (Máxima valoración, 5)	1º- Psicodinámica (83,3%) 2º- Ecléctica (45,5%) 3º- Cognitiva-conductual (41,9%)
Posicionamiento sobre los factores responsables de la cura (Máxima valoración, 5)	1º- Ambos por igual (64%) 2º- A favor de los Factores comunes (55,6%) 3- A favor de los Factores específicos (46,7%)
Posicionamiento sobre la similar efectividad de las psicoterapias (Máxima valoración, 5)	1º- A favor de la similar efectividad (62,5%) 2º- En contra de la similar efectividad (54,9%)
Posicionamiento sobre la Psicoterapia más efectiva (Máxima valoración, 5)	1º- Psicodinámica (76,9%) 2º- Ecléctica (50%) 3º- Cognitiva-conductual (46,4%)
<b>Media</b>	4,39
<b>Desviación típica</b>	0,79
<b>Moda</b>	5

Tabla 18: Valoración de la variable “Establecimiento de la alianza terapéutica” en función de los diferentes posicionamientos de los psicoterapeutas encuestados.

Las valoraciones medias y las modas de las distintas variables psicoterapéuticas pueden verse resumidos en la tabla 19:

<b>VARIABLES</b>	<b>VALORACIÓN MEDIA (0)</b>	<b>VALORACIÓN MÁS SEÑALADA (Moda)</b>
<b>Factores específicos</b>		
1. Enfoque terapéutico	3,81	4
2. Técnicas o procedimientos utilizados	4,06	4
<b>Factores comunes</b>		
<i><b>Relativos al paciente</b></i>		
3. Expectativa de cura del paciente	3,97	5
4. Implicación del paciente	4,55	5
5. Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	3,7	3 y 4
<i><b>Relativos al terapeuta</b></i>		
6. Empatía del terapeuta	4,2	4
7. Directividad/apoyo del terapeuta	3,58	4
8. Percepción del terapeuta de la implicación	3,4	3
9. Capacidad del terapeuta de influir en el paciente	4,06	5
10. Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo mostrado por el terapeuta	4	4 y 5
11. Experiencia del terapeuta	4,25	5
<i><b>Relativos a la interacción terapéutica</b></i>		
12. Establecimiento de alianza terapéutica	4,39	5

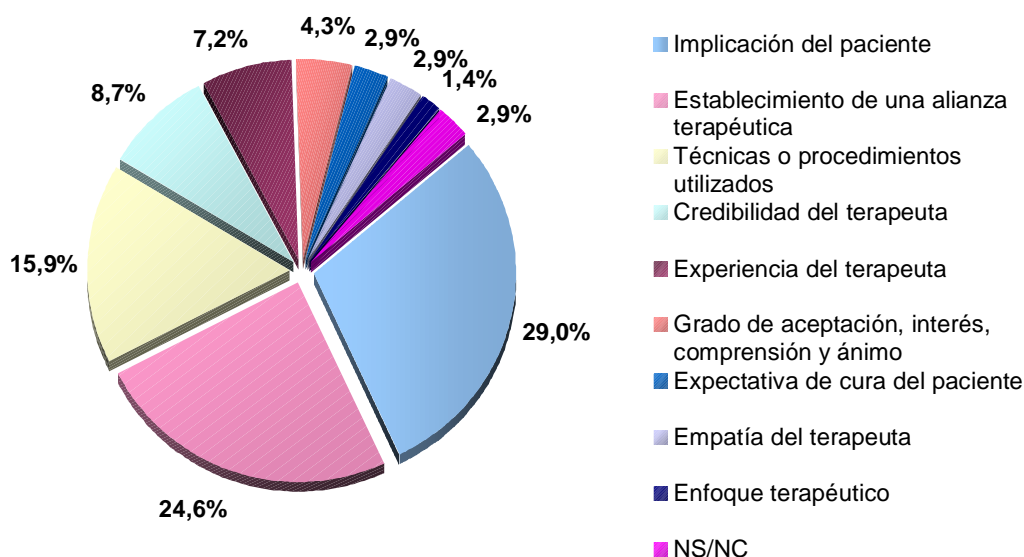
Tabla 19: Valoración media y moda de las distintas variables que intervienen en la psicoterapia.

Los psicoterapeutas encuestados debían elegir, de entre todas estas variables, aquella que, a su parecer, es la que más influye en la mejora de un paciente que pasa por psicoterapia. Se pretendía con esto que los psicoterapeutas se posicionaran sobre aquella variable que, según su creencia, podía ser considerada como la máxima responsable de la cura del paciente y que, en consecuencia, proveería de una mayor efectividad a la psicoterapia.

Según nos indica la prueba *chi-cuadrado*, el número de psicoterapeutas que elige cada una de las 12 variables psicoterapéuticas no es estadísticamente similar ( $\chi^2 =$

52,418,  $p = 0,000$ ). En este sentido, los datos nos muestran que la variable más señalada es “la implicación del paciente en la terapia”, ya que para un 29% de los psicoterapeutas encuestados es la variable más importante para una psicoterapia efectiva. La variable más elegida en segundo lugar es “el establecimiento de una alianza terapéutica entre terapeuta y paciente”, con un 24,6%. En tercer lugar, tendríamos a las “técnicas y procedimientos utilizados” ya que un 15,9% lo destacó como la variable más relevante. No destaca ninguna otra variable ya que ninguna fue elegida por más de un 9% del total de psicoterapeutas encuestados. Las variables “capacidad del terapeuta para influir en el paciente” y “fe y credibilidad en el terapeuta que posea el paciente” no fueron señaladas por ningún psicoterapeuta del estudio.

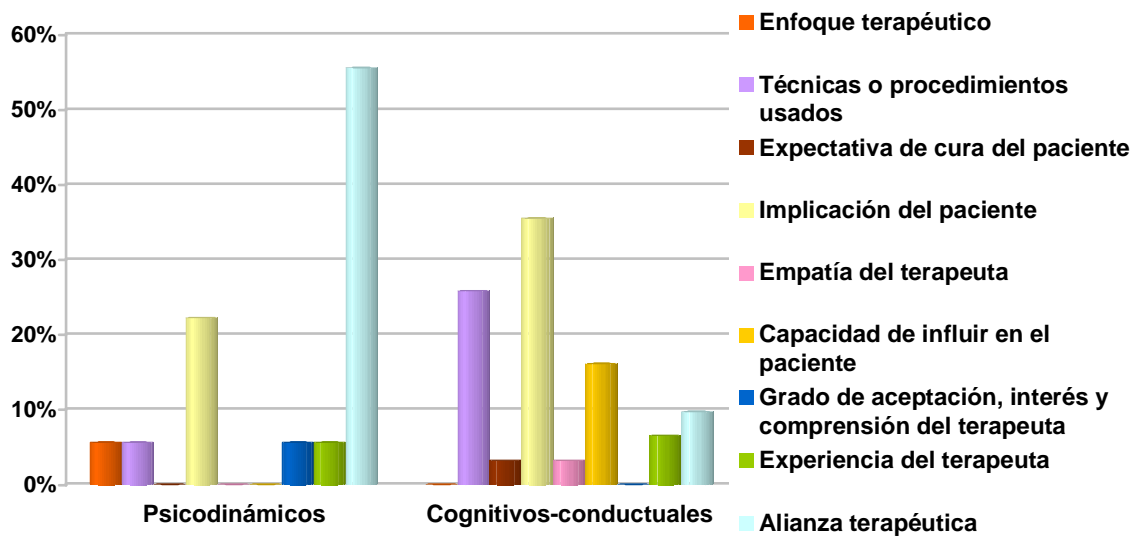
Los datos quedan resumidos en el siguiente gráfico:



Gráfica 31: Variable más relevante para una psicoterapia efectiva según los encuestados.

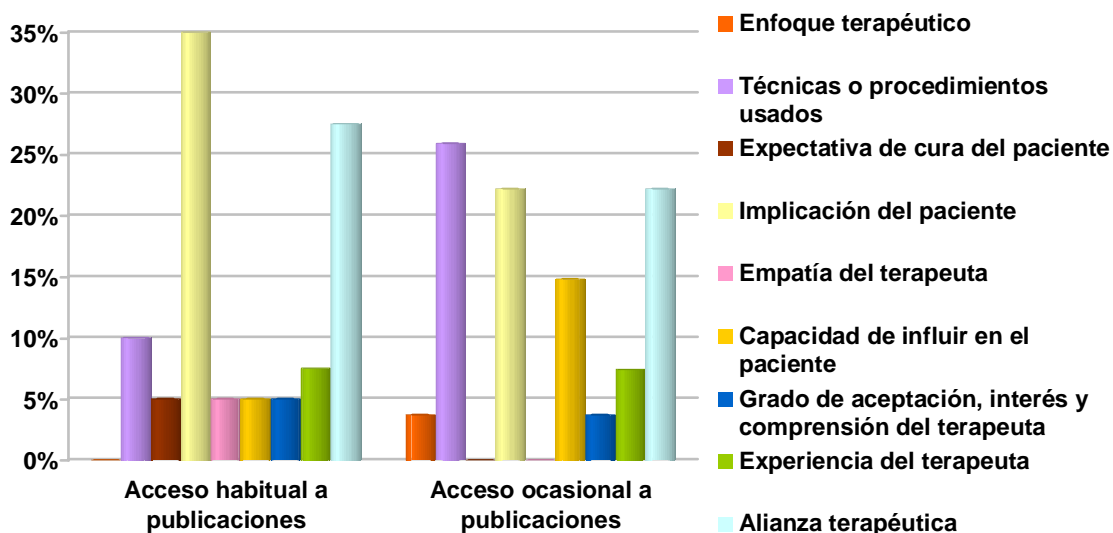
Interesa conocer si los psicoterapeutas de distintas orientaciones teóricas difieren en la elección de aquella variable que, a su entender, es la más relevante para una psicoterapia efectiva. Los datos nos muestran cómo en los terapeutas psicodinámicos la variable más elegida es la “alianza terapéutica”, puesto que un 55,4% de estos psicoterapeutas se decantan por esta variable psicoterapéutica. Para los terapeutas de orientación cognitivo-conductual, la variable más relevante es la “implicación del paciente”, ya que un 35,5% de estos terapeutas la eligen como la más importante. De igual manera, hay que destacar que un 25,8% de los cognitivos-conductuales eligen las

“técnicas o procedimientos utilizados” como la variable más relevante en la psicoterapia efectiva. En los terapeutas humanista-sistémicos los datos son escasos y bastante repartidos, por lo que no puede llegarse a una conclusión clara al respecto. En cuanto a los eclécticos, la variable considerada como más relevante es la “implicación del paciente”, elegida por el 27,3% de los terapeutas de esta orientación. Veamos un gráfico comparativo entre los terapeutas psicodinámicos y cognitivo-conductuales sobre esta cuestión:



Gráfica 32: Variable más relevante en la psicoterapia para terapeutas psicodinámicos y cognitivos-conductuales.

También interesa conocer si aquellos que acceden de forma más habitual a publicaciones especializadas de investigación en psicoterapia eligen preferentemente variables distintas como las más relevantes en la psicoterapia efectiva. En este sentido, una primera aproximación a los resultados nos muestra que el 35% de los que acceden habitualmente a estas publicaciones seleccionan a la variable “implicación del paciente” y un 27,5% a la variable “alianza terapéutica”, siendo los porcentajes más destacados. De los que acceden a de forma ocasional a este tipo de publicaciones el 25,9% designan a la variable “técnicas o procedimientos utilizados” y con el mismo porcentaje (22,2%) a la “alianza terapéutica” y a la “implicación del paciente”.



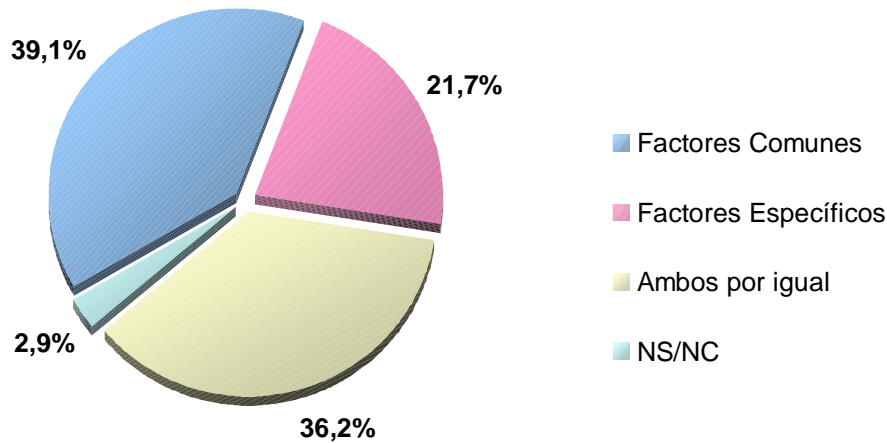
Gráfica 33: Variable más relevante en la psicoterapia según el nivel de acceso a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia.

### ***Preferencia de los encuestados por los factores específicos o comunes de la psicoterapia.***

Como hemos señalado, las distintas variables presentadas a los psicoterapeutas podían clasificarse en dos categorías, esto es, factores específicos y factores comunes. Se consideró interesante analizar si los psicoterapeutas del estudio consideraban que alguno de estos factores es en mayor medida responsable de la cura de un paciente que pasa por psicoterapia o si ambos factores tienen una relevancia similar en la misma. Una primera visión de los datos ofrecidos muestra que un 39,1% considera que son los factores comunes los que preferentemente pueden considerarse como los responsables de la cura terapéutica. Un 36,2% cree que ambos factores (específicos y comunes) son, de forma similar, los que proveen de efectividad a la psicoterapia, mientras que un 21,7% considera que son los factores específicos los más relevantes.

La prueba *chi-cuadrado* nos permite concluir que los sujetos se distribuyen uniformemente respecto a esta variable ( $\chi^2 = 3,701$ ,  $p = 0,157$ ). Ello nos está indicando que los diferentes factores psicoterapéuticos capaces de explicar la cura son elegidos por un número estadísticamente similar de psicoterapeutas. No obstante, interesa en especial comparar dos de las categorías de esta variable: factores comunes *versus* factores específicos. Una prueba binomial nos indica que tampoco se encuentra diferencia

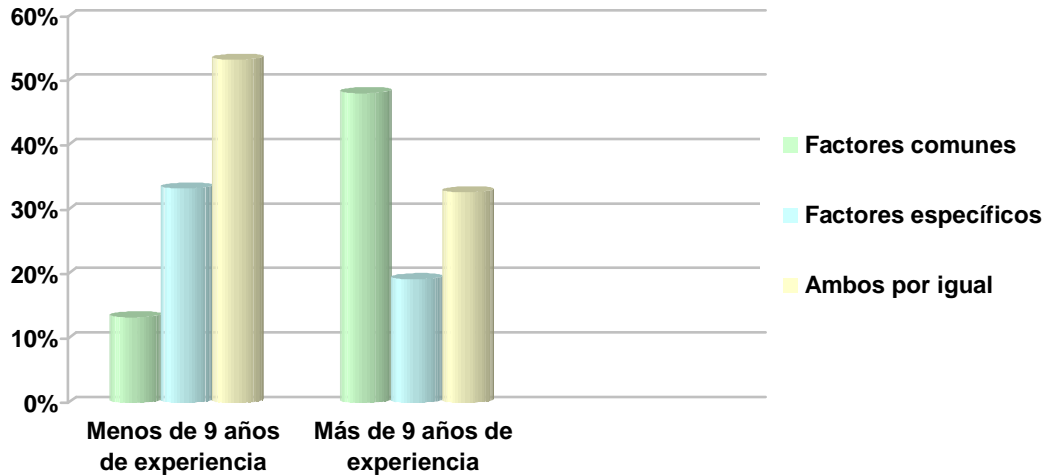
significativa entre el porcentaje de terapeutas que se decanta por los factores comunes y el que lo hace por los factores específicos ( $p = 0,09$ ).



Grafica 34: Factores más relevantes en una psicoterapia efectiva según los encuestados.

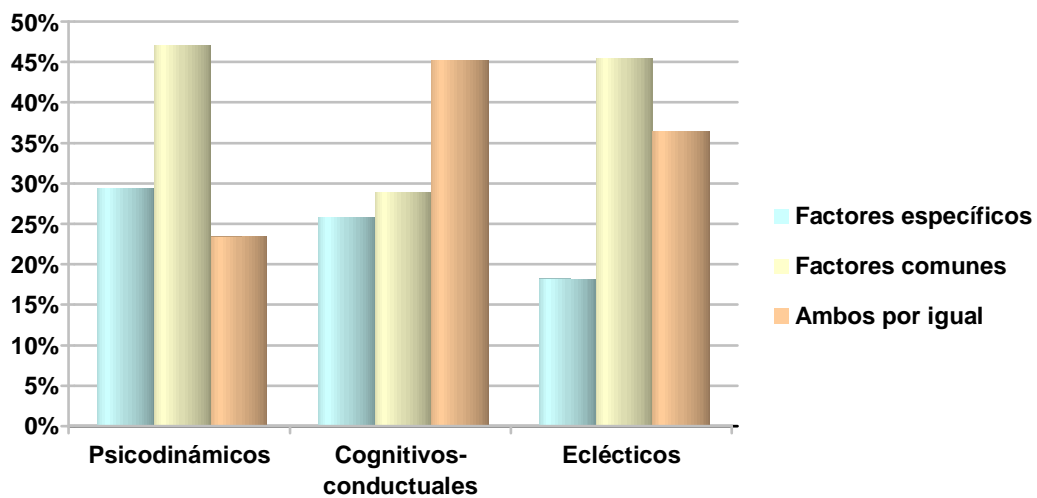
Profundizando en estos datos, encontramos que de los terapeutas de mayor experiencia, esto es, con más de 9 años de ejercicio de la psicoterapia, el 48,1% elige los factores comunes como los máximos responsables de la cura del paciente, el 32,7% a los factores comunes y específicos por igual y el 19,2% sólo a los específicos. Los que tienen una menor experiencia (menos de 9 años), el mayor porcentaje, 53,3%, lo encontramos entre los que eligen a los factores específicos y comunes por igual como responsables de una psicoterapia efectiva, seguido por el 33,3% de estos psicoterapeutas que eligen a los factores específicos. El porcentaje de terapeutas de alta experiencia que se posiciona a favor de los factores comunes es significativamente mayor que el que se posiciona a favor de los factores específicos ( $p = 0,018$ ). En el caso de los terapeutas de menor experiencia no se encuentran diferencias significativas al respecto ( $p = 0,453$ ).





Gráfica 35: Elección del factor preferentemente responsable de la cura según la experiencia de los terapeutas.

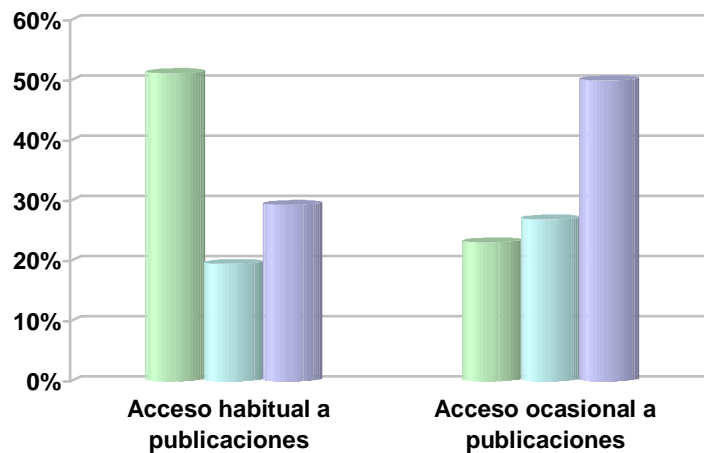
Si atendemos a la preferencia de algunos de estos factores en relación a la orientación teórica de los psicoterapeutas, encontramos que, en los psicodinámicos, los factores elegidos como los más relevantes en una psicoterapia efectiva son los factores comunes, ya que un 47,1% de estos terapeutas se decantan por ellos. En segundo lugar, designan a los factores específicos (29,4%) y, por último, a ambos por igual (23,5%). De los psicoterapeutas de orientación cognitivo-conductual, el porcentaje mayoritario lo encontramos en los que eligen a ambos factores por igual (45,2%), seguido por los que escogen a los factores comunes (29%) y los factores específicos (25,8%). En los eclécticos, un 45,5% de éstos eligen a los factores comunes, un 36,4% a ambos por igual y un 18,2% a los factores específicos. Los terapeutas humanísticos-sistémicos no ofrecen datos suficientes.



Gráfica 36: Elección de los factores más relevantes según la orientación teórica.

Diversos contrastes de proporciones realizados nos revelan que en ninguna de las orientaciones teóricas se encuentran diferencias significativas a favor de algún factor sobre el otro.

Si tenemos en cuenta la variable “acceso a publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia”, encontramos que de los que acceden de forma habitual a este tipo de publicaciones, el porcentaje mayor (51,2%) corresponde a los que eligen a los factores comunes como los máximos responsables de la efectividad de la psicoterapia, seguido por un 29,3% de estos terapeutas que eligen a factores específicos y comunes por igual y por último un 19,5% que eligen a los factores específicos. Estos datos son diferentes si nos centramos en los terapeutas que acceden de forma ocasional a este tipo de publicaciones, ya que el porcentaje más alto (50%) corresponde a los que eligen a los factores comunes y específicos por igual, seguido de un 26,9% de estos terapeutas que designan a los factores específicos y un 23,1% a los factores comunes.

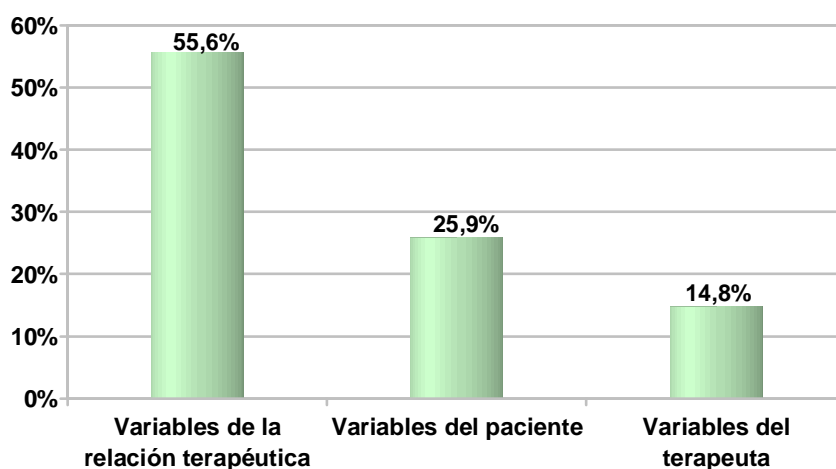


*Gráfica 37: Elección de los factores más relevantes según el nivel de acceso a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia.*

De igual manera, llama la atención que de quienes seleccionan los factores comunes como los máximos responsables de la cura del paciente, más de las tres cuartas partes (77,8%) acceden de forma habitual a publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia. La cuestión ahora es conocer si los terapeutas que más acceden a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia se decantan preferentemente por los factores comunes o específicos de las psicoterapias. Los datos nos muestran que, en efecto, los terapeutas que acceden de forma habitual a las

publicaciones especializadas no se distribuyen uniformemente en la variable “factor preferentemente responsable de la cura”, hallándose que la mayor frecuencia corresponde a los que se decantan por los factores comunes ( $\chi^2 = 6,488$ ,  $p = 0,039$ ). En la comparación concreta entre factores comunes y factores específicos, encontramos igualmente que, en estos psicoterapeutas, el porcentaje que se decanta por los factores comunes es significativamente mayor al porcentaje que se decanta por los factores de tipo específico ( $p = 0,026$ ). En los terapeutas que acceden ocasionalmente a dichas publicaciones no se hallan tales diferencias significativas ( $p = 1$ ).

Es interesante comprobar si los terapeutas que señalaron a los factores comunes como los más relevantes en el proceso terapéutico, atribuyen una importancia mayor a algunos de los conjuntos de variables encuadrados en tales factores comunes (esto es, variables comunes del paciente, del terapeuta y de la relación terapéutica). Así, encontramos que un 55,6% de los psicoterapeutas que eligieron de forma preferente a los factores comunes como responsables de la mejora del paciente, considera a las variables propias de la relación terapéutica como las más relevantes en dicha mejoría. Un 25,9% señala como el conjunto de variables comunes más importante, las relativas al paciente. Por último, un 14,8% atribuye a las variables comunes propias del terapeuta la mayor relevancia en la cura terapéutica. Los datos nos muestran que, en estos terapeutas, la variable “factor común más importante en la mejora”, no se distribuye uniformemente ( $\chi^2 = 7,462$ ,  $p = 0,024$ ), encontrándose que la mayor proporción corresponde a los que se decantan por las variables de la relación terapéutica.

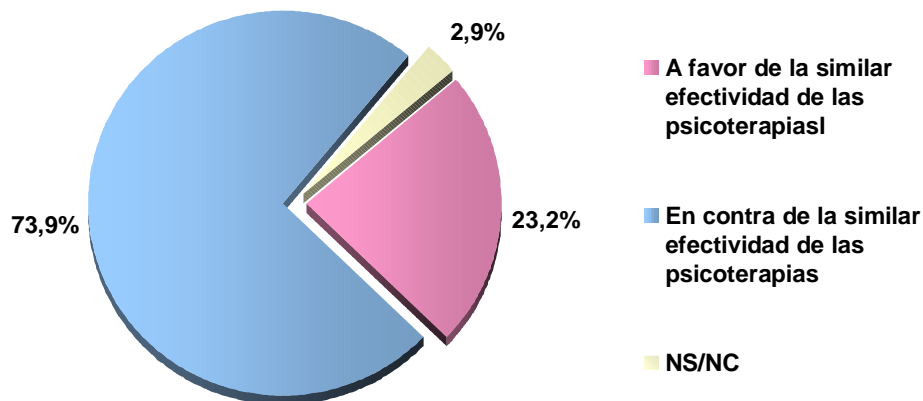


Gráfica 38: Elección de las variables comunes más relevante.

***Posicionamiento de los encuestados sobre la similitud en cuanto a eficacia de las distintas modalidades de psicoterapia***

Se preguntó a los psicoterapeutas del estudio si consideraban a las distintas modalidades de psicoterapia como similarmente efectivas. Los datos que se extraen del cuestionario nos muestran que un 73,9% no considera que las distintas modalidades de psicoterapia sean similarmente efectivas, por un 23,2% que sí considera que son semejantes en cuanto a su efectividad. Un 2,9% no se pronuncia al respecto. La prueba binomial nos informa que el porcentaje de sujetos en contra de la similitud en cuanto a efectividad de las psicoterapias es significativamente mayor que el porcentaje que se manifiestan a favor de dicha similitud ( $p = 0,000$ ).

El siguiente gráfico muestra los porcentajes de psicoterapeutas a favor y en contra de la efectividad similar:



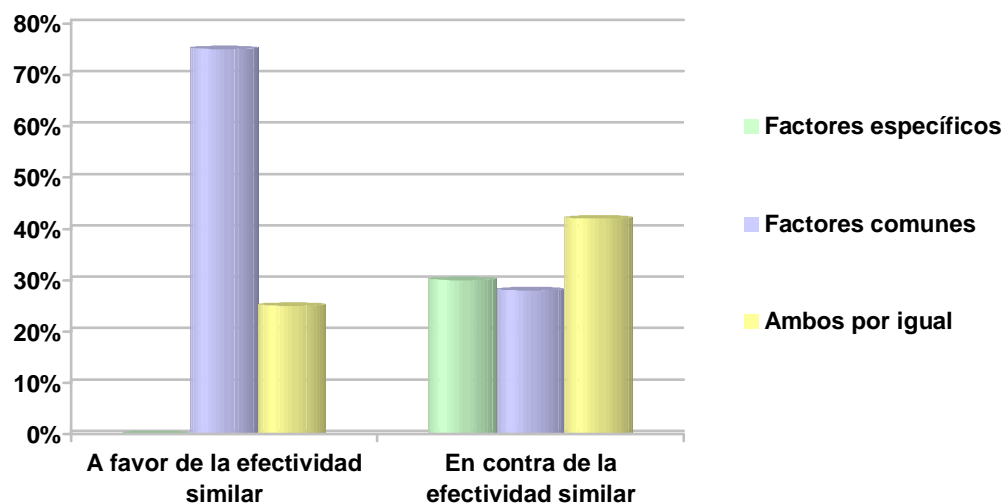
*Gráfica 39: Posicionamiento de los psicoterapeutas sobre la similitud en cuanto a eficacia de las distintas modalidades de psicoterapia.*

Es importante destacar que, de los psicoterapeutas que creen que las distintas modalidades de psicoterapia son similarmente efectivas, las tres cuartas partes (75%) consideran a los factores comunes como los máximos responsables de la efectividad de la psicoterapia. Una cuarta parte de estos terapeutas (25%) señala a los factores comunes y específicos por igual y cabe destacar que ninguno de estos terapeutas que creen en la similar eficacia de las psicoterapias, señala a los factores específicos como los más relevantes en la cura del paciente (ver gráfica 40). La proporción de estos terapeutas que considera a los factores comunes como los más relevantes en el proceso

terapéutico es, evidentemente, significativamente mayor que la proporción que se decanta por los factores de índole específica, puesto que este último porcentaje es inexistente ( $p = 0,000$ ).

Sin embargo, en contra de los que cabría esperar, los terapeutas que están en contra de la efectividad similar no se decantan de forma significativa por los factores específicos sobre los comunes ( $p = 1$ ).

Existe una relación comprobada entre las variables “creencia sobre la efectividad similar de las distintas modalidades de psicoterapia” y “elección del factor preferentemente responsable de la cura”, tal y como muestra la prueba *chi-cuadrado* de Pearson ( $\chi^2 = 12,522$ ,  $p = 0,002$ ).

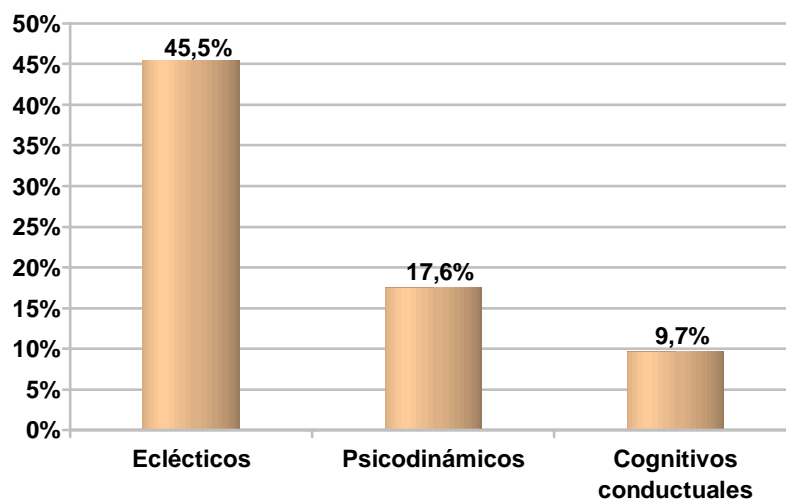


Gráfica 40: Factores que intervienen en la psicoterapia en relación al posicionamiento de los psicoterapeutas sobre la efectividad similar de las diferentes modalidades de psicoterapias.

No obstante, hay que señalar que no la mayoría de los que eligen a los factores comunes como los máximos responsable de la cura, considera que las distintas psicoterapias sean similarmente efectivas (este porcentaje se encuentra incluso por debajo del 50%). De hecho, una prueba binomial nos informa que, dentro de los terapeutas que se decantan por los factores comunes, no existe una diferencia significativa entre el porcentaje que está a favor de la similitud y el porcentaje que se encuentra en contra de la misma ( $p = 0,845$ ).

No obstante, casi la mitad de los psicoterapeutas que se muestran a favor de los factores comunes están dispuestos a reconocer la similar efectividad de las psicoterapias, mientras que de entre los que se posicionan a favor de los factores específicos no hay ninguno que se manifieste a favor de tal similitud ( $p = 0,000$ ).

Es interesante comprobar si la opinión acerca de que las diferentes modalidades de psicoterapia son, o no, similarmente efectivas se da preferentemente en los psicoterapeutas de alguna orientación teórica determinada. Así, el 45,5% de los eclécticos consideran a las distintas psicoterapias como similarmente efectivas, por tan sólo un 17,6% de los psicodinámicos y un 9,7% de los cognitivos-conductuales. A primera vista parecería entonces que los psicoterapeutas de orientación ecléctica de nuestro estudio están más dispuestos a abogar a favor de una eficacia similar, ya que suponen el porcentaje mayor de psicoterapeutas que se declaran a favor de la misma. No obstante, y aunque la prueba *chi-cuadrado* se torna en un principio significativa ( $\chi^2 = 9,332$ ,  $p = 0,025$ ), el alto porcentaje (50%) de frecuencias esperadas inferiores a 5 impide establecer una relación confirmada entre las variables “orientación teórica” y “posicionamiento sobre la similar efectividad de las psicoterapias”. Sería necesario un número mayor de sujetos encuestados para probar dicha relación.



Gráfica 41: Porcentaje a favor de la similar efectividad de las distintas modalidades de psicoterapia en cada orientación teórica.

Por otro lado, ahondando en los datos, una prueba binomial nos informa que dentro de los terapeutas eclécticos no hay diferencia significativa entre los que están a favor de la similitud y los que se encuentran en contra de la misma ( $p = 1$ ). Asimismo,

encontramos que en los psicodinámicos y en los cognitivos conductuales, el porcentaje que está en contra de la efectividad similar es significativamente mayor al que está a favor de la misma ( $p = 0,013$  y  $p = 0,000$ , respectivamente). La escasez de terapeutas humanísticos-sistémicos no permiten ofrecer resultados concluyentes.

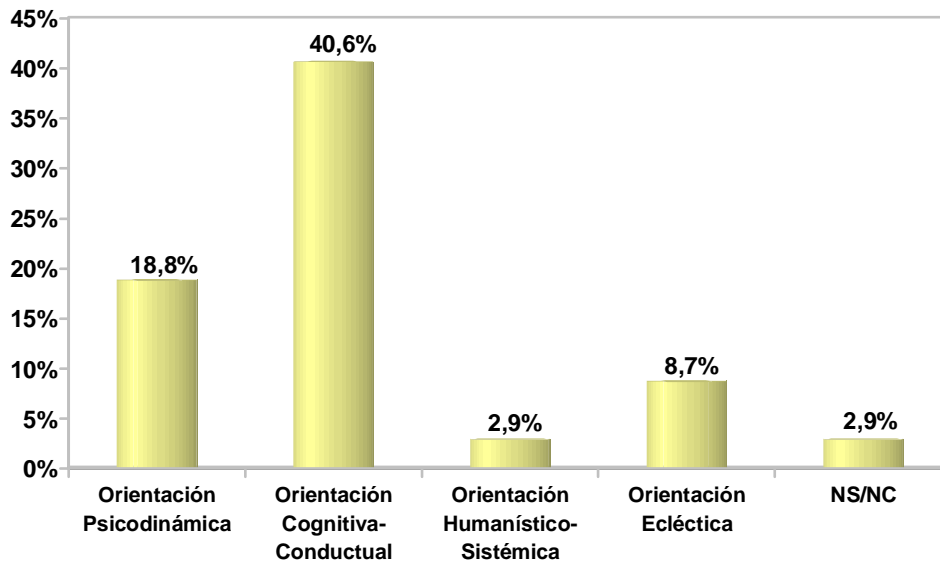
Es de reseñar que tanto los terapeutas de mayor como los de menor experiencia se manifiestan de forma significativa en contra de la similitud en cuanto a eficacia de los distintos modelos terapéuticos. En este sentido, en ambos grupos de terapeutas el porcentaje que se posiciona a favor de la no equivalencia de las psicoterapias es significativamente mayor que el que se posiciona a favor de la misma ( $p = 0,003$  y  $p = 0,002$ , respectivamente).

Finalmente, a pesar de que, como ya vimos, los que accedían habitualmente a las publicaciones sobre investigaciones en psicoterapia se decantaban por la mayor relevancia de los factores comunes (tal y como cabía esperar a tenor de lo que muestran la mayoría de las investigaciones), cuando tienen que posicionarse a favor o en contra de la efectividad similar, lo hacen mayoritariamente en contra. En esto último no difieren de los que acceden de forma ocasional. En ambos casos, la proporción de terapeutas que se decanta en contra de la equivalencia es superior de forma significativa a la de los que se decantan a favor de la misma ( $p = 0,002$  y  $p = 0,011$ , respectivamente)

***Elección de la psicoterapia más efectiva por parte de los terapeutas que se posicionan en contra de la similar efectividad de las diferentes psicoterapias.***

Por último, se cuestionó sólo a aquellos psicoterapeutas que habían considerado que las distintas modalidades de psicoterapia no eran similarmente efectivas, cuál consideraban más efectiva. Los datos muestran que la modalidad de psicoterapia considerada como la más efectiva por estos psicoterapeutas es la de orientación cognitivo-conductual (40,6%). En segundo lugar, un 18,8% de estos psicoterapeutas señala la de orientación psicodinámica. Un 8,7% la de orientación ecléctica y sólo un 2,9% la de orientación humanística-sistémica. La prueba *chi-cuadrado* de bondad del ajuste nos indica que la variable “elección de la psicoterapia más efectiva” no se ajusta a una distribución uniforme ( $\chi^2 = 32,061$ ,  $p = 0,000$ ). Estos resultados parecen lógicos si

tenemos en cuenta que estas preferencias se corresponden con la orientación teórica de los psicoterapeutas del estudio. La siguiente gráfica resume los datos mencionados.



Gráfica 42: Psicoterapia más efectiva según los psicoterapeutas.

Cuando a los terapeutas que previamente habían considerado que las diferentes modalidades de psicoterapia no eran similarmente efectivas, se les dio a elegir qué modalidad consideraban entonces por encima de las demás, se decantaron de forma mayoritaria por aquella a la que se suscribían. De esta forma, si tomamos el conjunto de estos psicoterapeutas, la proporción que elige la propia modalidad como la más efectiva es significativamente mayor a la proporción que elige alguna otra modalidad ( $p = 0,000$ ). Un análisis más pormenorizado nos indica que, en concreto, son los psicoterapeutas psicodinámicos y cognitivos-conductuales en los que se manifiesta tal diferencia significativa a favor de la efectividad de la propia terapia ( $p = 0,000$ , en ambos casos). En los terapeutas de orientación ecléctica, sin embargo, el porcentaje que elige la propia terapia como la más efectiva no es significativamente mayor que el porcentaje que elige la de otra modalidad ( $p = 0,688$ ).



## **4.2.- ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

En el presente apartado abordaremos de forma más exhaustiva los datos obtenidos a partir de la encuesta. Para ello, y en un primer momento, se mostrarán los resultados obtenidos a través de los múltiples contrastes de medias realizados sobre las distintas variables de la psicoterapia susceptibles de ser las responsables de la cura del paciente (y por ende, de la efectividad psicoterapéutica) y que ya han sido presentadas en el apartado anterior. Dado que estas variables debían ser valoradas por los encuestados en una escala Likert de 1 a 5, toman la forma de variables cuantitativas susceptibles de ser abordadas a través de este tipo de análisis y que nos servirá para establecer el valor de algunas de las hipótesis planteadas. Asimismo, también se realizarán ANOVAs de un factor incluyendo comparaciones planeadas y *post hoc*, a fin de comprobar si se cumple el supuesto de homocedasticidad (homogeneidad de varianzas), si existen diferencias significativas en la valoración que hacen de las diversas variables propuestas por los sujetos de cada grupo, así como para comparar la media de un grupo con la media de otros dos grupos tomados conjuntamente.

En segundo lugar, se mostrarán los resultados derivados de un análisis factorial con la finalidad de encontrar grupos de variables con significado común y conseguir reducir el número de dimensiones necesarias para explicar las respuestas de los sujetos.

En el apéndice B-2 pueden consultarse, de forma pormenorizada, los resultados de las pruebas estadísticas utilizadas en el presente apartado.

### **4.2.1.- Análisis de las variables psicoterapéuticas**

Comenzaremos realizando diversos análisis de varianzas y contrastes de medias para grupos independientes. Lo que se trata aquí es de comprobar si existen diferencias significativas entre diversos grupos de psicoterapeutas (en función de su orientación teórica, experiencia, nivel de acceso a publicaciones, etc.) en la valoración que realizan de las diferentes variables psicoterapéuticas. Veamos las diferencias significativas encontradas en cada variable psicoterapéutica:

## Variables Específicas de la Psicoterapia

- **Variable 1: El enfoque terapéutico**

### *Orientación teórica*

Interesa contrastar la hipótesis de igualdad de medias en la variable “enfoque terapéutico” en los grupos de terapeutas de diferentes orientaciones teóricas. Para ello vamos a realizar un ANOVA de un factor. Lo primero que se observa en la tabla de descriptivos (consúltese el apéndice B-2) es que el grupo que más valora a esta variable es el grupo formado por psicoterapeutas de orientación cognitivo-conductual y el que menos el grupo formado por psicoterapeutas eclécticos. El resultado del test de Levene sobre homogeneidad de varianzas, cuya hipótesis nula es  $H_0: \sigma_1^2 = \sigma_2^2 = \sigma_3^2$ , nos indica que puesto que el grado de significación ( $p = 0,789$ ), es mayor que  $\alpha$  (0,05, con un intervalo de confianza del 95%), se mantiene la hipótesis nula de igualdad de varianzas. Por tanto, podemos asumir que se cumple el supuesto de homocedasticidad. En la tabla-resumen del ANOVA se observa que puesto que el nivel de significación ( $p = 0,004$ ) es menor que 0,01, no se acepta la hipótesis nula del ANOVA ( $H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$ ) y puede concluirse que existen diferencias significativas en la valoración media de la variable “enfoque terapéutico” por los psicoterapeutas de cada orientación teórica.

Al realizar una comparación planeada, a fin de comparar la media en la valoración de esta variable del grupo de psicoterapeutas eclécticos con la media de los demás grupos de psicoterapeutas tomados conjuntamente, se puede concluir que los psicoterapeutas eclécticos valoran significativamente menos esta variable que los psicoterapeutas de las demás orientaciones teóricas ( $t = -3,331, p = 0,001$ ).

Pormenorizando, cuando se han comparado grupos de psicoterapeutas de distinta orientación teórica, las diferencias significativas encontradas en la valoración que han realizado de la variable “enfoque terapéutico” han sido las dos siguientes: en primer lugar, los terapeutas de orientación psicodinámica valoran significativamente más a esta variable que los de orientación ecléctica ( $t = 2,489, p = 0,019$ ), siendo las respectivas medias de 3,83 y 2,91 (sobre 5). En segundo lugar, se encuentra una diferencia significativa entre los terapeutas de orientación cognitivo-conductual y los de

orientación ecléctica, siendo los primeros los que realizan una valoración media significativamente mayor de esta variable de la psicoterapia ( $t = 3,644$ ,  $p = 0,001$ ). Las medias respectivas encontradas son 4,13 y 2,91.

### ***Factor preferentemente responsable de la cura***

Recordemos que a los psicoterapeutas encuestados se les pedía que se posicionaran a favor de los factores específicos de la psicoterapia, a favor de los factores comunes o si consideraban a ambos igualmente relevantes.

El ANOVA de un factor, nos indica que no se ha de aceptar la hipótesis nula de igualdad de medias, con lo que podemos concluir que existen diferencias significativas en la valoración de la variable “enfoque terapéutico” por los distintos grupos de psicoterapeutas, en función de su posicionamiento a favor de los factores específicos, los factores comunes o ambos por igual, como factores principalmente responsables de la cura y, en consecuencia, de la efectividad de la psicoterapia ( $p = 0,031$ , cumpliéndose previamente el supuesto de homocedasticidad).

En este sentido, los terapeutas que se posicionan a favor de los factores específicos valoran más a la variable “enfoque terapéutico” que los que se posicionan a favor de los factores comunes ( $t = 2,506$ ,  $p = 0,016$ ), siendo las medias respectivamente de 4,20 y 3,44. Esto parece lógico si tenemos en cuenta que la variable “enfoque terapéutico” (junto con la variable “técnicas o procedimientos empleados”) es una variable específica de la psicoterapia. Recordemos que por variables específicas se entienden aquellas que son genuinas de cada psicoterapia y que las diferencian a unas de otras.

### ***Posicionamiento sobre la efectividad similar de las distintas psicoterapias***

Igualmente, los psicoterapeutas que formaban parte del estudio debían responder a la cuestión de si consideraban las distintas modalidades de psicoterapia como similarmente efectivas. En este sentido, los que consideran que no existe tal similitud en cuanto a eficacia conceden una valoración media significativamente más alta a esta

variable que los que se posicionan a favor de tal similitud ( $t = 2,795$ ,  $p = 0,007$ ), siendo las medias encontradas de 4,0 y 3,25 respectivamente.

### ***Elección de la psicoterapia más efectiva***

Como se ha dicho, aquellos terapeutas que se habían posicionado en contra de la efectividad similar de la psicoterapia debían responder entonces qué modalidad de psicoterapia consideraban como la más efectiva. Nos interesa ahora comprobar si en función de la modalidad de psicoterapia elegida como la más eficaz, se encuentran diferencias significativas a la hora de valorar esta variable. Así, encontramos que los que han elegido a las psicoterapias basadas en una orientación psicodinámica como las más eficaces, valoran significativamente más a esta variable que los que han elegido a las basadas en una orientación ecléctica ( $t = 2,531$ ,  $p = 0,022$ ), siendo las medias respectivas de 4,0 y 2,83. También, los que han elegido a las psicoterapias de orientación cognitiva-conductual valoran con una media significativamente más alta a esta variable que los que eligen a las psicoterapias de corte ecléctico ( $t = 3,686$ ,  $p = 0,001$ ). De hecho, si se realiza una comparación planeada con la intención de comparar la media en la valoración de esta variable del grupo que ha elegido a las psicoterapias de corte ecléctico con la media de los demás grupos tomados conjuntamente, encontramos que dado que la prueba de Levene indicó “igualdad de varianzas” (esto es, se cumple el supuesto de homocedasticidad), el estadístico T vale -3,063 y su nivel de significación 0,004. Se concluye así que, respecto a la valoración otorgada a esta variable, existe una diferencia significativa entre la puntuación media de los que se posicionan por las terapias de orientación ecléctica y la puntuación media conjunta de los que se posicionan a favor de las psicoterapias de las demás orientaciones. Por supuesto, tal valoración media es, en los que eligen las terapias de corte ecléctico, menor. Cabe pensar que los terapeutas que han elegido a la modalidad ecléctica como la más efectiva, otorguen, dado los presupuestos teóricos de dicha orientación, menos importancia a una variable de tipo específico como lo es esta variable.

Para terminar con la variable “enfoque terapéutico”, no se encontraron diferencias significativas en la valoración de esta variable entre los diferentes niveles de estudios alcanzado, niveles de acceso a las publicaciones especializadas en psicoterapia y años de experiencia.

- **Variable 2: Técnicas y procedimientos empleados**

***Orientación teórica***

Si realizamos un ANOVA de un factor, a fin de contrastar la hipótesis de igualdad de medias en esta variable en los grupos de terapeutas de diferentes orientaciones teóricas, encontramos que no se acepta la hipótesis nula y se concluye que existen diferencias significativas en la valoración de la variable “técnicas y procedimientos empleados” por los psicoterapeutas de cada orientación teórica ( $p = 0,002$ , al cumplirse el supuesto de homocedasticidad).

Una comparación planeada nos informa que los psicoterapeutas eclécticos valoran significativamente menos esta variable que los psicoterapeutas de las demás orientaciones teóricas ( $t = -2,380$ ,  $p = 0,02$ , habiéndose cumplido el supuesto de homocedasticidad). Esta situación también ocurría respecto a la anterior variable (el “enfoque terapéutico”) considerada asimismo como específica. De esta forma, estos datos sí parecen apoyar la noción, apuntada en nuestras hipótesis, de que los psicoterapeutas eclécticos, sean los que otorguen una menor importancia a las variables específicas y, cabe esperar, una mayor relevancia a las comunes.

Pormenorizando en estos resultados, al igual que en la variable anterior y puesto que ambas son específicas de la psicoterapia, se encuentran diferencias significativas entre los terapeutas psicodinámicos y los eclécticos en la valoración que hacen de esta variable. Así, encontramos que los psicoterapeutas que se adscriben a una orientación psicodinámica valoran significativamente más a la variable “técnicas y procedimientos empleados” que los eclécticos ( $t = 2,205$ ,  $p = 0,037$ ). De igual forma, los terapeutas cognitivos-conductuales valoran significativamente más que los eclécticos a esta variable ( $t = 3,566$ ,  $p = 0,001$ ).

***Factor preferentemente responsable de la cura***

Un ANOVA de un factor, nos informa que existen diferencias significativas en la valoración de la variable “técnicas y procedimientos empleados” por los distintos grupos de psicoterapeutas, en función de su posicionamiento a favor de los factores

específicos, los factores comunes o ambos por igual ( $p = 0,000$ , como indica la tabla-resumen del ANOVA y habiéndose cumplido previamente el supuesto de homocedasticidad según indica la prueba de homogeneidad de varianzas).

Los terapeutas que se posicionan a favor de los factores específicos presentan un promedio significativamente mayor en cuanto a la valoración de la variable “técnicas y procedimientos empleados” que los que se posicionan a favor de los factores comunes ( $t = 4,293$ ,  $p = 0,000$ ), siendo las medias respectivamente de 4,53 y 3,52. Como mencionamos anteriormente cuando tratamos la otra variable que, junto a ésta, es considerada variable específica (esto es, el “enfoque terapéutico”), es normal encontrar que los terapeutas que se posicionan a favor de los factores o variables específicas valoren más a éstas que a aquellas consideradas como comunes a las psicoterapias.

Encontramos también que los terapeutas que dan importancia por igual a los factores específicos y comunes, valoran significativamente más a esta variable que los que sólo se posicionan a favor de los factores comunes ( $t = 3,369$ ,  $p = 0,001$ , siendo las medias respectivas de 4,36 y 3,52).

### ***Posicionamiento sobre la efectividad similar de las distintas psicoterapias***

Los psicoterapeutas que consideran que no existe similitud en cuanto a eficacia entre las distintas psicoterapias, valoran significativamente más a esta variable que los que se posicionan a favor de tal similitud ( $t = 3,254$ ,  $p = 0,002$ ), siendo las medias respectivas de 4,26 y 3,44.

### ***Elección de la psicoterapia más efectiva***

Igualmente hallamos que los terapeutas que han elegido a las psicoterapias cognitivas-conductuales como las más efectivas valoran significativamente más a esta variable que los que han elegido a las basadas en una orientación psicodinámica ( $t = 2,831$ ,  $p = 0,007$ ), y ecléctica ( $t = 2,508$ ,  $p = 0,048$ ).

Interesa realizar una comparación planeada a fin de contrastar la media en la valoración de la variable “técnicas y procedimientos empleados” por parte de los

terapeutas que han elegido a las cognitivas-conductuales como las más efectivas, con la media del resto de los grupos de psicoterapeutas, tomados conjuntamente, que han elegido como las más eficaces a las otras modalidades de psicoterapia. Así, se encuentra que existen diferencias significativas en dicha valoración ( $t = 3,976$ ,  $p = 0,000$ , habiéndose cumplido previamente el supuesto de homocedasticidad), siendo esta diferencia a favor de los primeros.

Las medias obtenidas por los distintos grupos en la valoración de esta variable se reflejan a continuación, donde se puede observar que la mayor corresponde al grupo de terapeutas que ha elegido a la modalidad cognitivo-conductual como la más efectiva:

<i><b>Orientación terapéutica elegida como la más efectiva</b></i>	<i><b>Media en la valoración de la variable “técnicas y procedimientos utilizados”</b></i>
Orientación psicodinámica	4,00
Orientación cognitiva-conductual	4,61
Orientación humanístico-sistémica	3,50
Orientación ecléctica	3,50

*Tabla 20: Media en la valoración de la variable “Técnicas y procedimientos empleados” en cada grupo.*

Por último, hay que decir que no se encontraron diferencias significativas en la valoración de esta variable entre los diferentes grupos de edad, niveles de estudios alcanzado, niveles de acceso a las publicaciones especializadas en psicoterapia y años de experiencia.

### **Variables Comunes de las Psicoterapias**

- **Variable 3: Expectativas de cura del paciente**

No se encontró ninguna diferencia significativa en la valoración de esta variable entre los psicoterapeutas de nuestro estudio.

- **Variable 4: Implicación del paciente en la terapia**

*Factor preferentemente responsable de la cura*

Sólo se halló una diferencia respecto a esta variable y fue la encontrada entre los psicoterapeutas que se decantaban por una igual importancia de los factores específicos y comunes, y aquellos que sólo otorgaron importancia a los factores comunes de la psicoterapia. En este sentido, los que otorgan semejante relevancia a los factores específicos y comunes, valoran más a esta variable que los que sólo se decantan por los factores comunes ( $t = 2,066$ ,  $p = 0,046$ ), siendo las medias de 4,72 y 4,30 respectivamente. Este resultado puede parecer curioso ya que se espera que los que se decantan únicamente por los factores comunes concedan una mayor valoración a una variable común, como lo es ésta (no obstante, más extraño hubiera sido encontrar que los defensores de los factores específicos hubiesen valorado más a esta variable que los defensores de los factores comunes, pero no ha sido el caso).

- **Variable 5: Fe y credibilidad en el terapeuta que posea el paciente**

*Factor preferentemente responsable de la cura*

Se encontraron dos diferencias significativas respecto a esta variable. En ambos casos, entre diferentes grupos de psicoterapeutas que se decantaban por algunos de los factores susceptibles de intervenir de forma prominente en una psicoterapia efectiva. De esta manera, se encontró una diferencia significativa entre los que se decantaban por los factores específicos de la psicoterapia y los que se decantaban por una mayor relevancia de los factores comunes, a favor de estos últimos ( $t = -2,057$ ,  $p = 0,046$ , siendo las medias respectivas de 3,20 y 3,81). Además, se encontró una diferencia significativa entre los que se decidían únicamente por los factores específicos y los que se decantaban por los factores específicos y comunes por igual, siendo éstos últimos los que más valoraban a la variable “fe y credibilidad e el terapeuta” ( $t = -2,304$ ,  $p = 0,027$ , siendo las medias de 3,20 y 3,88, respectivamente). Todos estos resultados pueden consultarse, como se ha dicho, en el apéndice B-2.



Es razonable encontrar que los que eligen únicamente a los factores específicos como los más importantes para que la psicoterapia sea efectiva, valoren significativamente menos a esta variable (considerada común), que los que se decantan por los factores comunes y, en menor medida, los que se decantan por la igual importancia de ambos.

- **Variable 6: Empatía que muestre el terapeuta**

No se encontraron diferencias significativas en la valoración de esta variable entre los psicoterapeutas de nuestro estudio.

- **Variable 7: Directividad y apoyo que muestre el terapeuta**

#### ***Orientación teórica***

Al realizar un ANOVA de un factor, encontramos que no se acepta la hipótesis nula de igualdad de varianzas ( $p = 0,033$ , no cumpliéndose en este caso el supuesto de homocedasticidad), lo que quiere decir que, en las poblaciones definidas por las diferentes orientaciones teóricas, las varianzas de la variable “directividad y apoyo que muestre el terapeuta” no son iguales. Asimismo, nos interesa contrastar la hipótesis de igualdad de medias en esta variable en los grupos de terapeutas de diferentes orientaciones teóricas. Puesto que las varianzas poblacionales no son iguales, utilizaremos los estadísticos Brown-Forsythe (1974) y Welch (1951) que representan una alternativa robusta al estadístico F de ANOVA cuando no se puede asumir dicha igualdad de varianzas. Puesto que el nivel de significación asociado a ambos estadísticos es menor que 0,05, ( $p = 0,016$  en la prueba de Welch y  $p = 0,005$  en la prueba de Brown-Forsythe) se puede rechazar la hipótesis de igualdad de medias y concluiremos que las poblaciones de terapeutas de las distintas orientaciones teóricas no valoran de forma semejante a esta variable.

Nos interesa precisar dónde en concreto se encuentran las diferencias detectadas. Para ello realizamos comparaciones *post hoc* o *a posteriori*. Puesto que no puede asumirse que las varianzas poblacionales sean iguales como antes mencionamos, debemos prestar atención a la solución propuesta por el método Games-Howell (1976).

De esta manera encontramos que, al comparar la media de los terapeutas psicodinámicos con la de los terapeutas cognitivos-conductuales, aparece una diferencia significativa a favor de los últimos. Así, parece que los terapeutas cognitivos-conductuales conceden más importancia a la directividad y el apoyo proporcionado al paciente durante el transcurso de la psicoterapia que los de orientación psicodinámica ( $t = 3,569$ ,  $p = 0,002$ , siendo la media de 4,0 para los cognitivos-conductuales y de 2,81 para los psicodinámicos).

### ***Acceso a publicaciones especializadas***

Curiosamente, los que acceden de forma habitual a publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia, conceden significativamente menos valor a esta variable que los que acceden de forma ocasional, sin frecuencia fija, a dichas publicaciones ( $t = -2,693$ ,  $p = 0,009$ , siendo las medias respectivas de 3,34 y 3,96).

### ***Elección de la psicoterapia más efectiva***

Los terapeutas que eligen a las terapias cognitivas-conductuales como las más efectivas valoran significativamente más esta variable que los que se pronuncian a favor de las de corte psicodinámico ( $t = 3,816$ ,  $p = 0,000$ ). La valoración media de los primeros es de tan sólo 2,75 por un 4,00 de los que prefieren las terapias cognitivas-conductuales. Esto es coherente con los resultados mencionados anteriormente en lo que se refiere al posicionamiento teórico de los encuestados, donde también se daba una diferencia significativa. Evidentemente, y como mencionamos en el análisis descriptivo, los terapeutas de cada orientación tienden a elegir a la suya como la más efectiva, por lo que no sorprende que también aparezca una diferencia significativa en la valoración de esta variable.

### **• Variable 8: Percepción del terapeuta de la implicación del paciente**

No se encontraron diferencias significativas en la valoración de esta variable entre los psicoterapeutas de nuestro estudio.

- **Variable 9: Capacidad del terapeuta de influir en el paciente**

*Factor preferentemente responsable de la cura*

Los terapeutas que conceden una importancia similar a los factores específicos y comunes como responsables de la cura de los pacientes que pasan por psicoterapia, valoran significativamente más a esta variable que los que sólo conceden dicha importancia a los factores comunes ( $t = 2,324$ ,  $p = 0,024$ ), siendo las medias respectivas halladas de 4,40 y 3,80.

*Psicoterapia más efectiva*

Los terapeutas que eligen las terapias cognitivo-conductuales como las más efectivas conceden una mayor valoración a la capacidad que tenga el terapeuta de influir en el paciente que los terapeutas que se decantan por las terapias de corte psicodinámico ( $t = 2,041$ ,  $p = 0,048$ , siendo las respectivas medias de 4,21 y 3,54).

No se encontraron más diferencias significativas.

- **Variable 10: Grado de aceptación, interés y comprensión del terapeuta hacia el paciente**

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la valoración de esta variable entre los psicoterapeutas de nuestro estudio.

- **Variable 11: Experiencia del terapeuta**

No se hallaron diferencias significativas en la valoración de esta variable entre los psicoterapeutas estudiados.

- **Variable 12: Establecimiento de alianza terapéutica**

***Orientación teórica***

Un ANOVA de un factor, nos indica que no se ha de aceptar la hipótesis de igualdad de varianzas ( $p = 0,001$ ), de tal forma que no puede afirmarse que se cumpla el supuesto de homocedasticidad. Es éste otro caso en el que, debido a tal falta de igualdad de varianzas, hay que recurrir a otros estadísticos alternativos al F de ANOVA, que nos permitan de forma robusta contrastar la hipótesis de igualdad de medias, en este caso en lo que respecta a la valoración de esta variable entre los grupos de terapeutas de diferentes orientaciones teóricas. De esta manera, el estadístico Welch nos muestra que ya que el nivel de significación ( $p = 0,008$ ) es inferior a 0,01, no debe aceptarse la hipótesis de igualdad de medias y concluimos que existen diferencias significativas en la valoración que los terapeutas de las distintas orientaciones teóricas hacen de esta variable.

En concreto, encontramos que los terapeutas de orientación psicodinámica valoran más la alianza terapéutica que los cognitivos-conductuales ( $t = 3,564$ ,  $p = 0,001$ , siendo las medias correspondientes de 4,83 y 4,23) y los eclécticos ( $t = 2,486$ ,  $p = 0,029$ , con unas medias respectivas de 4,83 y 4,09).

***Factor común más importante***

Ya mencionamos en su momento que los psicoterapeutas encuestados tenían que elegir entre una serie de factores (específicos, comunes o ambos por igual), debiendo seleccionar aquellos que, en su opinión, proveería de efectividad a la psicoterapia de forma relevante. Así, aquellos que se decantaban por los factores comunes, debían a su vez elegir cuáles de estos factores consideraban más relevantes para la mejora de los pacientes (variables del terapeuta, del paciente o de la relación terapéutica).

Los terapeutas que consideran a las variables de la relación terapéutica como las variables comunes más importantes, valoran significativamente más la alianza terapéutica que los que se decantan por las variables del paciente como variables comunes más relevantes ( $t = 5,847$ ,  $p = 0,000$ , siendo las medias respectivas de 4,87 y

3,57). Estos resultados resultan a primera vista coherentes ya que parece obvio que el conceder gran importancia a la relación terapéutica que surge en el seno del proceso psicoterapéutico como aspecto que facilitará la cura del paciente, supone dar importancia a la alianza que, de forma inherente, dicha relación conlleva. No obstante, es de reseñar que si bien se encuentran diferencias significativas respecto a los que se posicionaban a favor de las variables del paciente, como se acaba de mencionar, no se encontraran diferencias significativas respecto a los que se decantaban por las variables del terapeuta. Esto quiere decir que, según los datos, los que eligen a las variables del terapeuta y los que optan por las variables de la relación terapéutica no se distancian mucho en la valoración que ambos hacen de la variable terapéutica “alianza”.

### ***Elección de la psicoterapia más efectiva***

Los terapeutas que consideraban a las psicoterapias cognitivas-conductuales como las más efectivas, otorgan una valoración significativamente menor a la variable “alianza terapéutica” que los terapeutas que se pronuncian a favor de las de orientación psicodinámica ( $t = -2,473$ ,  $p = 0,018$ , con unas medias de 4,77 y 4,29, respectivamente). Esto es coherente con los resultados obtenidos anteriormente cuando realizamos el análisis en función de la orientación teórica de los terapeutas.

Una vez visto aquellos contrastes de medias para grupos independientes que se han demostrado significativos, nos centraremos en los contrastos de medias para muestras relacionadas. Comprobaremos si dentro de una misma población se dan diferencias significativas en las valoraciones medias que han realizado de dos variables psicoterapéuticas. Todos estos contrastes, cuyos resultados mencionaremos a continuación, pueden consultarse más detalladamente en el apéndice B-2.

Nos interesa especialmente comprobar, a fin de contrastar algunas de las hipótesis planteadas, el caso concreto de los *psicoterapeutas de orientación ecléctica*. Por ejemplo, si estos psicoterapeutas conceden más o menos importancia a algunas de las variables psicoterapéuticas. Dado el carácter ecléctico de estos terapeutas, cabe pensar que otorgarán una relevancia significativamente mayor a las variables consideradas comunes a las distintas psicoterapias y una importancia significativamente

menor a las consideradas como específicas. De tal forma que, en especial, nos interesa conocer si en estos terapeutas aparecen tales diferencias cuando se compara la valoración media de cada variable específica (“enfoque terapéutico” y “técnicas o procedimientos utilizados”) con la de cada una de las demás variables consideradas comunes. Veamos cuáles han sido las diferencias significativas encontradas:

### **Enfoque terapéutico - Implicación del paciente en la terapia**

Los psicoterapeutas de orientación ecléctica valoran significativamente más a la variable común “implicación del paciente” que a la variable específica “enfoque terapéutico” ( $t = 4,503, p = 0,001$ ), siendo las puntuaciones medias respectivas de 4,64 y 2,91.

### **Enfoque terapéutico - Empatía que muestre el terapeuta**

Los terapeutas eclécticos conceden una valoración media significativamente mayor a la variable común “empatía del terapeuta” que a la variable específica “enfoque terapéutico” ( $t = 2,665, p = 0,024$ ), siendo las medias correspondientes de 4,09 y 2,91.

### **Enfoque terapéutico - Capacidad del terapeuta de influir en el paciente**

Cuando se comparan las valoraciones medias que los psicoterapeutas eclécticos otorgan a las variables “enfoque terapéutico” y “capacidad del terapeuta de influir en el paciente”, se observa que dichas medias no son iguales, siendo significativamente más alta la otorgada a la segunda ( $t = 3,993, p = 0,003$ , con unas medias respectivas de 2,91 y 4,09).

### **Enfoque terapéutico - Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo mostrada por el terapeuta al paciente**

Se encuentra que la valoración media de la variable común “grado de aceptación, comprensión, interés y ánimo del terapeuta al paciente” es significativamente mayor que la de la variable específica “enfoque terapéutico” ( $t = 2,654, p = 0,024$ , siendo tales valoraciones medias de 3,82 y 2,91, respectivamente).

### **Enfoque terapéutico - Experiencia del terapeuta**

Los terapeutas eclécticos valoran la “experiencia del terapeuta” con una puntuación media significativamente mayor que la concedida a la variable específica “enfoque terapéutico” ( $t = 3,212$ ,  $p = 0,009$ , con unos promedios respectivos de 4,55 y 2,91).

### **Técnicas o procedimientos empleados - Implicación del paciente en la terapia**

Los terapeutas de orientación ecléctica valoran a la variable común “implicación del paciente” con una puntuación media significativamente mayor que la otorgada a la variable específica “técnicas y procedimientos empleados” ( $t = 3,318$ ,  $p = 0,008$ ) siendo tales medias respectivas de 4,64 y 3,36.

### **Técnicas o procedimientos empleados - Experiencia del terapeuta**

Los terapeutas eclécticos conceden a la variable común “experiencia del terapeuta” una valoración media significativamente mayor que a la variable específica “técnicas o procedimientos empleados” ( $t = 2,277$ ,  $p = 0,046$ , siendo las medias correspondientes de 4,55 y 3,36).

Así, comprobamos cómo, en el caso de los terapeutas eclécticos, al comparar la variable específica “enfoque terapéutico” con las diez variables comunes presentadas, se encuentran diferencias significativas con respecto a cinco de ellas, siempre a favor de éstas últimas. En el caso de la variable específica “técnicas o procedimientos utilizados” las diferencias significativas sólo aparecen con respecto a dos variables comunes (“la implicación del paciente” y “la experiencia del terapeuta”), también a favor de las comunes. Esto tiene importancia ya que al realizar estos mismos contrastes en los psicoterapeutas psicodinámicos, por un lado, y en los cognitivos-conductuales, por otro, encontramos que en el caso de los psicodinámicos se encuentran cinco diferencias significativas de las diez comparaciones realizadas entre el “enfoque terapéutico” y las variables comunes del estudio, con la salvedad de que de esas cinco diferencias

significativas sólo tres son a favor de variables comunes (en concreto, la “implicación del paciente”, la “experiencia del terapeuta” y el “establecimiento de la alianza”), mientras que en el caso de los eclécticos, como vimos, las cinco diferencias encontradas eran a favor de variables comunes.

Continuando con los datos que nos ofrecen los terapeutas psicodinámicos, de las diez comparaciones entre la otra variable específica, es decir, las “técnicas o procedimientos utilizados” y las diez variables comunes, se desprenden tres diferencias significativas, siendo sólo una en la que se encuentra que tal diferencia es a favor de una variable común (en concreto, el “establecimiento de la alianza terapéutica”). En los terapeutas cognitivos-conductuales encontramos que el número de diferencias encontradas a favor de las variables comunes son aún menores, en concreto, al comparar la primera variable específica, el “enfoque terapéutico”, con las variables comunes, se hallan dos diferencias significativas, siendo una de ellas a favor de una variable común (“implicación del paciente”). Al comparar la segunda variable específica, las “técnicas o procedimientos empleados” con las diez variables comunes del estudio, se encuentra que de las cuatro diferencias encontradas ninguna es a favor de una variable común, o lo que es lo mismo, todas las diferencias halladas eran a favor de la variable específica (véase el apéndice B-2).

Por otra parte, interesa comprobar si los *terapeutas que se posicionan a favor de la equivalencia de las psicoterapias* otorgan una valoración media significativamente mayor a las variables comunes respecto a las variables específicas, como cabría esperar:

### **Enfoque terapéutico - Implicación del paciente en la terapia**

Los terapeutas que manifiestan estar a favor de la equivalencia en cuanto a efectividad de las distintas modalidades de psicoterapias valoran la variable común “implicación del paciente” con una puntuación media significativamente mayor que la concedida a la variable específica “enfoque terapéutico” ( $t = 3,435$ ,  $p = 0,004$ , con unos promedios respectivos de 4,38 y 3,25).



### **Enfoque terapéutico - Fe y credibilidad en el terapeuta que posea el paciente**

Los terapeutas a favor de la equivalencia conceden una valoración media significativamente mayor a la variable común “fe y credibilidad en el terapeuta que posea el paciente” que a la variable específica “enfoque terapéutico” ( $t = 2,236, p = 0,041$ ), siendo las medias correspondientes de 3,75 y 3,25.

### **Enfoque terapéutico - Empatía que muestre el terapeuta**

Los psicoterapeutas a favor de la equivalencia entre las psicoterapias valoran significativamente más a la variable común “empatía que muestre el terapeuta” que a la variable específica “enfoque terapéutico” ( $t = 6,455, p = 0,000$ ), siendo las puntuaciones medias correspondientes de 4,50 y 3,25.

### **Enfoque terapéutico - Directividad y apoyo que muestre el terapeuta**

Se encuentra que la valoración media de la variable común “directividad y apoyo del terapeuta” es significativamente mayor que la de la variable específica “enfoque terapéutico” ( $t = 3,162, p = 0,006$ , siendo tales valoraciones medias de 3,75 y 3,25 respectivamente).

### **Enfoque terapéutico - Capacidad del terapeuta de influir en el paciente**

Los terapeutas que están a favor de la similitud en cuanto a efectividad de las psicoterapias valoran a la variable común “capacidad de influencia del terapeuta” con una puntuación media significativamente mayor que la otorgada a la variable específica “enfoque terapéutico” ( $t = 4,183, p = 0,001$ ) siendo tales medias respectivas de 4,20 y 3,20.

### **Enfoque terapéutico - Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta al paciente**

Al comparar las valoraciones medias que los psicoterapeutas a favor de la equivalencia otorgan a las variables “grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta al paciente” y “enfoque terapéutico” se observa que dichas medias no son iguales, siendo significativamente más alta la otorgada a la primera ( $t = 4,858, p = 0,000$ , con unas medias respectivas de 4,19 y 3,25).

### **Enfoque terapéutico - Experiencia del terapeuta**

Se encuentra que la valoración media de la variable común “experiencia del terapeuta” es significativamente mayor que la de la variable específica “enfoque terapéutico” ( $t = 4,259, p = 0,001$ ), siendo los promedios encontrados de 4,31 y 3,25 respectivamente.

### **Enfoque terapéutico - Establecimiento de alianza terapéutica entre terapeuta y paciente**

Los terapeutas a favor de la similitud de las psicoterapias conceden a la variable común “establecimiento de alianza terapéutica” una valoración media significativamente mayor que a la variable específica “enfoque terapéutico” ( $t = 3,721, p = 0,002$ ), siendo las medias correspondientes de 4,44 y 3,25.

### **Técnicas o procedimientos utilizados - Implicación del paciente en la terapia**

Los terapeutas que se encuentran a favor de la equivalencia de las psicoterapias otorgan una valoración media significativamente más alta a la variable común “implicación del paciente” que a la variable específica “técnicas o procedimientos empleados”, siendo dichas valoraciones medias de 4,32 y 3,44 respectivamente ( $t = 2,611, p = 0,02$ ).

### **Técnicas o procedimientos utilizados - Empatía que muestre el terapeuta**

La variable común “empatía mostrada por el terapeuta” obtiene una valoración media significativamente mayor que la variable específica “técnicas o procedimientos utilizados” ( $t = 4,259$ ,  $p = 0,001$ , donde las medias respectivas son de 4,50 y 3,44).

### **Técnicas o procedimientos utilizados - Capacidad del terapeuta de influir en el paciente**

El promedio en cuanto a valoración otorgado por estos terapeutas a la variable común “capacidad de influencia del terapeuta” es significativamente mayor que el otorgado la variable específica “técnicas o procedimientos utilizados” ( $t = 2,219$ ,  $p = 0,044$ ), siendo las medias correspondientes de 4,20 y 3,47.

### **Técnicas o procedimientos utilizados - Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta al paciente**

Los psicoterapeutas a favor de la equivalencia de las psicoterapias dan una puntuación media significativamente mayor a la variable común “grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo mostrado por el terapeuta” respecto a la variable específica “técnicas o procedimientos empleados” ( $t = 3,503$ ,  $p = 0,003$ , encontrándose unas medias respectivas de 4,19 y 3,44).

### **Técnicas o procedimientos utilizados - Experiencia del terapeuta**

Los terapeutas a favor de la equivalencia conceden una valoración media significativamente mayor a la variable común “experiencia del terapeuta” que a la variable específica “técnicas o procedimientos empleados” ( $t = 2,671$ ,  $p = 0,017$ ), siendo las medias respectivas de 4,31 y 3,44.

### **Técnicas o procedimientos utilizados - Establecimiento de una alianza terapéutica entre terapeuta y paciente**

La variable común “establecimiento de una alianza terapéutica” es valorada por los terapeutas que están a favor de la equivalencia de las psicoterapias con una valoración media (4,44) significativamente mayor que la concedida a la variable específica “técnicas o procedimientos utilizados” (3,44) ( $t = 2,657$ ,  $p = 0,018$ ).

Se puede observar (ver apéndice B-2) que de las diez comparaciones realizadas entre la variable específica “enfoque terapéutico” y cada una de las variables comunes presentadas, se obtienen diferencias significativas en ocho de ellas, a favor de las variables comunes. En cuanto a las comparaciones realizadas entre la otra variable específica, esto es, las “técnicas y procedimientos utilizados” y las diez variables comunes del estudio, se obtiene, asimismo, un número apreciable de diferencias significativas también a favor de las variables comunes (seis diferencias significativas encontradas en las diez comparaciones realizadas). Esto quiere decir que de un total de veinte comparaciones, se encontraron catorce diferencias significativas, todas ellas a favor de variables comunes (mientras que en el caso de los terapeutas que están en contra de la equivalencia de las psicoterapias, al realizar las mismas veinte comparaciones, sólo se hallaron ocho diferencias significativas, siendo tan sólo tres de ellas a favor de variables comunes).

Por último, es de suponer que los *terapeutas que se decantaban por los factores comunes* como los más relevantes en la psicoterapia efectiva, tiendan a valorar significativamente más a las variables comunes que las específicas, mientras que los *terapeutas que se posicionaban a favor de los factores específicos* realicen una valoración significativamente mayor de las variables específicas que de las consideradas comunes. Así, cabe reseñar que en los primeros (esto es, los terapeutas que eligieron a los factores comunes como los más relevantes), al realizar todas las comparaciones posibles entre variables específicas y comunes (es decir, las veinte comparaciones anteriormente mencionadas), se encuentran un total de diez diferencias significativas, siempre a favor de las variables comunes (cinco diferencias significativas entre la variable específica “enfoque terapéutico” con respecto a las variables comunes “implicación del paciente”, “empatía mostrada por el terapeuta”, “grado de aceptación,

interés, comprensión y ánimo del terapeuta hacia el paciente”, “experiencia del terapeuta” y “establecimiento de la alianza terapéutica”; y otras cinco diferencias halladas en la comparación de la variable específica “técnicas o procedimientos utilizados” respecto a las variables comunes “implicación del paciente”, “empatía mostrada por el terapeuta”, “grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta hacia el paciente”, “experiencia del terapeuta” y “establecimiento de la alianza terapéutica”). En las diez comparaciones restantes no se encontraron diferencias significativas.

Con respecto a los terapeutas que se decantaban por los factores específicos, se hallaron un total de nueve diferencias significativas, siempre a favor, evidentemente, de las variables específicas (tres diferencias entre la variable “enfoque terapéutico” respecto a las variables comunes “fe y credibilidad en el terapeuta del paciente”, “directividad y apoyo del terapeuta” y “percepción del terapeuta de la implicación del paciente”; así, como otras seis diferencias entre la variable específica “técnicas o procedimientos utilizados” y las variables comunes “expectativa de cura del paciente”, “fe y credibilidad en el terapeuta del paciente”, “empatía del terapeuta hacia el paciente”, “directividad y apoyo del terapeuta”, “percepción del terapeuta de la implicación del paciente” y “grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta hacia el paciente”).

Estos datos vienen a reafirmar lo que ya cabía esperar y es que los terapeutas que se decantan por los factores comunes o específicos tienden a ser consistentes en sus valoraciones de las variables psicoterapéuticas, valorando más, coherentemente, a aquellas variables que corresponden a la elección realizada sobre los tipos de factores, comunes o específicos, susceptibles de influir de manera determinante en la efectividad psicoterapéutica.

#### **4.2.2.- Análisis Factorial**

Dado el número de variables psicoterapéuticas analizadas (en total, doce variables entre específicas y comunes), interesa realizar una análisis factorial exploratorio, como técnica de reducción de datos, a fin de encontrar grupos homogéneos de estas variables y poder así reducir tal cantidad de variables a un número menor. Estos

grupos homogéneos se forman con aquellas variables que correlacionan mucho entre sí. De esta manera, aplicando esta técnica a las respuestas de los terapeutas encuestados, podremos encontrar grupos de variables con significado común y conseguir así reducir el número de dimensiones necesarias capaces de explicar el máximo de información contenida en los datos.

Generalmente las variables presentan redundancias y más de una variable puede estar asociada con una misma idea fundamental que se designa como factor. Un factor no es directamente observable pero puede considerarse como representativo de un agrupamiento de variables. Dado que no es observable, para interpretar un factor hay que considerar las cargas de los factores, que son valores que miden las correlaciones entre los factores y las variables. Esas cargas proporcionan información sobre qué variables originales están correlacionadas con cada factor y el grado de correlación.

Todas las tablas y pruebas que se derivan de este análisis factorial pueden consultarse en el apéndice C-1.

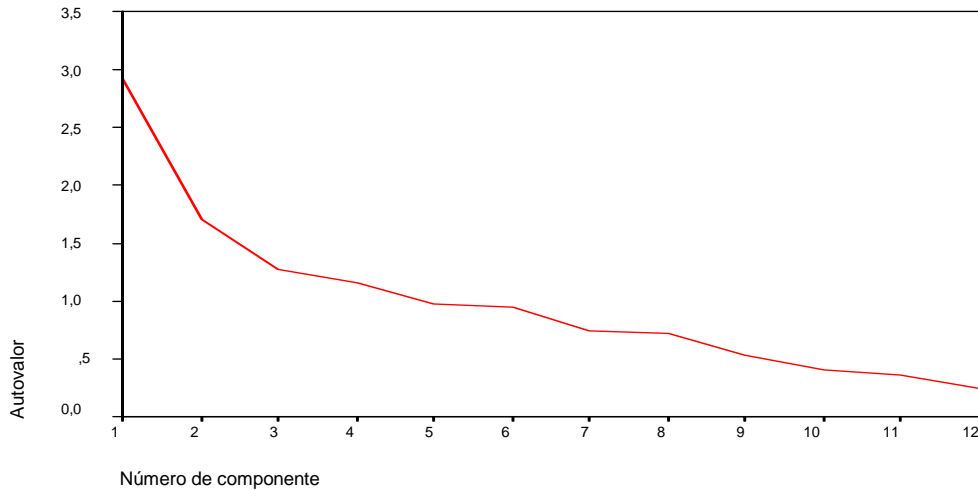
El test estadístico KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) se tomará como índice para indicar la adecuación del análisis factorial aplicado al grupo de variables analizadas. Se consideran valores mayores de 0,5 como apropiados. También se aplicará el test de Bartlett con un nivel de significación de 0,05 (Pardo y Ruiz, 2002).

$$KMO = \frac{\sum_{i \neq j} r_{ij}^2}{\sum_{i \neq j} r_{ij}^2 + \sum_{i \neq j} r_{ij.m}^2}$$

Posteriormente y con la finalidad de mejorar la capacidad de interpretación de los factores, se empleará un método de rotación Varimax. Se eligió este tipo de rotación debido a que no disponemos de suficiente información para presuponer que los factores se encuentren relacionados (en cuyo caso se hubiera elegido un procedimiento de rotación oblicua). La carga factorial mínima para cada ítem se fijó en 0,30, adecuada para una muestra de este tamaño (N = 69). Una vez realizado el análisis estadístico se pone en juego la interpretación del investigador para designar los factores extraídos de las variables analizadas.

El análisis de la matriz de correlaciones y el coeficiente de Kaiser-Mayer-Olkin de 0,586, indicaron que el análisis factorial era un método adecuado a aplicar a los datos. Además, el valor de la prueba de Barlett ( $Sig = 0,000$ ) hace que podamos rechazar la hipótesis de esfericidad y, consecuentemente, asegurar que el modelo factorial es adecuado para explicar los datos.

En la primera solución libre emergieron cuatro factores, explicando un 58,801% de la varianza de los datos originales (24,291%, 14,231%, 10,662%, 9,617%, respectivamente). Se podría haber extraído un número mayor de factores que explicaran un mayor porcentaje de la varianza, pero en tal caso los pesos factoriales se encontrarían demasiado repartidos entre tales factores y la consistencia de contenido psicológico sería difícil de establecer, además de que se estaría frustrando una de las ventajas principales del análisis factorial, cual es la de poder reducir de forma notoria el número de dimensiones necesarias para explicar los datos. Por tanto, y en línea con el criterio de Kaiser, siendo los cuatro primeros autovalores los únicos mayores que 1, se conservarán los cuatro primeros factores.



*Gráfica 43: Gráfica de sedimentación de Catell.*

Resumiendo, los cuatro factores son los siguientes:

- Factor I: Recoge un 24,291% de la varianza total e incluye cinco variables.
- Factor II: Da cuenta de un 14,231% de la varianza total y comprende cuatro variables.
- Factor III: Explica un 10,662% de la varianza y está constituido por tres variables.
- Factor IV: Recoge un 9,617% de la varianza y está formado por tres variables.

Considerando el marco teórico en el que se insertan las variables iniciales, la denominación que se propone para los factores es la siguiente (por orden de mayor a menor saturación):

Factor I – Variables comunes de orden perceptivo favorecedoras de la alianza:

- a) Capacidad del terapeuta de influir en el paciente.
- b) Fe y credibilidad en el terapeuta que posea el paciente.
- c) Percepción que tenga el terapeuta de la implicación del paciente.
- d) Establecimiento de una alianza terapéutica entre terapeuta y paciente.
- e) *Expectativas de cura del paciente.*

Factor II – Variables comunes del terapeuta:

- a) Empatía del terapeuta.
- b) Directividad y apoyo que muestre el terapeuta.
- c) Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta a su paciente.
- d) *Percepción que tenga el terapeuta de la implicación del paciente.*

Factor III – Variables específicas:

- a) Técnicas o procedimientos utilizados.
- b) Enfoque terapéutico que se utilice.
- c) *Implicación del paciente en la terapia.*

Factor IV – Variables comunes facilitadoras de la implicación del paciente en la terapia:

- a) Implicación del paciente en la terapia.
- b) Experiencia del terapeuta.
- c) Expectativas de cura del paciente.

Hay variables que poseen saturaciones destacables (superiores a 0,3) en más de un factor, apareciendo en cursiva en el factor donde menor saturación tienen (ver tabla 21).



VARIABLES	FACTORES			
	I Variables comunes de orden perceptivo favorecedoras de la alianza	II Variables comunes del terapeuta	III Variables específicas	IV Variables comunes facilitadoras de la implicación del paciente en la terapia
1.- El enfoque terapéutico que se utilice			<b>,857</b>	
2.- Las técnicas o procedimientos utilizados			<b>,899</b>	
3.- Las expectativas de cura del paciente	<b>,345</b>			<b>,547</b>
4.- La implicación del paciente en la terapia			<b>,305</b>	<b>,673</b>
5.- La fe y credibilidad en el terapeuta que posea el paciente	<b>,701</b>			
6.- La empatía que muestre el terapeuta		<b>,807</b>		
7.- La directividad y apoyo que muestre el terapeuta		<b>,728</b>		
8.- La percepción que tenga el terapeuta de la implicación del paciente	<b>,576</b>	<b>,420</b>		
9.- La capacidad del terapeuta de influir en el paciente	<b>,756</b>			
10.- El grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta a su paciente		<b>,700</b>		
11.- La experiencia del terapeuta				<b>,654</b>
12.- El establecimiento de una alianza terapéutica entre terapeuta y paciente	<b>,528</b>			
<b>Varianza explicada por cada factor (en %)</b>	24,291	14,231	10,662	9,617

Tabla 21: Pesos factoriales de la solución rotada.

A modo de síntesis, se puede resaltar que el primer factor está compuesto por dos ítems referidos a las variables comunes del terapeuta, dos ítems referidos a las variables comunes propias del paciente (cargando uno de ellos, la expectativa de cura del paciente, principalmente en el factor IV) y el ítem referido a la relación terapeuta-paciente. En este factor, el ítem que mayor peso aporta es el ítem 9 (“capacidad del terapeuta de influir en el paciente”). En el segundo factor, los ítems que presentan mayor peso factorial se refieren a las variables que el terapeuta pone en juego en el proceso de la psicoterapia, siendo el ítem 6 (“empatía mostrada por el terapeuta”) el de mayor peso de todos (0,807). El tercer factor está compuesto principalmente por los dos

ítems referidos a las variables consideradas como específicas de las terapias y que las hacen genuinas a unas de otras. En este caso, el ítem 2 (“técnicas o procedimientos utilizados en la terapia”) es el que presenta una mayor carga factorial (0,899). Además, en este factor carga marginalmente un ítem correspondiente a una variable común del paciente (ítem 4), presentando, no obstante, una mayor carga en el factor IV. Por último, en el cuarto factor aparecen dos ítems referidos a las variables comunes propias del paciente y uno referido a las variables comunes del terapeuta. Es el ítem 4 (“implicación del paciente en la terapia”) el que aporta un mayor peso a este factor (0,673).

En resumen, observamos que los factores I, II y IV, al aglutinar variables comunes de las psicoterapias, van a considerarse factores comunes, mientras que el factor III, al incluir las variables específicas, se considerará como un factor específico.

De este modo, los psicoterapeutas estudiados tienen una percepción del proceso psicoterapéutico basado en variables comunes favorecedoras de la alianza, variables comunes del terapeuta, variables específicas y variables comunes facilitadoras de la implicación del paciente en la terapia.

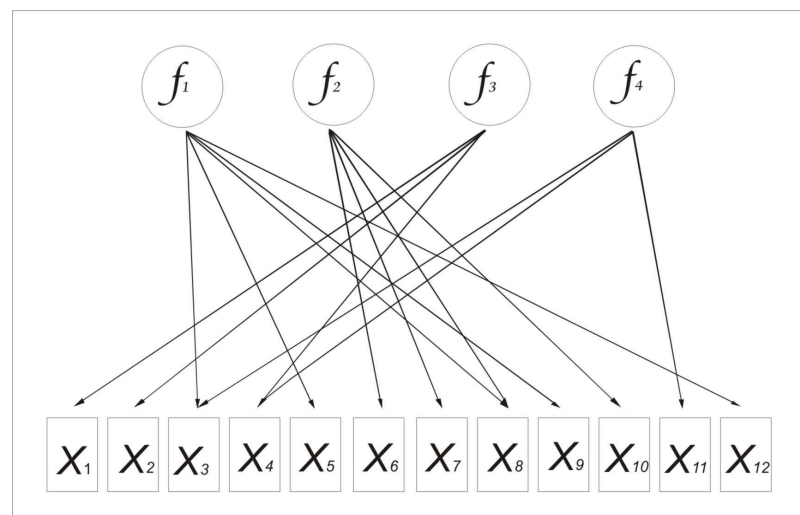


Figura 2: Estructura factorial.

Se calculó la consistencia interna de los factores mediante el coeficiente *alfa* de Cronbach. En el caso del factor III, y tal y como sugiere el análisis, la eliminación del ítem 4, correspondiente a la variable “Implicación del paciente en la terapia”, hacía aumentar ostensiblemente la fiabilidad de esta subescala (de un *alfa* de 0,63 se pasa a un *alfa* de 0,75), por lo que se decidió su eliminación a pesar de que este factor

quedaría con sólo dos variables, incumpléndose así el criterio que recomienda que cada factor esté integrado al menos por tres variables. No obstante, dado el carácter exploratorio del presente estudio, se buscará en el futuro un ítem más adecuado para esta subescala. Por lo que ahora nos concierne, se ha preferido eliminar el ítem que perturba la fiabilidad de la subescala que cumplir el criterio de tres mínimos. Este ítem sólo aparecerá a partir de ahora en el factor IV que es donde presenta una saturación mayor. Así, este tercer factor denominado “Variables específicas” integra ahora de forma exclusiva a las dos variables consideradas, de entre todas las presentadas, como genuinamente específicas de las psicoterapias (tal y como son el enfoque y las técnicas utilizadas). Ningún otro ítem fue eliminado en las demás subescalas o factores ya que no se obtenían ganancias significativas en cuanto a fiabilidad, e incluso la eliminación de los ítems con cargas marginales hacía disminuir tal fiabilidad.

Los factores presentaron finalmente los siguientes índices de fiabilidad: 0,66 en el factor I; 0,66 en el factor II; 0,75 en el factor III; y 0,44 en el factor IV. Recordemos que el coeficiente *alfa* de Cronbach total era de 0,72. La confiabilidad estimada para las subescalas correspondientes a los cuatro factores, fue, teniendo en cuenta el número de ítems, óptima para tres de ellos, obteniéndose valores *alfa* bastante aceptables para los factores I, II y III. En el factor IV se obtuvo un valor *alfa* de 0,44, valor que es considerado relativamente bajo. No obstante, debido a la poca cantidad de ítems, se pueden aceptar valores *alfa* de Cronbach de esa magnitud (como sostienen Carmines y Zeller, 1979; Pedhazur y Schmelkin, 1991). Esto se demuestra si equiparamos las cuatro subescalas a un mayor número de ítems (por ejemplo a 12, como en la escala total). Siguiendo la fórmula de la atenuación de Spearman-Brown, obtendríamos en este caso los siguientes índices de fiabilidad para las cuatro subescalas: 0,82 para el factor I; 0,85 para el factor II; 0,94 para el factor III; y 0,75 para el factor IV.

Resumiendo, tres de los factores obtuvieron valores *alfa* bastante aceptables y un factor obtuvo un valor *alfa* moderadamente aceptable. Por lo que a la fiabilidad de los componentes se refiere, teniendo en cuenta el reducido número de ítems que forman parte de cada factor, puede ser considerada satisfactoria. Para consultar las pruebas referidas a la consistencia interna de los factores, véase el apéndice C-2.

Una vez realizado el análisis factorial nos interesa conocer si los diversos grupos de psicoterapeutas, en función de sus diversas características, tales como la orientación teórica, experiencia, etc., difieren en cada uno de los factores obtenidos. Para ello realizaremos análisis de varianzas y contrastes de medias para grupos independientes (véase apéndice C-3).

- **Factor I: Variables comunes de orden perceptivo favorecedoras de la alianza**

*Factor preferentemente responsable de la cura*

Los psicoterapeutas que se posicionan a favor de los factores específicos como los máximos responsables de la cura presentan un promedio significativamente menor en este primer factor que los que se posicionan a favor de la acción conjunta de factores específicos y comunes ( $t = -2,031$ ,  $p = 0,049$ ). Teniendo en cuenta que éste es un factor considerado común, es de esperar que los terapeutas que se posicionan a favor de los factores específicos presenten un promedio menor que los que están dispuestos a aceptar la intervención conjunta de factores comunes y específicos.

No se encontraron más diferencias significativas en los terapeutas con distintos grados de experiencia, orientaciones teóricas, nivel de acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia, posicionamiento sobre la equivalencia en cuanto a efectividad de las psicoterapias y distinta elección de la psicoterapia más efectiva.

- **Factor II: Variables comunes del terapeuta**

*Orientación teórica*

Los terapeutas de orientación psicodinámica presentan un promedio significativamente menor en este segundo factor que los de orientación cognitivo-conductual ( $t = -2,397$ ,  $p = 0,022$ ).

### ***Elección de la psicoterapia más efectiva***

Ya que, como se ha visto, los terapeutas de cada orientación tienden a elegir a la suya como la más efectiva, no sorprende que, en concordancia con lo expresado en el párrafo anterior, también aparezca una diferencia significativa entre los que eligen las terapias psicodinámicas como las más efectivas y los que eligen las cognitivo-conductuales en lo que respecta a este factor. Así, los psicoterapeutas que eligen las terapias psicodinámicas presentan un promedio significativamente menor que los que eligen las terapias cognitivo-conductuales ( $t = -2,397, p = 0,022$ ).

No se hallaron más diferencias significativas en los terapeutas con distintos grados de experiencia, nivel de acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia, posicionamiento sobre la equivalencia en cuanto a efectividad de las psicoterapias y posicionamiento sobre los factores responsables de la efectividad terapéutica.

- **Factor III: Variables específicas**

#### ***Orientación teórica***

Al realizar un ANOVA de un factor, los datos indican que ha de aceptarse la hipótesis nula de igualdad de varianzas ( $p = 0,582$ ), cumpliéndose así el supuesto de homocedasticidad. En la tabla-resumen del ANOVA se observa un nivel crítico igual a 0,001, con lo cual puede rechazarse la hipótesis nula del ANOVA ( $H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3$ ) y concluir que existen diferencias significativas en la valoración de este factor por los sujetos de cada orientación teórica. En concreto, se encuentran diferencias significativas respecto al presente factor entre los terapeutas psicodinámicos y eclécticos ( $t = 2,501, p = 0,019$ ), y entre los cognitivos-conductuales y eclécticos ( $t = 4,045, p = 0,000$ ), siendo en ambos casos el promedio menor para los eclécticos. Además, al realizar una comparación planeada, se comprueba que existe una diferencia significativa de medias entre los psicoterapeutas eclécticos y los terapeutas de las demás orientaciones teóricas tomados conjuntamente, a favor de éstos últimos ( $t = -3,232, p = 0,002$ ).

### ***Factor preferentemente responsable de la cura***

De igual forma, el procedimiento ANOVA de un factor revela que también se encuentran diferencias significativas al comparar los promedios obtenidos en este tercer factor según el posicionamiento de los psicoterapeutas sobre los factores responsables de la efectividad psicoterapéutica ( $p = 0,001$  en la tabla-resumen). Así, y como cabe esperar, los psicoterapeutas que se posicionan a favor de los factores específicos como los máximos responsables de la cura en el proceso terapéutico, presentan un promedio mayor en este tercer factor que los que se posicionan a favor de los factores comunes ( $t = 3,347, p = 0,002$ ). Asimismo, los terapeutas que consideran que ambos factores son igualmente relevantes, presentan un promedio significativamente más alto que los que sólo se decantan por los factores comunes ( $t = 2,918, p = 0,005$ ).

Al realizar diversas comparaciones planeadas, se obtienen algunos resultados reveladores. Por ejemplo, los terapeutas que se posicionan únicamente a favor de los factores comunes presentan una puntuación media significativamente menor en este factor que la media conjunta de los que se posicionan por los factores específicos y los que lo hacen por los específicos y comunes por igual ( $t = -3,977, p = 0,00$ ). De igual manera, y considerando en todo momento las puntuaciones referidas a este tercer factor, al comparar los promedios de los terapeutas que se decantan sólo por los factores específicos con el promedio de los dos restantes grupos de psicoterapeutas tomados conjuntamente (esto es, lo que se decantan únicamente por los factores comunes y los que se posicionan a favor de ambos por igual), encontramos que los primeros presentan un promedio significativamente mayor ( $t = 2,391, p = 0,02$ ). Estos datos son coherentes, ya que es lógico que los terapeutas que ponen el acento en un mayor valor curativo de las variables específicas, presenten una puntuación relevantemente mayor en este factor, el cual aglutina dichas variables consideradas genuinas de cada modalidad psicoterapéutica.

### ***Posicionamiento sobre la efectividad similar de las distintas psicoterapias***

Es de destacar que los terapeutas que se posicionan en contra de la similar efectividad de los distintos modelos psicoterapéuticos, presentan con respecto a este tercer factor una puntuación media significativamente mayor que los que se posicionan

a favor de la similar efectividad de las distintas psicoterapias ( $t = 3,371, p = 0,001$ ). Como ya se ha mencionado en diferentes ocasiones, parece lógico que los terapeutas que no crean en la efectividad similar de las psicoterapias tiendan a conceder más importancia que los que están a favor de la efectividad similar a las variables de tipo específico, variables que quedan encuadradas en este tercer factor.

### ***Elección de la psicoterapia más efectiva***

Por último, puede concluirse que las poblaciones de psicoterapeutas definidas por la variable “elección de la psicoterapia más efectiva” no obtienen la misma puntuación media respecto a este tercer factor ( $p = 0,001$  en la tabla-resumen del ANOVA). De esta manera, se observa que los terapeutas que eligen la modalidad de terapia ecléctica como la más efectiva presentan una puntuación media significativamente menor que los que señalan la modalidad cognitivo-conductual ( $t = -4,379, p = 0,00$ ).

Una comparación planeada nos indica que el grupo de terapeutas que se decanta por la modalidad ecléctica presenta un promedio en este factor significativamente por debajo del obtenido por los demás grupos de psicoterapeutas tomados conjuntamente ( $t = -2,786, p = 0,008$ ).

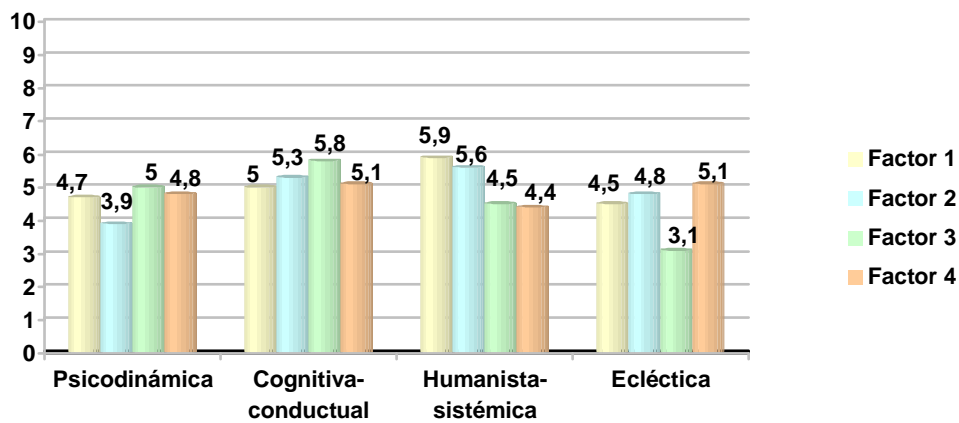
### **• Factor IV: Variables comunes facilitadoras de la implicación del paciente en la terapia**

Realizados ANOVAs de un factor, comparaciones múltiples y contrastes de medias, se observa que en relación con este cuarto factor no se han constatado diferencias significativas entre los terapeutas, en función de variables tales como la experiencia, la orientación teórica, el nivel de acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia, el posicionamiento sobre la equivalencia en cuanto a efectividad de las psicoterapias, el posicionamiento sobre los factores responsables de la efectividad terapéutica y la distinta elección de la psicoterapia más efectiva.

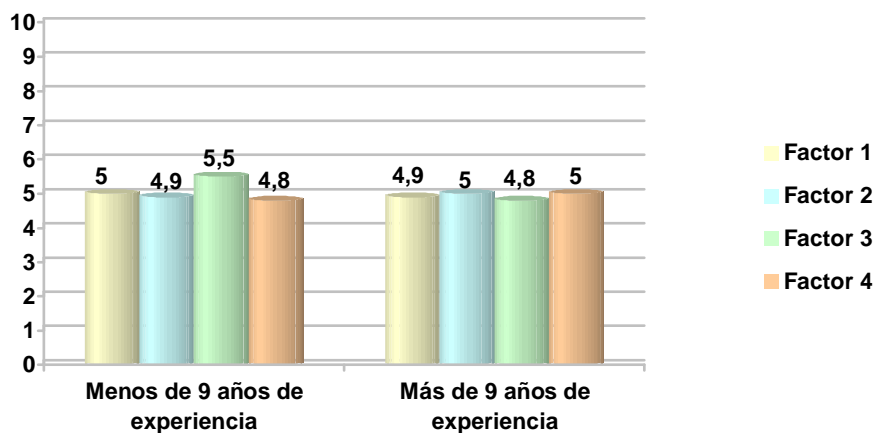
Una vez realizados dichos análisis, es nuestro interés observar, dentro de una misma población, las puntuaciones medias que presentan en los cuatro factores

terapéuticos. Para este análisis aproximativo, así como para análisis posteriores más profundos, se ha realizado una tipificación de los cuatros factores extraídos con la intención de que las puntuaciones se encuentren en una misma escala. De igual manera, se ha optado por convertir tales factores a eneatis, a fin de facilitar la interpretación de los datos.

Interesa así, conocer las medias que obtienen, en cada uno de los cuatro factores, los distintos grupos de terapeutas en función de las variables “orientación teórica”, “nivel de experiencia”, “nivel de acceso a las publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia”, “posicionamiento sobre la similar efectividad de las psicoterapias” y “posicionamiento sobre los factores responsables de la cura” y “elección de la psicoterapia más efectiva”. Tales datos se presentan gráficamente:

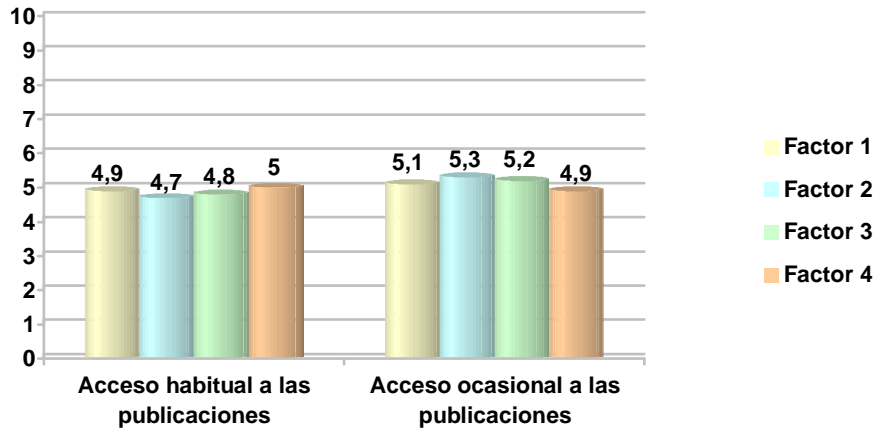


Gráfica 44: Puntuaciones medias en cada factor según la orientación teórica.

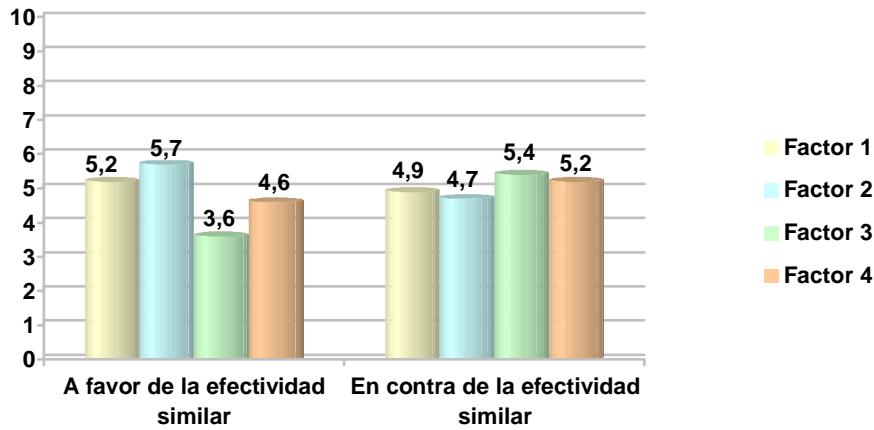


Gráfica 45: Puntuaciones medias en cada factor según la experiencia.

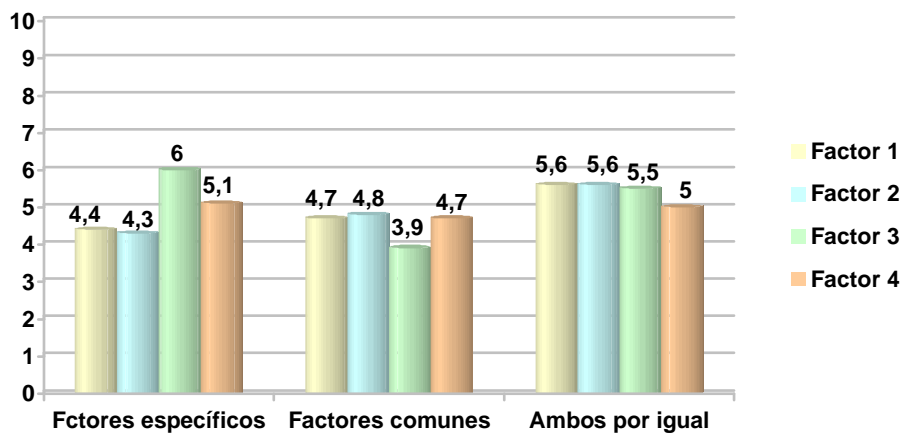




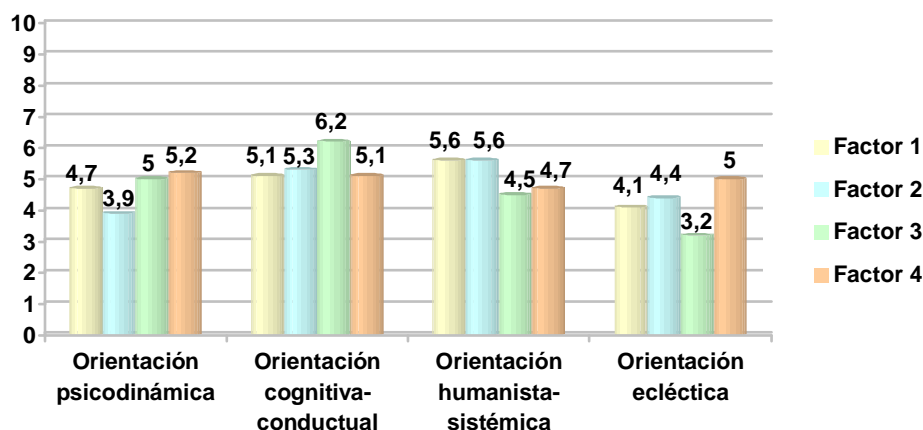
Gráfica 46: Puntuaciones medias en cada factor según el nivel de acceso a publicaciones especializadas en investigación sobre psicoterapia.



Gráfica 47: Puntuaciones medias en cada factor según el posicionamiento acerca de la similar efectividad de los distintos modelos psicoterapéuticos.



Gráfica 48: Puntuaciones medias en cada factor según el posicionamiento sobre los factores preferentemente responsables de la cura.



Gráfica 49: Puntuaciones medias en cada factor según la elección de la orientación psicoterapéutica más efectiva.

Por último, comprobaremos si dentro de una misma población se dan diferencias significativas en las puntuaciones medias que presentan en dos factores psicoterapéuticos (para lo que realizaremos diversos contrastes de medias para grupos relacionados). Las comparaciones más interesantes (véase el apéndice C-3) serán las que se realicen entre el tercer factor (que aglutina a las variables terapéuticas de tipo específico) con respecto a cada uno de los restantes tres factores (factores I, II y IV, que aglutinan a las variables comunes).

Siguiendo el curso de nuestras hipótesis, nos interesa centrarnos en el grupo de *psicoterapeutas eclécticos*. Es de suponer, en principio, que los psicoterapeutas eclécticos valoren significativamente más a alguno de los factores comunes (factores I, II y IV) a la hora de compararlos con el factor III, considerado como específico. Así, encontramos una diferencia significativa al comparar en estos psicoterapeutas el factor II y el factor III, a favor del primero. Esto se traduce en que los psicoterapeutas eclécticos puntúan significativamente más a los factores comunes del terapeuta que a los factores específicos ( $t = 2,328, p = 0,042$ ).

Es de reseñar que esta diferencia significativa encontrada en los eclécticos no se encuentra cuando las comparaciones entre los factores se realizan con el conjunto de los psicoterapeutas estudiados, ya que éstos no presentan diferencias alguna en la comparación entre dichos factores. Sólo los terapeutas eclécticos muestran tal diferencia a favor de los factores comunes del terapeuta en relación con el conjunto de los psicoterapeutas del estudio.

Ahora comprobaremos si, como cabría esperar, los *terapeutas que se posicionan a favor de la efectividad similar de las psicoterapias* presentan una puntuación media significativamente menor en el factor III (“variables específicas”) respecto a alguno de los demás factores (catalogados como comunes, ya que aglutinan a variables psicoterapéuticas de este estilo). Esta suposición se ve confirmada ya que se manifiestan dos diferencias significativas, en las cuales dicho tercer factor presenta puntuaciones significativamente por debajo de los factores comunes I y II. Concretizando, los terapeutas que se posicionan a favor de la equivalencia de las psicoterapias puntúan significativamente menos al factor específico, esto es, a las variables específicas, que a dos factores comunes, a saber, las variables comunes de orden perceptivo favorecedoras de la alianza y las variables comunes del terapeuta ( $t = -2,186, p = 0,046$  y  $t = -5,618, p = 0,00$ , respectivamente).

De igual manera, únicamente los terapeutas que se posicionan a favor de la equivalencia de las psicoterapias muestran tales diferencias a favor de dichos factores comunes en relación con el conjunto de los psicoterapeutas del estudio, ya que en éstos no se encontró diferencia significativa alguna al contrastar los distintos factores.

Cuando nos centramos en los *terapeutas que se posicionan en contra de la efectividad similar de las psicoterapias* encontramos, en contra de lo esperado, que no presentan una puntuación media significativamente mayor del factor III (“variables específicas”) respecto a alguno de los demás factores comunes (factores I, II y IV).

Cabe esperar que los *terapeutas que se posicionan a favor de los factores específicos* como los más relevantes en la psicoterapia efectiva, se comporten consecuentemente y tiendan a presentar una puntuación media significativamente mayor del factor que aglutina tales variables específicas (factor III) cuando se realicen las comparaciones respecto a los factores comunes. En efecto, los datos indican tal coherencia ya que estos terapeutas puntúan significativamente por encima a tal factor específico que a los factores comunes I y II (“variables comunes de orden perceptivo favorecedoras de la alianza” y “variables comunes del terapeuta”) ( $t = 2,702, p = 0,017$  y  $t = 2,528, p = 0,024$ , respectivamente). En el conjunto de psicoterapeutas analizados, sin embargo, no se observaron tales diferencias.

## **5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

### **5.1.- VERIFICACIÓN DE LAS HIPÓTESIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

En el apartado anterior se han expuesto ampliamente los datos cuantitativos resultantes de la presente investigación y mostrado, asimismo, los índices y estadísticos manejados. Es por ello por lo que en el presente apartado nos ceñiremos en referir aquellos resultados que nos permitan, a partir de los mismos, la aceptación o no de las hipótesis planteadas en la presente tesis. De forma paralela, se irán efectuando las discusiones oportunas.

*Hipótesis 1: En contra de las principales conclusiones a las que ha llegado la investigación del proceso terapéutico realizada hasta la fecha, los psicoterapeutas, independientemente de su orientación teórica, atribuirán a las variables específicas, esto es, a las técnicas y enfoque utilizados, la mayor responsabilidad en la explicación del cambio terapéutico. La relevancia y valoración que otorgarán los psicoterapeutas a los factores comunes, esto es, a las variables propias del paciente, del terapeuta y de la relación terapéutica, será menor.*

Tal y como se expresó en el análisis de los resultados, los diferentes factores psicoterapéuticos capaces de explicar la cura son elegidos por un número estadísticamente similar de psicoterapeutas. Tampoco se encontró diferencia significativa entre el porcentaje de terapeutas que se decanta por los factores comunes y el que lo hace por los factores específicos. De igual forma, diversos contrastes de proporciones realizados nos revelan que en ninguna de las orientaciones teóricas se encuentran diferencias significativas a favor de algún factor sobre el otro.

Asimismo, el análisis de los factores que se desprende del análisis factorial revela que para el conjunto de los psicoterapeutas estudiados, la comparación entre el tercer factor (que aglutina a las variables terapéuticas de tipo específico) con respecto a cada uno de los restantes tres factores (factores I, II y IV, que aglutinan a las variables comunes) no da lugar a ninguna diferencia significativa.

Además, al comparar las puntuaciones medias de cada una de las dos variables específicas con las del resto de las variables comunes, encontramos que de las veinte comparaciones realizadas en diez de ellas aparecen diferencias significativas, repartiéndose de forma bastante equilibrada el número de las que se encuentran a favor de variables comunes (un total de seis) y las que lo están a favor de variables específicas (un total de cuatro).

Todos estos datos nos permiten concluir que no se puede inferir un posicionamiento claro de los terapeutas por algún factor de los presentados (esto es, específicos o comunes) como el principal responsable del cambio terapéutico. Esto hace que no debamos aceptar nuestra primera hipótesis, la cual asumía que los terapeutas encuestados atribuirían de forma significativa a los factores específicos la mayor responsabilidad en el cambio terapéutico, así como una menor relevancia de los factores de tipo común.

Estos datos nos suscitan algunos comentarios. Si nos guiamos por la investigación de procesos, todo parece apuntar a una mayor relevancia de los factores y variables de tipo común como proveedoras del cambio terapéutico. No obstante, nosotros mostrábamos en nuestra primera hipótesis un cierto “pesimismo” en que dichos datos hubieran sido asumidos por la comunidad de psicoterapeutas. Es por ello por lo que se trataba de comprobar si, como esperábamos, los terapeutas de nuestro estudio continuarían responsabilizando a las variables específicas y genuinas de cada terapia la responsabilidad del cambio terapéutico. Los resultados que hemos obtenido, sin embargo, y ya que no hay una decantación clara por parte de los terapeutas hacia los factores comunes o hacia los de tipo específico, nos marcan una tercera interpretación. Parece existir, a tenor de los datos, una cierta duda e incertidumbre en los psicoterapeutas acerca de cuales son los factores y variables que hacen a la psicoterapia efectiva, a pesar de lo que la investigación de procesos psicoterapéuticos ha concluido en reiteradas ocasiones.

*Hipótesis 2.- Los psicoterapeutas opinarán en mayor medida que no todos los modelos psicoterapéuticos son similarmente efectivos.*

En lo que se refiere a la segunda hipótesis, los resultados muestran que casi tres cuartas partes de los psicoterapeutas encuestados no considera que las distintas modalidades de psicoterapia sean similarmente efectivas, mientras que la cuarta parte restante sí considera que son semejantes en cuanto a su efectividad. La prueba binomial revela que el porcentaje de sujetos en contra de la equivalencia de las psicoterapias es significativamente mayor que el porcentaje que se manifiestan a favor de dicha similitud en cuanto a efectividad. La segunda hipótesis queda aceptada en consecuencia

Estos resultados llaman poderosamente la atención, teniendo en cuenta que, tal y como se ha hecho referencia en los apartados dedicados a la investigación de resultados y procesos, las investigaciones sobre la efectividad diferencial de las psicoterapias muestran, desde hace bastante tiempo, un acuerdo general sobre la similar eficacia de las distintas modalidades de psicoterapia, así como el hecho de que tal similitud es debida a la actuación de los factores comunes que todas ellas comparten. Al igual que en el caso de la hipótesis anterior, podemos extraer de aquí la resistencia manifestada por parte de los psicoterapeutas a aceptar que las psicoterapias de los demás modelos teóricos puedan ser tan efectivas como la de la propia orientación.

*Hipótesis 3.- Los psicoterapeutas que consideran que los distintos modelos psicoterapéuticos no son similarmente efectivos, otorgarán un grado mayor de eficacia al modelo al cual se adscriben.*

Como cabía esperar, cuando los terapeutas que previamente habían considerado que las diferentes modalidades de psicoterapia no eran similarmente efectivas, tuvieron que elegir qué modalidad consideraban entonces por encima de las demás, se decantaron mayoritariamente por aquella a la que se suscribían. Así, si tomamos el conjunto de estos psicoterapeutas, el porcentaje que elige la propia modalidad como la más efectiva es significativamente superior al porcentaje que elige alguna otra modalidad. En consecuencia podemos dar por aceptada la tercera hipótesis.

Un análisis más detallado nos informa que, en concreto, son los psicoterapeutas psicodinámicos y cognitivos-conductuales en los que se manifiesta tal diferencia significativa a favor de la efectividad de la propia terapia. En los terapeutas eclécticos, sin embargo, el porcentaje que elige la propia terapia como la más efectiva no es significativamente mayor que el porcentaje que elige la de otra modalidad. Este último resultado es, *a priori*, coherente con la postura de un terapeuta ecléctico. No obstante, sería conveniente confirmar estos datos con una población mayor de psicoterapeutas (y más en concreto, de psicoterapeutas de orientación ecléctica).

*Hipótesis 4.- Los terapeutas que consideran a los factores comunes como los mayores responsables de la efectividad del tratamiento, serán los que en mayor medida estarán dispuestos a reconocer la efectividad similar de los diferentes modelos psicoterapéuticos.*

La prueba binomial nos informa que, dentro de los terapeutas que se decantan por los factores comunes, no existe una diferencia significativa entre el porcentaje que está a favor de la equivalencia y el porcentaje que se encuentra en contra de la misma. Esto parece mostrar que incluso entre los que aceptan el valor de los factores comunes como proveedores de eficacia psicoterapéutica, noción por otra parte apoyada desde la investigación, existen reservas a la hora de asumir la equivalencia en cuanto a efectividad de las diferentes psicoterapias. La cuarta hipótesis no se ha de aceptar en vista de los datos.

*Hipótesis 5.- Los terapeutas que consideran a los factores específicos como los mayores responsables de la efectividad terapéutica, se mostrarán en contra de la similitud en cuanto a efectividad de los diferentes modelos psicoterapéuticos.*

No obstante, hay que decir que a pesar de esta reticencia, casi la mitad de los psicoterapeutas que se muestran a favor de los factores comunes están más dispuestos a reconocer la equivalencia de las psicoterapias, mientras que de entre los que se posicionan a favor de los factores específicos no hay ninguno que se manifieste a favor de tal equivalencia. Así, de los terapeutas que consideran a los factores específicos como los más relevantes en el cambio psicoterapéutico, la proporción en contra de la similar efectividad de los diferentes tratamientos terapéuticos es significativamente

mayor a la proporción que se manifiesta a favor de dicha similitud en cuanto a efectividad. La quinta hipótesis queda aceptada.

Parece lógico que aquellos que se decantan por la mayor relevancia de los factores específicos de cada psicoterapia tiendan a pensar que precisamente por dicha razón no todas son similarmente efectivas ya que, en última instancia, la efectividad terapéutica dependería de esos elementos genuinos de cada psicoterapia y que las hacen diferentes, también en efectividad, unas de otras. El problema es que la investigación de procesos psicoterapéuticos no ha confirmado de forma unívoca (y ni siquiera de forma mayoritaria) que sean precisamente esos elementos genuinos de las distintas psicoterapias los que aporten de forma significativa efectividad a los tratamientos psicoterapéuticos.

*Hipótesis 6.- Los psicoterapeutas que eligen de forma preferente a los factores comunes como los mayores responsables de la mejora del paciente, considerarán a las variables propias de la relación terapéutica como las variables comunes más relevantes en dicha mejoría.*

Dentro de los factores comunes, como anteriormente señalamos, pueden a su vez distinguirse tres conjuntos de variables: las relativas al paciente, al terapeuta y a la interacción terapéutica. Es interesante comprobar si los terapeutas que señalaron a los factores comunes como los más relevantes en el proceso terapéutico, atribuyen una importancia mayor a algunos de estos conjuntos de variables encuadrados en tales factores comunes. Los datos nos muestran que, en estos terapeutas, la variable “factor común más importante en la mejora”, no se distribuye uniformemente, encontrándose que la mayor proporción corresponde a los que se decantan por las variables de la relación terapéutica.

Aunque una cantidad mayor de sujetos analizados aportarían datos más firmes, los resultados que se obtienen son coherente con la investigación pues parece que, en efecto, son estas variables comunes relativas a la alianza entre terapeuta y paciente las más beneficiosas en el proceso de cura (véase el apartado 2.5.3.3.). Estos datos muestran bien una asunción de los resultados de la investigación por parte de estos



psicoterapeutas, bien una convicción derivada de la experiencia en su práctica clínica. Las sexta hipótesis queda aceptada.

*Hipótesis 7.- Los terapeutas de mayor experiencia elegirán significativamente a los factores comunes sobre los específicos como los más relevante en el cambio terapéutico. En los terapeutas de menor experiencia no se encontrará tal diferencia significativa.*

Tal y como vimos en el análisis de los resultados, el porcentaje de terapeutas de mayor experiencia (más de 9 años de práctica clínica) que se posiciona a favor de los factores comunes es significativamente mayor que el que se posiciona a favor de los factores específicos. En el caso de los terapeutas de menor experiencia (menos de 9 años de práctica clínica) no se encuentran diferencias significativas al respecto. La presente hipótesis puede darse como aceptada.

Estos resultados nos indican que los terapeutas de mayor experiencia tienen menos problemas que los terapeutas de menor experiencia en asumir el papel fundamental que los factores comunes juegan en la obtención del cambio terapéutico. Tal vez dicha asunción tenga que ver con una mayor implicación de estos terapeutas expertos en el marco de la investigación que se ha planteado los elementos del proceso terapéutico que hacen efectiva a la psicoterapia y/o con lo que la práctica clínica les ha llevado a asumir tras un mayor tiempo de ejercicio como terapeutas.

*Hipótesis 8.- Los terapeutas de mayor experiencia se manifestarán significativamente a favor de la similar efectividad de las psicoterapias. En los terapeutas de menor experiencia no se encontrará un posicionamiento significativo respecto a la cuestión de la efectividad similar de las psicoterapias.*

Contrariamente a lo que expresa esta hipótesis, los resultados muestran que tanto los terapeutas de mayor como los de menor experiencia se manifiestan de forma significativa en contra de la similitud en cuanto a eficacia de los distintos modelos terapéuticos. En este sentido, en ambos grupos de terapeutas la proporción que se posiciona a favor de la no equivalencia de las psicoterapias es significativamente mayor

que la que se posiciona a favor de la misma. La hipótesis no ha de aceptarse en consecuencia.

Es curioso que los terapeutas expertos, los cuales recordemos se habían posicionado claramente a favor de los factores comunes sobre los específicos, tiendan ahora a no asumir la similitud en cuanto a efectividad de las distintas psicoterapias. Lo lógico sería que al decantarse por los factores comunes se tienda a asumir entonces que los diferentes modelos terapéuticos son similares en cuanto a efectividad, precisamente por la actuación de esos elementos comunes presentes en todas las psicoterapias.

Esta reticencia mostrada por los terapeutas expertos parece indicar una cierta incapacidad arraigada de los psicoterapeutas (independientemente de los años de práctica clínica y de lo que la experiencia les apunta en cuanto al valor fundamental de los factores comunes) para aceptar que su modelo terapéutico pueda ser tan clínicamente efectivo para el paciente como el de otra orientación teórica diferente.

*Hipótesis 9.- Los terapeutas que acceden habitualmente a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia elegirán significativamente a los factores comunes como los más relevantes en el proceso terapéutico. En los que acceden de forma ocasional no se hallará tal diferencia significativa.*

Es de destacar que de quienes seleccionan los factores comunes como los máximos responsables de la cura del paciente, más de las tres cuartas partes acceden de forma habitual a publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia. Interesa conocer entonces, siguiendo nuestra hipótesis, si los terapeutas que más acceden a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia se decantan preferentemente por los factores comunes o específicos de las psicoterapias.

Esta hipótesis se justifica por el hecho de que la mayoría de estas investigaciones, como se ha dicho, están de acuerdo a la hora de asumir que la principal relevancia en el proceso terapéutico de cura se debe a los factores comunes. Si es así, aquellos terapeutas que más acceden a estas publicaciones tenderán a decantarse preferentemente y, de forma significativa, por tales factores.

Los datos nos muestran que, en efecto, los terapeutas que acceden de forma habitual a las publicaciones especializadas no se distribuyen uniformemente en la variable “factor preferentemente responsable de la cura”, hallándose que la mayor frecuencia corresponde a los que se decantan por los factores comunes. En la comparación concreta entre factores comunes y factores específicos encontramos igualmente que el porcentaje de estos terapeutas que se decanta por los factores comunes es significativamente mayor que el porcentaje que se decanta por los factores de tipo específico. En los terapeutas que acceden ocasionalmente a dichas publicaciones, sin embargo, no se hallan tales diferencias significativas. La hipótesis queda aceptada en consecuencia.

*Hipótesis 10.- Los terapeutas que acceden habitualmente a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia se encontrarán significativamente a favor de la similitud en cuanto a efectividad de los distintos modelos terapéuticos. En los que acceden de forma ocasional no se hallará diferencia significativa.*

Algo similar a lo mencionado en las hipótesis 7 y 8 ocurre cuando analizamos el posicionamiento acerca de la equivalencia de las psicoterapias respecto al nivel de acceso a las publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia. A pesar de que, como ya vimos, los que accedían habitualmente a este tipo de publicaciones se decantaban por la mayor relevancia de los factores comunes (tal y como cabía esperar a tenor de lo que muestran desde hace años la mayoría de las investigaciones), cuando tienen que posicionarse a favor o en contra de la efectividad similar, lo hacen mayoritariamente en contra. En esto último no difieren de los que acceden de forma ocasional. En ambos casos, la proporción de terapeutas que se decanta en contra de la efectividad similar es superior de forma significativa a la de los que se decantan a favor de la misma. La hipótesis no se acepta consecuentemente.

Era de suponer que si la gran mayoría de las investigaciones concluyen a favor de la efectividad similar, los terapeutas que más accedieran a este tipo de publicaciones asumieran esos resultados y mostraran una tendencia clara a favor de la misma. Podemos comprobar, una vez más, que lo que dice la investigación se encuentra muy lejos de las creencias personales de los psicoterapeutas. Éstos, a los sumo, aceptan el papel primordial de los factores comunes, pero no llegan a asumir la eficacia similar.

Esto hace que volvamos pues a poner de manifiesto la resistencia enraizada en los psicoterapeutas estudiados para aceptar la efectividad similar de los diferentes modelos psicoterapéuticos. Resistencia que se muestra independientemente no sólo de sus años de experiencia clínica, como se ha visto, sino, además, del grado de acceso a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia.

*Hipótesis 11.- Los terapeutas que están a favor de la similitud en cuanto a efectividad de las psicoterapias se decantarán principalmente por los factores comunes y valorarán significativamente más a las diferentes variables comunes que a las variables específicas.*

Un primer abordaje sobre esta cuestión nos informa que en los terapeutas que creen que las distintas modalidades de psicoterapia son similarmente efectivas, la proporción que considera a los factores comunes como los más relevantes en el proceso terapéutico es significativamente mayor que la proporción que se decanta por los factores de índole específica (de hecho, este último porcentaje es inexistente, es decir, ninguno de los terapeutas que creen en la similar eficacia de las psicoterapias señala a los factores específicos como los más relevantes en la cura del paciente).

Un análisis más exhaustivo nos lleva a analizar las valoraciones que estos psicoterapeutas hicieron de las variables psicoterapéuticas presentadas en la encuesta. Cabría esperar que los terapeutas que se posicionan a favor de la equivalencia de las psicoterapias otorguen una valoración significativamente mayor a las variables comunes respecto a las variables específicas. En este sentido, como se mostró en el análisis de los resultados, de las diez comparaciones realizadas entre la variable específica “enfoque terapéutico” y cada una de las variables comunes presentadas, se obtenían diferencias significativas en ocho de ellas, a favor siempre de las variables comunes. En cuanto a las comparaciones realizadas entre la otra variable específica, esto es, las “técnicas y procedimientos utilizados” y las diez variables comunes del estudio, se obtenía, asimismo, un número apreciable de diferencias significativas también a favor de las variables comunes (en concreto, seis diferencias significativas encontradas en las diez comparaciones realizadas). Esto quiere decir que de un total de veinte comparaciones, se encontraron catorce diferencias significativas, todas ellas a favor de variables

comunes (mientras que en el caso de los terapeutas que están en contra de la equivalencia de las psicoterapias al realizar las mismas veinte comparaciones sólo se hallaron ocho diferencias significativas, siendo tan sólo tres de ellas a favor de variables comunes).

La cuestión es si, como cabría esperar, los terapeutas que se posicionan a favor de la similar efectividad de las psicoterapias presentan una puntuación media significativamente mayor de los tres factores comunes que se desprenden del análisis factorial (esto es, los factores I, II, y IV, los cuales aglutinan a variables psicoterapéuticas de tipo común) respecto al factor III (“variables específicas”). Esta suposición se ve confirmada ya que se manifiestan dos diferencias significativas, en las cuales dicho tercer factor presenta puntuaciones significativamente por debajo de los factores comunes I y II. Concretizando, los terapeutas que se posicionan a favor de la equivalencia de las psicoterapias puntúan significativamente menos al factor específico, esto es, a las variables específicas, que a dos factores comunes, a saber, las variables comunes de orden perceptivo favorecedoras de la alianza y las variables comunes del terapeuta.

Además, sólo los terapeutas que se posicionan a favor de la equivalencia de las psicoterapias muestran tales diferencias a favor de dichos factores comunes en relación con el conjunto de los psicoterapeutas del estudio, ya que en éstos no se encontró diferencia significativa alguna al contrastar los distintos factores.

Todo lo anterior nos viene a decir que, como cabía esperar, los terapeutas que se encuentran a favor de la equivalencia en cuanto a efectividad de los distintos modelos de psicoterapia tienden a otorgar una valoración media significativamente mayor a las variables comunes que a las específicas (cosa que, a la vista de los datos, no puede afirmarse de los terapeutas que se posicionan en contra de la equivalencia). La presente hipótesis queda aceptada.

Se confirma así la noción de que el asumir una efectividad similar de los diferentes modelos psicoterapéuticos conlleva aceptar, en consecuencia, el valor principal en el proceso psicoterapéutico de los elementos comunes que comparten dichos modelos, ya que en última instancia son los responsables de que todas las

psicoterapias muestren una efectividad similar. No hace falta recordar que esta lógica parte del hecho de que la similar efectividad de las psicoterapias se debe precisamente a tales elementos que comparten, más que a los que las diferencian; cuestión ésta que ha sido ampliamente demostrada en la investigación de procesos psicoterapéuticos y expuesta en el primer bloque de esta tesis.

*Hipótesis 12.- Los terapeutas que están en contra de la similitud en cuanto a efectividad de las psicoterapias se decantarán principalmente por los factores específicos y valorarán significativamente más a las diferentes variables específicas que a las variables comunes.*

Es de suponer que los terapeutas que estén en contra de la efectividad similar de las psicoterapias den una significativa relevancia a aquellas variables que son específicas de cada modalidad psicoterapéutica ya que, según tal punto de vista, serían precisamente esos elementos genuinos los generadores de una efectividad diferencial entre ellas. Sin embargo, encontramos que dichos terapeutas que están en contra de la efectividad similar no se decantan de forma significativa por los factores específicos sobre los comunes.

Este resultado queda confirmado en el análisis factorial cuando comparamos las puntuaciones medias que estos terapeutas otorgan al factor específico III (que aglutina a las variables de orden específico) respecto a alguno de los demás factores comunes (factores I, II y IV). En este sentido, no encontramos ninguna diferencia significativa, lo que nos hace afirmar que los terapeutas que están en contra de la efectividad similar no se deciden de forma fehaciente por ningún factor en concreto en la responsabilidad del cambio terapéutico. La presente hipótesis no ha de aceptarse.

*Hipótesis 13.- Los terapeutas que están a favor de la efectividad similar de las psicoterapias valorarán de forma significativamente menor a las variables específicas de la psicoterapias que los que se encuentran en contra de la efectividad similar.*

Se encontró que en las dos variables específicas presentadas (“enfoque terapéutico” y “técnicas o procedimientos empleados”), los que están a favor de la efectividad similar de las psicoterapias concedieron unas valoraciones medias

significativamente menor a estas variables que los que se posicionaron en contra de tal similitud.

Respecto a los datos que se desprenden del análisis factorial, los terapeutas que se posicionaban a favor de la similar efectividad de los distintos modelos psicoterapéuticos presentaron con respecto al factor específico (factor III, el cual aglutina a las dos variables específicas) una puntuación media significativamente menor que los que se posicionaron en contra de la efectividad similar. La presente hipótesis queda aceptada.

Parece lógico que los terapeutas que estén convencidos de la efectividad similar de las psicoterapias, tiendan a conceder menos importancia a las variables de tipo específico que los que están en contra de la efectividad similar.

Siguiendo esta línea, podríamos pensar que los que están a favor de la efectividad similar valorarían más a las variables y factores comunes que los que se encuentran en contra de la efectividad similar. No obstante, encontramos que estas diferencias no existen. Esto merece una explicación: en el caso de la comparación respecto a tales variables comunes, no aparece diferencia alguna ya que los que están en contra de la efectividad similar valoran también altamente a las variables comunes, hasta el punto de que en ellos no hay una preferencia clara entre las específicas y las comunes, como ya se ha dicho. Sin embargo, en la comparación respecto a las variables específicas, las puntuaciones otorgadas por los terapeutas a favor de la efectividad similar a las variables específicas son tan bajas que, al contrastarlas con las puntuaciones realizadas a estas mismas variables por los terapeutas que están en contra de la efectividad similar, si aparecen en este caso diferencias significativas, como ha quedado claro en la verificación de la presente hipótesis.

Parece entonces, a vista de todos estos datos, que los terapeutas que están a favor de la efectividad similar de las psicoterapias tienen suficientemente claro que son los factores comunes a las psicoterapias los responsables del cambio terapéutico, concediendo una puntuación muy alta a las variables encuadradas en estos factores y muy baja a las variables específicas. Sin embargo, el hecho de que los que están en contra no manifiesten preferencia significativa por los factores específicos o comunes

nos hace pensar que estos terapeutas tienen más problemas a la hora de identificar los elementos que hacen efectivas a las psicoterapias.

*Hipótesis 14.- Los terapeutas de orientación ecléctica se posicionarán sobre todo a favor de la efectividad similar de las diferentes psicoterapias y estarán más dispuestos a reconocer tal similitud que los terapeutas del resto de orientaciones.*

Si nos atenemos a los datos meramente descriptivos, parece que los psicoterapeutas de orientación ecléctica de nuestro estudio están más dispuestos a abogar a favor de una eficacia similar ya que suponen el porcentaje mayor de todas las orientaciones que se declara a favor de tal similitud. No obstante, profundizando en los datos con el número de sujetos estudiados, no se puede confirmar una relación entre la orientación teórica de los encuestados y el posicionamiento acerca de la efectividad similar de los diferentes modelos terapéuticos. Además, diversas pruebas binomiales nos revelan que dentro de los terapeutas eclécticos no se da una diferencia significativa entre los que están a favor de la efectividad similar y los que se encuentran en contra de la misma. Por otro lado, encontramos que en los psicodinámicos y en los cognitivos conductuales, el porcentaje que está en contra de la eficacia similar es significativamente mayor al que está a favor de la misma.

Estos datos llaman poderosamente la atención ya que se podría esperar que la orientación ecléctica, que por definición se basa en unos fundamentos más abiertos y receptivos que los de las orientaciones clásicas, se posicionara claramente a favor de la similitud en cuanto a efectividad de los distintos modelos terapéuticos. No obstante, volvemos a incidir en el hecho antes mencionado de la necesidad de un estudio con una mayor población de estos psicoterapeutas a fin de obtener resultados más clarificadores al respecto.

En resumen, si bien los terapeutas eclécticos se reparten en porcentajes muy parecidos entre los que están a favor y en contra de la similitud de las psicoterapias, mientras que los psicodinámicos y cognitivos-conductuales se posicionan taxativamente en contra de la misma, los datos obtenidos con la cantidad de sujetos estudiados no nos permiten manifestar de forma concluyente que los terapeutas eclécticos se posicionen de forma significativa a favor de la efectividad similar, ni que lo hagan manifiestamente en



mayor medida que los terapeutas del resto de orientaciones. La hipótesis no debe aceptarse en consecuencia.

*Hipótesis 15.- Los psicoterapeutas eclécticos se decantarán mayoritariamente por los factores comunes como responsables del cambio terapéutico. Estos psicoterapeutas elegirán a los factores comunes como responsables del cambio en mayor medida que el resto de orientaciones terapéuticas.*

Diversos contrastes de proporciones realizados nos revelan que en ninguna de las orientaciones teóricas se encuentran diferencias significativas a favor de algún factor sobre el otro. Esto es especialmente llamativo en el caso de los psicoterapeutas eclécticos en donde cabría esperarse un posicionamiento claro a favor de los factores comunes, ya que los propios presupuestos de esta orientación marcan el adoptar lo mejor de las distintas orientaciones psicoterapéuticas. Sin embargo, los datos del presente estudio no refrendan esta noción. Un estudio con una mayor población de estos terapeutas se hace necesario a fin de obtener resultados suficientemente concluyentes. No obstante, con los datos presente debemos no dar por aceptada la presente hipótesis.

*Hipótesis 16.- Los terapeutas de orientación ecléctica valorarán significativamente más a las variables comunes que a las variables específicas.*

Dado el carácter ecléctico de estos terapeutas, cabe pensar que otorgarán una relevancia significativamente mayor a las variables consideradas comunes a las distintas psicoterapias y una importancia significativamente menor a las consideradas como específicas. De tal forma que, en especial, nos interesa conocer si en estos terapeutas aparecen tales diferencias cuando se compara la valoración media de cada variable específica (“enfoque terapéutico” y “técnicas o procedimientos utilizados”) con la de cada una de las demás variables consideradas comunes.

Así, comprobamos cómo, en el caso de los terapeutas eclécticos, al comparar la variable específica “enfoque terapéutico” con las diez variables comunes presentadas, se encuentran diferencias significativas con respecto a cinco de ellas, siempre a favor de las comunes. En el caso de la variable específica “técnicas o procedimientos utilizados” las diferencias significativas sólo aparecen con respecto a dos variables comunes (“la

implicación del paciente” y “la experiencia del terapeuta”), también a favor de las comunes.

Respecto a los datos que se desprenden del análisis factorial, es de suponer si seguimos nuestra hipótesis, que los psicoterapeutas eclécticos valoren significativamente más a alguno de los factores comunes (factores I, II y IV) a la hora de compararlos con el factor III, considerado como específico. Así, encontramos una única diferencia significativa al comparar en estos psicoterapeutas el factor II y el factor III, a favor del primero.

Los datos que obtenemos de los terapeutas eclécticos nos informan que si bien es cierto que se encuentran algunas diferencias significativas a favor de algunas variables comunes respecto a las específicas, de un total de veinte comparaciones sólo en siete se encuentran diferencias a favor de las comunes. Igualmente, de un total de tres comparaciones realizadas al contrastar los tres factores comunes I, II y IV (que aglutinan a las variables comunes del estudio) con el factor específico III (que aglutina a las de tipo específico), sólo en una se da una diferencia estadísticamente significativa a favor de un factor común. Estas diferencias no son suficientes en número para poder aceptar con determinación que los terapeutas eclécticos valoren más las variables comunes que a las específicas. Esto, por otro lado, es coherente con lo expresado en la hipótesis anterior ya que ante la pregunta directa realizada a estos psicoterapeutas respecto a sobre qué factor se decantaban como el más relevante en el proceso de cura terapéutica, no se encontró una dirección clara en dicho posicionamiento. La hipótesis presente no debe ser aceptada.

Es interesante comprobar como incluso los terapeutas eclécticos, a quien se le supone por sus propios presupuestos teóricos una postura más conciliadora hacia los elementos mejores o más verosímiles de los distintos modelos terapéuticos, no concedan a los factores y variables compartidas entre las diferentes psicoterapias un papel preferente como proveedoras del cambio terapéutico. Papel que, como ya es sabido, ha sido puesto de manifiesto en la mayoría de las investigaciones sobre procesos psicoterapéuticos.

*Hipótesis 17.- Los terapeutas de orientación ecléctica valorarán significativamente más a las variables comunes que los terapeutas de otras orientaciones teóricas.*

Se realizaron abundantes contrastes de medias a fin de comprobar si los terapeutas eclécticos valoraban significativamente más a alguna de las diez variables comunes del estudio que el resto de las orientaciones teóricas. En este sentido en ninguna variable común los terapeutas eclécticos concedían puntuaciones significativamente superiores a las otorgadas por el resto de terapeutas de las demás orientaciones teóricas.

Una confirmación de este último resultado proviene de las operaciones realizadas en torno a los factores que se desprenden del análisis factorial. Así, los terapeutas eclécticos no valoran significativamente más a alguno de los tres factores comunes (factores I, II y IV) que el resto de las orientaciones teóricas. En ningún caso al comparar las puntuaciones otorgadas a tales factores comunes de los psicoterapeutas eclécticos con los del resto de orientaciones se halló diferencia significativa alguna. Esto quiere decir que tanto en los terapeutas de corte ecléctico como en los del resto de orientaciones (psicodinámicos y cognitivos-conductuales) no hay diferencias en cuanto a las puntuaciones que otorgan a los factores comunes. La hipótesis actual no debe ser aceptada.

Era igualmente de suponer que los terapeutas eclécticos otorgaran una valoración superior a la del resto de orientaciones en cuanto a las variables comunes, precisamente por el carácter conciliador de su orientación teórica. Estos resultados nos indican, sin embargo, que los terapeutas eclécticos de nuestro estudio no difieren del resto de orientaciones en el valor que dan a los factores comunes.

*Hipótesis 18.- Los terapeutas de orientación ecléctica valorarán significativamente menos a las variables específicas que los terapeutas de las demás orientaciones teóricas.*

Cabe pensar que los terapeutas de orientación ecléctica, otorguen, dado los presupuestos teóricos de su orientación, menos importancia que las demás orientaciones a las variables de tipo específico.

Al realizar comparaciones planeadas, a fin de contrastar las valoraciones medias en cada una de las variables específicas del grupo de psicoterapeutas eclécticos con las medias de los demás grupos de psicoterapeutas tomados conjuntamente, se puede concluir que los psicoterapeutas de orientación ecléctica valoran significativamente menos tales variables que los psicoterapeutas de las demás orientaciones teóricas.

De igual manera, se encuentran diferencias significativas respecto al tercer factor del análisis factorial (factor que aglutina a las variables específicas) entre los terapeutas psicodinámicos y eclécticos y entre los cognitivos-conductuales y eclécticos, siendo en ambos casos el menor promedio para los eclécticos. Una comparación planeada nos informa, además, que se da una diferencia significativa de medias entre los psicoterapeutas eclécticos y los terapeutas de las demás orientaciones teóricas tomados conjuntamente, a favor de éstos últimos. La presente hipótesis queda aceptada.

Así, los psicoterapeutas eclécticos otorgan una menor importancia a las variables específicas que el resto de las orientaciones, pero no así una mayor relevancia a las comunes, como se ha visto. En este sentido, para los eclécticos es más difícil reconocer la mayor importancia de las variables comunes que reconocer la menor relevancia de las de tipo específico. No obstante, y dado el bajo número de terapeutas eclécticos, sería conveniente un estudio con una población mayor de estos terapeutas a fin de comprobar si estos resultados se confirman.

### **A modo de síntesis**

Una vez realizado el proceso de aceptación o no aceptación de cada una de las hipótesis planteadas en este estudio y discutidos los resultados, vamos a resumir a continuación las principales observaciones que tales resultados nos han sugerido.

En primer lugar, si bien los terapeutas de nuestro estudio no parecen decantarse de forma determinante por los factores específicos, comunes, o por la acción conjunta de ambos, a la hora de explicar la efectividad de la psicoterapia, la investigación de procesos muestra ampliamente la responsabilidad esencial de los factores comunes en la provisión de tal efectividad. Si bien esto ya ha quedado manifiestamente claro en la investigación al respecto y que en el primer bloque del presente trabajo citamos, era de esperar que los psicoterapeutas mantuvieran la creencia arraigada, pero no demostrada, de que son las técnicas y el enfoque por ellos utilizados (como variables de tipo específico) las responsables principales de la cura de sus pacientes. Como se ha visto, esto tampoco quedaba confirmado. Nuestros datos parecen mostrar que los terapeutas aún mantienen ciertas dudas acerca de los factores responsables de la eficacia de las terapias por ellos utilizadas.

De la misma forma, teniendo en cuenta que las investigaciones sobre la efectividad diferencial de las psicoterapias muestran, desde hace bastante tiempo, un acuerdo general sobre la similar eficacia de las distintas modalidades de psicoterapia, llama la atención la circunstancia de que los terapeutas del estudio se manifiesten, sin embargo, mayoritaria y significativamente en contra de tal efectividad similar, otorgando estos terapeutas, además, un grado mayor de eficacia al modelo al cual se adscriben.

Cabría esperar, al menos, que los terapeutas que otorgan un valor fundamental a los factores comunes se posicionaran claramente a favor de la efectividad similar ya que, como se ha encargado de demostrar la investigación de procesos terapéuticos, son estos factores compartidos los responsables de dicha similitud. Sin embargo, encontramos que esto no ocurre. Los terapeutas que consideran a los factores comunes como los mayores responsables de la efectividad del tratamiento muestran reservas acerca de la similar efectividad de los diferentes modelos terapéuticos.

Todos estos resultados muestran una importante reticencia por parte de los psicoterapeutas, incluidos los que asumen la principal relevancia de los factores comunes (lo cual es más llamativo aún), a asumir la equivalencia entre las psicoterapias a pesar de la alta cantidad de estudios que apoyan esta noción y que, precisamente, explican tal similitud en cuanto a eficacia por los elementos que comparten y no por los que los diferencian.

En todo caso, una mayor experiencia clínica y/o un mayor acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia sólo “garantizan” una mayor valoración de los factores y variables comunes pero no una postura a favor de la similar efectividad de los diferentes modelos psicoterapéuticos. Pareciera que el reconocer este hecho es bastante difícil para los terapeutas, independientemente de su orientación. Y esto último también incluye, lo que es aún más asombroso, a los terapeutas eclécticos de los que podríamos esperar, dado los principios de su orientación teórica, una postura más abierta a la hora de reconocer la efectividad similar. No obstante, si es sorprendente este dato respecto a los terapeutas eclécticos, no lo es menos que el hecho de que no valoren a los factores y variables comunes más que a los factores de tipo específico, ni lo hagan en mayor medida que el resto de orientaciones teóricas. En este sentido, los terapeutas eclécticos de nuestro estudio no pueden ser considerados “eclécticos” en toda la extensión de este término ya que los datos que ofrecen no refrendan uno de los principios básicos de su orientación, cual es la integración de conceptos y variables propias de las demás corrientes tradicionales. En este sentido, deberían mostrar un posicionamiento claro a favor de los factores y variables comunes y esto no sucede. Como mucho, están dispuestos a valorar en menor grado a las variables de tipo específico en comparación con las demás orientaciones, pero no a conceder un valor preponderante a las de tipo común. De cualquier forma, volvemos a reiterar la necesidad de un estudio con una mayor población de terapeutas eclécticos, a fin de confirmar estos resultados.

Algo muy interesante que nos dicen los resultados es que los pocos terapeutas que se decantan por la efectividad similar de los diferentes modelos terapéuticos sí están dispuestos a reconocer el valor trascendental de los factores y variables comunes. Sin embargo, los que se decantan por la mayor relevancia de estos factores comunes no

están dispuestos a reconocer de forma clara la efectividad similar de las psicoterapias. Parece que el escollo más difícil para los terapeutas está, precisamente, en la aceptación de la efectividad similar, de tal forma que si son capaces de aceptarla, entonces no tienen problemas para reconocer la significativa importancia de los factores comunes como proveedores de efectividad clínica.

Además, aquellos terapeutas que están a favor de la similar efectividad de las psicoterapias tienen más claro qué factores de las psicoterapias son los responsables del cambio terapéutico (decidiéndose de manera significativa por los factores comunes), mientras que los que están en contra de la efectividad similar vacilan a la hora de posicionarse sobre qué factores son los más relevantes en el proceso terapéutico (no encontrándose en este caso diferencias significativas en la elección entre factores comunes y específicos). No obstante, desconocemos cual pudiera ser la razón exacta de este hecho, ya que ambos grupos de terapeutas no difieren ni en cuanto a experiencia ni en cuanto a nivel de acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia. Esto nos vuelve a remitir a aspectos de índole subjetiva de los propios terapeutas que pudieran explicar tal circunstancia.

En resumen, el general rechazo a la hora de reconocer la similar efectividad de los distintos modelos psicoterapéuticos y la reserva a reconocer la relevancia fundamental de los factores comunes es manifiesta y dicha reticencia podría explicarse por varias razones no excluyentes:

Admitiendo que los terapeutas han obrado con franqueza a la hora de responder al cuestionario, una primera razón bien pudiera ser que los resultados y conclusiones de la investigación de resultados y procesos, la cual se ha centrado en analizar los componentes que hacen efectivas a las psicoterapias, no hubieran llegado lo suficiente a la comunidad de terapeutas. Pudiera ser que el acceso a tales investigaciones hubiera sido limitado por parte de nuestros terapeutas, a pesar de que más de la mitad dice acceder de forma habitual a ellas.

Otra posible explicación apuntaría a la existencia de actitudes arraigadas de los propios terapeutas, que se resisten a asumir de una forma definitiva el papel fundamental de los factores comunes en el proceso terapéutico y cómo éstos son los

responsables, en última instancia, de la similar efectividad de los modelos terapéuticos. En este caso estaríamos hablando de una reticencia de índole subjetiva por parte de los psicoterapeutas para aceptar los resultados de la investigación de procesos. Este alejamiento mostrado por los psicoterapeutas acerca de tales resultados puede estar relacionado con un mayor aferramiento de los psicoterapeutas a los principios propios de la escuela terapéutica a la que se adscriben. En este sentido, los clásicos enfrentamientos entre las escuelas psicoterapéuticas, tan comunes en los inicios de la Psicología, podrían haber dejado huella aún hoy en los profesionales de la psicoterapia, acortando las miras de éstos a la hora de aceptar la importancia de las variables comunes de los tratamientos psicológicos, principales proveedoras de efectividad clínica.

Para poder explicar esta dificultad de los terapeutas para asumir los resultados y conclusiones principales de la investigación sobre el proceso de la psicoterapia, puede ser útil un concepto planteado hace años por Elías (1990): nos referimos al concepto de “distanciamiento”. Siguiendo a este autor, tal vez el problema de los terapeutas para asumir los resultados y conclusiones de la investigación tiene que ver con una mayor dificultad de los profesionales de las ciencias sociales para llegar a un grado de distanciamiento respecto a la investigación y a los resultados de la misma, similar al alcanzado en las ciencias naturales. En éstas últimas, los científicos y profesionales alcanzan un alto grado de distanciamiento impidiendo en mayor medida que sus deseos e inclinaciones personales desempeñen algún papel en sus trabajos. No obstante, en los profesionales y científicos sociales (como lo son los psicoterapeutas, con una formación proveniente de la Psicología) este nivel de distanciamiento es más difícil de lograr. Al fin y al cabo, las ciencias naturales estudian fenómenos prehumanos y distanciarse, no sólo a la hora de investigar dichos fenómenos sino también a la hora de asumir los resultados de tales estudios sean cuales fueren, se hace más fácil.

Las ciencias sociales, por el contrario, se centran en el estudio de las relaciones interpersonales (y la relación terapéutica no deja de ser una relación interpersonal entre dos personas, paciente y terapeuta, en pos de un fin común: el restablecimiento del paciente). En las ciencias sociales así, los objetos se confunden con los sujetos. El profesional no puede evitar sentirse participante e involucrado en tales procesos, ni dejar de sentirse implicado con dichos objetos de estudio de los cuales se siente co-



participante. El distanciamiento es así más difícil de conseguir. En el profesional de las ciencias sociales suele aparecer un compromiso con ideas preestablecidas o con posturas e ideales de los grupos con los que se identifica. Esto hace que el asumir resultados de investigaciones sociales que choquen con estas actitudes o creencias personales, o del grupo de referencia, se haga más difícil para estos profesionales.

Los conceptos expresados por Elías pueden servir para explicar lo que se ha hallado en el presente estudio: los psicoterapeutas, a pesar de tener una amplia experiencia y un alto nivel manifestado de acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia, no han sido capaces de alcanzar un adecuado grado de distanciamiento y, por ello, continúan manteniendo posturas arraigadas que les impide aceptar plenamente los resultados de las investigaciones psicoterapéuticas (a saber, el papel fundamental de los factores comunes y su responsabilidad como promotores de la similar efectividad de las psicoterapias), ya que dichos resultados van en contra de las ideas preconcebidas, tanto personales como de sus grupos de referencia, es decir, la comunidad de terapeutas pertenecientes al modelo terapéutico al cual se adscriben.

En cualquier caso, todo indica la necesidad de una serie de soluciones que solventen las reservas, reticencias, posturas aferradas, así como nociones incorrectas de los terapeutas. Tales soluciones tendrían que partir tanto de las instituciones implicadas como de los propios psicoterapeutas. No obstante, estas posibles propuestas de actuación se abordarán en el siguiente apartado de esta tesis.

## **5.2.- CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES**

A modo de conclusión, a continuación presentamos de una manera sintética las distintas aportaciones realizadas.

- No se puede inferir un posicionamiento claro por parte de los terapeutas hacia los factores específicos o comunes como los principales responsables del cambio terapéutico.

- En ninguna de las orientaciones teóricas se encuentran diferencias significativas a favor de algún factor sobre el otro. Parecen existir dudas en los terapeutas del estudio acerca del factor responsable de la efectividad clínica de la psicoterapia.

- Los psicoterapeutas opinan mayoritariamente que no todos los modelos psicoterapéuticos son similarmente efectivos. Se denota una resistencia manifestada por parte de los psicoterapeutas a aceptar que las psicoterapias de los demás modelos teóricos puedan ser tan efectivas como la de la propia orientación.

- A un nivel general, los psicoterapeutas que consideran que los distintos modelos psicoterapéuticos no son similarmente efectivos, otorgan un grado mayor de eficacia al modelo al cual se adscriben. En concreto, los psicoterapeutas psicodinámicos y cognitivos-conductuales se manifiestan a favor de la mayor efectividad de la propia terapia sobre las demás. En los terapeutas eclécticos, sin embargo, no hay diferencias entre los que eligen la propia terapia y los que se decantan por la de alguna otra modalidad.

- Entre los que aceptan el valor de los factores comunes como proveedores de eficacia psicoterapéutica, existen reservas a la hora de asumir la similitud en cuanto a efectividad de las diferentes psicoterapias. Esto llama la atención ya que, desde la investigación de procesos, se ha alegado que son precisamente tales factores comunes los responsables de la similar efectividad de los tratamientos.

- Aquellos que se decantan por la mayor relevancia de los factores específicos de cada psicoterapia tienden a pensar que los diferentes modelos terapéuticos no son similarmente efectivos.

- Los terapeutas que señalaron a los factores comunes como los más importantes en el proceso terapéutico, consideran a las variables propias de la relación terapéutica como las variables comunes más relevantes en el cambio terapéutico.

- Los terapeutas de mayor experiencia tienen menos problemas en asumir el papel fundamental que los factores comunes juegan en la obtención del cambio terapéutico que los terapeutas de menor experiencia.

- Tanto los terapeutas de mayor como los de menor experiencia se manifiestan de forma significativa en contra de la similitud en cuanto a eficacia de los distintos modelos terapéuticos. Existe una reticencia arraigada de los psicoterapeutas (independientemente de los años de práctica clínica y de lo que la experiencia les apunta en cuanto al valor fundamental de los factores comunes) para aceptar la similitud en cuanto a eficacia de los distintas psicoterapias.

- Los terapeutas que acceden habitualmente a publicaciones sobre investigación en psicoterapia eligen de forma significativa a los factores comunes como los más relevantes en el proceso terapéutico, en concordancia con lo que concluye de forma mayoritaria tal investigación. En los terapeutas que acceden ocasionalmente a dichas publicaciones existen dudas acerca del factor principal proveedor de efectividad terapéutica.

- Tanto los terapeutas que acceden habitual como ocasionalmente a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia, se encuentran significativamente en contra de la similar efectividad de los distintos modelos terapéuticos. Esto va en contra de lo que muestra la investigación de resultados, la cual desde hace bastante tiempo asume una efectividad similar de los diferentes modelos terapéuticos.

- Una mayor experiencia clínica y/o un mayor acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia sólo “garantizan” una mayor valoración de los factores y variables comunes, pero no una postura a favor de la similar efectividad de los diferentes modelos psicoterapéuticos.

- Los terapeutas que están a favor de la similar efectividad de las psicoterapias tienen más claro qué factores de las psicoterapias son los responsables del cambio terapéutico, decidiéndose patentemente por los factores comunes y valorando significativamente más a las diversas variables comunes. En cambio, los que están en contra de la efectividad similar vacilan a la hora de posicionarse sobre qué factores son los más relevantes en el proceso terapéutico.

- El hecho de que los terapeutas que están a favor de la similar efectividad admitan la mayor relevancia de los factores y variables comunes, unido a la circunstancia de que, sin embargo, los que se decantan por los factores comunes no reconozcan de forma meridiana tal efectividad similar, conduce a concluir que la mayor dificultad para los terapeutas se encuentra en la aceptación de la efectividad similar, de tal forma que si son capaces de asumirla, entonces no tienen problemas para reconocer la significativa importancia de los factores comunes como proveedores de efectividad clínica.

- Los terapeutas que están a favor de la efectividad similar de las psicoterapias valoran de forma significativamente menor a las variables específicas de la psicoterapias que los que se encuentran en contra de la efectividad similar.

- Contrariamente a lo que cabría esperar dado los presupuestos teóricos de su orientación, los terapeutas eclécticos no se posicionan claramente a favor de la similitud en cuanto a efectividad de los distintos modelos terapéuticos, ni están significativamente más dispuestos a reconocer tal efectividad similar que los terapeutas del resto de orientaciones.

- En los terapeutas eclécticos estudiados no se da un posicionamiento a favor de los factores comunes sobre los específicos. Tampoco valoran a las variables y factores comunes más que a las de tipo específico.

- Los terapeutas eclécticos no valoran a las variables y factores comunes en mayor medida que el resto de orientaciones teóricas. Los terapeutas eclécticos de nuestro estudio no difieren del resto de orientaciones en el valor que conceden a los factores de tipo común.

- Como mucho, los terapeutas eclécticos están dispuestos a valorar en menor grado a las variables de tipo específico en comparación con las demás orientaciones. En este sentido, para los eclécticos es más difícil reconocer la mayor importancia de las variables comunes que reconocer la menor relevancia de las de tipo específico.

- Un estudio con una población mayor de terapeutas, incluidos terapeutas eclécticos, se hace necesario a fin de confirmar los resultados hallados.

Como se observa, existen discrepancias entre lo expresado por nuestros terapeutas y las conclusiones a las que ha llegado la investigación de procesos terapéuticos, sobre todo en lo que concierne al papel de los factores comunes. Mientras

que desde dicha investigación se pone de manifiesto la gran relevancia de tales factores como los máximos responsables del cambio terapéutico, nuestros terapeutas aun mantienen dudas al respecto. Lo cierto es que la investigación de procesos es relativamente más reciente y sus resultados quizás no han llegado a la comunidad terapéutica todo lo que sería de desear.

Pero, no obstante, encontramos no sólo tales discrepancias entre las creencias subjetivas de nuestros terapeutas respecto a las conclusiones de la investigación de procesos, sino también respecto a una de las más importantes conclusiones de la añeja investigación de resultados, a saber, que todas las modalidades de psicoterapia son similarmente efectivas. Esto es mucho más desconcertante ya que tal conclusión (la cual, por cierto, se justifica por la existencia de tales elementos comunes a las distintas psicoterapias y que serían en último término los responsables de dicha equivalencia) raramente se pone en duda a día de hoy.

Todo ello nos lleva a una conclusión general: la investigación en psicoterapia tiene una escasa repercusión en la práctica clínica. Esta separación entre investigación y praxis (por otro lado ya apuntada por Beitman en 1987) podría explicarse por dos razones que, conjuntamente o por separado, pueden servirnos también para explicar los resultados hallados en el presente estudio:

1. Los resultados y conclusiones de la investigación sobre la efectividad psicoterapéutica no han llegado de manera adecuada o suficiente a la comunidad de psicoterapeutas. Esto parece indicar un acceso limitado a tales investigaciones por parte de los terapeutas.

2. Existen actitudes arraigadas en los propios terapeutas que les impiden asumir de forma definitiva la efectividad similar de los distintos modelos terapéuticos y el papel fundamental que los factores comunes juegan en el proceso psicoterapéutico. En este caso estaríamos hablando de una reticencia de índole subjetiva por parte de los psicoterapeutas para aceptar los resultados de la investigación y que pudieran ser el reflejo de un aferramiento a los principios propios de la escuela terapéutica a la que se adscriben.

Ahora bien, ¿qué soluciones se podrían plantear para eliminar tales reservas, dudas, posturas aferradas y nociones incorrectas encontradas en los terapeutas? Claro está que tales soluciones tendrían que partir tanto de las instituciones implicadas como de los propios psicoterapeutas. Nos atrevemos a continuación a esbozar algunas posibles propuestas de actuación:

1. Si el motivo de tales dudas y nociones incorrectas mostradas por los terapeutas se debiera a la primera razón expuesta, esto es, a que los resultados y conclusiones de la investigación acerca de la efectividad psicoterapéutica no hubieran llegado de forma adecuada a la comunidad de terapeutas, las soluciones podría consistir en:

- A. Mejorar, para los docentes y profesionales de la psicoterapia, el acceso a las publicaciones sobre investigación en esta materia.
- B. Mejorar y actualizar los canales de transmisión de dichos resultados a través de congresos, simposios, conferencias de casos clínicos, seminarios académicos y cursos de “reciclaje” para profesionales de la psicoterapia.
- C. Sería conveniente, asimismo, que la comunidad académica proveyera, a la hora de formar a los futuros psicoterapeutas, de una mayor formación sobre metodología de investigación en psicoterapia.

De esta forma, la difusión de los resultados de la investigación debería merecer más atención ya que tales resultados cobran sentido al servicio de los destinatarios, esto es, de los pacientes. Como señalan Botella y Feixas (1994), el avance del conocimiento revierte así en un beneficio social, siempre que los psicoterapeutas lo conozcan y lo incorporen a su práctica. Esta conexión entre investigación y práctica concierne a todos los implicados en el desarrollo de la psicoterapia. El beneficio final será, en cualquier caso, para el cliente, el cual es merecedor del mejor servicio posible.

2. Para despejar las actitudes arraigadas y la dificultad subjetiva de los terapeutas para aceptar los resultados de la investigación, la solución sería más compleja, ya que tendría que ver con modificar puntos de vistas enraizados. La adopción por parte de los psicoterapeutas de una auténtica postura ecléctica podría ayudar a que los profesionales se concienciaran y asumieran la importancia de los elementos compartidos entre las distintas orientaciones, como promotoras del cambio

terapéutico. No obstante, subrayamos que dicha adopción de una postura ecléctica debe ser *en toda su extensión*, cosa que no se puede aplicar a los terapeutas eclécticos de nuestro estudio ya que, como se comprobó, muchos de los resultados obtenidos en estos terapeutas están en contra de los presupuestos de una orientación ecléctica genuina, como el hecho de que no se diferenciaron en exceso del resto de los terapeutas de las demás orientaciones ni en cuanto al valor que confirieron a los factores comunes, ni en cuanto a que mostraran estar manifiestamente más dispuestos a reconocer la efectividad similar de los distintos modelos terapéuticos. También es cierto, y asimismo se ha comentado, que la población de terapeutas eclécticos de nuestro estudio era baja y las conclusiones extraídas de estos terapeutas deben ser tomadas con prudencia. Haría falta un estudio con una población mayor de estos terapeutas a fin de confirmar los resultados obtenidos.

En definitiva, la dirección a seguir sería la de la integración de teorías y técnicas ya que cualquier integración exige un acercamiento de los distintos enfoques y escuelas. Esta adopción de una visión integradora, representada por una íntegra postura ecléctica, más enfocada a una combinación pragmática de perspectivas y técnicas, minimizaría la ortodoxia y las leyes basadas en la teoría. Además, la flexibilidad técnica parece ser preferible que la rigidez en su aplicación, ya que tal rigidez puede ser un elemento que explique su aparente bajo poder generador de cambio. De esta forma, los problemas de una orientación teórica residen en su ortodoxia, no en la teoría *per se*. Una propuesta calmada de integración, en la cual las teorías evolucionen en la dirección de la diversificación y la apertura, mitigará este problema. Como señaló Frank (1982), sólo a través de una orientación abierta por parte del terapeuta, tendremos razones para pensar que será tan beneficiosa para el cliente como para sí mismo.

A modo de resumen, en la primera parte de la presente tesis se ha realizado un pormenorizado análisis de la trayectoria que la investigación sobre la efectividad psicoterapéutica ha tenido desde que todo comenzara en la década de los cincuenta con el famoso artículo de Eysenck: *“The effects of psychotherapy: An evaluation”*. Hemos visto como se puede dividir tal trayectoria en dos momentos. El primero de ellos dedicado a la investigación de resultados, que se proponía responder a cuestiones tan fundamentales como la efectividad global de la psicoterapia, esto es, si la psicoterapia en general podía considerarse más efectiva que el no tratamiento, así como si existía

algún modelo terapéutico más efectivo que otro. Tras un periplo que duró más de tres décadas de estudios que abordaron dicho objeto de investigación, se llegó a conclusiones ampliamente establecidas y aceptadas que permitían afirmar que la psicoterapia, en general, puede ser considerada efectiva, al menos más efectiva que el no tratamiento. De igual manera, se llegó a la conclusión de que no existía ningún modelo superior en efectividad a los demás. Aparecía así el planteamiento de la paradoja de la equivalencia de resultados. Para explicar tal similitud en la efectividad de los distintos modelos, se empezó a plantear la necesidad de conocer a fondo el proceso terapéutico y los elementos que generaban el cambio terapéutico, en el sentido de cura terapéutica. Se inauguró así la investigación de procesos que actualmente continúa. No obstante, ya se pueden establecer algunas conclusiones sólidas de esta investigación y que, salvo algunas pocas voces discrepantes, se han aceptado y extendido en la comunidad científica. Estas conclusiones muestran que la similitud en cuanto a efectividad de los diferentes modelos terapéuticos se explica por la presencia de determinados elementos comunes que, en última instancia, serían los responsables de la efectividad similar. De esta forma, en la actualidad se apoya la noción de que son las variables comunes (agrupadas en los llamados factores comunes) las responsables del cambio terapéutico más que los elementos (variables) específicas, genuinas y diferenciadoras de las psicoterapias.

Tal relativo acuerdo al que se ha llegado por los investigadores en psicoterapia al respecto de que la mayor parte del cambio terapéutico se debe a dichos factores comunes más que a las técnicas específicas, hace necesario comprobar en qué medida ha modificado los puntos de vistas de los terapeutas. Es decir, hasta qué punto los terapeutas siguen otorgando la mayor responsabilidad del cambio a las técnicas o, en consonancia con lo que parece reconocer la investigación en psicoterapia, aceptan la especial relevancia de los factores comunes como los principales responsables de cambio terapéutico en el paciente.

Por ello, en la segunda parte de la presente tesis nos hemos preocupado por analizar si tales conclusiones a las que se han llegado desde la investigación de resultados y procesos han sido asumidas por los terapeutas o si, por el contrario, éstos mantienen, acerca de tales cuestiones, una serie de creencias particulares independientes de la investigación. Para ello, se diseñó un cuestionario donde el encuestado tenía que



valorar una serie de variables psicoterapéuticas tanto de carácter común como específico, además de contener preguntas sobre la orientación teórica, los años de experiencia, el nivel de acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia, el posicionamiento sobre los factores responsables del cambio terapéutico, el posicionamiento acerca de la efectividad similar de las distintas psicoterapias, etc. Una vez establecida la validez y fiabilidad del instrumento, se administró a un conjunto de psicoterapeutas. En concreto se tomó como población de estudio el conjunto de psicoterapeutas inscritos en el directorio de gabinetes de psicología del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental. Los resultados ya han sido ampliamente expuestos y comentados, y las conclusiones pueden consultarse al principio de este mismo apartado. No obstante, todo parece indicar, en vista de los datos, que nuestros terapeutas aún se resisten a reconocer la similitud en cuanto a eficacia de los distintos modelos psicoterapéuticos. De igual manera, muestran reservas a la hora de reconocer la relevancia fundamental de los factores comunes en el proceso terapéutico (reservas que incluso se dan en los terapeutas eclécticos analizados). Dichas reticencias podrían explicarse por varias razones no excluyentes. Una podría ser que los resultados de la investigación sobre la efectividad psicoterapéutica no han llegado convenientemente a los terapeutas y, en consecuencia, se infiere un limitado acceso a tales resultados. Otra razón apuntaría a la existencia de actitudes arraigadas en los terapeutas que les impiden asumir dichos resultados. En cualquiera de ambos casos, se han propuesto algunas posibles vías de actuación que pasarían fundamentalmente por mejorar el acceso a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia, optimizar los canales de transmisión de los resultados de tales estudios a la comunidad terapéutica, otorgar conocimientos en metodología sobre investigación en psicoterapia y la adquisición de una auténtica visión integradora que elimine las reticencias subjetivas que aún mantienen los terapeutas.

Para finalizar esta tesis, hemos de apuntar que la investigación realizada se ha orientado como un estudio piloto, en espera de estudios a mayor escala que permitan generalizar los resultados a mayores comunidades de terapeutas y establecer comparaciones entre dichos grupos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---



- Alexander, L.B. y Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scale. En L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process*. Nueva York: Guilford.
- American Psychiatric Association. (1982). *Psychotherapy research: Methodological and efficacy issue*. Washington, D.C.: Autor.
- Andrews, G. y Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients? Re-analysis of Smith, Glass and Miller data. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1208.
- Arkowitz, H. (1989). The role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 8-16.
- Auerbach, A.H. y Johnson, M. (1977). Research on the therapist's level of experience. En A.S. Gurman, y Razin, M. (Comps.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*. Nueva York: Pergamon Press.
- Ávila, A. (1989). Psicoanálisis, psicoterapias de orientación psicoanalítica y efectividad terapéutica. *Clínica y Análisis Grupal*, 11 (1), 51-74.
- Ávila, A. (1993). Introducción al estudio de los procesos emocionales repetitivos, cíclicos y dinámicos: Un tema de interés para la investigación en psicoterapia. En I. Caro (Comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 295-330). Valencia: Promolibro.
- Bachelor, A. (1988). How clients perceive therapist empathy: A content analysis of "received" empathy. *Psychotherapy*, 25 (2), 227-240.
- Baer, P.E., Dunbar, P.W., Hamilton, J.E. y Beutler, L.E. (1980). Therapist's perceptions of the psychotherapeutic process: Development of a psychotherapy process inventory. *Psychological Reports*, 46, 563-570.
- Bandura, A. (1961). Psychotherapy as a learning process. *Psychological Bulletin*, 58, p. 143.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. N.J: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1979). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1, 139-162.
- Barker, S.L., Funk, S.C. y Houston, B.K. (1988). Psychological treatment versus nonspecific factors: a meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review*, 8, 579-594.
- Barlow, D.H., Hayes, S.C. y Nelson. R.O. (1984). *The scientist practitioner: research and accountability in clinical and educational settings*. Nueva York: Pergamon.
- Barlow, D.H. y Hersen, M. (1984/1988). *Diseños experimentales de caso único* (2ªed.). Barcelona: Martínez Roca.

- Barret-Lennard, G.T. (1962). Dimensions of therapist re causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76 (43, Whole, n. 562).
- Barrett-Lennard, G.T. (1981). The empathy cycle: Refinement nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology*. 28, 91-100.
- Barret-Lennard, G.T. (1986). The relationship inventory now: Issues and advances in theory, method and use. En L. Greenberg y W.M. Pinsof (Eds.), *The therapeutic process. A research handbook* (pp. 439-476). London: Guilford Press.
- Barron, J.B. (Comp.) (1978). Preface: The theory and personality of the psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 307.
- Basch. N.F. (1981). Dynamic psychotherapy and its frustration. En P.L. Wachtel (Ed.), *Resistance*. Nueva York: Plenum.
- Bastine, R., Fiedler, P. y Kommer, D. (1990). Qué es terapéutico en la psicoterapia. Aproximación sistemática a la investigación del proceso psicoterapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 1, 39-56.
- Battle, C., Imbed, S., Hoehn-Saric, R., Stone, A., Nash, E. y Frank, J. (1966). Target complaints as a criteria for improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20, 192.
- Bayés, R. (1984). Análisis del efecto placebo. *Quaderns de Psicologia*, 1, 161-183.
- Beck, A.T., Hollon, S.D., Young, J.E., Bedrosian, R.C. y Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 42, 142-148.
- Beckham, E.E. (1990). Psychotherapy of depression research at a crossroads: directions for the 1990s. *Clinical Psychology Review*, 10, 207-228.
- Beckham, E.E. y Watkins, J.T. (1989). Process and outcome in Cognitive Therapy. En A. Freernan, K.M. Simon, L.E. Beutler y H. Arkowith (Eds.), *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy* (pp. 61-8 1). Nueva York: Plenum Press.
- Beitman, B.D. (1987). *The structure of individual psychotherapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Bergin, A.E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results resvisited. *Journal of Couseling Psycho/ogy*, 10, 244-250.
- Bergin, A.E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71,235-246.
- Bergin, A.E. (1970). The deterioration effect. *Journal of Abnormal Psychology*, 75, 300-302.

- Bergin, A.E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. En S. L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (1ª ed., pp. 217-270). Nueva York: Wiley.
- Bergin, A.E. (1975). Individual psychotherapy. En M. Rosenzweig y L. Porter (Eds.), *Annual review of psychology*. Palo Alto: Ann. Rev. Inc.
- Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (Eds.) (1971). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. Nueva York: Wiley.
- Bergin, A.E. y Lambert, M.J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. En S.L. Gardfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis* (2ª ed., pp. 139-189). Nueva York: Wiley.
- Bergin, A.E. y Strupp, H.H. (1972). *Changing frontiers in the sciencie of psychoterapy*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Berman, J.S., Miller, R.C. y Massman, P.J. (1985). Cognitive therapy versus systematic desensitization: is one treatment superior? *Psychological Bulletin*, 97 (3), 451-461.
- Berman, J.S. y Norton, N.C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin*, 98 (2), 401-407.
- Beutler, L.E. (1979). Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 882-897.
- Beutler, L.E. (1990). Introduction to the Special Series on Advances in Psychotherapy Process Research, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3), 263-264.
- Beutler, L.E. y Clarkinn, J.F. (1990). *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L.E., Crago, M. y Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 257-285). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Beutler, L.E. y McNabb, C. (1981). Self-evaluation for the psychotherapist. En C.E. Walker (Ed.), *Clinical practice of psychology* (pp. 397-440). Nueva York: Pergamon Press.
- Beutler, L.E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishzey, A., Hamblin, D., Meredith, K., Potter, R., Bamford, C.R. y Levenson, A.I. (1987). Group cognitive therapy and aprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 550-556.
- Blanck, G. y Blanck, R. (1974). *Ego Psychology: Theory and Practice*. Nueva York: Columbia University Press.

- Blackburn, I.M., Bishop, S., Glen, A.I.M., Whalley, L.J. y Christie, J.E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A Treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy , each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- Birk, L y Brinkly-Birk, A. (1974). Psychoanalysis and behavior therapy. *American Journal of Psychiatry*, 131, 499-510.
- Bordin, E.S. (1974). *Research strategies in psychotherapy*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-259.
- Borkovec, T. y Rachman, S. (1979). The utility of analogue research. *Behavior Research and Therapy*, 17, 253-261.
- Botella, L. y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido (Ed.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.
- Bouthousous, J., Holdroid, J., Lerman, H., Forer, B y Greenberg, M. (1983). Sexual intimacy between psychotherapists and patients. *Professional Psychology*, 14, 185-196.
- Bowers, T.G. y Clum, G.A. (1988). Relative contribution of specific and nonspecific treatment effects: meta-analysis o placebo-controlled behavior therapy research. *Psychological Bulletin*, 103, 315-323.
- Brill, N., Forgy, E., Koegler, R. y Epstein, L. (1964). Controlled-study of psychiatric outpatient treatment. *Archives of General Psychiatry*, 10 (6), 581.
- Broeckman, T.G., Schaap, C. y Lange, M.M. (1985). Evaluating The Effects Of Psychotherapies. En M.A. Van Kalmthout, C. Schaap y F.L. Wojciechowski (Eds.), *Common factors in psychotherapy: Essays in honor of emeritus prof. Dr. M.M. Nawas* (pp. 101-122). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Brody, N. (1990). Behavior therapy versus placebo: Comment or bowers and clum\*s meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 107, 106-109.
- Brown, M.B. y Forsythe, A.B. (1974). The ANOVA and multiple comparisons for data with heterogeneous variances. *Biometrics*, 30, 719-724.
- Budman, S. (Ed.) (1981). *Forms of brief therapy*. Nueva York: Guilford.
- Burlingame, G. y Behrman, J. (1987). Clinical attitudes toward time-limited and time-unlimited therapy. *Professional Psychology*, 18 (1), 61-65.

- Burlingame, G.M., Fuhriman, A., Paul, S. y Ogles, B.M. (1989). Implementing a time-limited therapy program: Differential effects of training and experience. *Psychotherapy*, 26 (3), 303-313.
- Butt, T. y Bannister, D. (1987). Better the devil you know. En W. Dryden (Comp.), *Key cases in psychotherapy*. Londres: Croom Helm.
- Carmines, E.G. y Zeller, R.A. (1979). *Reliability and validity assesment*. Beverly Hills: Sage.
- Caro, I. (1993). La identidad de la psicoterapia. En I. Caro (Comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 17-39). Valencia: Promolibro.
- Caro, I. (1999). El origen cultural de la integración y del eclecticismo en psicoterapia. *Psiquiatría Pública*, 1 (11), 19-27.
- Caro, I. y Safran, J.D. (1991). Posibilidades de investigación en psicoterapia. El estudio de los procesos. *Boletín de Psicología*, 33, 59-82.
- Castillo, J.A. y Poch, J. (1991). *La efectividad de la psicoterapia: Método y resultados de la investigación*. Barcelona: Hogar del Libro.
- Chassan, J. (1967). *Research design in clinical psychology and psychiatry*. Nueva York: Appleton Century Crofts.
- Clum, G.A. y Bowers, T.G. (1990). Behavior therapy better than placebo treatments: Fact or artifact? *Psychological Bulletin*, 107, 110-113.
- Cornsweet, C. (1983). Nonspecific factors and theoretical choice. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 307-313.
- Craig, A. y Andrews, G. (1985). The prediction and prevention of relapse in stuttering: The value of self-control techniques and Locus of Control measures. *Behavior Modification*, 9, 427-442.
- Critelli, J.W. y Neumann, K.F. (1984). The placebo: conceptual analysis of a construct in transition, *American Psychologist*, 39, 32-39.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cronbach, L.J. (1957). The two disciplines of scientific psychology. *American Psychologist*, 12, 671-684.
- Cronbach, L.J. y Snow, R.E. (1977). *Aptitudes and instructional methods*. Nueva York: Irvington.
- Dance, K.A. y Neufeld, R.W. (1988). Aptitude-treatment interaction research in the clinical setting: A review of attempts to dispel the "patient uniformity" myth. *Psychological Bulletin*, 104 (2), 192-213.



- De Charms, R., Levy, J. y Wertheimer, M. (1954). A note on attempted evaluations of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 10, 233-235.
- De Shazer, D. (1993). Creative misunderstandings: There is no escape from language. En S.G. Gilligan y R. Price (Eds.), *Therapeutic conversations* (pp.19-64). Nueva York: Norton & Company.
- Denker, R. (1946). Results of treatment of psychoneuroses by the general practitioner. A follow-up study of 500 cases. *New York State Journal of Medicine*, 46, 21-64.
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90 Administrative, scoring, and procedures Manual*. Baltimore: Clinical Psychometrics.
- Dewald, P.A. (1981). Psychoanalytic perspectives on resistance. En P. Wachtel (Ed.), *Resistance*, Nueva York: Plenum.
- Diloreto, A.O. (1971). *Comparative psychotherapy: An experimental analysis*. Chicago: Aldine-Atherton.
- Dittmann, A.T. (1966). Psychotherapeutic processes. *Annual Review of Psychology*, 17, 51-78.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Elías, N. (1990). *Compromiso y distanciamiento*. Barcelona: Ediciones Península.
- Elkin, I, Pilkonis, P.A., Docherty, J.F. y Sotsky, S.M. (1988). Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, I: Active ingredients and mechanism of change. *The American Journal of Psychiatry*, 145 (8), 909-917.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T. Imber, S.D., Sotsky, S.M. Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J. y Parloff, M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Elliot, R., Stiles, W.B. y Shapiro, D.A. (1993). Are some therapies more equivalent than others? En T.R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 480). Nueva York: Plenum Press.
- Ellis, A. (1957). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 13, 344-350.
- Epling, W.F. y Woodward, J.B. (1976). How to be successful psychotherapist no matter what the effect on behavior: the corn soup principle. *Behavior Research and Psychotherapy*, 14, 482-484. 1976
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.

- Eysenck, H.J. (1961). The effects of psychotherapy. En H.J. Eysenck (Ed.), *Handbook of Abnormal Psychology*. Nueva York: Basic Books.
- Eysenck, H.J. (1965). The effects of psychotherapy. *International Journal of Psychiatry*, 1, 99-144.
- Eysenck, H.J. (1976). The learning theory model of neurosis. A new approach. *Behaviour Research and therapy*, 14, 251-267.
- Eysenck M.J. (1982). Neobehaviouristic (S-R) theory. En G.T. Wilson y C.M. Franks (Eds.), *Contemporary behaviour therapy: Conceptual and empirical foundations*. Nueva York: Guildford.
- Eysenck, H.J. (1985a). Studying the effects of psychotherapy. En R.N. Gajend, F.L. Fawzy, B.L. Hudson, & R.O. Pasnau (Eds.), *Current themes in psychiatry* (pp. 123-140). London: Macmillan Press.
- Eysenck, H.J. (1985b). Psychotherapy effects: real or imaginary?. *American Psychologist*, 40, 239-240.
- Eysenck, H.G. y Eysenck, S.B.G. (1968). *Manual for the Eysenck personality inventory*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- Eysenck, H.J. y Wilson, G.D. (1980). *El estudio experimental de las teorías freudianas*. Madrid: Alianza Universidad.
- Fay, A. y Lazarus, A.A. (1981). Psychoanalytic resistance and behavioral nonresponsiveness: A dialectical impasse. En P. Wachtel (Ed.), *Resistance*. Nueva York: Plenum.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G. y Villegas, M. (1993). *Constructivismo y psicoterapia* (2ª Ed.). Barcelona: PPU.
- Fernández Rodríguez, C. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En I. Amigo Vázquez, C. Fernández Rodríguez y M. Pérez Álvarez (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Fiske, D.W., Hunt, H. y Luborsky, L. (1970). The planning of research on the effectiveness of psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 22, 22-32.
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (2ªed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J.D. (1979). The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 310-317.

- Frank, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En J.H. Harvey y M.M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (pp. 9-37). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Frank, J.D. y Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3ª ed.). Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Frank, J.D., Hoehn-Saric, R., Imber, S., Liberman, B. y Stone, A. (1978). *Effective ingredients of successful psychotherapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Freud, S. (1981). *Obras Completas* (4ª ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fuhriman, A. Paul, S. y Burlingame, G. (1986). Eclectic time-limited therapy. En J. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 226-259). Nueva York: Teachers College Press.
- Games, P.A. y Howell, J.F. (1976). Pairwise multiple comparison procedures with unequal  $n$ 's and(or) variances: A Monte Carlo study. *Journal of Educational Statistics, 1*, 113-125.
- Garfield, S.L. (1981). Psychotherapy: A 40-year appraisal. *American Psychologist, 35*, 174-183.
- Garfield, S.L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª ed., pp. 213-256). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Garfield, S.L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58* (3), 273-280.
- Garfield, S.L. (1992). Eclectic psychotherapy: A common factors approach. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 169-201). Nueva York: Basic Books.
- Garske, J.P., y Jay Linn, S. (1988). Hacia un esquema general de la psicoterapia: eficacia, factores comunes e integración. En S. Jay Linn y J.P. Garske (Eds.), *Psicoterapias Contemporáneas* (pp. 623-647). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Garfield, S.L. y Kurtz, R.(1976). Clinical psychologists in the 1970's. *American Psychologist, 31*, 1-9.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D. y Thompson, L.W. (1989). Impact of confirming patient expectations of change processes in behavioral, cognitive, and brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 26* (3), 296-302.
- Gelso, C.J. y Carter, J.A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155-243.

- Giles, T.R. (1983). Probable superiority of behavioral interventions-I: Traditional comparative outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14 (1), 29-32.
- Giles, T.R. (1993). Consumer advocacy and effective psychotherapy. En T.R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp.481-488). Nueva York: Plenum Press.
- Giles, T.R., Neims, D.M. y Prial, E.M. (1993). The relative efficacy of prescriptive techniques. En T.R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 21-39). Nueva York: Plenum Press.
- Glass, G.V. (1976). Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5, 3-8.
- Glass, G.V., McGaw, B. y Smith, M.L. (1981). *Meta-analysis in social research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Goldfried, M.R. (1980). Toward a delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999.
- Goldfried, M.R., Castonguay, L.G. y Safran, J.D. (1992). Core issues and future directions in psychotherapy integration. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. Nueva York: Basic Books.
- Goldfried, M.R., Greenberg, L.S. y Marmar, C. (1990). Individual Psychotherapy: Process and Outcome. *Annual Review of Psychology*, 41, 659-688.
- Goldfried, M.R. y Padawer, W. (1982). Current status and future directions in psychotherapy. En M. Goldfried (Ed.), *Converging themes in psychotherapy*. Nueva York: Springer.
- Goldstein, A. P. (1962). *Therapist-patient expectancies in psychoterapy*. Nueva York: Pergamon.
- Gómez, J. (1987). *Meta-análisis*. Barcelona: P.P.U.
- Gómez, J., Artés, M. y Segú, J.L. (1989). Importancia del metaanálisis como técnica cuantitativa de revisión de estudios en ciencias de la salud. *Medicina Clínica*, 93, 295-297.
- Greenberg, L.S. (1975). A task analytic approach to the study of psychotherapeutic events. Tesis doctoral. *Dissertation Abstracts International*, 1977, 37, 4647B.
- Greenberg, L.S. (1983). Psychotherapy process research. En E. Walker (Comp.), *The handbook of clinical psychology*. Illinois: Dow-Jones, Irwin.
- Greenberg, L.S. (1984). A task analysis of interpersonal conflict resolution. En L. Rice y L. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: An intensive analyses of the psychotherapy process*. Nueva York: Guilford Press.

- Greenberg, L.S. y Foerster, F. (1993). El análisis de tareas. En I. Caro (Comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 163-197). Valencia: Promolibro.
- Greenberg, L.S. y Pinsof, W.M. (1986). Research strategies: Current trends and future perspectives. En L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 3-20). Nueva York: Guilford Press.
- Greeson, R.D. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. Nueva York: International University Press.
- Gross, M.L. (1978). *La Falacia de Freud*. Madrid: Cosmos.
- Guy, J.D. (1987/1995). *La vida personal del terapeuta*. Barcelona: Paidós.
- Haaga, D.A. (1990). Revisión del enfoque de principios comunes para la integración de psicoterapia. *Clínica y Salud*, 1 (1), 3-11.
- Hambleton, R.K. (1980). Test score validity and standard-setting methods. En R.A. Berk (Ed.), *Criterion-referenced testing: Motives, models, measures and consequences* (pp. 80-123). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hattie, J.A., Sharpley, C.F. y Rogers, H. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, 95, 534-541.
- Haynes, S.C., Spain, E.H. y Oliveira, J. (1993). Deriving causal inferences in clinical assessment. *Psychological Assessment*, 5, 281-291.
- Heaton, J. (1982). La teoría en psicoterapia. En N. Bolton (Ed.), *Problemas filosóficos en psicología* (pp. 217- 241). Madrid: Alianza.
- Herron, W.G. (1978). The therapist's choice of a theory of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 396-401.
- Hill, C.E. (1990). Exploratory in-session process research individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3), 288-294.
- Hilliard, R.B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (3), 373-380.
- Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. Nueva York: Aronson.
- Horvath, A.O. y Greenberg, L.S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process*. Nueva York: Guildford.
- Horvath A.O. y Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal Of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

- Hsu, L.M. (1989). Random sampling, randomization and equivalence of constricted groups in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 131-137.
- Imber, S., Nash, E., Hoehn-Saric, R., Stone, A. y Frank, J.L. (1968). A 10-year follow up of treated psychiatric outpatients. En J. Lesse (Ed.), *An evaluation of the results of the psychotherapies*. Springfield: Thomas.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C. y Revenstorff, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jones, E.E., Ghannam, J., Nigg, J.T. y Dyer, J.F.P. (1993). A paradigm for single-case research: The time series study of a long-term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (3), 381-394.
- Karasu, T.B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Karon, B.P. y Vandenbos, G.R. (1970). Experience, medication, and the effectiveness of psychotherapy with schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 116, 427-428.
- Kazdin, A.E. (1978). Evaluating the generality of findings in analogue therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 673-686.
- Kazdin, A.E. (1979). Nonspecific treatment factors in psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 846-851.
- Kazdin, A.E. (1984). Therapy analogues and clinical trials in psychotherapy research. En M. Hersen, L. Michelson y A.S. Bellak (Eds.), *Issues in psychotherapy research* (pp. 227-250). Nueva York: Plenum Press.
- Kazdin, A.E. (1986a). Comparative outcome studies of psychotherapy: methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54 (1), 95-105.
- Kazdin, A.E. (1986b). The evaluation of psychotherapy research design and methodology. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3ª ed., pp. 23-68). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Kazdin, A.E. (1992). *Research design in clinical psychology* (2ª ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Kazdin, A.E. y Wilcoxon, L.A. (1976). Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 83, 729-758.
- Kazdin, A.E. y Wilson, G.T. (1978). *Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence, and research strategies*. Cambridge, MA: Ballinger.

- Kellner, R. (1967). The evidence in favour of psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 40 (4), p. 341.
- Kemery, E.R., Mossholder, K.W. y Dunlap, W.P. (1989). Meta-analysis and moderator variables: a cautionary note on transportability. *Journal of Applied Psychology*, 74, 168-170.
- Kelly, G.A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 Vols.). Nueva York: Norton. (reimpreso por Routledge & Kegan Paul, Londres, en 1991).
- Kelly, T.A. y Strupp, H. (1992). Patient and therapist values in psychotherapy: Perceived changes, assimilation, similarity, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 34-40.
- Kernberg, O.F., Burstein, E.D., Coyne, L., Appelbaum, L. Horwitz, L. y Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1-276.
- Kiesler, D.J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- Kiesler, D.J. (1971). Experimental designs in psychotherapy research. En A. Bergin y S.Gardfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. Nueva York: Wiley.
- Kiesler, D.J. (1973). *The process of psychotherapy*. Chicago: Adine.
- Kirsch, I. (1978). The placebo effect and the cognitive-behavioral revolution *Cognitive Therapy and Research*, 2, 255-264.
- Kivlighan, D.M. (1990). Relation between counselors's use of intentions and client's perception of working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 37 (1), 27-32.
- Klein, M.H., Mathieu, P.L., Gendlin, E.T. y Kiesler, D.J. (1969). *The experiencing scale: A research and training manual* (Vol 1). Madison, WI: University of Wisconsin Extension Bureau of Audiovisual Instruction.
- Klein, M.H., Mathieu-Coughlan, P. y Kiesler, D.L. (1986). The experiencing scales. En L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21-71). Nueva York: Guilford Press.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. y Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nueva York: Basic Books.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. Nueva York: International Universities Press.

- Krupnick, J.L., Sotsky, S.M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. y Pilkonis, P.A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 532-539.
- Kuhn, T.S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2ª ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Labrador, F.J. (1986). Controversias sobre una posible convergencia entre los distintos acercamientos terapéuticos o de intervención. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 4 (3), 259-302.
- Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández, J. (2001). *La eficacia de los tratamientos psicológicos* (online). Disponible en: <http://www.cop.es/vernumero.asp?id=1062>
- Lafferty, P., Beutler, L.E. y Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 76-80.
- Lambert, M.J. (1983). Introduction to assessment of psychotherapy outcome: historical perspective and current issues. En M. J. Lambert, E.R. Christensen, y S.S. DeJulio (Eds.), *The assessment of psychotherapy outcome* (pp. 3-32). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Lambert, M.J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469-485.
- Lambert, M.J. (1991). Introduction to psychotherapy research. En L.E. Beutler y Crago (Eds.), *Psychotherapy research. An international review of programmatic studies* (pp. 1-11). Washinton: APA.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research. Implications for integrative and eclectic therapist. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy Integration* (pp. 94-129). Nueva York: BasicBooks.
- Lambert, M.J., Bergin, A.E. y Collins, J.L. (1977). Therapist induced deterioration in psychotherapy. En A.S. Gurman y A.M. Razin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 157-211). Nueva York: Wiley.
- Lambert, M.J., Christensen, E.R. y DeJulio, S.S. (Eds.). (1983). *The Assessment of Psychotherapy Outcome*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Lampropoulos, G.K. (2001). Bridging technical eclecticism and theoretical integration: Assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11 (1), 5-9.
- Landfield, A.W. (1971). *Personal constructs systems in psychotherapy*. Chicago: Rand McNally.



- Landis, C. (1938). Statistical evaluation of psychotherapeutic methods. En S.E. Hinsie (Ed.), *Concepts and Problems of Psychotherapy* (pp. 155-156). London: Heinemann.
- Landman, J.T. y Dawes, R.M. (1982). Psychotherapy outcome Smith and Glass, conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist*, 37, 504-516.
- Lazarus, A.A. (1995). Eclecticismo e integración: Concienciarse de los peligros. *Revista de Psicoterapia*, 24.
- Lazarus, A.A. y Messer, S.B. (1992). ¿Prevalece el caos? Reflexiones sobre el eclecticismo técnico y la integración asimilativa. *Revista de Psicoterapia*, 10-11 (3), 129-144.
- Leventhal, H., Zimmerman, R. y Gutmann, M. (1984). Compliance: A self regulation perspective. En W. D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*. Nueva York: Guilford Press.
- Levitt, E.E. (1957). The results of psychotherapy with children An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 189-196.
- Lieberman, L.R. (1985). Comment on Critelli and Neuman's "The Placebo". *American Psychologist*, 40, 238-239.
- Lieberman, L.R. y Dunlap, J.T. (1979). On O'Leary and Borkovec's conceptualization of placebo: The placebo paradox. *American Psychologist*, 34, 553-554.
- Lipsey, M.W. y Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48 (12), 1181-1209.
- Llewelyn, S.P., Elliot, R., Shapiro, D.A., Hardy, O. y Firthcozens, J. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 105-114.
- Luborsky, L. (1954). A note on Eysenck's article "The effects of psychotherapy: an evaluation". *British Journal of Psychology*, 45, 129-131.
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A.H., Cohen, J. y Bachrach, H.M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75, 145-185.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. y Auerbach, A. (1988). *Who Will Benefit From Psychotherapy?* Nueva York: Basic Books.
- Luborsky, L. y Luborsky, E. (1993). Medidas fiables relacionadas con la transferencia: Una ayuda para el investigador y el clínico. En I. Caro (Comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 17-39). Valencia: Promolibro.

- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Mahoney, M.J. (1977). Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, 32, 5-13.
- Mahoney, M.J. (1981). Psychotherapy and human change processes. En J.H. Harvey y M.M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Mahrer, A.R. (1988). Discovery-oriented psychotherapy research: Rationale, aims, and methods. *American Psychologist*, 43, 694-702.
- Malan, D.H. (1973). The outcome problem in psychotherapy research: A historical review. *Archives of General Psychiatry*, 29, 719-729.
- Marks, I. y Gelder, M.G. (1966). Common ground between behavior therapy and psychodynamic methods. *British Journal of Medical Psychology*, 39, 11-23.
- Marmar, C.R. (1990). Psychotherapy process research: Progress, dilemmas, and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 281-287.
- Marmor, J. (1971). Dynamic psychotherapy and behavior therapy: Are they irreconcilable? *Archives of General Psychiatry*, 24, 22-28.
- McNamee, S. y Gergen, K.J. (Comp.) (1992). *Therapy as a social construction*. Londres: Sage.
- Meichenbaum, D.B. (Ed.) (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum.
- Meltzoff, Z. y Kornreich, N. (1970). *Research in Psychotherapy*. Nueva York: Atherton.
- Miller, R.C. y Berman, J.S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 94, 39-53.
- Mintz, J., Drake, R.E. y Crits-Christoph, P. (1996). Efficacy and effectiveness of psychotherapy: Two paradigms, one science. *American Psychologist*, 51, 1084-1085.
- Mitchell, K.M., Bozarth, J.D. y Krauft, C.C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, non-possessive warmth, and genuineness. En A.S. Gurman y A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*. Nueva York: Pergamon.
- Murphy, G.E., Simons, A.D., Wetzel, R.D. y Lustman, P. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy: Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.

- Musso, J.R. (1970). *Problemas y mitos metodológicos de la psicología y la psicoterapia: Introducción a una metodología de la investigación psicológica*. Buenos Aires: Psique.
- Neymeyer, R.A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 221-234.
- Nietzel, M. T., Russell, R. L., Hemmings, K. A. y Gretter, M. L. (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 156-161.
- Norcross, J.C. y Newman, C.F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. Nueva York: Basic Books.
- Office Of Technology Assesment, U.S. Congress. (1980). *The efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy-Background paper number 3: The implication of cost-effectiveness analysis of medical technology*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- O'Leary. K.D. y Borkovec. T.D. (1978). Conceptual. methodological, and ethical problems of placebo groups of psychotherapy research. *American Psychologist*, 33, 821-830.
- Orlinsky, D.E. y Howard, K.I. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. En S.L. Gardfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2ª ed., pp. 283-329). Nueva York: Wiley.
- Orlinsky, D.E. y Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Osterlind, S. J. (1989). *Constructing test items*. Boston: Kluwer Academic Pub.
- Pardo, A. y Ruiz, A. (2002). *SPSS 11: Guía para el análisis de datos*. Madrid: McGraw-Hill.
- Parloff, M.B. (1982). Can psychotherapy research guide the policy maker? A little knowledge may be a dangerous thing. En M.R. Goldfried (Ed.), *Converging themes in psychotherapy: trends in psychodynamic, humanistic, and behavioral practice* (pp. 291-310). Nueva York: Springer.
- Parloff, M.B. (1986). Placebo controls in psychotherapy research: A sine qua non or a placebo for research problems? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (1), 79-87.
- Paul, G. L. (1966). *Effects of insight, desensitization. and attention placebo on the treatment of anxiety*. Stanford, CA.: Stanford University Press.

- Paul, G.L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Pedhazur, E. J. y Schmelkin, L. P. (1991). *Measurement, design, and analysis: An integrated approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos Psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez Álvarez, M. y Martínez Camino, J.R. (1987). Psicología del “efecto placebo”: fundamentos para su uso clínico intencionado «Monográfico: el efecto placebo». *Estudios de Psicología*, 31, 83-115.
- Pérez Ríos, J. (1987). *Teoría científica y psicología*. Sevilla: MAD ediciones.
- Persons, J.B. (1993). Outcome of psychotherapy for unipolar depression. En T.R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 305-324). Nueva York: Plenum Press.
- Pervin, L.A. (1984). *Current controversies and issues in personality* (2ª ed.). Nueva York: Wiley.
- Pineault, R y Daveluy, C. (1990). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. Barcelona: Masson y SG.
- Piper, W., Debbane, E. y Garant, J. (1977). Outcome study of group-therapy. *Archives of General Psychiatry*, 34 (9), 1027-1032.
- Powell, G.E. (1989). Selecting and developing measures. En O. Parry y F.N. Watts (Eds.), *Behavioural and mental health research: a handbook of skills and methods* (pp. 27-54). Hillsdale: Erlbaum.
- Prioleau, L., Murdock, M. y Brody, N. (1983). An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *The Behavioral and Brain Sciences*, 6, 275-310.
- Quality Assurance Project. (1983). A treatment outline for depressive disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 129-146.
- Rachman, S. (1971). *The Effects of Psychotherapy*. Oxford: Pergamon.
- Rachman, S.J. y Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Rachman, S.J. y Wilson, G.T. (1980). *The effects of psychological therapy* (2ª ed.). Nueva York: Pergamon Press.
- Reig, A., Rodríguez, J., Sancho, P., Rivera, D. y García, J. (1986). Susceptibilidad a los problemas de salud y correlatos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33, 441-458.

- Rice, L.N. y Greenberg, L.S. (Eds.) (1984). The new research paradigm. En L.N. Rice y L.S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change* (pp. 7-25). Nueva York: Guilford.
- Rice, L.N. y Kerr, G.P. (1986). Measures of client and therapist vocal quality. En L. Greenberg y W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 73-105). Nueva York: Guilford Press.
- Rice, L.N. y Wagstaff, A.K. (1967). Client voice quality and expressive style as indexes of productive psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 557-563.
- Robinson, L.A., Berman, J.S. y Neimeyer, R.A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108 (1), 30-49.
- Rogers, C.R. (1951/1966). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 1, 95-103.
- Rogers, C. R. y Dymond, R. F. (Eds.). (1954). *Psychotherapy and personality change: Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. Nueva York: Free Press.
- Rosenthal, R. (1966). *Experimenter effects in behavioral research*. Nueva York: Appleton-Century-Crofts.
- Rosenthal, D. y Frank, J. (1956). Psychotherapy and the placebo effect. *Psychological Bulletin*, 53, 294-302.
- Rosenzweig, S. (1954). A transvaluation of psychotherapy: a reply to Hans Eysenck. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49, 298-304.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs*, Vol. 80-1.
- Rovinelli, R. J. y Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Rubio M.J. y Varas J. (1999). *El análisis de la realidad de la Intervención Social. Métodos y técnicas de Investigación* (2.ª ed). Madrid: Editorial CCS.
- Rush, Al., Beck, A.T. Kovacs, M. y Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.

- Safran, J.D. (2002, junio). *Therapists' contribution to the alliance: Opportunities and limitations*. Discussion group co-led with L.S. Greenberg, A. Horvath, y W. Stiles. Ponencia presentada en la Sociedad Anual para la Conferencia de la Investigación de Psicoterapia, Santa Barbara, EE.UU.
- Safran, J.D., y Muran, J.C. (Eds.) (1998). *The therapeutic alliance in short term psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association Publications.
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Nueva York: Guilford.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L., Inck, T. y Santangelo, C. (1993). Hacia una aclaración de los procesos implicados en resolver fisuras en la alianza terapéutica. En I. Caro (Comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 199-237). Valencia: Promolibro.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L. y Stevens, C. (2002). Repairing therapeutic alliance ruptures. En J.C. Norcross (Ed.), *A guide to psychotherapy relationships that work: Effective elements of the therapy relationship*.
- Samstag, L., Muran, J.C. y Safran, J.D. (2004). Defining and identifying ruptures in psychotherapy. En D. Charman (Ed.), *Core concepts in brief dynamic therapy: Training for effectiveness*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates..
- Sánchez-Barranco, A. (1993). *Técnica psicoanalítica: Desarrollo histórico, conceptos básicos y fundamentos epistemológicos*. Sevilla: Arquetipo.
- Schwartz, B.D. (1978). The initial versus subsequent theoretical positions: Does the psychotherapist's personality make a difference? *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 15, 344-349.
- Schwartz, G.E. (1982). Integrating psychobiology and behavior therapy: A systems perspective. En G. T. Wilson y C. M. Franks, (Eds.), *Contemporary behavior therapy: Conceptual and empirical foundations* (pp. 119-141). Nueva York: The Guilford Press.
- Searles, J. (1985). A methodological critique of psychotherapy outcome meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 23, 453-463.
- Seligman, M.E.P. (1994/1995). *No puedo ser más alto, pero puedo ser mejor*. Barcelona: Grijalbo.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer study. *American Psychologist*, 50 (12), 965-974.
- Semerari, A. (1991). Hacia una teoría cognitiva de la relación terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 2 (5), 5-26.

- Sexton, T. y Whiston, S. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications, and research directions. *The Counseling Psychologist*, 22, 6-78.
- Shapiro. A.K. (1971). Placebo effects in medicine, psychotherapy and psychoanalysis. En A.E. Bergin y S.C. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change: Empirical analysis*. Nueva York: Wiley
- Shapiro, D.A. (1989). Outcome research. En O. Parry y N. Watts (Eds.), *Behavioral and mental health research: a handbook of skills and methods* (pp. 163-188). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shapiro, D.A. y Shapiro, D. (1977). Comparative theory outcome research: Methodological implications of meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Shapiro, D.A., y Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92 (3), 581-604.
- Shlien, J.M., Mosak, H.H. y Dreikurs, R. (1962). Effect of time limits: A comparison of two psychotherapies. *Journal of Counseling Psychology*, 9 (1), 31-34.
- Siegel, S.M., Rootes, M.D. y Traub, A. (1977). Symptom change and prognosis in clinic psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 34, 321-329.
- Sifneos, P. (1981). Short-term anxiety-provoking psychotherapy. En S. Budman (Ed.), *Forms of brief therapy*. Nueva York: Guilford.
- Sloane. R.B. (1969). The converging paths of behavior therapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 125, 877-885.
- Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., y Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smith, M.L. y Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M.L., Glass, G.V. y Miller, T.I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Sotsky, S.M. y Simmens, S.J. (1999). Pharmacotherapy response and diagnostic validity in atypical depression. *Journal of Affective Disorders*, 54, 237-47.
- Stein, D.M. y Lambert, M.J. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, 4, 127-142.
- Stiles, W.B. (1988). Psychotherapy process-outcome correlations may be misleading. *Psychotherapy*, 25, 27-35.

- Stiles, W.B. (1993). Quality control in quantitative research. *Clinical Psychology Review, 13*, 593-618.
- Stiles, W.B. y Shapiro, D.A. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review, 9*, 521-543.
- Stiles, W.B., Shapiro, D.A. y Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist, 41*, 165-180.
- Stoltenberg, C.D. y Delworth, U. (1987). *Supervising counselors and therapists: A developmental approach*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Strayhorn, J.M. (1987). Control groups for psychosocial intervention outcome studies. *American Journal of Psychiatry, 144* (3), 275-282.
- Strube, M.J. y Hartmann, D.P. (1982). A critical appraisal of meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology, 21*, 129-139.
- Strupp, H.H. (1973). On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 1-8.
- Strupp, H.H. (1977). Are formulation of the dynamics of the therapist's contribution. En A.S. Gurman y A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A Handbook of research* (pp. 3-22). Nueva York: Pergamon Press.
- Strupp, H.H. (1978). The therapist's theoretical orientation: An overrate variable. *Psychotherapy: Theory, research, and Therapy, 15*, 314-317.
- Strupp, H.H. (1986). Psychotherapy. Research, practice, and public policy (how to avoid dead ends). *American Psychologist, 41* (2), 120-130.
- Strupp, H.H. y Bergin, A.E. (1969). Some empirical and conceptual bases for coordinated research in psychotherapy. *International Journal of Psychiatry, 7*, 18-90.
- Strupp, H.H. y Hadley, S.W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist, 32*, 196- 197.
- Strupp, H.H. y Hadley, S.W. (1979). Specific versus non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychology, 36*, 1125-1136.
- Suh, C.S., Strupp, H.H. y O'Malley, S.S. (1986). The Vanderbilt Process Measures The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). En L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process. A Research Handbook* (pp. 285-324). London: Guilford Press.



- Sundland, D.M. (1977, Junio). *Theoretical orientation: A multiprofesional American sample*. Ponencia presentada en el Encuentro Anual de la Sociedad para la Investigación de la Psicoterapia, Madison, WI., EE.UU.
- Tankens, R.J. (1981). Commonality, sociality and therapeutic accessibility. En H. Bonarius et al. (Eds.). *Personal construct psychology: Recent advances in theory and practice*. London: MacMillan.
- Taylor, F.K. (1963). *Un análisis de la psicoterapia grupal*. Buenos Aires: Escuela Privada de Psiquiatría Social.
- Teasdale, J.D. (1985). Psychological treatments for depression: How do they work? *Behavioral Research Therapy*, 23 (2), 157-165.
- Teasdale, J.D., Fennel, M.J., Hibbert, G.A. y Amies, P.L. (1984). Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 144, 400-406.
- Truax, C.B. y Carkhuff, R.R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy training and practice*. Chicago: Aldine.
- Ursano, R. y Dressler, D. (1974). Brief versus long-term pschotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 164-171.
- Vasco, A.B. (1993). ¿Cómo te están los zapatos?: La evolución de la orientación teórica y la práctica clínica del terapeuta. En I. Caro (Comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 331-350). Valencia: Promolibro.
- Villegas, M. (1990). Sincretismo, eclecticismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 1, 5-25.
- Von Asten, M. (1990). Behavior therapy in practice: evaluation of 633 case reports. *The German Journal of Psychology*, 14, 1-12.
- Weisz, J.R. y Weiss, B. (1993). *Effects of psychotherapy with children and adolescents*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Weitzman, B. (1967). Behavior therapy and psychotherapy. *Psychological Review*, 74, 300-317.
- Welch, B.L. (1951). On the comparison of several mean values: An alternative approach. *Biometrika*, 38, 330-336.
- White, D.M., Rusch, R.F., Kazdin, A.E. y Hartmann, D.P. (1989). Applications of meta-analysis in individual subject research. *Behavioral Assessment*, 11, 28 1-296.
- Wilkíns, W. (1979a). Expectancies in therapy research discriminating among heterogeneous nonspecifics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 837-845.

- Wilkins, W. (1979b). Heterogeneous referents, indiscriminate language and complementary research purposes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 856-859.
- Winter, D. (1992). *Personal construct psychology and clinical practice*. London: Routledge.
- Wiser, S.L., Goldfried, M.R., Raue, P.J. y Vakoch, D.A. (1993). Un análisis comparativo de las terapias cognitivo-comportamentales y psicodinámicas: La búsqueda de los principios del cambio. En I. Caro (Comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 125-161). Valencia: Promolibro.
- Wolberg, L.R. (1977). *The technique of psychotherapy*. Partone. (3ª ed.). Nueva York: Grune & Stratton.
- Wolfe, B.E. y Goldfried, M.R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
- Wolpe, J. (1958/1981). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée de Brouwer.



## **ANEXOS**

---



**ANEXO A:  
PUBLICACIONES MANEJADAS PARA LA SELECCIÓN PRELIMINAR DE  
LOS ÍTEMS EN EL JUICIO DE EXPERTOS**



- Barker, S.L., Funk, S.C. y Houston, B.K. (1988). Psychological treatment versus nonspecific factors: a meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clinical Psychology Review*, 8, 579-594.
- Beutler, L.E. y Clarkinn, J.F. (1990). *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L.E., Crago, M. y Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 257-285). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Botella, L. y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido (Ed.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.
- Broeckman, T.G., Schaap, C. y Lange, M.M. (1985). Evaluating The Effects Of Psychotherapies. En M.A. Van Kalmthout, C. Schaap y F.L. Wojciechowski (Eds.), *Common factors in psychotherapy: Essays in honor of emeritus prof. Dr. M.M. Nawas* (pp. 101-122). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Burlingame, G.M., Fuhriman, A., Paul, S. y Ogles, B.M. (1989). Implementing a time-limited therapy program: Differential effects of training and experience. *Psychotherapy*, 26 (3), 303-313.
- Caro, I. (1993). La identidad de la psicoterapia. En I. Caro (Comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 17-39). Valencia: Promolibro.
- Castillo, J.A. y Poch, J. (1991). *La efectividad de la psicoterapia: Método y resultados de la investigación*. Barcelona: Hogar del Libro.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (2ªed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J.D. (1979). The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 310-317.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En J.H. Harvey y M.M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (pp. 9-37). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Garfield, S.L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª ed., pp. 213-256). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Garfield, S.L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (3), 273-280.
- Garfield, S.L. (1992). Eclectic psychotherapy: A common factors approach. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 169-201). Nueva York: Basic Books.



- Gelso, C.J. y Carter, J.A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-243.
- Greenberg, L.S. y Pinsof, W.M. (1986). Research strategies: Current trends and future perspectives. En L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 3-20). Nueva York: Guilford Press.
- Horvath A.O. y Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal Of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Kazdin, A.E. y Wilcoxon, L.A. (1976). Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 83, 729-758.
- Kernberg, O.F., Burstein, E.D., Coyne, L., Appelbaum, L. Horwitz, L. y Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1-276.
- Kivlighan, D.M. (1990). Relation between counselors' use of intentions and clients' perception of working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 37 (1), 27-32.
- Klein, M.H., Mathieu-Coughlan, P. y Kiesler, D.L. (1986). The experiencing scales. En L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21-71). Nueva York: Guilford Press.
- Lafferty, P., Beutler, L.E. y Crago, M. (1989). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (1), 76-80.
- Lambert, M.J. (1989). The individual therapists' contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9, 469-485.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research. Implications for integrative and eclectic therapist. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy Integration* (pp. 94-129). Nueva York: BasicBooks.
- Landfield, A.W. (1971). *Personal constructs systems in psychotherapy*. Chicago: Rand McNally.
- Llewelyn, S.P., Elliot, R., Shapiro, D.A., Hardy, O. y Firthcozens, J. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 105-114.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. y Auerbach, A. (1988). *Who Will Benefit From Psychotherapy?* Nueva York: Basic Books.
- Orlinsky, D.E. y Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Nueva York: John Wiley and Sons.

- Safran, J.D. (2002, junio). *Therapists' contribution to the alliance: Opportunities and limitations*. Discussion group co-led with L.S. Greenberg, A. Horvath, y W. Stiles. Ponencia presentada en la Sociedad Anual para la Conferencia de la Investigación de Psicoterapia, Santa Barbara, EE.UU.
- Safran, J.D., Muran, C., Samstag, L., Inck, T.A. y Santangelo, C. (1993) Hacia una aclaración de los procesos implicados en resolver fisuras en la alianza terapéutica. En I. Caro (Comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 199-237). Valencia: Promolibro.
- Safran, J.D., y Muran, J.C. (Eds.) (1998). *The therapeutic alliance in short term psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association Publications.
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer study. *American Psychologist*, 50 (12), 965-974.
- Semerari, A. (1991). Hacia una teoría cognitiva de la relación terapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 2 (5), 5-26.
- Sexton, T. y Whiston, S. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications, and research directions. *The Counseling Psychologist*, 22, 6-78.
- Shapiro, D.A., y Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92 (3), 581-604.
- Smith, M.L., Glass, G.V. y Miller, T.I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Stiles, W.B., Shapiro, D.A. y Elliot, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Strupp, H.H. (1973). On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 1-8.
- Strupp, H.H. y Hadley, S.W. (1979). Specific versus non-specific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychology*, 36, 1125-1136.
- Suh, C.S., Strupp, H.H. y OMalley, S.S. (1986). The Vanderbilt Process Measures The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). En L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process. A Research Handbook* (pp. 285-324). London: Guilford Press.
- Tankens, R.J. (1981). Commonality, sociality and therapeutic accessibility. En H. Bonarius et al. (Eds.). *Personal construct psychology: Recent advances in theory and practice*. London: MacMillan.
- Vasco, A.B. (1993). ¿Cómo te están los zapatos?: La evolución de la orientación teórica y la práctica clínica del terapeuta. En I. Caro (Comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 331-350). Valencia: Promolibro.



**ANEXO B:  
DOCUMENTACIÓN REMITIDA AL GRUPO DE EXPERTOS**





UNIVERSIDAD DE SEVILLA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA EXPERIMENTAL

Estimado/a colega:

Soy Profesor de la Escuela Universitaria Adscrita de Relaciones Laborales, Trabajo Social y Turismo de Jerez (Universidad de Cádiz). En la actualidad me encuentro realizando mi tesis doctoral en el departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Sevilla (Nº de colegiado: S-03356) sobre los factores a los que los psicoterapeutas atribuyen la mayor responsabilidad en la efectividad de la psicoterapia.

Para ello, he decidido elaborar un cuestionario de atribución de la efectividad psicoterapéutica que necesita de las pertinentes pruebas de validez de contenido y fiabilidad. Para establecer primeramente tal validez, nos hemos basado en el procedimiento de Osterlind (1989) denominado “juicio de expertos”. A través de este procedimiento, una serie de personas expertas sobre el tema en cuestión establecen juicios acerca del grado en que cada ítem del cuestionario se adecua al objetivo que pretende medir, pudiéndose obtener así validez de contenido para cada uno de los ítems del instrumento y, por tanto, del propio instrumento de medida globalmente.

El motivo de la presente es, precisamente, solicitarle su colaboración como experto a fin de poder llevar a cabo tal procedimiento. Por este motivo, le adjuntamos un cuestionario en el que se le solicita que valore el grado de idoneidad de cada ítem con el objetivo planteado, así como una copia de la tabla en la que se incluyen los ítems asignados a cada uno de los objetivos.

Aprovechamos esta ocasión para enviarte un cordial saludo y darte las gracias anticipadas por el tiempo que nos has prestado. Atentamente,

Fdo.: Antonio Romero Moreno

Nombre: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Primero lea el objetivo número 1. Después, lea el primer ítem de la siguiente página. Considere cuidadosamente el grado de congruencia de este ítem con el objetivo. Evalúe la congruencia según las siguientes categorías:

- A = Alto grado de congruencia
- M = Grado medio de congruencia
- B = Bajo grado de congruencia

Si Ud. quiere hacer algún comentario sobre la congruencia de ese ítem, regístrelo en el lugar reservado para ello. Después de que haya terminado con el primer ítem, proceda con el segundo ítem, e igualmente con todos los ítems siguientes pertenecientes al objetivo 1. Cuando termine con este objetivo, haga lo mismo con los demás objetivos y sus ítems correspondientes. Muchas Gracias.

**Objetivo N° 1:**

Con este primer objetivo (correspondiente a los ítems 1 y 2) se trata de averiguar en qué medida los terapeutas encuestados consideran que son los factores específicos de las psicoterapias (esto es, aquellos factores genuinos de cada psicoterapia y que las hacen diferentes unas de otras, como la técnica utilizada, la intervención realizada a partir de la orientación teórica de base, etc.) los responsables en la mejora de un paciente que pasa por psicoterapia.

	<b>Evaluación</b>	<b>Comentario</b>
Ítem N° 1	_____	_____
Ítem N° 2	_____	_____

**Objetivo N° 2:**

Con este objetivo (que abarca los ítems 3, 4 y 5) se trata de averiguar en qué medida los terapeutas encuestados consideran que son los factores comunes de las psicoterapias correspondientes al paciente (esto es, aquellos factores relacionados con el paciente que aparecen de forma común en todas las psicoterapias y que las hace similares, como la expectativa de cura del paciente, su implicación en la terapia, la fe que tenga en el terapeuta, etc.) los responsables en la mejora de un paciente que pasa por psicoterapia.

	<b>Evaluación</b>	<b>Comentario</b>
Ítem N° 3	_____	_____
Ítem N° 4	_____	_____
Ítem N° 5	_____	_____

**Objetivo N° 3:**

Con este objetivo (que abarca desde el ítem 6 al 12) se trata de averiguar en qué medida los terapeutas encuestados consideran que son los factores comunes de las psicoterapias relacionados con el terapeuta (esto es, aquellos factores del terapeuta que aparecen de forma común en todas las psicoterapias y que las hacen similares, como la empatía mostrada por el terapeuta, su directividad y apoyo, su credibilidad, su experiencia, etc.) los responsables en la mejora de un paciente que pasa por psicoterapia.

	<b>Evaluación</b>	<b>Comentario</b>
Ítem N° 6	_____	_____
Ítem N° 7	_____	_____
Ítem N° 8	_____	_____
Ítem N° 9	_____	_____
Ítem N° 10	_____	_____
Ítem N° 11	_____	_____
Ítem N° 12	_____	_____

**Objetivo N° 4:**

Con este objetivo (correspondiente al ítem 13) se trata de averiguar en qué medida los terapeutas encuestados consideran que son los factores comunes de las psicoterapias correspondientes a la relación terapeuta-paciente (esto es, aquellos factores propios de la relación terapéutica que aparecen de forma común en todas las psicoterapias y que las hacen similares, como el establecimiento de una alianza terapéutica entre terapeuta y paciente) los responsables de la mejora de un paciente que pasa por psicoterapia.

	<b>Evaluación</b>	<b>Comentario</b>
Ítem N° 13	_____	_____

*Ítems del instrumento de medida asignados a sus correspondientes objetivos*

<b>Objetivo 1: Factores específicos de la psicoterapia</b>
Ítem 1: Enfoque terapéutico (la orientación teórica en que se base la psicoterapia)
Ítem 2: Técnicas o procedimientos utilizados
<b>Objetivo 2: Variables comunes propias del paciente</b>
Ítem 3: Expectativa de cura del paciente
Ítem 4: Implicación del paciente
Ítem 5: Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente
<b>Objetivo 3: Variables comunes propias del terapeuta</b>
Ítem 6: Bienestar emocional del terapeuta
Ítem 7: Empatía del terapeuta
Ítem 8: Directividad/apoyo del terapeuta
Ítem 9: Percepción del terapeuta de la implicación del paciente
Ítem 10: Capacidad del terapeuta de influir en el paciente
Ítem 11: Grado de aceptación, interés, comprensión
Ítem 12: Experiencia del terapeuta
<b>Objetivo 4: Variables comunes propias de la relación terapéutica</b>
Ítem 13: Establecimiento de alianza terapéutica





**ANEXO C:  
DOCUMENTACIÓN REMITIDA A LOS PSICOTERAPEUTAS  
(PRIMER Y SEGUNDO LLAMAMIENTO)**





UNIVERSIDAD DE SEVILLA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA EXPERIMENTAL

Junio de 2002

Estimado/a Sr/Sra:

Soy Profesor de la Escuela Universitaria Adscrita de Relaciones Laborales, Trabajo Social y Turismo de Jerez (Universidad de Cádiz). En la actualidad me encuentro realizando mi tesis doctoral en el departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Sevilla (Nº de colegiado: S-03356) sobre los factores a los que los psicoterapeutas atribuyen la mayor responsabilidad en la efectividad de la psicoterapia.

Para ello, he decidido enviar un sencillo cuestionario a todos los psicoterapeutas que aparecen en el Directorio de Gabinetes de Psicología del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental, entre los cuales aparece su Gabinete. Es por ello por lo que le pido su amable colaboración en la cumplimentación de este cuestionario.

El cuestionario es de muy fácil de cumplimentar y se tarda apenas cinco minutos en realizarlo. Junto con esta carta de presentación, encontrará el cuestionario y un sobre más pequeño ya franqueado y preparado para su reenvío.

Por favor, **una vez cumplimentado el cuestionario, introdúzcalo doblado por la mitad en el sobre franqueado adjunto y dépositelo en cualquier buzón**. Su ayuda será inestimable para la realización de mi tesis doctoral.

Por supuesto, tanto el cuestionario como los datos serán **totalmente anónimos**. Una vez presentada mi tesis, recibirá un resumen de los resultados obtenidos y de las conclusiones extraídas.

Agradeciéndole de antemano su pronta colaboración, le saluda atentamente.

ANTONIO ROMERO MORENO  
*Profesor Titular de la E.U.A. de Relaciones  
Laborales, Trabajo Social y Turismo de Jerez*



UNIVERSIDAD DE SEVILLA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

Junio de 2002

Estimados Sres.:

Soy Profesor de la Escuela Universitaria Adscrita de Relaciones Laborales, Trabajo Social y Turismo de Jerez (Universidad de Cádiz). En la actualidad me encuentro realizando mi tesis doctoral en el departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Sevilla (Nº de colegiado: S-03356) sobre los factores a los que los psicoterapeutas atribuyen la mayor responsabilidad en la efectividad de la psicoterapia.

Para ello, he decidido enviar un sencillo cuestionario a todos los psicoterapeutas que aparecen en el Directorio de Gabinetes de Psicología del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental, entre los cuales aparece su Gabinete. Es por ello por lo que les pido su amable colaboración en la cumplimentación de este cuestionario.

El cuestionario es de muy fácil de cumplimentar y se tarda apenas cinco minutos en realizarlo. Junto con esta carta de presentación, encontrarán los cuestionarios (uno para cada psicoterapeuta de su Gabinete) y varios sobres más pequeños (uno para cada cuestionario) ya franqueados y preparados para su reenvío.

Por favor, **una vez que cumplimenten los cuestionarios (uno por terapeuta), introdúzcanlos doblados por la mitad en los sobres franqueados adjuntos (un cuestionario por sobre) y deposítenlos en cualquier buzón.** Su ayuda será inestimable para la realización de mi tesis doctoral.

Por supuesto, tanto el cuestionario como los datos serán **totalmente anónimos**. Una vez presentada mi tesis, recibirán un resumen de los resultados obtenidos y de las conclusiones extraídas.

Agradeciéndoles de antemano su pronta colaboración, les saluda atentamente.

ANTONIO ROMERO MORENO  
*Profesor Titular de la E.U.A. de Relaciones  
Laborales, Trabajo Social y Turismo de Jerez*



UNIVERSIDAD DE SEVILLA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

Septiembre de 2002

Estimado/a Sr/Sra:

En el mes de Junio le hice llegar un cuestionario de atribución de la efectividad psicoterapéutica, formando parte de mi tesis doctoral. Como ya le comenté en mi anterior misiva, soy Profesor de la Escuela Universitaria Adscrita de Relaciones Laborales, Trabajo Social y Turismo de Jerez (Universidad de Cádiz) y en la actualidad me encuentro realizando mi tesis doctoral en el departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Sevilla (Nº de colegiado: S-03356) sobre los factores a los que los psicoterapeutas atribuyen la mayor responsabilidad en la efectividad de la psicoterapia.

Para ello, decidí enviar un sencillo cuestionario a todos los psicoterapeutas que aparecían en el Directorio de Gabinetes de Psicología del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental, entre los cuales aparece su Gabinete. Es por ello por lo que ante su falta de respuesta en mi anterior llamamiento, *le ruego, en esta segunda ocasión, su inestimable colaboración en la cumplimentación de este cuestionario.* No es necesario recordarle que cuantos más cuestionarios, y en consecuencia más datos, pueda obtener, mayor será la fiabilidad de los resultados y conclusiones extraídos del estudio. Resultados que, por otra parte, creo que pueden resultar altamente interesantes a profesionales de la psicoterapia como usted.

Le recuerdo, asimismo, que el cuestionario es muy fácil de cumplimentar y se tarda apenas cinco minutos en realizarlo. Junto con esta carta de presentación, encontrará el cuestionario y un sobre más pequeño ya franqueado y preparado para su reenvío.

Por favor, **una vez cumplimentado el cuestionario, introdúzcalo doblado por la mitad en el sobre franqueado adjunto y deposítelo en cualquier buzón.** Su ayuda será muy valiosa para la realización de mi tesis doctoral.

Por supuesto, tanto el cuestionario como los datos serán **totalmente anónimos.** Si participa en el presente estudio y una vez presentada mi tesis, **recibirá un resumen de los resultados obtenidos y de las conclusiones extraídas.**

Agradeciéndole de antemano su pronta colaboración, le saluda atentamente.

ANTONIO ROMERO MORENO  
*Profesor Titular de la E.U.A. de Relaciones  
Laborales, Trabajo Social y Turismo de Jerez*



UNIVERSIDAD DE SEVILLA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA EXPERIMENTAL

Septiembre de 2002

Estimados/as Sres/Sras:

En el mes de Junio les hice llegar un cuestionario de atribución de la efectividad psicoterapéutica, formando parte de mi tesis doctoral. Como ya les comenté en mi anterior misiva, soy Profesor de la Escuela Universitaria Adscrita de Relaciones Laborales, Trabajo Social y Turismo de Jerez (Universidad de Cádiz) y en la actualidad me encuentro realizando mi tesis doctoral en el departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Sevilla (Nº de colegiado: S-03356) sobre los factores a los que los psicoterapeutas atribuyen la mayor responsabilidad en la efectividad de la psicoterapia.

Para ello, decidí enviar un sencillo cuestionario a todos los psicoterapeutas que aparecían en el Directorio de Gabinetes de Psicología del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental, entre los cuales aparece su Gabinete. Es por ello por lo que ante su falta de respuesta en mi anterior llamamiento, *les ruego, en esta segunda ocasión, su inestimable colaboración en la cumplimentación de este cuestionario*. No es necesario recordarles que cuantos más cuestionarios, y en consecuencia más datos, pueda obtener, mayor será la fiabilidad de los resultados y conclusiones extraídos del estudio. Resultados que, por otra parte, creo que pueden resultar altamente interesantes a profesionales de la psicoterapia como ustedes.

Les recuerdo, asimismo, que el cuestionario es muy fácil de cumplimentar y se tarda apenas cinco minutos en realizarlo. Junto con esta carta de presentación, encontrará el cuestionario y un sobre más pequeño ya franqueado y preparado para su reenvío.

Por favor, **una vez que cumplimenten los cuestionarios (uno por terapeuta), introdúzcanlos doblados por la mitad en los sobres franqueados adjuntos (un cuestionario por sobre) y deposítenlos en cualquier buzón**. Su ayuda será muy valiosa para la realización de mi tesis doctoral.

Por supuesto, tanto el cuestionario como los datos serán **totalmente anónimos**. Si participan en el presente estudio y una vez presentada mi tesis, **recibirán un resumen de los resultados obtenidos y de las conclusiones extraídas**.

Agradeciéndoles de antemano su pronta colaboración, les saluda atentamente.

ANTONIO ROMERO MORENO  
*Profesor Titular de la E.U.A. de Relaciones  
Laborales, Trabajo Social y Turismo de Jerez*



UNIVERSIDAD DE SEVILLA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA EXPERIMENTAL

Septiembre de 2002

Estimados/as Sres/Sras:

En el mes de Junio les hice llegar un cuestionario de atribución de la efectividad psicoterapéutica, formando parte de mi tesis doctoral. Como ya les comenté en mi anterior misiva, soy Profesor de la Escuela Universitaria Adscrita de Relaciones Laborales, Trabajo Social y Turismo de Jerez (Universidad de Cádiz) y en la actualidad me encuentro realizando mi tesis doctoral en el departamento de Psicología Experimental de la Universidad de Sevilla (Nº de colegiado: S-03356) sobre los factores a los que los psicoterapeutas atribuyen la mayor responsabilidad en la efectividad de la psicoterapia.

Para ello, decidí enviar un sencillo cuestionario a todos los psicoterapeutas que aparecían en el Directorio de Gabinetes de Psicología del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental, entre los cuales aparece su Gabinete.

Me dirijo esta segunda vez a ustedes para rogarles que **si hay algún psicoterapeuta de su Gabinete que no contestó al cuestionario enviado en Junio, lo cumplimentara por favor en esta segunda ocasión, ya que su colaboración sería inestimable.** No es necesario recordarles que cuantos más cuestionarios, y en consecuencia más datos, pueda obtener, mayor será la fiabilidad de los resultados y conclusiones extraídos del estudio. Resultados que, por otra parte, creo que pueden resultar altamente interesantes a profesionales de la psicoterapia como ustedes.

Les recuerdo, asimismo, que el cuestionario es muy fácil de cumplimentar y se tarda apenas cinco minutos en realizarlo. Junto con esta carta de presentación, encontrará el cuestionario y un sobre más pequeño ya franqueado y preparado para su reenvío.

Por favor, **una vez que cumplimenten los cuestionarios (uno por terapeuta), introdúzcanlos doblados por la mitad en los sobres franqueados adjuntos (un cuestionario por sobre) y deposítenlos en cualquier buzón.** Su ayuda será muy valiosa para la realización de mi tesis doctoral.

Por supuesto, tanto el cuestionario como los datos serán **totalmente anónimos.** Si participan en el presente estudio y una vez presentada mi tesis, **recibirán un resumen de los resultados obtenidos y de las conclusiones extraídas.**

Agradeciéndoles de antemano su pronta colaboración, les saluda atentamente.

ANTONIO ROMERO MORENO  
*Profesor Titular de la E.U.A. de Relaciones  
Laborales, Trabajo Social y Turismo de Jerez*





**ANEXO D:  
CUESTIONARIO DE ATRIBUCIÓN DE LA EFECTIVIDAD  
PSICOTERAPÉUTICA**



N ° de cuestionario \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO DE ATRIBUCIÓN DE LA EFECTIVIDAD**  
**PSICOTERAPÉUTICA**

**1.- Sexo del encuestado:** (1)

1  Hombre

2  Mujer

**2.- ¿Puede Ud. decirme su edad, por favor? \_\_\_\_\_** (2)

1  NS/NC

**3.- ¿Cuál es el nivel máximo de estudios finalizados por Ud.?** (3)

1  Estudios universitarios grado medio

2  Estudios universitarios grado superior

3  Postgrado y/o doctorado

1a  NS/NC

**4.- ¿En qué provincia ejerce como psicoterapeuta?** (4)

1  Cádiz

2  Córdoba

3  Huelva

4  Sevilla

1  NS/NC.

**5.- ¿Cuál es la experiencia que tiene como psicoterapeuta?:** (5)

1  De 0 a 3 años

2  De 3 a 6 años

3  De 6 a 9 años

4  Más de 9 años

1b  NS/NC

6.- ¿Que orientación teórica sigue como terapeuta? (Elegir sólo una) (6)

- 1  Psicodinámica
- 2  Cognitiva
- 3  Conductual
- 4  Cognitiva-conductual
- 5  Humanista
- 6  Sistémica
- 7  Ecléctica
- 1  c  NS/NC

7.- ¿Con qué frecuencia accede Ud. a publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia? (7)

- 1  Habitualmente
- 2  Ocasionalmente, sin frecuencia fija.
- 3  Nunca
- 1d.  NS/NC

8.- Seguidamente queremos conocer su valoración sobre distintos factores de las psicoterapias que pueden influir en la cura del paciente. Nos gustaría saber en qué medida cree Ud. que cada una de las siguientes variables influye en la mejora de un paciente que pasa por psicoterapia. Para ello, indíquenoslo según la siguiente escala (donde 1 es “no influye nada” y 5 es “influye mucho”).

	1	2	3	4	5	NS/NC	
El enfoque terapéutico que se utilice (la orientación teórica en que se base la psicoterapia)	1.- <input type="checkbox"/>	2.- <input type="checkbox"/>	3.- <input type="checkbox"/>	4.- <input type="checkbox"/>	5.- <input type="checkbox"/>	9.- <input type="checkbox"/>	(8)
Las técnicas o procedimientos utilizados	1.- <input type="checkbox"/>	2.- <input type="checkbox"/>	3.- <input type="checkbox"/>	4.- <input type="checkbox"/>	5.- <input type="checkbox"/>	9.- <input type="checkbox"/>	(9)
Las expectativas de cura del paciente	1.- <input type="checkbox"/>	2.- <input type="checkbox"/>	3.- <input type="checkbox"/>	4.- <input type="checkbox"/>	5.- <input type="checkbox"/>	9.- <input type="checkbox"/>	(10)
La implicación del paciente en la terapia	1.- <input type="checkbox"/>	2.- <input type="checkbox"/>	3.- <input type="checkbox"/>	4.- <input type="checkbox"/>	5.- <input type="checkbox"/>	9.- <input type="checkbox"/>	(11)
La fe y credibilidad en el terapeuta que posea el paciente	1.- <input type="checkbox"/>	2.- <input type="checkbox"/>	3.- <input type="checkbox"/>	4.- <input type="checkbox"/>	5.- <input type="checkbox"/>	9.- <input type="checkbox"/>	(12)
La empatía que muestre el terapeuta	1.- <input type="checkbox"/>	2.- <input type="checkbox"/>	3.- <input type="checkbox"/>	4.- <input type="checkbox"/>	5.- <input type="checkbox"/>	9.- <input type="checkbox"/>	(13)
La directividad y apoyo que muestre el terapeuta	1.- <input type="checkbox"/>	2.- <input type="checkbox"/>	3.- <input type="checkbox"/>	4.- <input type="checkbox"/>	5.- <input type="checkbox"/>	9.- <input type="checkbox"/>	(14)
La percepción que tenga el terapeuta de la implicación del paciente	1.- <input type="checkbox"/>	2.- <input type="checkbox"/>	3.- <input type="checkbox"/>	4.- <input type="checkbox"/>	5.- <input type="checkbox"/>	9.- <input type="checkbox"/>	(15)
La capacidad del terapeuta de influir en el paciente	1.- <input type="checkbox"/>	2.- <input type="checkbox"/>	3.- <input type="checkbox"/>	4.- <input type="checkbox"/>	5.- <input type="checkbox"/>	9.- <input type="checkbox"/>	(16)

El grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta a su paciente	1.- 1	2.- 1	3.- 1	4.- 1	5.- 1	9.- 1	(17)
La experiencia del terapeuta	1.- 1	2.- 1	3.- 1	4.- 1	5.- 1	9.- 1	(18)
El establecimiento de una alianza terapéutica entre terapeuta y paciente	1.- 1	2.- 1	3.- 1	4.- 1	5.- 1	9.- 1	(19)

9.- Elija de las siguientes variables aquella que cree Ud. que **más influye** en la mejora de un paciente que pasa por psicoterapia (*Elegir sólo una*): (20)

- 1  El enfoque terapéutico que se utilice (la orientación teórica en que se base la psicoterapia)
- 2  Las técnicas o procedimientos utilizados
- 3  Las expectativas de cura del paciente
- 4  La implicación del paciente en la terapia
- 5  La fe y credibilidad en el terapeuta que posea el paciente
- 6  La empatía que muestre el terapeuta
- 7  La directividad y apoyo que muestre el terapeuta
- 8  La percepción que tenga el terapeuta de la implicación del paciente
- 9  La capacidad del terapeuta de influir en el paciente
- 10  El grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo que muestre el terapeuta a su paciente
- 11  La experiencia del terapeuta
- 12  El establecimiento de una alianza terapéutica entre terapeuta y paciente
- 1e  NS/NC

10.- ¿Cuál de los siguientes factores cree Ud. **preferentemente** que es el responsable en mayor medida de la cura de un paciente que pasa por psicoterapia?: (21)

- 1  Los factores específicos de las psicoterapias (es decir, aquellos elementos genuinos de cada psicoterapia y que las hacen diferentes, como la técnica utilizada, la intervención realizada a partir de la orientación teórica de base, etc.) (*si ha contestado esta opción pase a la pregunta 12 y continúe*)
- 2  Los factores comunes de las psicoterapias (es decir, aquellos elementos que aparecen de forma común en todas las psicoterapias, como las variables del paciente, del terapeuta y de la relación terapéutica) (*si ha contestado a esta opción pase a la pregunta 11 y continúe*)
- 3  Ambos por igual (*si ha contestado a esta opción pase a la pregunta 12 y continúe*)

1f. 1 NS/NC

11.- (Sólo para los que han contestado la opción 2 de la pregunta anterior) ¿Cuál de los siguientes factores comunes de las psicoterapias considera más importante en la mejora del cliente? (22)

- 1 1 Las variables propias del paciente
- 2 1 Las variables propias del terapeuta
- 3 1 Las variables propias de la relación terapéutica
- 1g. 1 NS/NC

12.- ¿Cree Ud, que las distintas modalidades de psicoterapia son similarmente efectivas? (23)

- 1 1 Si *(si ha contestado a esta opción no conteste a la siguiente pregunta)*
- 2 1 No *(si ha contestado a esta opción pase a la siguiente pregunta)*
- 1h. 1 NS/NC

13.- (Sólo para los que han contestado la opción 2 en la pregunta anterior) ¿Cuál piensa Ud. que es la más efectiva? (24)

- 1 1 La de orientación psicodinámica
- 2 1 La de orientación cognitiva
- 3 1 La de orientación conductual
- 4 1 La de orientación cognitiva-conductual
- 5 1 La de orientación humanista
- 6 1 La de orientación sistémica
- 7 1 La de orientación ecléctica
- 1i. 1 NS/NC

*Muchas Gracias por su colaboración*



**Nº cuestionario: (25)**

## **APÉNDICES**

---



**APÉNDICE A-1:  
PRUEBA DE FIABILIDAD DEL CUESTIONARIO**



**Pruebas de Chi-cuadrado**  
(sobre el conjunto de psicoterapeutas encuestados)

**Frecuencias**

**Experiencia**

	N observado	N esperado	Residual
0-3 años	3	17,3	-14,3
3-6 años	2	17,3	-15,3
6-9 años	10	17,3	-7,3
>9 años	54	17,3	36,8
Total	69		

**Orientación Teórica Recodificada**

	N observado	N esperado	Residual
Psicodinámica	18	16,8	1,3
Cognitivo-Conductual	31	16,8	14,3
Humanista-Sistémica	7	16,8	-9,8
Ecléctica	11	16,8	-5,8
Total	67		

**Variable que más influye en la mejora del paciente**

	N observado	N esperado	Residual
Enfoque terapéutico	1	7,4	-6,4
Técnicas o procedimientos utilizados	11	7,4	3,6
Expectativa de cura del paciente	2	7,4	-5,4
Implicación del paciente	20	7,4	12,6
Empatía del terapeuta	2	7,4	-5,4
Capacidad del terapeuta de influir en el paciente	6	7,4	-1,4
Grado aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	3	7,4	-4,4
Experiencia del terapeuta	5	7,4	-2,4
Establecimiento de alianza terapéutica	17	7,4	9,6
Total	67		

**Factor preferentemente responsable de la cura**

	N observado	N esperado	Residual
Factores específicos de las psicoterapias	15	22,3	-7,3
Factores comunes de las psicoterapias	27	22,3	4,7
Ambos por igual	25	22,3	2,7
Total	67		

**Psicoterapia es más efectiva**

	N observado	N esperado	Residual
Orientación Psicodinámica	13	8,2	4,8
Orientación Conductual	1	8,2	-7,2
Orientación Cognitiva-conductual	27	8,2	18,8
Orientación Humanista	1	8,2	-7,2
Orientación Sistémica	1	8,2	-7,2
Orientación Ecléctica	6	8,2	-2,2
Total	49		

**Estadísticos de contraste**

	Chi-cuadrado <sup>a,b,c,d,e</sup>	gl	Sig. asintót.
Experiencia	106,594	3	,000
Orientación Teórica Recodificada	19,866	3	,000
Variable que más influye en la mejora del paciente	52,418	8	,000
Factor preferentemente responsable de la cura	3,701	2	,157
Psicoterapia es más efectiva	65,735	5	,000

- a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 17,3.
- b. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 16,8.
- c. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 7,4.
- d. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 22,3.
- e. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,2.

### Prueba de Chi-cuadrado

(Ajuste, en cuanto a la provincia de ejercicio, de la distribución de nuestros encuestados con respecto a la distribución original del directorio de gabinetes de psicología del C.O.P. de Andalucía Occidental)

#### Provincia

	N observado	N esperado	Residual
Cádiz	14	10,4	3,7
Córdoba	5	3,5	1,5
Huelva	6	5,5	,5
Sevilla	44	49,7	-5,7
Total	69		

#### Estadísticos de contraste

	Chi-cuadrado <sup>a</sup>	gl	Sig. asintót.
Provincia	2,675	3	,445

a. 1 casillas (25,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 3,5.

### Prueba de Chi-cuadrado

(sobre los psicoterapeutas que acceden de forma habitual a las publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia)

#### Frecuencias

#### Factor común más importante en la mejora

	N observado	N esperado	Residual
Variables del paciente	7	6,7	,3
Variables del terapeuta	2	6,7	-4,7
Variables de la relación terapéutica	11	6,7	4,3
Total	20		

#### Estadísticos de contraste

	Chi-cuadrado <sup>a</sup>	gl	Sig. asintót.
Factor común más importante en la mejora	6,100	2	,047

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 6,7.



### Prueba de Chi-cuadrado

(sobre los psicoterapeutas que eligen a los factores comunes como los máximos responsables de la cura)

#### Frecuencias

##### Factor común más importante en la mejora

	N observado	N esperado	Residual
Variables del paciente	7	8,7	-1,7
Variables del terapeuta	4	8,7	-4,7
Variables de la relación terapéutica	15	8,7	6,3
Total	26		

##### Estadísticos de contraste

	Chi-cuadrado <sup>a</sup>	gl	Sig. asintót.
Factor común más importante en la mejora	7,462	2	,024

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 8,7.

### Prueba Binomial

(sobre el conjunto de terapeutas encuestados)

##### Prueba binomial

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. asintót. (bilateral)
Experiencia Recodificada	Grupo 1	> 9 años	54	,78	,50	,000 <sup>a</sup>
	Grupo 2	0 - 9 años	15	,22		
	Total		69	1,00		
Acceso a publicaciones especializadas	Grupo 1	Habitualmente	42	,61	,50	,092 <sup>a</sup>
	Grupo 2	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	27	,39		
	Total		69	1,00		
Factor preferentemente responsable de la cura	Grupo 1	Factores comunes de las psicoterapias	27	,64	,50	,090 <sup>a</sup>
	Grupo 2	Factores específicos de las psicoterapias	15	,36		
	Total		42	1,00		
Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	Grupo 1	Si	16	,24	,50	,000 <sup>a</sup>
	Grupo 2	No	51	,76		
	Total		67	1,00		
Elección propia psicoterapia como más efectiva	Grupo 1	Otras	4	,08	,50	,000 <sup>a</sup>
	Grupo 2	La propia	45	,92		
	Total		49	1,00		

a. Basado en la aproximación Z.

### Prueba Binomial

(sobre los terapeutas de mayor nivel de experiencia > 9 años)

#### Prueba binomial

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. asintót. (bilateral)
Factor preferentemente responsable de la cura	Grupo 1	Factores comunes de las psicoterapias	25	,71	,50	,018 <sup>a</sup>
	Grupo 2	Factores específicos de las psicoterapias	10	,29		
	Total		35	1,00		
Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	Grupo 1	Si	15	,28	,50	,003 <sup>a</sup>
	Grupo 2	No	38	,72		
	Total		53	1,00		

a. Basado en la aproximación Z.

### Prueba Binomial

(sobre los terapeutas de menor nivel de experiencia < 9 años)

#### Prueba binomial

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Factor preferentemente responsable de la cura	Grupo 1	Factores comunes de las psicoterapias	2	,29	,50	,453
	Grupo 2	Factores específicos de las psicoterapias	5	,71		
	Total		7	1,00		
Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	Grupo 1	No	13	,93	,50	,002
	Grupo 2	Si	1	,07		
	Total		14	1,00		

### Prueba Binomial

(sobre los terapeutas que acceden de forma habitual a las publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia)

#### Prueba binomial

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. asintót. (bilateral)
Factor preferentemente responsable de la cura	Grupo 1	Factores comunes de las psicoterapias	21	,72	,50	,026 <sup>a</sup>
	Grupo 2	Factores específicos de las psicoterapias	8	,28		
	Total		29	1,00		
Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	Grupo 1	Si	10	,24	,50	,002 <sup>a</sup>
	Grupo 2	No	31	,76		
	Total		41	1,00		

a. Basado en la aproximación Z.

### **Prueba Binomial**

*(sobre los terapeutas que acceden de forma ocasional a las publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia)*

#### **Prueba binomial**

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)	Sig. asintót. (bilateral)
Factor preferentemente responsable de la cura	Grupo 1	Factores comunes de las psicoterapias	6	,46	,50	1,000	
	Grupo 2	Factores específicos de las psicoterapias	7	,54			
	Total		13	1,00			
Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	Grupo 1	Si	6	,23	,50		,011 <sup>a</sup>
	Grupo 2	No	20	,77			
	Total		26	1,00			

a. Basado en la aproximación Z.

### **Prueba Binomial**

*(sobre los terapeutas de orientación psicodinámica)*

#### **Prueba binomial**

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Factor preferentemente responsable de la cura	Grupo 1	Factores comunes de las psicoterapias	8	,62	,50	,581
	Grupo 2	Factores específicos de las psicoterapias	5	,38		
	Total		13	1,00		
Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	Grupo 1	No	14	,82	,50	,013
	Grupo 2	Si	3	,18		
	Total		17	1,00		
Elección propia psicoterapia como más efectiva	Grupo 1	La propia	13	1,00	,50	,000
	Total		13	1,00		

**Prueba Binomial**

(sobre los terapeutas de orientación cognitivo-conductual)

**Prueba binomial**

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)	Sig. asintót. (bilateral)
Factor preferentemente responsable de la cura	Grupo 1	Factores comunes de las psicoterapias	9	,53	,50	1,000	
	Grupo 2	Factores específicos de las psicoterapias	8	,47			
	Total		17	1,00			
Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	Grupo 1	Si	3	,10	,50		,000 <sup>a</sup>
	Grupo 2	No	28	,90			
	Total		31	1,00			
elección propia psicoterapia como más efectiva	Grupo 1	otras	1	,04	,50		,000 <sup>a</sup>
	Grupo 2	la propia	26	,96			
	Total		27	1,00			
Edad Recodificada	Grupo 1	41-55	11	,35	,50		,151 <sup>a</sup>
	Grupo 2	25-40	20	,65			
	Total		31	1,00			

a. Basado en la aproximación Z.

**Prueba Binomial**

(sobre los terapeutas de orientación ecléctica)

**Prueba binomial**

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Factor preferentemente responsable de la cura	Grupo 1	Factores comunes de las psicoterapias	5	,71	,50	,453
	Grupo 2	Factores específicos de las psicoterapias	2	,29		
	Total		7	1,00		
Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	Grupo 1	Si	5	,45	,50	1,000
	Grupo 2	No	6	,55		
	Total		11	1,00		
elección propia psicoterapia como más efectiva	Grupo 1	la propia	4	,67	,50	,688
	Grupo 2	otras	2	,33		
	Total		6	1,00		

**Prueba Binomial**

*(sobre los terapeutas que eligen a los factores comunes como los máximos responsables de la cura)*

**Prueba binomial**

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. asintót. (bilateral)
Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	Grupo 1	Si	12	,46	,50	,845 <sup>a</sup>
	Grupo 2	No	14	,54		
	Total		26	1,00		

a. Basado en la aproximación Z.

**Prueba Binomial**

*(sobre los terapeutas que eligen a los factores específicos como los máximos responsables de la cura)*

**Prueba binomial**

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	Grupo 1	No	15	1,00	,50	,000
	Total		15	1,00		

**Prueba Binomial**

*(sobre los terapeutas que están a favor de la efectividad similar de las distintas modalidades de psicoterapia)*

**Prueba binomial**

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Factor preferentemente responsable de la cura	Grupo 1	Factores comunes de las psicoterapias	12	1,00	,50	,000
	Total		12	1,00		

**Prueba Binomial**

*(sobre los terapeutas que están en contra de la efectividad similar de las distintas modalidades de psicoterapia)*

**Prueba binomial**

		Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. asintót. (bilateral)
Factor preferentemente responsable de la cura	Grupo 1	Factores específicos de las psicoterapias	15	,52	,50	1,000 <sup>a</sup>
	Grupo 2	Factores comunes de las psicoterapias	14	,48		
	Total		29	1,00		

a. Basado en la aproximación Z.

### Tabla de contingencia

**Tabla de contingencia Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas \* Factor preferentemente responsable de la cura**

			Factor preferentemente responsable de la cura			Total
			Factores específicos de las psicoterapias	Factores comunes de las psicoterapias	Ambos por igual	
Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	Si	Recuento		12	4	16
		% de Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas		75,0%	25,0%	100,0%
	No	% de Factor preferentemente responsable de la cura		46,2%	16,0%	24,2%
		% del total		18,2%	6,1%	24,2%
Total	Si	Recuento	15	14	21	50
		% de Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	30,0%	28,0%	42,0%	100,0%
	No	% de Factor preferentemente responsable de la cura	100,0%	53,8%	84,0%	75,8%
		% del total	22,7%	21,2%	31,8%	75,8%
Total	Si	Recuento	15	26	25	66
		% de Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	22,7%	39,4%	37,9%	100,0%
	No	% de Factor preferentemente responsable de la cura	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	22,7%	39,4%	37,9%	100,0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,522 <sup>a</sup>	2	,002
Razón de verosimilitud	15,236	2	,000
Asociación lineal por lineal	,346	1	,556
N de casos válidos	66		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,64.

#### Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,399	,002
N de casos válidos	66	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### Tabla de contingencia

Tabla de contingencia Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas \* Orientación Teórica Recodificada

			Orientación Teórica Recodificada				Total
			Psicodinámica	Cognitivo-Conductual	Humanista-Sistémica	Ecléctica	
Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	Si	Recuento	3	3	3	5	14
		% de Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	21,4%	21,4%	21,4%	35,7%	100,0%
		% de Orientación Teórica Recodificada	17,6%	9,7%	50,0%	45,5%	21,5%
		% del total	4,6%	4,6%	4,6%	7,7%	21,5%
	No	Recuento	14	28	3	6	51
		% de Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	27,5%	54,9%	5,9%	11,8%	100,0%
		% de Orientación Teórica Recodificada	82,4%	90,3%	50,0%	54,5%	78,5%
		% del total	21,5%	43,1%	4,6%	9,2%	78,5%
Total	Recuento	17	31	6	11	65	
	% de Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	26,2%	47,7%	9,2%	16,9%	100,0%	
	% de Orientación Teórica Recodificada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	26,2%	47,7%	9,2%	16,9%	100,0%	

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,332 <sup>a</sup>	3	,025
Razón de verosimilitud	8,699	3	,034
Asociación lineal por lineal	5,208	1	,022
N de casos válidos	65		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,29.

#### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,354	,025
N de casos válidos		65	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

### Tabla de contingencia

Tabla de contingencia Experiencia \* Acceso a publicaciones especializadas

			Acceso a publicaciones especializadas		Total
			Habitualmente	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	
Experiencia (recodificada)	0 - 9 años	Recuento	6	9	15
		% de expereco	40,0%	60,0%	100,0%
		% de Acceso a publicaciones especializadas	14,3%	33,3%	21,7%
		% del total	8,7%	13,0%	21,7%
	> 9 años	Recuento	36	18	54
		% de expereco	66,7%	33,3%	100,0%
		% de Acceso a publicaciones especializadas	85,7%	66,7%	78,3%
		% del total	52,2%	26,1%	78,3%
Total		Recuento	42	27	69
		% de expereco	60,9%	39,1%	100,0%
		% de Acceso a publicaciones especializadas	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	60,9%	39,1%	100,0%

#### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,505 <sup>b</sup>	1	,061		
Corrección por continuidad	2,475	1	,116		
Razón de verosimilitud	3,433	1	,064		
Estadístico exacto de Fisher				,077	,059
Asociación lineal por lineal	3,454	1	,063		
N de casos válidos	69				

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,87.

#### Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,220	,061
N de casos válidos		69	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.



### Correlaciones

#### Correlaciones

		Edad	Experiencia
Edad	Correlación de Pearson	1,000	,560**
	Sig. (bilateral)	,	,000
	N	68	68
Experiencia	Correlación de Pearson	,560**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	,
	N	68	69

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

#### Correlaciones

			Edad	Experiencia
Tau_b de Kendall	Edad	Coeficiente de correlación	1,000	,381**
		Sig. (bilateral)	,	,000
		N	68	68
	Experiencia	Coeficiente de correlación	,381**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,
		N	68	69
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1,000	,454**
		Sig. (bilateral)	,	,000
		N	68	68
	Experiencia	Coeficiente de correlación	,454**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,
		N	68	69

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

### Correlaciones

#### Correlaciones

		expereco	Experiencia del terapeuta
Experiencia	Correlación de Pearson	1	,154
	Sig. (bilateral)	,	,210
	N	69	68
Valoración de la variable "Experiencia del terapeuta"	Correlación de Pearson	,154	1
	Sig. (bilateral)	,210	,
	N	68	68

**Correlaciones**

			expereco	Experiencia del terapeuta
Tau_b de Kendall	Experiencia	Coeficiente de correlación	1,000	,170
		Sig. (bilateral)	,	,139
		N	69	68
	Valoración de la variable "Experiencia del terapeuta"	Coeficiente de correlación	,170	1,000
		Sig. (bilateral)	,139	,
		N	68	68
Rho de Spearman	Experiencia	Coeficiente de correlación	1,000	,181
		Sig. (bilateral)	,	,140
		N	69	68
	Valoración de la variable "Experiencia del terapeuta"	Coeficiente de correlación	,181	1,000
		Sig. (bilateral)	,140	,
		N	68	68

**Correlaciones**

**Correlaciones**

		Edad Recodificada	Experiencia del terapeuta
Edad	Correlación de Pearson	1	,210
	Sig. (bilateral)	,	,089
	N	68	67
Valoración de la variable "Experiencia del terapeuta"	Correlación de Pearson	,210	1
	Sig. (bilateral)	,089	,
	N	67	68

**Correlaciones**

			Edad Recodificada	Experiencia del terapeuta
Tau_b de Kendall	Edad	Coeficiente de correlación	1,000	,180
		Sig. (bilateral)	,	,116
		N	68	67
	Valoración de la variable "Experiencia del terapeuta"	Coeficiente de correlación	,180	1,000
		Sig. (bilateral)	,116	,
		N	67	68
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1,000	,193
		Sig. (bilateral)	,	,117
		N	68	67
	Valoración de la variable "Experiencia del terapeuta"	Coeficiente de correlación	,193	1,000
		Sig. (bilateral)	,117	,
		N	67	68



**APÉNDICE B-2:**  
**ANÁLISIS DE VARIANZA DE UN FACTOR, COMPARACIONES**  
**PLANEADAS, COMPARACIONES *POST HOC* Y CONTRASTES DE MEDIAS**  
**(sobre el conjunto de las variables psicoterapéuticas analizadas)**



### ANOVA de un factor

(contrastación de la hipótesis de igualdad de medias en las variables psicoterapéuticas, en los grupos de terapeutas de diferentes orientaciones teóricas)

#### Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Enfoque terapéutico	Psicodinámica	18	3,83	,86	,20	3,41	4,26	2	5
	Cognitivo-Conductual	31	4,13	,88	,16	3,80	4,45	2	5
	Humanista-Sistémica	7	3,86	,69	,26	3,22	4,50	3	5
	Ecléctica	11	2,91	1,14	,34	2,15	3,67	1	5
	Total	67	3,82	,98	,12	3,58	4,06	1	5
Técnicas o procedimientos utilizados	Psicodinámica	17	4,12	,70	,17	3,76	4,48	3	5
	Cognitivo-Conductual	31	4,45	,77	,14	4,17	4,73	2	5
	Humanista-Sistémica	7	3,57	,98	,37	2,67	4,47	2	5
	Ecléctica	11	3,36	1,12	,34	2,61	4,12	1	5
	Total	66	4,09	,92	,11	3,86	4,32	1	5
Expectativa de cura del paciente	Psicodinámica	17	3,88	,99	,24	3,37	4,39	2	5
	Cognitivo-Conductual	31	4,10	,94	,17	3,75	4,44	2	5
	Humanista-Sistémica	7	4,00	1,15	,44	2,93	5,07	2	5
	Ecléctica	11	3,73	1,01	,30	3,05	4,41	2	5
	Total	66	3,97	,98	,12	3,73	4,21	2	5
Implicación del paciente	Psicodinámica	18	4,50	,86	,20	4,07	4,93	2	5
	Cognitivo-Conductual	31	4,61	,62	,11	4,39	4,84	3	5
	Humanista-Sistémica	7	4,29	1,11	,42	3,26	5,31	2	5
	Ecléctica	11	4,64	,67	,20	4,18	5,09	3	5
	Total	67	4,55	,74	9,09E-02	4,37	4,73	2	5
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Psicodinámica	18	3,67	,91	,21	3,22	4,12	2	5
	Cognitivo-Conductual	31	3,71	,97	,17	3,35	4,07	2	5
	Humanista-Sistémica	7	4,14	,90	,34	3,31	4,97	3	5
	Ecléctica	11	3,45	,82	,25	2,90	4,01	3	5
	Total	67	3,70	,92	,11	3,48	3,93	2	5
Empatía del terapeuta	Psicodinámica	18	4,06	,87	,21	3,62	4,49	2	5
	Cognitivo-Conductual	31	4,26	,68	,12	4,01	4,51	3	5
	Humanista-Sistémica	7	4,29	,76	,29	3,59	4,98	3	5
	Ecléctica	11	4,09	1,04	,31	3,39	4,79	2	5
	Total	67	4,18	,80	9,73E-02	3,98	4,37	2	5
Directividad/apoyo del terapeuta	Psicodinámica	16	2,81	1,22	,31	2,16	3,46	1	5
	Cognitivo-Conductual	31	4,00	,73	,13	3,73	4,27	3	5
	Humanista-Sistémica	7	3,57	,79	,30	2,84	4,30	3	5
	Ecléctica	11	3,45	1,13	,34	2,70	4,21	2	5
	Total	65	3,57	1,05	,13	3,31	3,83	1	5
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Psicodinámica	18	3,06	1,06	,25	2,53	3,58	1	5
	Cognitivo-Conductual	31	3,42	,99	,18	3,06	3,78	1	5
	Humanista-Sistémica	6	4,00	1,10	,45	2,85	5,15	2	5
	Ecléctica	11	3,55	1,21	,37	2,73	4,36	2	5
	Total	66	3,39	1,07	,13	3,13	3,66	1	5
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Psicodinámica	17	3,71	1,05	,25	3,17	4,24	1	5
	Cognitivo-Conductual	31	4,19	1,01	,18	3,82	4,57	2	5
	Humanista-Sistémica	6	4,50	,84	,34	3,62	5,38	3	5
	Ecléctica	11	4,09	,94	,28	3,46	4,73	2	5
	Total	65	4,08	1,00	,12	3,83	4,33	1	5
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Psicodinámica	18	4,00	1,24	,29	3,39	4,61	1	5
	Cognitivo-Conductual	31	3,94	,85	,15	3,62	4,25	2	5
	Humanista-Sistémica	7	4,43	,79	,30	3,70	5,16	3	5
	Ecléctica	11	3,82	,98	,30	3,16	4,48	2	5
	Total	67	3,99	,98	,12	3,75	4,22	1	5
Experiencia del terapeuta	Psicodinámica	18	4,33	,84	,20	3,92	4,75	3	5
	Cognitivo-Conductual	30	4,13	,94	,17	3,78	4,48	2	5
	Humanista-Sistémica	7	4,00	,82	,31	3,24	4,76	3	5
	Ecléctica	11	4,55	,82	,25	3,99	5,10	3	5
	Total	66	4,24	,88	,11	4,03	4,46	2	5
Establecimiento de alianza terapéutica	Psicodinámica	18	4,83	,38	9,04E-02	4,64	5,02	4	5
	Cognitivo-Conductual	31	4,23	,80	,14	3,93	4,52	2	5
	Humanista-Sistémica	7	4,29	,95	,36	3,41	5,17	3	5
	Ecléctica	11	4,09	,94	,28	3,46	4,73	3	5
	Total	67	4,37	,79	9,71E-02	4,18	4,57	2	5

## Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Enfoque terapéutico	,350	3	63	,789
Técnicas o procedimientos utilizados	1,429	3	62	,243
Expectativa de cura del paciente	,152	3	62	,928
Implicación del paciente	1,158	3	63	,333
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	,258	3	63	,855
Empatía del terapeuta	,798	3	63	,500
Directividad/apoyo del terapeuta	3,116	3	61	,033
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	,946	3	62	,424
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	,337	3	61	,799
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	1,709	3	63	,174
Experiencia del terapeuta	,328	3	62	,805
Establecimiento de alianza terapéutica	6,188	3	63	,001

## ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Enfoque terapéutico	Inter-grupos	12,101	3	4,034	4,910	,004
	Intra-grupos	51,750	63	,821		
	Total	63,851	66			
Técnicas o procedimientos utilizados	Inter-grupos	11,753	3	3,918	5,558	,002
	Intra-grupos	43,702	62	,705		
	Total	55,455	65			
Expectativa de cura del paciente	Inter-grupos	1,283	3	,428	,437	,727
	Intra-grupos	60,656	62	,978		
	Total	61,939	65			
Implicación del paciente	Inter-grupos	,738	3	,246	,433	,730
	Intra-grupos	35,829	63	,569		
	Total	36,567	66			
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Inter-grupos	2,058	3	,686	,801	,498
	Intra-grupos	53,972	63	,857		
	Total	56,030	66			
Empatía del terapeuta	Inter-grupos	,633	3	,211	,323	,809
	Intra-grupos	41,218	63	,654		
	Total	41,851	66			
Directividad/apoyo del terapeuta	Inter-grupos	15,059	3	5,020	5,580	,002
	Intra-grupos	54,879	61	,900		
	Total	69,938	64			
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Inter-grupos	4,537	3	1,512	1,355	,265
	Intra-grupos	69,220	62	1,116		
	Total	73,758	65			
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Inter-grupos	3,838	3	1,279	1,284	,288
	Intra-grupos	60,777	61	,996		
	Total	64,615	64			
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Inter-grupos	1,763	3	,588	,605	,614
	Intra-grupos	61,222	63	,972		
	Total	62,985	66			
Experiencia del terapeuta	Inter-grupos	1,927	3	,642	,826	,484
	Intra-grupos	48,194	62	,777		
	Total	50,121	65			
Establecimiento de alianza terapéutica	Inter-grupos	5,415	3	1,805	3,136	,032
	Intra-grupos	36,257	63	,576		
	Total	41,672	66			

**Pruebas robustas de igualdad de las medias**

Directividad/apoyo del terapeuta

	Estadístico <sup>a</sup>	gl1	gl2	Sig.
Welch	4,406	3	18,945	,016
Brown-Forsythe	4,993	3	36,391	,005

a. Distribuidos en F asintóticamente.

**Pruebas robustas de igualdad de las medias**

Establecimiento de alianza terapéutica

	Estadístico <sup>a</sup>	gl1	gl2	Sig.
Welch	5,388	3	18,725	,008

a. Distribuidos en F asintóticamente.

**Prueba post hoc**

**Comparaciones múltiples**

Variable dependiente: Directividad/apoyo del terapeuta

Games-Howell

(I) Orientación Teórica Recodificada	(J) Orientación Teórica Recodificada	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Psicodinámica	Cognitivo-Conductual	-1,19*	,333	,009	-2,12	-,26
	Humanista-Sistémica	-,76	,427	,316	-1,97	,45
	Ecléctica	-,64	,457	,510	-1,91	,62
Cognitivo-Conductual	Psicodinámica	1,19*	,333	,009	,26	2,12
	Humanista-Sistémica	,43	,325	,576	-,60	1,46
	Ecléctica	,55	,365	,467	-,52	1,61
Humanista-Sistémica	Psicodinámica	,76	,427	,316	-,45	1,97
	Cognitivo-Conductual	-,43	,325	,576	-1,46	,60
	Ecléctica	,12	,452	,994	-1,18	1,41
Ecléctica	Psicodinámica	,64	,457	,510	-,62	1,91
	Cognitivo-Conductual	-,55	,365	,467	-1,61	,52
	Humanista-Sistémica	-,12	,452	,994	-1,41	1,18

\*. La diferencia entre las medias es significativa al nivel .05.



**Comparaciones Planeadas**

(comparación de las medias en la valoración de las variables psicoterapéuticas del grupo de psicoterapeutas eclécticos, con la de los demás grupos de psicoterapeutas tomados conjuntamente)

**Coefficientes de los contrastes**

Contraste	Orientación Teórica Recodificada			
	Psicodinámica	Cognitivo-Conductual	Humanista-Sistémica	Ecléctica
1	-1	-1	-1	3

**Pruebas para los contrastes**

		Contraste	Valor del contraste	Error típico	t	gl	Sig. (bilateral)
Enfoque terapéutico	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-3,09	,93	-3,331	63	,001
	No asumiendo	1	-3,09	1,09	-2,834	12,600	,014
Técnicas o procedimientos utilizados	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-2,05	,86	-2,380	62	,020
	No asumiendo igualdad de varianzas	1	-2,05	1,10	-1,863	13,494	,084
Expectativa de cura del paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-,80	1,01	-,786	62	,435
	No asumiendo	1	-,80	1,05	-,757	16,286	,460
Implicación del paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	,51	,77	,661	63	,511
	No asumiendo	1	,51	,78	,658	18,916	,518
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-1,16	,95	-1,219	63	,227
	No asumiendo	1	-1,16	,86	-1,341	16,863	,198
Empatía del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-,33	,83	-,394	63	,695
	No asumiendo	1	-,33	1,02	-,322	13,153	,753
Directividad/apoyo del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-2,03E-02	,97	-,021	61	,983
	No asumiendo	1	-2,03E-02	1,11	-,018	13,946	,986
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	,16	1,09	,148	62	,883
	No asumiendo	1	,16	1,22	,132	14,636	,897
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-,13	1,04	-,122	61	,903
	No asumiendo	1	-,13	,97	-,130	15,843	,898
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-,91	1,01	-,901	63	,371
	No asumiendo	1	-,91	,99	-,916	15,192	,374
Experiencia del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas	1	1,17	,90	1,295	62	,200
	No asumiendo	1	1,17	,85	1,384	15,974	,185
Establecimiento de alianza terapéutica	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-1,07	,78	-1,380	63	,172
	No asumiendo	1	-1,07	,94	-1,138	14,073	,274

**Contrastes de Medias (muestras independientes)**

(contrastación de las medias en la valoración de las variables psicoterapéuticas entre los terapeutas de diferentes orientaciones teóricas)

**Estadísticos de grupo**

	Orientación Teórica Recodificada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Enfoque terapéutico	Psicodinámica	18	3,83	,857	,202
	Cognitivo-Conductual	31	4,13	,885	,159
Técnicas o procedimientos utilizados	Psicodinámica	17	4,12	,697	,169
	Cognitivo-Conductual	31	4,45	,768	,138
Expectativa de cura del paciente	Psicodinámica	17	3,88	,993	,241
	Cognitivo-Conductual	31	4,10	,944	,169
Implicación del paciente	Psicodinámica	18	4,50	,857	,202
	Cognitivo-Conductual	31	4,61	,615	,110
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Psicodinámica	18	3,67	,907	,214
	Cognitivo-Conductual	31	3,71	,973	,175
Empatía del terapeuta	Psicodinámica	18	4,06	,873	,206
	Cognitivo-Conductual	31	4,26	,682	,122
Directividad/apoyo del terapeuta	Psicodinámica	16	2,81	1,223	,306
	Cognitivo-Conductual	31	4,00	,730	,131
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Psicodinámica	18	3,06	1,056	,249
	Cognitivo-Conductual	31	3,42	,992	,178
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Psicodinámica	17	3,71	1,047	,254
	Cognitivo-Conductual	31	4,19	1,014	,182
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Psicodinámica	18	4,00	1,237	,291
	Cognitivo-Conductual	31	3,94	,854	,153
Experiencia del terapeuta	Psicodinámica	18	4,33	,840	,198
	Cognitivo-Conductual	30	4,13	,937	,171
Establecimiento de alianza terapéutica	Psicodinámica	18	4,83	,383	,090
	Cognitivo-Conductual	31	4,23	,805	,145

## Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Enfoque terapéutico	Se han asumido varianzas iguales	,191	,664	-1,140	47	,260	-,30	,259	-,817	,226
	No se han asumido varianzas iguales			-1,150	36,590	,258	-,30	,257	-,817	,225
Técnicas o procedimientos utilizados	Se han asumido varianzas iguales	,845	,363	-1,488	46	,144	-,33	,224	-,786	,118
	No se han asumido varianzas iguales			-1,531	35,910	,134	-,33	,218	-,776	,108
Expectativa de cura del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,302	,585	-,739	46	,463	-,21	,290	-,798	,369
	No se han asumido varianzas iguales			-,728	31,642	,472	-,21	,294	-,814	,386
Implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	1,477	,230	-,535	47	,595	-,11	,211	-,538	,312
	No se han asumido varianzas iguales			-,490	27,299	,628	-,11	,230	-,585	,359
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,194	,662	-,153	47	,879	-,04	,281	-,609	,523
	No se han asumido varianzas iguales			-,156	37,733	,877	-,04	,276	-,602	,516
Empatía del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,172	,681	-,904	47	,371	-,20	,224	-,653	,248
	No se han asumido varianzas iguales			-,846	29,107	,404	-,20	,239	-,692	,287
Directividad/apoyo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	6,099	,017	-4,174	45	,000	-1,19	,284	-1,761	-,614
	No se han asumido varianzas iguales			-3,569	20,679	,002	-1,19	,333	-1,880	-,495
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,838	,365	-1,209	47	,233	-,36	,301	-,969	,242
	No se han asumido varianzas iguales			-1,189	33,871	,243	-,36	,306	-,986	,258
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Se han asumido varianzas iguales	,008	,928	-1,576	46	,122	-,49	,309	-1,111	,135
	No se han asumido varianzas iguales			-1,561	32,160	,128	-,49	,312	-1,124	,149
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	4,414	,041	,216	47	,830	,06	,299	-,537	,666
	No se han asumido varianzas iguales			,196	26,560	,846	,06	,329	-,612	,741
Experiencia del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,005	,943	,743	46	,461	,20	,269	-,342	,742
	No se han asumido varianzas iguales			,764	39,085	,449	,20	,262	-,329	,729
Establecimiento de alianza terapéutica	Se han asumido varianzas iguales	9,904	,003	3,002	47	,004	,61	,202	,200	1,015
	No se han asumido varianzas iguales			3,564	45,718	,001	,61	,170	,264	,951

**Estadísticos de grupo**

	Orientación Teórica Recodificada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Enfoque terapéutico	Psicodinámica	18	3,83	,857	,202
	Ecléctica	11	2,91	1,136	,343
Técnicas o procedimientos utilizados	Psicodinámica	17	4,12	,697	,169
	Ecléctica	11	3,36	1,120	,338
Expectativa de cura del paciente	Psicodinámica	17	3,88	,993	,241
	Ecléctica	11	3,73	1,009	,304
Implicación del paciente	Psicodinámica	18	4,50	,857	,202
	Ecléctica	11	4,64	,674	,203
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Psicodinámica	18	3,67	,907	,214
	Ecléctica	11	3,45	,820	,247
Empatía del terapeuta	Psicodinámica	18	4,06	,873	,206
	Ecléctica	11	4,09	1,044	,315
Directividad/apoyo del terapeuta	Psicodinámica	16	2,81	1,223	,306
	Ecléctica	11	3,45	1,128	,340
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Psicodinámica	18	3,06	1,056	,249
	Ecléctica	11	3,55	1,214	,366
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Psicodinámica	17	3,71	1,047	,254
	Ecléctica	11	4,09	,944	,285
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Psicodinámica	18	4,00	1,237	,291
	Ecléctica	11	3,82	,982	,296
Experiencia del terapeuta	Psicodinámica	18	4,33	,840	,198
	Ecléctica	11	4,55	,820	,247
Establecimiento de alianza terapéutica	Psicodinámica	18	4,83	,383	,090
	Ecléctica	11	4,09	,944	,285

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Enfoque terapéutico	Se han asumido varianzas iguales	,012	,915	2,489	27	,019	,92	,371	,162	1,686
	No se han asumido varianzas iguales			2,324	16,964					
Técnicas o procedimientos utilizados	Se han asumido varianzas iguales	3,036	,093	2,205	26	,037	,75	,342	,051	1,457
	No se han asumido varianzas iguales			1,997	15,043					
Expectativa de cura del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,000	,994	,401	26	,692	,16	,387	-,639	,950
	No se han asumido varianzas iguales			,400	21,239					
Implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,586	,451	-,448	27	,657	-,14	,304	-,760	,488
	No se han asumido varianzas iguales			-,476	25,109					
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,193	,664	,633	27	,532	,21	,335	-,476	,900
	No se han asumido varianzas iguales			,649	22,990					
Empatía del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,776	,386	-,098	27	,922	-,04	,360	-,773	,703
	No se han asumido varianzas iguales			-,094	18,383					
Directividad/apoyo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,000	,993	-,1382	25	,179	-,64	,465	-,1599	,315
	No se han asumido varianzas iguales			-,1404	22,776					
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	2,052	,163	-,1146	27	,262	-,49	,427	-,1367	,387
	No se han asumido varianzas iguales			-,1107	18,997					
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Se han asumido varianzas iguales	,408	,529	-,987	26	,333	-,39	,390	-,1187	,417
	No se han asumido varianzas iguales			-,1010	23,103					
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,835	,369	,414	27	,682	,18	,440	-,720	1,084
	No se han asumido varianzas iguales			,438	24,981					
Experiencia del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,289	,595	-,666	27	,511	-,21	,319	-,866	,442
	No se han asumido varianzas iguales			-,670	21,690					
Establecimiento de alianza terapéutica	Se han asumido varianzas iguales	22,135	,000	2,984	27	,006	,74	,249	,232	1,253
	No se han asumido varianzas iguales			2,486	12,047					

**Estadísticos de grupo**

	Orientación Teórica Recodificada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Enfoque terapéutico	Cognitivo-Conductual	31	4,13	,885	,159
	Ecléctica	11	2,91	1,136	,343
Técnicas o procedimientos utilizados	Cognitivo-Conductual	31	4,45	,768	,138
	Ecléctica	11	3,36	1,120	,338
Expectativa de cura del paciente	Cognitivo-Conductual	31	4,10	,944	,169
	Ecléctica	11	3,73	1,009	,304
Implicación del paciente	Cognitivo-Conductual	31	4,61	,615	,110
	Ecléctica	11	4,64	,674	,203
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Cognitivo-Conductual	31	3,71	,973	,175
	Ecléctica	11	3,45	,820	,247
Empatía del terapeuta	Cognitivo-Conductual	31	4,26	,682	,122
	Ecléctica	11	4,09	1,044	,315
Directividad/apoyo del terapeuta	Cognitivo-Conductual	31	4,00	,730	,131
	Ecléctica	11	3,45	1,128	,340
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Cognitivo-Conductual	31	3,42	,992	,178
	Ecléctica	11	3,55	1,214	,366
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Cognitivo-Conductual	31	4,19	1,014	,182
	Ecléctica	11	4,09	,944	,285
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Cognitivo-Conductual	31	3,94	,854	,153
	Ecléctica	11	3,82	,982	,296
Experiencia del terapeuta	Cognitivo-Conductual	30	4,13	,937	,171
	Ecléctica	11	4,55	,820	,247
Establecimiento de alianza terapéutica	Cognitivo-Conductual	31	4,23	,805	,145
	Ecléctica	11	4,09	,944	,285

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Enfoque terapéutico	Se han asumido varianzas iguales	,029	,865	3,644	40	,001	1,22	,335	,543	1,897
	No se han asumido varianzas iguales			3,230	14,542	,006	1,22	,378	,413	2,027
Técnicas o procedimientos utilizados	Se han asumido varianzas iguales	2,018	,163	3,566	40	,001	1,09	,305	,471	1,705
	No se han asumido varianzas iguales			2,983	13,486	,010	1,09	,365	,303	1,873
Expectativa de cura del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,210	,649	1,096	40	,279	,37	,337	-,312	1,051
	No se han asumido varianzas iguales			1,061	16,635	,304	,37	,348	-,366	1,105
Implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,002	,969	-,106	40	,916	-,02	,221	-,471	,424
	No se han asumido varianzas iguales			-,101	16,308	,920	-,02	,231	-,513	,466
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,689	,411	,776	40	,442	,26	,329	-,409	,920
	No se han asumido varianzas iguales			,843	20,750	,409	,26	,303	-,375	,885
Empatía del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	2,904	,096	,604	40	,549	,17	,277	-,392	,726
	No se han asumido varianzas iguales			,495	13,150	,629	,17	,338	-,562	,896
Directividad/apoyo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	6,140	,018	1,834	40	,074	,55	,297	-,056	1,147
	No se han asumido varianzas iguales			1,496	13,098	,158	,55	,365	-,242	1,332
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	1,383	,247	-,342	40	,735	-,13	,369	-,872	,620
	No se han asumido varianzas iguales			-,310	15,027	,761	-,13	,407	-,993	,741
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Se han asumido varianzas iguales	,708	,405	,293	40	,771	,10	,350	-,604	,810
	No se han asumido varianzas iguales			,304	18,814	,765	,10	,338	-,605	,810
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,667	,419	,377	40	,708	,12	,311	-,512	,747
	No se han asumido varianzas iguales			,352	15,712	,730	,12	,333	-,590	,825
Experiencia del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,243	,625	-1,287	39	,206	-,41	,320	-1,060	,236
	No se han asumido varianzas iguales			-1,370	20,263	,186	-,41	,301	-1,039	,215
Establecimiento de alianza terapéutica	Se han asumido varianzas iguales	1,315	,258	,457	40	,650	,13	,295	-,462	,732
	No se han asumido varianzas iguales			,423	15,478	,678	,13	,319	-,544	,813

### ANOVA de un factor

(contrastación de la hipótesis de igualdad de medias en las variables psicoterapéuticas, en los distintos grupos de terapeutas, en función de su preferencia por los distintos factores responsables de la cura)

#### Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Enfoque terapéutico	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,20	,77	,20	3,77	4,63	3	5
	Factores comunes de las psicoterapias	27	3,44	1,01	,19	3,04	3,85	1	5
	Ambos por igual	25	3,96	,93	,19	3,57	4,35	2	5
	Total	67	3,81	,97	,12	3,57	4,04	1	5
Técnicas o procedimientos utilizados	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,53	,52	,13	4,25	4,82	4	5
	Factores comunes de las psicoterapias	27	3,52	1,01	,20	3,12	3,92	1	5
	Ambos por igual	25	4,36	,76	,15	4,05	4,67	3	5
	Total	67	4,06	,94	,11	3,83	4,29	1	5
Expectativa de cura del paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,73	1,03	,27	3,16	4,31	2	5
	Factores comunes de las psicoterapias	26	3,88	,99	,19	3,48	4,29	2	5
	Ambos por igual	25	4,16	,90	,18	3,79	4,53	2	5
	Total	66	3,95	,97	,12	3,72	4,19	2	5
Implicación del paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,67	,62	,16	4,32	5,01	3	5
	Factores comunes de las psicoterapias	27	4,30	,95	,18	3,92	4,67	2	5
	Ambos por igual	25	4,72	,46	9,17E-02	4,53	4,91	4	5
	Total	67	4,54	,75	9,10E-02	4,36	4,72	2	5
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,20	1,01	,26	2,64	3,76	2	5
	Factores comunes de las psicoterapias	27	3,81	,88	,17	3,47	4,16	2	5
	Ambos por igual	25	3,88	,83	,17	3,54	4,22	2	5
	Total	67	3,70	,92	,11	3,48	3,93	2	5
Empatía del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,87	,99	,26	3,32	4,42	2	5
	Factores comunes de las psicoterapias	27	4,30	,82	,16	3,97	4,62	2	5
	Ambos por igual	25	4,32	,63	,13	4,06	4,58	3	5
	Total	67	4,21	,81	9,87E-02	4,01	4,41	2	5
Directividad/apoyo del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,20	1,21	,31	2,53	3,87	1	5
	Factores comunes de las psicoterapias	26	3,50	1,07	,21	3,07	3,93	1	5
	Ambos por igual	24	3,83	,82	,17	3,49	4,18	3	5
	Total	65	3,55	1,03	,13	3,30	3,81	1	5
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,40	1,12	,29	2,78	4,02	1	5
	Factores comunes de las psicoterapias	26	3,27	1,12	,22	2,82	3,72	1	5
	Ambos por igual	25	3,60	,87	,17	3,24	3,96	2	5
	Total	66	3,42	1,02	,13	3,17	3,68	1	5
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,07	,88	,23	3,58	4,56	2	5
	Factores comunes de las psicoterapias	25	3,80	1,04	,21	3,37	4,23	2	5
	Ambos por igual	25	4,40	,76	,15	4,08	4,72	3	5
	Total	65	4,09	,93	,12	3,86	4,32	2	5
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,73	,88	,23	3,24	4,22	2	5
	Factores comunes de las psicoterapias	27	4,04	1,06	,20	3,62	4,45	1	5
	Ambos por igual	25	4,20	,87	,17	3,84	4,56	2	5
	Total	67	4,03	,95	,12	3,80	4,26	1	5
Experiencia del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,53	,83	,22	4,07	5,00	2	5
	Factores comunes de las psicoterapias	26	4,38	,80	,16	4,06	4,71	3	5
	Ambos por igual	25	3,96	,89	,18	3,59	4,33	2	5
	Total	66	4,26	,86	,11	4,04	4,47	2	5
Establecimiento de alianza terapéutica	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,27	,88	,23	3,78	4,76	2	5
	Factores comunes de las psicoterapias	27	4,37	,79	,15	4,06	4,68	3	5
	Ambos por igual	25	4,52	,71	,14	4,23	4,81	3	5
	Total	67	4,40	,78	9,53E-02	4,21	4,59	2	5



## Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Enfoque terapéutico	,459	2	64	,634
Técnicas o procedimientos utilizados	3,283	2	64	,044
Expectativa de cura del paciente	,320	2	63	,727
Implicación del paciente	6,515	2	64	,003
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	,489	2	64	,616
Empatía del terapeuta	2,265	2	64	,112
Directividad/apoyo del terapeuta	1,851	2	62	,166
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	,795	2	63	,456
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	1,742	2	62	,184
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	,140	2	64	,870
Experiencia del terapeuta	,176	2	63	,839
Establecimiento de alianza terapéutica	,333	2	64	,718

## ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Enfoque terapéutico	Inter-grupos	6,451	2	3,225	3,684	,031
	Intra-grupos	56,027	64	,875		
	Total	62,478	66			
Técnicas o procedimientos utilizados	Inter-grupos	13,527	2	6,764	9,786	,000
	Intra-grupos	44,234	64	,691		
	Total	57,761	66			
Expectativa de cura del paciente	Inter-grupos	1,916	2	,958	1,024	,365
	Intra-grupos	58,947	63	,936		
	Total	60,864	65			
Implicación del paciente	Inter-grupos	2,654	2	1,327	2,497	,090
	Intra-grupos	34,003	64	,531		
	Total	36,657	66			
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Inter-grupos	4,916	2	2,458	3,078	,053
	Intra-grupos	51,114	64	,799		
	Total	56,030	66			
Empatía del terapeuta	Inter-grupos	2,272	2	1,136	1,782	,177
	Intra-grupos	40,803	64	,638		
	Total	43,075	66			
Directividad/apoyo del terapeuta	Inter-grupos	3,828	2	1,914	1,848	,166
	Intra-grupos	64,233	62	1,036		
	Total	68,062	64			
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Inter-grupos	1,406	2	,703	,664	,518
	Intra-grupos	66,715	63	1,059		
	Total	68,121	65			
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Inter-grupos	4,513	2	2,256	2,747	,072
	Intra-grupos	50,933	62	,822		
	Total	55,446	64			
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Inter-grupos	2,044	2	1,022	1,130	,329
	Intra-grupos	57,896	64	,905		
	Total	59,940	66			
Experiencia del terapeuta	Inter-grupos	3,774	2	1,887	2,651	,078
	Intra-grupos	44,847	63	,712		
	Total	48,621	65			
Establecimiento de alianza terapéutica	Inter-grupos	,650	2	,325	,527	,593
	Intra-grupos	39,470	64	,617		
	Total	40,119	66			

**Contrastes de Medias (muestras independientes)**

(contrastación de las medias en la valoración de las variables psicoterapéuticas entre los terapeutas con diferente preferencia respecto a los factores responsables de la cura)

**Estadísticos de grupo**

	Factor preferentemente responsable de la cura	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Enfoque terapéutico	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,20	,775	,200
	Factores comunes de las psicoterapias	27	3,44	1,013	,195
Técnicas o procedimientos utilizados	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,53	,516	,133
	Factores comunes de las psicoterapias	27	3,52	1,014	,195
Expectativa de cura del paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,73	1,033	,267
	Factores comunes de las psicoterapias	26	3,88	,993	,195
Implicación del paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,67	,617	,159
	Factores comunes de las psicoterapias	27	4,30	,953	,183
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,20	1,014	,262
	Factores comunes de las psicoterapias	27	3,81	,879	,169
Empatía del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,87	,990	,256
	Factores comunes de las psicoterapias	27	4,30	,823	,158
Directividad/apoyo del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,20	1,207	,312
	Factores comunes de las psicoterapias	26	3,50	1,068	,209
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,40	1,121	,289
	Factores comunes de las psicoterapias	26	3,27	1,116	,219
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,07	,884	,228
	Factores comunes de las psicoterapias	25	3,80	1,041	,208
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,73	,884	,228
	Factores comunes de las psicoterapias	27	4,04	1,055	,203
Experiencia del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,53	,834	,215
	Factores comunes de las psicoterapias	26	4,38	,804	,158
Establecimiento de alianza terapéutica	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,27	,884	,228
	Factores comunes de las psicoterapias	27	4,37	,792	,152

## Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Enfoque terapéutico	Se han asumido varianzas iguales	,826	,369	2,506	40	,016	,76	,302	,146	1,365
	No se han asumido varianzas iguales			2,706	35,821	,010	,76	,279	,189	1,322
Técnicas o procedimientos utilizados	Se han asumido varianzas iguales	5,296	,027	3,610	40	,001	1,01	,281	,447	1,583
	No se han asumido varianzas iguales			4,293	39,823	,000	1,01	,236	,537	1,493
Expectativa de cura del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,013	,911	-4,463	39	,646	-,15	,327	-,812	,509
	No se han asumido varianzas iguales			-4,458	28,394	,650	-,15	,330	-,827	,525
Implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	3,733	,060	1,352	40	,184	,37	,274	-,183	,924
	No se han asumido varianzas iguales			1,524	38,905	,136	,37	,243	-,121	,862
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,146	,705	-2,057	40	,046	-,61	,299	-1,219	-,011
	No se han asumido varianzas iguales			-1,972	25,704	,059	-,61	,312	-1,256	,026
Empatía del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,983	,327	-1,507	40	,140	-,43	,285	-1,006	,147
	No se han asumido varianzas iguales			-1,428	24,844	,166	-,43	,301	-1,049	,190
Directividad/apoyo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,467	,498	-,826	39	,414	-,30	,363	-1,034	,434
	No se han asumido varianzas iguales			-,799	26,470	,431	-,30	,375	-1,071	,471
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,053	,819	,361	39	,720	,13	,362	-,602	,864
	No se han asumido varianzas iguales			,360	29,222	,721	,13	,363	-,611	,873
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Se han asumido varianzas iguales	2,012	,164	,828	38	,413	,27	,322	-,385	,918
	No se han asumido varianzas iguales			,863	33,476	,394	,27	,309	-,361	,895
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,104	,749	-,944	40	,351	-,30	,322	-,954	,346
	No se han asumido varianzas iguales			-,994	33,614	,327	-,30	,305	-,925	,317
Experiencia del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,411	,525	,563	39	,577	,15	,264	-,386	,683
	No se han asumido varianzas iguales			,557	28,457	,582	,15	,267	-,397	,695
Establecimiento de alianza terapéutica	Se han asumido varianzas iguales	,013	,911	-,390	40	,698	-,10	,266	-,641	,433
	No se han asumido varianzas iguales			-,378	26,438	,708	-,10	,274	-,667	,460





**APÉNDICE B-1:  
PRUEBAS NO PARAMÉTRICAS,  
ANÁLISIS DE DATOS CATEGÓRICOS Y CORRELACIONAL**



**Estadísticos de grupo**

	Factor preferentemente responsable de la cura	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Enfoque terapéutico	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,20	,775	,200
	Ambos por igual	25	3,96	,935	,187
Técnicas o procedimientos utilizados	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,53	,516	,133
	Ambos por igual	25	4,36	,757	,151
Expectativa de cura del paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,73	1,033	,267
	Ambos por igual	25	4,16	,898	,180
Implicación del paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,67	,617	,159
	Ambos por igual	25	4,72	,458	,092
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,20	1,014	,262
	Ambos por igual	25	3,88	,833	,167
Empatía del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,87	,990	,256
	Ambos por igual	25	4,32	,627	,125
Directividad/apoyo del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,20	1,207	,312
	Ambos por igual	24	3,83	,816	,167
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,40	1,121	,289
	Ambos por igual	25	3,60	,866	,173
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,07	,884	,228
	Ambos por igual	25	4,40	,764	,153
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	3,73	,884	,228
	Ambos por igual	25	4,20	,866	,173
Experiencia del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,53	,834	,215
	Ambos por igual	25	3,96	,889	,178
Establecimiento de alianza terapéutica	Factores específicos de las psicoterapias	15	4,27	,884	,228
	Ambos por igual	25	4,52	,714	,143



Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Enfoque terapéutico	Se han asumido varianzas iguales	,735	,397	,836	38	,408	,24	,287	-,341	,821
	No se han asumido varianzas iguales			,877	34,003	,387	,24	,274	-,316	,796
Técnicas o procedimientos utilizados	Se han asumido varianzas iguales	3,715	,061	,782	38	,439	,17	,222	-,275	,622
	No se han asumido varianzas iguales			,859	37,254	,396	,17	,202	-,235	,582
Expectativa de cura del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,478	,494	-1,375	38	,177	-,43	,310	-1,055	,201
	No se han asumido varianzas iguales			-1,327	26,415	,196	-,43	,322	-1,087	,234
Implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,960	,333	-,313	38	,756	-,05	,171	-,399	,292
	No se han asumido varianzas iguales			-,290	23,305	,774	-,05	,184	-,433	,327
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,789	,380	-2,304	38	,027	-,68	,295	-1,278	-,082
	No se han asumido varianzas iguales			-2,191	25,209	,038	-,68	,310	-1,319	-,041
Empatía del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	5,153	,029	-1,777	38	,083	-,45	,255	-,970	,063
	No se han asumido varianzas iguales			-1,592	20,843	,127	-,45	,285	-1,046	,139
Directividad/apoyo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	3,966	,054	-1,958	37	,058	-,63	,323	-1,289	,022
	No se han asumido varianzas iguales			-1,792	22,054	,087	-,63	,353	-1,366	,100
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,707	,406	-,633	38	,531	-,20	,316	-,840	,440
	No se han asumido varianzas iguales			-,593	24,021	,559	-,20	,337	-,896	,496
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Se han asumido varianzas iguales	,113	,739	-1,260	38	,215	-,33	,265	-,869	,202
	No se han asumido varianzas iguales			-1,214	26,281	,236	-,33	,275	-,897	,231
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,010	,919	-1,638	38	,110	-,47	,285	-1,044	,110
	No se han asumido varianzas iguales			-1,629	29,139	,114	-,47	,286	-1,052	,119
Experiencia del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,171	,681	2,020	38	,050	,57	,284	-,001	1,148
	No se han asumido varianzas iguales			2,054	31,151	,048	,57	,279	,004	1,143
Establecimiento de alianza terapéutica	Se han asumido varianzas iguales	,261	,613	-,993	38	,327	-,25	,255	-,770	,263
	No se han asumido varianzas iguales			-,941	24,891	,356	-,25	,269	-,808	,301

## Estadísticos de grupo

	Factor preferentemente responsable de la cura	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Enfoque terapéutico	Ambos por igual	25	3,96	,935	,187
	Factores comunes de las psicoterapias	27	3,44	1,013	,195
Técnicas o procedimientos utilizados	Ambos por igual	25	4,36	,757	,151
	Factores comunes de las psicoterapias	27	3,52	1,014	,195
Expectativa de cura del paciente	Ambos por igual	25	4,16	,898	,180
	Factores comunes de las psicoterapias	26	3,88	,993	,195
Implicación del paciente	Ambos por igual	25	4,72	,458	,092
	Factores comunes de las psicoterapias	27	4,30	,953	,183
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Ambos por igual	25	3,88	,833	,167
	Factores comunes de las psicoterapias	27	3,81	,879	,169
Empatía del terapeuta	Ambos por igual	25	4,32	,627	,125
	Factores comunes de las psicoterapias	27	4,30	,823	,158
Directividad/apoyo del terapeuta	Ambos por igual	24	3,83	,816	,167
	Factores comunes de las psicoterapias	26	3,50	1,068	,209
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Ambos por igual	25	3,60	,866	,173
	Factores comunes de las psicoterapias	26	3,27	1,116	,219
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Ambos por igual	25	4,40	,764	,153
	Factores comunes de las psicoterapias	25	3,80	1,041	,208
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Ambos por igual	25	4,20	,866	,173
	Factores comunes de las psicoterapias	27	4,04	1,055	,203
Experiencia del terapeuta	Ambos por igual	25	3,96	,889	,178
	Factores comunes de las psicoterapias	26	4,38	,804	,158
Establecimiento de alianza terapéutica	Ambos por igual	25	4,52	,714	,143
	Factores comunes de las psicoterapias	27	4,37	,792	,152

## Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Enfoque terapéutico	Se han asumido varianzas iguales	,031	,861	1,903	50	,063	,52	,271	-,029	1,060
	No se han asumido varianzas iguales			1,909	50,000					
Técnicas o procedimientos utilizados	Se han asumido varianzas iguales	1,655	,204	3,369	50	,001	,84	,250	,340	1,343
	No se han asumido varianzas iguales			3,406	47,916					
Expectativa de cura del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,461	,500	1,037	49	,305	,28	,265	-,258	,809
	No se han asumido varianzas iguales			1,039	48,823					
Implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	11,493	,001	2,016	50	,049	,42	,210	,002	,846
	No se han asumido varianzas iguales			2,066	38,030					
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,500	,483	,274	50	,785	,07	,238	-,413	,543
	No se han asumido varianzas iguales			,275	49,969					
Empatía del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	1,594	,213	,116	50	,908	,02	,204	-,386	,434
	No se han asumido varianzas iguales			,117	48,262					
Directividad/apoyo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	1,819	,184	1,232	48	,224	,33	,271	-,211	,877
	No se han asumido varianzas iguales			1,246	46,447					
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	1,699	,199	1,179	49	,244	,33	,280	-,233	,894
	No se han asumido varianzas iguales			1,185	46,947					
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Se han asumido varianzas iguales	2,776	,102	2,324	48	,024	,60	,258	,081	1,119
	No se han asumido varianzas iguales			2,324	44,037					
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,235	,630	,606	50	,547	,16	,269	-,377	,703
	No se han asumido varianzas iguales			,610	49,312					
Experiencia del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,015	,902	-1,791	49	,080	-,42	,237	-,901	,052
	No se han asumido varianzas iguales			-1,787	48,058					
Establecimiento de alianza terapéutica	Se han asumido varianzas iguales	,800	,375	,714	50	,479	,15	,210	-,272	,571
	No se han asumido varianzas iguales			,716	49,970					

### Contrastes de Medias (muestras independientes)

(contrastación de las medias en la valoración de las variables psicoterapéuticas, entre los terapeutas con diferente posicionamiento acerca de la efectividad similar de las distintas modalidades de psicoterapia)

#### Estadísticos de grupo

	Creencia de que las distintas psicoterapias son similarmente efectivas	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Enfoque terapéutico	No	51	4,00	,938	,131
	Si	16	3,25	,931	,233
Técnicas o procedimientos utilizados	No	50	4,26	,803	,114
	Si	16	3,44	1,094	,273
Expectativa de cura del paciente	No	50	4,08	,944	,134
	Si	16	3,75	,931	,233
Implicación del paciente	No	51	4,59	,669	,094
	Si	16	4,38	,957	,239
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	No	51	3,69	,948	,133
	Si	16	3,75	,856	,214
Empatía del terapeuta	No	51	4,10	,781	,109
	Si	16	4,50	,816	,204
Directividad/apoyo del terapeuta	No	50	3,52	1,092	,154
	Si	16	3,75	,856	,214
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	No	51	3,27	1,078	,151
	Si	15	3,73	,961	,248
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	No	51	4,00	1,058	,148
	Si	15	4,20	,775	,200
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	No	51	3,92	,997	,140
	Si	16	4,19	,911	,228
Experiencia del terapeuta	No	50	4,28	,858	,121
	Si	16	4,31	,873	,218
Establecimiento de alianza terapéutica	No	51	4,39	,777	,109
	Si	16	4,44	,814	,203

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Enfoque terapéutico	Se han asumido varianzas iguales	,011	,916	2,795	65	,007	,75	,268	,214	1,286
	No se han asumido varianzas iguales			2,806	25,308					
Técnicas o procedimientos utilizados	Se han asumido varianzas iguales	2,275	,136	3,254	64	,002	,82	,253	,318	1,327
	No se han asumido varianzas iguales			2,778	20,441					
Expectativa de cura del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,003	,955	1,221	64	,227	,33	,270	-,210	,870
	No se han asumido varianzas iguales			1,230	25,649					
Implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	3,894	,053	,999	65	,322	,21	,214	-,213	,640
	No se han asumido varianzas iguales			,830	19,802					
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,141	,709	-,240	65	,811	-,06	,266	-,595	,467
	No se han asumido varianzas iguales			-,253	27,544					
Empatía del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,028	,867	-1,777	65	,080	-,40	,226	-,854	,050
	No se han asumido varianzas iguales			-1,736	24,251					
Directividad/apoyo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	3,229	,077	-,769	64	,445	-,23	,299	-,828	,368
	No se han asumido varianzas iguales			-,871	32,032					
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,098	,756	-1,482	64	,143	-,46	,310	-1,077	,160
	No se han asumido varianzas iguales			-1,579	25,317					
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Se han asumido varianzas iguales	1,056	,308	-,679	64	,500	-,20	,295	-,789	,389
	No se han asumido varianzas iguales			-,803	30,978					
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,136	,714	-,949	65	,346	-,27	,280	-,825	,294
	No se han asumido varianzas iguales			-,996	27,245					
Experiencia del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,184	,669	-,131	64	,896	-,03	,247	-,527	,462
	No se han asumido varianzas iguales			-,130	24,973					
Establecimiento de alianza terapéutica	Se han asumido varianzas iguales	,107	,745	-,201	65	,841	-,05	,225	-,495	,404
	No se han asumido varianzas iguales			-,197	24,200					

### Contrastes de Medias (muestras independientes)

(contrastación de las valoraciones medias de las variables psicoterapéuticas, entre los terapeutas con diferente grado de acceso a las publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia)

#### Estadísticos de grupo

	Acceso a publicaciones especializadas	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Enfoque terapéutico	Habitualmente	42	3,79	1,071	,165
	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	27	3,85	,818	,157
Técnicas o procedimientos utilizados	Habitualmente	42	3,95	1,011	,156
	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	26	4,23	,765	,150
Expectativa de cura del paciente	Habitualmente	41	4,00	,922	,144
	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	27	3,93	1,035	,199
Implicación del paciente	Habitualmente	42	4,52	,833	,129
	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	27	4,59	,572	,110
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Habitualmente	42	3,67	1,004	,155
	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	27	3,74	,764	,147
Empatía del terapeuta	Habitualmente	42	4,19	,804	,124
	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	27	4,22	,801	,154
Directividad/apoyo del terapeuta	Habitualmente	41	3,34	1,109	,173
	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	26	3,96	,774	,152
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Habitualmente	41	3,39	1,070	,167
	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	27	3,41	1,047	,202
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Habitualmente	41	3,98	,987	,154
	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	26	4,19	1,021	,200
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Habitualmente	42	3,95	,962	,148
	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	27	4,07	,997	,192
Experiencia del terapeuta	Habitualmente	41	4,27	,895	,140
	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	27	4,22	,847	,163
Establecimiento de alianza terapéutica	Habitualmente	42	4,38	,764	,118
	Ocasionalmente, sin frecuencia fija	27	4,41	,844	,162

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Enfoque terapéutico	Se han asumido varianzas iguales	1,205	,276	-,273	67	,785	-,07	,242	-,549	,417
	No se han asumido varianzas iguales			-,290	64,903	,773	-,07	,228	-,522	,390
Técnicas o procedimientos utilizados	Se han asumido varianzas iguales	,346	,558	-,1206	66	,232	-,28	,231	-,739	,183
	No se han asumido varianzas iguales			-,1287	63,234	,203	-,28	,216	-,711	,154
Expectativa de cura del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,598	,442	,309	66	,758	,07	,240	-,405	,553
	No se han asumido varianzas iguales			,301	51,187	,764	,07	,246	-,419	,567
Implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	1,963	,166	-,375	67	,709	-,07	,183	-,435	,297
	No se han asumido varianzas iguales			-,406	66,653	,686	-,07	,169	-,407	,269
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Se han asumido varianzas iguales	4,913	,030	-,327	67	,745	-,07	,227	-,526	,378
	No se han asumido varianzas iguales			-,347	64,978	,730	-,07	,214	-,501	,353
Empatía del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,036	,850	-,160	67	,873	-,03	,198	-,427	,363
	No se han asumido varianzas iguales			-,161	55,752	,873	-,03	,198	-,428	,364
Directividad/apoyo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	7,332	,009	-2,489	65	,015	-,62	,249	-1,118	-,123
	No se han asumido varianzas iguales			-2,693	64,336	,009	-,62	,230	-1,080	-,160
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,337	,564	-,065	66	,948	-,02	,263	-,542	,508
	No se han asumido varianzas iguales			-,066	56,618	,948	-,02	,262	-,541	,507
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Se han asumido varianzas iguales	,074	,786	-,864	65	,391	-,22	,251	-,717	,284
	No se han asumido varianzas iguales			-,858	52,019	,395	-,22	,253	-,724	,290
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,021	,886	-,506	67	,615	-,12	,241	-,602	,359
	No se han asumido varianzas iguales			-,502	54,111	,618	-,12	,243	-,608	,365
Experiencia del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,756	,388	,212	66	,833	,05	,217	-,388	,480
	No se han asumido varianzas iguales			,214	57,923	,831	,05	,215	-,384	,476
Establecimiento de alianza terapéutica	Se han asumido varianzas iguales	,067	,797	-,135	67	,893	-,03	,196	-,418	,365
	No se han asumido varianzas iguales			-,132	51,517	,896	-,03	,201	-,429	,376

### Contrastes de Medias (muestras independientes)

(contrastación de las medias en la valoración de las variables psicoterapéuticas, entre los terapeutas con diferente posicionamiento acerca del factor común más relevante en la psicoterapia)

#### Estadísticos de grupo

	Factor común más importante en la mejora	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Enfoque terapéutico	Variables de la relación terapéutica	15	3,33	,976	,252
	Variables del paciente	7	3,71	1,380	,522
Técnicas o procedimientos utilizados	Variables de la relación terapéutica	15	3,40	1,056	,273
	Variables del paciente	7	4,00	1,000	,378
Expectativa de cura del paciente	Variables de la relación terapéutica	14	3,93	,917	,245
	Variables del paciente	7	3,71	,951	,360
Implicación del paciente	Variables de la relación terapéutica	15	4,20	,941	,243
	Variables del paciente	7	4,71	,488	,184
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Variables de la relación terapéutica	15	3,60	,828	,214
	Variables del paciente	7	3,86	,900	,340
Empatía del terapeuta	Variables de la relación terapéutica	15	4,13	,915	,236
	Variables del paciente	7	4,43	,787	,297
Directividad/apoyo del terapeuta	Variables de la relación terapéutica	14	3,21	1,188	,318
	Variables del paciente	7	3,71	,951	,360
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Variables de la relación terapéutica	15	3,33	1,175	,303
	Variables del paciente	7	2,71	,951	,360
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Variables de la relación terapéutica	14	3,86	,949	,254
	Variables del paciente	7	3,29	1,254	,474
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Variables de la relación terapéutica	15	4,00	1,309	,338
	Variables del paciente	7	4,14	,690	,261
Experiencia del terapeuta	Variables de la relación terapéutica	14	4,43	,852	,228
	Variables del paciente	7	4,43	,535	,202
Establecimiento de alianza terapéutica	Variables de la relación terapéutica	15	4,87	,352	,091
	Variables del paciente	7	3,57	,535	,202



Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Enfoque terapéutico	Se han asumido varianzas iguales	,505	,485	-,748	20	,463	-,38	,509	-1,443	,681
	No se han asumido varianzas iguales			-,658	8,919	,527	-,38	,579	-1,693	,931
Técnicas o procedimientos utilizados	Se han asumido varianzas iguales	,686	,417	-1,261	20	,222	-,60	,476	-1,592	,392
	No se han asumido varianzas iguales			-1,288	12,423	,221	-,60	,466	-1,611	,411
Expectativa de cura del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,339	,567	,499	19	,624	,21	,430	-,685	1,113
	No se han asumido varianzas iguales			,493	11,704	,631	,21	,435	-,736	1,165
Implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	2,544	,126	-1,351	20	,192	-,51	,381	-1,308	,280
	No se han asumido varianzas iguales			-1,686	19,600	,108	-,51	,305	-1,151	,123
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,047	,830	-,661	20	,516	-,26	,389	-1,069	,555
	No se han asumido varianzas iguales			-,640	10,948	,535	-,26	,402	-1,142	,627
Empatía del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,029	,865	-,734	20	,472	-,30	,402	-1,134	,544
	No se han asumido varianzas iguales			-,777	13,643	,450	-,30	,380	-1,112	,522
Directividad/apoyo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,828	,374	-,965	19	,346	-,50	,518	-1,584	,584
	No se han asumido varianzas iguales			-1,042	14,846	,314	-,50	,480	-1,523	,523
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,186	,671	1,215	20	,238	,62	,509	-,443	1,681
	No se han asumido varianzas iguales			1,316	14,450	,209	,62	,470	-,387	1,625
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Se han asumido varianzas iguales	,694	,415	1,170	19	,256	,57	,488	-,451	1,593
	No se han asumido varianzas iguales			1,063	9,571	,314	,57	,537	-,633	1,776
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	3,916	,062	-,269	20	,790	-,14	,530	-1,249	,964
	No se han asumido varianzas iguales			-,335	19,503	,742	-,14	,427	-1,035	,749
Experiencia del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	2,789	,111	,000	19	1,000	,00	,355	-,742	,742
	No se han asumido varianzas iguales			,000	17,721	1,000	,00	,304	-,640	,640
Establecimiento de alianza terapéutica	Se han asumido varianzas iguales	6,605	,018	6,815	20	,000	1,30	,190	,899	1,692
	No se han asumido varianzas iguales			5,847	8,523	,000	1,30	,222	,790	1,801

### ANOVA de un factor

(contrastación de la hipótesis de igualdad de medias en las variables psicoterapéuticas, en función de la elección de los psicoterapeutas de la psicoterapia más efectiva)

#### Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Enfoque terapéutico	Orientación Psicodinámica	13	4,00	,816	,226	3,51	4,49	3	5
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,29	,810	,153	3,97	4,60	3	5
	Orientación Humanística-Sistémica	2	4,00	,000	,000	4,00	4,00	4	4
	Orientación Ecléctica	6	2,83	1,169	,477	1,61	4,06	1	4
	Total	49	4,02	,946	,135	3,75	4,29	1	5
Técnicas o procedimientos utilizados	Orientación Psicodinámica	12	4,00	,739	,213	3,53	4,47	3	5
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,61	,567	,107	4,39	4,83	3	5
	Orientación Humanística-Sistémica	2	3,50	,707	,500	-2,85	9,85	3	4
	Orientación Ecléctica	6	3,50	1,049	,428	2,40	4,60	2	5
	Total	48	4,27	,792	,114	4,04	4,50	2	5
Expectativa de cura del paciente	Orientación Psicodinámica	12	4,08	,900	,260	3,51	4,66	3	5
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,07	1,016	,192	3,68	4,47	2	5
	Orientación Humanística-Sistémica	2	4,00	1,414	1,000	-8,71	16,71	3	5
	Orientación Ecléctica	6	3,83	,753	,307	3,04	4,62	3	5
	Total	48	4,04	,944	,136	3,77	4,32	2	5
Implicación del paciente	Orientación Psicodinámica	13	4,54	,877	,243	4,01	5,07	2	5
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,68	,548	,104	4,47	4,89	3	5
	Orientación Humanística-Sistémica	2	4,50	,707	,500	-1,85	10,85	4	5
	Orientación Ecléctica	6	4,50	,548	,224	3,93	5,07	4	5
	Total	49	4,61	,640	,091	4,43	4,80	2	5
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Orientación Psicodinámica	13	3,69	1,032	,286	3,07	4,32	2	5
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	3,75	,967	,183	3,38	4,12	2	5
	Orientación Humanística-Sistémica	2	3,50	,707	,500	-2,85	9,85	3	4
	Orientación Ecléctica	6	3,67	,816	,333	2,81	4,52	3	5
	Total	49	3,71	,935	,134	3,45	3,98	2	5
Empatía del terapeuta	Orientación Psicodinámica	13	4,00	,913	,253	3,45	4,55	2	5
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,21	,738	,140	3,93	4,50	3	5
	Orientación Humanística-Sistémica	2	4,00	,000	,000	4,00	4,00	4	4
	Orientación Ecléctica	6	4,00	,894	,365	3,06	4,94	3	5
	Total	49	4,12	,781	,112	3,90	4,35	2	5
Directividad/apoyo del terapeuta	Orientación Psicodinámica	12	2,75	1,215	,351	1,98	3,52	1	5
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,00	,816	,154	3,68	4,32	2	5
	Orientación Humanística-Sistémica	2	3,00	,000	,000	3,00	3,00	3	3
	Orientación Ecléctica	6	3,50	,837	,342	2,62	4,38	3	5
	Total	48	3,58	1,048	,151	3,28	3,89	1	5
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Orientación Psicodinámica	13	3,00	,913	,253	2,45	3,55	1	5
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	3,50	1,000	,189	3,11	3,89	1	5
	Orientación Humanística-Sistémica	2	4,00	,000	,000	4,00	4,00	4	4
	Orientación Ecléctica	6	2,67	1,211	,494	1,40	3,94	2	5
	Total	49	3,29	1,021	,146	2,99	3,58	1	5
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Orientación Psicodinámica	13	3,54	1,050	,291	2,90	4,17	1	5
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,21	,957	,181	3,84	4,59	2	5
	Orientación Humanística-Sistémica	2	4,50	,707	,500	-1,85	10,85	4	5
	Orientación Ecléctica	6	4,00	1,265	,516	2,67	5,33	2	5
	Total	49	4,02	1,031	,147	3,72	4,32	1	5
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Orientación Psicodinámica	13	4,00	1,080	,300	3,35	4,65	2	5
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	3,89	,875	,165	3,55	4,23	2	5
	Orientación Humanística-Sistémica	2	5,00	,000	,000	5,00	5,00	5	5
	Orientación Ecléctica	6	4,17	,753	,307	3,38	4,96	3	5
	Total	49	4,00	,913	,130	3,74	4,26	2	5
Experiencia del terapeuta	Orientación Psicodinámica	13	4,46	,776	,215	3,99	4,93	3	5
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,14	,932	,176	3,78	4,50	2	5
	Orientación Humanística-Sistémica	2	4,00	,000	,000	4,00	4,00	4	4
	Orientación Ecléctica	6	4,50	,837	,342	3,62	5,38	3	5
	Total	49	4,27	,861	,123	4,02	4,51	2	5
Establecimiento de alianza terapéutica	Orientación Psicodinámica	13	4,77	,439	,122	4,50	5,03	4	5
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,29	,810	,153	3,97	4,60	2	5
	Orientación Humanística-Sistémica	2	4,50	,707	,500	-1,85	10,85	4	5
	Orientación Ecléctica	6	4,00	1,095	,447	2,85	5,15	3	5
	Total	49	4,39	,786	,112	4,16	4,61	2	5

## Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Enfoque terapéutico	2,222	3	45	,099
Técnicas o procedimientos utilizados	1,429	3	44	,247
Expectativa de cura del paciente	,451	3	44	,718
Implicación del paciente	,708	3	45	,552
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	,388	3	45	,762
Empatía del terapeuta	1,088	3	45	,364
Directividad/apoyo del terapeuta	1,731	3	44	,174
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	1,963	3	45	,133
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	,447	3	45	,720
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	2,141	3	45	,108
Experiencia del terapeuta	1,424	3	45	,248
Establecimiento de alianza terapéutica	4,599	3	45	,007

## ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Enfoque terapéutico	Inter-grupos	10,432	3	3,477	4,808	,005
	Intra-grupos	32,548	45	,723		
	Total	42,980	48			
Técnicas o procedimientos utilizados	Inter-grupos	8,801	3	2,934	6,242	,001
	Intra-grupos	20,679	44	,470		
	Total	29,479	47			
Expectativa de cura del paciente	Inter-grupos	,310	3	,103	,109	,954
	Intra-grupos	41,607	44	,946		
	Total	41,917	47			
Implicación del paciente	Inter-grupos	,295	3	,098	,229	,876
	Intra-grupos	19,338	45	,430		
	Total	19,633	48			
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Inter-grupos	,147	3	,049	,053	,984
	Intra-grupos	41,853	45	,930		
	Total	42,000	48			
Empatía del terapeuta	Inter-grupos	,551	3	,184	,288	,834
	Intra-grupos	28,714	45	,638		
	Total	29,265	48			
Directividad/apoyo del terapeuta	Inter-grupos	13,917	3	4,639	5,407	,003
	Intra-grupos	37,750	44	,858		
	Total	51,667	47			
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Inter-grupos	5,667	3	1,889	1,917	,140
	Intra-grupos	44,333	45	,985		
	Total	50,000	48			
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Inter-grupos	4,535	3	1,512	1,464	,237
	Intra-grupos	46,445	45	1,032		
	Total	50,980	48			
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Inter-grupos	2,488	3	,829	,995	,404
	Intra-grupos	37,512	45	,834		
	Total	40,000	48			
Experiencia del terapeuta	Inter-grupos	1,392	3	,464	,611	,611
	Intra-grupos	34,159	45	,759		
	Total	35,551	48			
Establecimiento de alianza terapéutica	Inter-grupos	3,111	3	1,037	1,759	,169
	Intra-grupos	26,522	45	,589		
	Total	29,633	48			

### Comparaciones Planeadas

(comparación de la valoración media en cada una de las variables psicoterapéuticas entre el grupo de psicoterapeutas que eligen las terapias de orientación ecléctica como las más efectivas, y la de los demás grupos de psicoterapeutas que eligen al resto de modalidades psicoterapéuticas tomados conjuntamente)

#### Coefficientes de los contrastes

Contraste	Psicoterapia más efectiva Recodificada			
	Orientación Psicodinámica	Orientación Cognitivo-Conductual	Orientación Humanística-Sistémica	Orientación Ecléctica
1	-1	-1	-1	3

#### Pruebas para los contrastes

			Valor del contraste	Error típico	t	gl	Sig. (bilateral)
	Contraste						
Enfoque terapéutico	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-3,79	1,236	-3,063	45	,004
	No asumiendo	1	-3,79	1,458	-2,597	5,370	,045
Técnicas o procedimientos utilizados	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-1,61	,998	-1,610	44	,114
	No asumiendo igualdad de varianzas	1	-1,61	1,399	-1,149	6,307	,292
Expectativa de cura del paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-,65	1,416	-,463	44	,646
	No asumiendo	1	-,65	1,398	-,468	3,336	,668
Implicación del paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-,22	,953	-,228	45	,821
	No asumiendo	1	-,22	,877	-,247	5,738	,813
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	,06	1,402	,041	45	,967
	No asumiendo	1	,06	1,168	,049	7,084	,962
Empatía del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-,21	1,161	-,185	45	,854
	No asumiendo	1	-,21	1,133	-,189	5,714	,857
Directividad/apoyo del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas	1	,75	1,348	,556	44	,581
	No asumiendo	1	,75	1,094	,686	6,456	,517
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-2,50	1,443	-1,733	45	,090
	No asumiendo	1	-2,50	1,517	-1,649	5,462	,155
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-,25	1,477	-,171	45	,865
	No asumiendo	1	-,25	1,664	-,152	6,303	,884
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-,39	1,327	-,296	45	,769
	No asumiendo	1	-,39	,983	-,399	6,441	,702
Experiencia del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas	1	,90	1,266	,707	45	,483
	No asumiendo	1	,90	1,062	,844	5,758	,433
Establecimiento de alianza terapéutica	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-1,55	1,116	-1,393	45	,170
	No asumiendo	1	-1,55	1,445	-1,076	6,137	,322

### Comparaciones Planeadas

(comparación de la valoración media en cada una de las variables psicoterapéuticas entre el grupo de psicoterapeutas que eligen las terapias de orientación cognitiva-conductual como las más efectivas, y la de los demás grupos de psicoterapeutas que eligen al resto de modalidades psicoterapéuticas tomados conjuntamente)

#### Coefficientes de los contrastes

Contraste	Psicoterapia más efectiva Recodificada			
	Orientación Psicodinámica	Orientación Cognitivo-Conductual	Orientación Humanística-Sistémica	Orientación Ecléctica
1	-1	3	-1	-1

#### Pruebas para los contrastes

		Contraste	Valor del contraste	Error típico	t	gl	Sig. (bilateral)
Enfoque terapéutico	Asumiendo igualdad de varianzas	1	2,02	,878	2,306	45	,026
	No asumiendo	1	2,02	,700	2,891	19,607	,009
Técnicas o procedimientos utilizados	Asumiendo igualdad de varianzas	1	2,82	,710	3,976	44	,000
	No asumiendo igualdad de varianzas	1	2,82	,763	3,698	4,854	,015
Expectativa de cura del paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	,30	1,007	,296	44	,769
	No asumiendo	1	,30	1,222	,244	2,217	,828
Implicación del paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	,50	,677	,735	45	,466
	No asumiendo	1	,50	,675	,737	3,263	,511
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	,39	,995	,393	45	,696
	No asumiendo	1	,39	,862	,453	8,027	,662
Empatía del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas	1	,64	,824	,780	45	,440
	No asumiendo	1	,64	,610	1,053	27,577	,301
Directividad/apoyo del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas	1	2,75	,959	2,868	44	,006
	No asumiendo	1	2,75	,674	4,081	35,542	,000
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	,83	1,024	,814	45	,420
	No asumiendo	1	,83	,794	1,050	24,620	,304
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Asumiendo igualdad de varianzas	1	,60	1,048	,576	45	,567
	No asumiendo	1	,60	,946	,639	9,963	,537
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-1,49	,942	-1,579	45	,121
	No asumiendo	1	-1,49	,656	-2,268	39,410	,029
Experiencia del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-,53	,899	-,593	45	,556
	No asumiendo	1	-,53	,665	-,802	33,775	,428
Establecimiento de alianza terapéutica	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-,41	,792	-,520	45	,606
	No asumiendo	1	-,41	,822	-,501	6,326	,633

### Contrastes de Medias (muestras independientes)

(contrastación de las valoraciones medias otorgadas a las variables psicoterapéuticas en función de la elección de la modalidad terapéutica más efectiva)

#### Estadísticos de grupo

	Psicoterapia más efectiva Recodificada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Enfoque terapéutico	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,29	,810	,153
	Orientación Psicodinámica	13	4,00	,816	,226
Técnicas o procedimientos utilizados	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,61	,567	,107
	Orientación Psicodinámica	12	4,00	,739	,213
Expectativa de cura del paciente	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,07	1,016	,192
	Orientación Psicodinámica	12	4,08	,900	,260
Implicación del paciente	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,68	,548	,104
	Orientación Psicodinámica	13	4,54	,877	,243
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Orientación Cognitivo-Conductual	28	3,75	,967	,183
	Orientación Psicodinámica	13	3,69	1,032	,286
Empatía del terapeuta	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,21	,738	,140
	Orientación Psicodinámica	13	4,00	,913	,253
Directividad/apoyo del terapeuta	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,00	,816	,154
	Orientación Psicodinámica	12	2,75	1,215	,351
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Orientación Cognitivo-Conductual	28	3,50	1,000	,189
	Orientación Psicodinámica	13	3,00	,913	,253
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,21	,957	,181
	Orientación Psicodinámica	13	3,54	1,050	,291
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Orientación Cognitivo-Conductual	28	3,89	,875	,165
	Orientación Psicodinámica	13	4,00	1,080	,300
Experiencia del terapeuta	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,14	,932	,176
	Orientación Psicodinámica	13	4,46	,776	,215
Establecimiento de alianza terapéutica	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,29	,810	,153
	Orientación Psicodinámica	13	4,77	,439	,122

## Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Enfoque terapéutico	Se han asumido varianzas iguales	,521	,475	1,048	39	,301	,29	,273	-,266	,837
	No se han asumido varianzas iguales			1,045	23,309					
Técnicas o procedimientos utilizados	Se han asumido varianzas iguales	,002	,966	2,831	38	,007	,61	,214	,173	1,041
	No se han asumido varianzas iguales			2,545	16,821					
Expectativa de cura del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,027	,870	-,035	38	,972	-,01	,339	-,699	,675
	No se han asumido varianzas iguales			-,037	23,433					
Implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	1,829	,184	,626	39	,535	,14	,224	-,313	,593
	No se han asumido varianzas iguales			,530	16,503					
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,043	,836	,174	39	,863	,06	,331	-,613	,728
	No se han asumido varianzas iguales			,170	22,152					
Empatía del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,000	,990	,802	39	,427	,21	,267	-,326	,755
	No se han asumido varianzas iguales			,741	19,591					
Directividad/apoyo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	2,532	,120	3,816	38	,000	1,25	,328	,587	1,913
	No se han asumido varianzas iguales			3,261	15,431					
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	2,924	,095	1,530	39	,134	,50	,327	-,161	1,161
	No se han asumido varianzas iguales			1,583	25,569					
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Se han asumido varianzas iguales	,010	,920	2,041	39	,048	,68	,331	,006	1,345
	No se han asumido varianzas iguales			1,972	21,607					
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	2,165	,149	-,339	39	,737	-,11	,316	-,747	,533
	No se han asumido varianzas iguales			-,313	19,620					
Experiencia del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,182	,672	-1,071	39	,291	-,32	,298	-,921	,283
	No se han asumido varianzas iguales			-1,146	27,873					
Establecimiento de alianza terapéutica	Se han asumido varianzas iguales	5,423	,025	-2,011	39	,051	-,48	,240	-,970	,003
	No se han asumido varianzas iguales			-2,473	37,881					

**Estadísticos de grupo**

	Psicoterapia más efectiva Recodificada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Enfoque terapéutico	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,29	,810	,153
	Orientación Ecléctica	6	2,83	1,169	,477
Técnicas o procedimientos utilizados	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,61	,567	,107
	Orientación Ecléctica	6	3,50	1,049	,428
Expectativa de cura del paciente	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,07	1,016	,192
	Orientación Ecléctica	6	3,83	,753	,307
Implicación del paciente	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,68	,548	,104
	Orientación Ecléctica	6	4,50	,548	,224
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Orientación Cognitivo-Conductual	28	3,75	,967	,183
	Orientación Ecléctica	6	3,67	,816	,333
Empatía del terapeuta	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,21	,738	,140
	Orientación Ecléctica	6	4,00	,894	,365
Directividad/apoyo del terapeuta	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,00	,816	,154
	Orientación Ecléctica	6	3,50	,837	,342
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Orientación Cognitivo-Conductual	28	3,50	1,000	,189
	Orientación Ecléctica	6	2,67	1,211	,494
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,21	,957	,181
	Orientación Ecléctica	6	4,00	1,265	,516
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Orientación Cognitivo-Conductual	28	3,89	,875	,165
	Orientación Ecléctica	6	4,17	,753	,307
Experiencia del terapeuta	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,14	,932	,176
	Orientación Ecléctica	6	4,50	,837	,342
Establecimiento de alianza terapéutica	Orientación Cognitivo-Conductual	28	4,29	,810	,153
	Orientación Ecléctica	6	4,00	1,095	,447



Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Enfoque terapéutico	Se han asumido varianzas iguales	,873	,357	3,686	32	,001	1,45	,394	,650	2,255
	No se han asumido varianzas iguales			2,898	6,070	,027	1,45	,501	,229	2,675
Técnicas o procedimientos utilizados	Se han asumido varianzas iguales	5,939	,021	3,697	32	,001	1,11	,299	,497	1,717
	No se han asumido varianzas iguales			2,508	5,642	,048	1,11	,441	,010	2,204
Expectativa de cura del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,823	,371	,540	32	,593	,24	,441	-,659	1,136
	No se han asumido varianzas iguales			,657	9,398	,527	,24	,362	-,576	1,053
Implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,120	,732	,724	32	,474	,18	,246	-,324	,681
	No se han asumido varianzas iguales			,725	7,312	,491	,18	,246	-,399	,756
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,378	,543	,196	32	,846	,08	,425	-,783	,949
	No se han asumido varianzas iguales			,219	8,319	,832	,08	,380	-,787	,954
Empatía del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,072	,791	,623	32	,538	,21	,344	-,486	,915
	No se han asumido varianzas iguales			,548	6,540	,602	,21	,391	-,723	1,152
Directividad/apoyo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,148	,703	1,356	32	,185	,50	,369	-,251	1,251
	No se han asumido varianzas iguales			1,334	7,194	,223	,50	,375	-,381	1,381
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,067	,797	1,788	32	,083	,83	,466	-,116	1,783
	No se han asumido varianzas iguales			1,574	6,542	,162	,83	,529	-,436	2,103
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Se han asumido varianzas iguales	,770	,387	,471	32	,641	,21	,455	-,712	1,141
	No se han asumido varianzas iguales			,392	6,284	,708	,21	,547	-,110	1,539
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,155	,697	-,710	32	,483	-,27	,386	-,1059	,512
	No se han asumido varianzas iguales			-,785	8,188	,455	-,27	,349	-,1075	,528
Experiencia del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,080	,779	-,865	32	,393	-,36	,413	-,1198	,483
	No se han asumido varianzas iguales			-,929	7,906	,380	-,36	,384	-,1245	,531
Establecimiento de alianza terapéutica	Se han asumido varianzas iguales	3,322	,078	,738	32	,466	,29	,387	-,503	1,075
	No se han asumido varianzas iguales			,604	6,224	,567	,29	,473	-,861	1,432

**Estadísticos de grupo**

	Psicoterapia más efectiva Recodificada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Enfoque terapéutico	Orientación Psicodinámica	13	4,00	,816	,226
	Orientación Ecléctica	6	2,83	1,169	,477
Técnicas o procedimientos utilizados	Orientación Psicodinámica	12	4,00	,739	,213
	Orientación Ecléctica	6	3,50	1,049	,428
Expectativa de cura del paciente	Orientación Psicodinámica	12	4,08	,900	,260
	Orientación Ecléctica	6	3,83	,753	,307
Implicación del paciente	Orientación Psicodinámica	13	4,54	,877	,243
	Orientación Ecléctica	6	4,50	,548	,224
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Orientación Psicodinámica	13	3,69	1,032	,286
	Orientación Ecléctica	6	3,67	,816	,333
Empatía del terapeuta	Orientación Psicodinámica	13	4,00	,913	,253
	Orientación Ecléctica	6	4,00	,894	,365
Directividad/apoyo del terapeuta	Orientación Psicodinámica	12	2,75	1,215	,351
	Orientación Ecléctica	6	3,50	,837	,342
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Orientación Psicodinámica	13	3,00	,913	,253
	Orientación Ecléctica	6	2,67	1,211	,494
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Orientación Psicodinámica	13	3,54	1,050	,291
	Orientación Ecléctica	6	4,00	1,265	,516
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Orientación Psicodinámica	13	4,00	1,080	,300
	Orientación Ecléctica	6	4,17	,753	,307
Experiencia del terapeuta	Orientación Psicodinámica	13	4,46	,776	,215
	Orientación Ecléctica	6	4,50	,837	,342
Establecimiento de alianza terapéutica	Orientación Psicodinámica	13	4,77	,439	,122
	Orientación Ecléctica	6	4,00	1,095	,447

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Enfoque terapéutico	Se han asumido varianzas iguales	1,010	,329	2,531	17	,022	1,17	,461	,194	2,139
	No se han asumido varianzas iguales			2,209	7,350	,061	1,17	,528	-,071	2,404
Técnicas o procedimientos utilizados	Se han asumido varianzas iguales	1,641	,218	1,180	16	,255	,50	,424	-,399	1,399
	No se han asumido varianzas iguales			1,045	7,575	,328	,50	,478	-,614	1,614
Expectativa de cura del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,959	,342	,583	16	,568	,25	,428	-,658	1,158
	No se han asumido varianzas iguales			,621	11,935	,546	,25	,402	-,627	1,127
Implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,344	,565	,098	17	,923	,04	,392	-,789	,866
	No se han asumido varianzas iguales			,116	15,053	,909	,04	,330	-,666	,743
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	Se han asumido varianzas iguales	,494	,492	,053	17	,958	,03	,480	-,988	1,039
	No se han asumido varianzas iguales			,058	12,299	,954	,03	,439	-,929	,980
Empatía del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,029	,868	,000	17	1,000	,00	,448	-,945	,945
	No se han asumido varianzas iguales			,000	10,000	1,000	,00	,444	-,990	,990
Directividad/apoyo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,571	,461	-1,350	16	,196	-,75	,556	-1,928	,428
	No se han asumido varianzas iguales			-1,532	14,022	,148	-,75	,490	-1,800	,300
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	Se han asumido varianzas iguales	1,297	,270	,669	17	,513	,33	,498	-,718	1,385
	No se han asumido varianzas iguales			,600	7,744	,566	,33	,555	-,955	1,622
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	Se han asumido varianzas iguales	,391	,540	-,837	17	,414	-,46	,552	-1,625	,702
	No se han asumido varianzas iguales			-,778	8,335	,458	-,46	,593	-1,819	,896
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	2,414	,139	-,339	17	,738	-,17	,491	-1,203	,870
	No se han asumido varianzas iguales			-,388	13,818	,704	-,17	,429	-1,088	,755
Experiencia del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,000	,983	-,098	17	,923	-,04	,392	-,866	,789
	No se han asumido varianzas iguales			-,095	9,160	,926	-,04	,404	-,949	,872
Establecimiento de alianza terapéutica	Se han asumido varianzas iguales	43,389	,000	2,230	17	,040	,77	,345	,041	1,497
	No se han asumido varianzas iguales			1,660	5,754	,150	,77	,463	-,377	1,915

### Contrastes de Medias (muestras relacionadas)

(contrastación de las valoraciones medias en cada par de variables psicoterapéuticas en el grupo de psicoterapeutas eclécticos)

#### Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Enfoque terapéutico	2,91	11	1,136	,343
	Expectativa de cura del paciente	3,73	11	1,009	,304
Par 2	Enfoque terapéutico	2,91	11	1,136	,343
	Implicación del paciente	4,64	11	,674	,203
Par 3	Enfoque terapéutico	2,91	11	1,136	,343
	Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	3,45	11	,820	,247
Par 4	Enfoque terapéutico	2,91	11	1,136	,343
	Empatía del terapeuta	4,09	11	1,044	,315
Par 5	Enfoque terapéutico	2,91	11	1,136	,343
	Directividad/apoyo del terapeuta	3,45	11	1,128	,340
Par 6	Enfoque terapéutico	2,91	11	1,136	,343
	Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	3,55	11	1,214	,366
Par 7	Enfoque terapéutico	2,91	11	1,136	,343
	Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	4,09	11	,944	,285
Par 8	Enfoque terapéutico	2,91	11	1,136	,343
	Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	3,82	11	,982	,296
Par 9	Enfoque terapéutico	2,91	11	1,136	,343
	Experiencia del terapeuta	4,55	11	,820	,247
Par 10	Enfoque terapéutico	2,91	11	1,136	,343
	Establecimiento de alianza terapéutica	4,09	11	,944	,285
Par 11	Técnicas o procedimientos utilizados	3,36	11	1,120	,338
	Expectativa de cura del paciente	3,73	11	1,009	,304
Par 12	Técnicas o procedimientos utilizados	3,36	11	1,120	,338
	Implicación del paciente	4,64	11	,674	,203
Par 13	Técnicas o procedimientos utilizados	3,36	11	1,120	,338
	Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	3,45	11	,820	,247
Par 14	Técnicas o procedimientos utilizados	3,36	11	1,120	,338
	Empatía del terapeuta	4,09	11	1,044	,315
Par 15	Técnicas o procedimientos utilizados	3,36	11	1,120	,338
	Directividad/apoyo del terapeuta	3,45	11	1,128	,340
Par 16	Técnicas o procedimientos utilizados	3,36	11	1,120	,338
	Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	3,55	11	1,214	,366
Par 17	Técnicas o procedimientos utilizados	3,36	11	1,120	,338
	Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	4,09	11	,944	,285
Par 18	Técnicas o procedimientos utilizados	3,36	11	1,120	,338
	Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	3,82	11	,982	,296
Par 19	Técnicas o procedimientos utilizados	3,36	11	1,120	,338
	Experiencia del terapeuta	4,55	11	,820	,247
Par 20	Técnicas o procedimientos utilizados	3,36	11	1,120	,338
	Establecimiento de alianza terapéutica	4,09	11	,944	,285

**Correlaciones de muestras relacionadas**

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Enfoque terapéutico y Expectativa de cura del paciente	11	,238	,481
Par 2	Enfoque terapéutico y Implicación del paciente	11	,083	,808
Par 3	Enfoque terapéutico y Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	11	,478	,137
Par 4	Enfoque terapéutico y Empatía del terapeuta	11	,092	,788
Par 5	Enfoque terapéutico y Directividad/apoyo del terapeuta	11	,504	,114
Par 6	Enfoque terapéutico y Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	11	,257	,445
Par 7	Enfoque terapéutico y Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	11	,568	,068
Par 8	Enfoque terapéutico y Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	11	,432	,185
Par 9	Enfoque terapéutico y Experiencia del terapeuta	11	-,478	,137
Par 10	Enfoque terapéutico y Establecimiento de alianza terapéutica	11	,288	,390
Par 11	Técnicas o procedimientos utilizados y Expectativa de cura del paciente	11	,097	,778
Par 12	Técnicas o procedimientos utilizados y Implicación del paciente	11	,060	,860
Par 13	Técnicas o procedimientos utilizados y Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	11	,346	,297
Par 14	Técnicas o procedimientos utilizados y Empatía del terapeuta	11	,311	,352
Par 15	Técnicas o procedimientos utilizados y Directividad/apoyo del terapeuta	11	,410	,210
Par 16	Técnicas o procedimientos utilizados y Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	11	,134	,695
Par 17	Técnicas o procedimientos utilizados y Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	11	,439	,177
Par 18	Técnicas o procedimientos utilizados y Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	11	,339	,308
Par 19	Técnicas o procedimientos utilizados y Experiencia del terapeuta	11	-,564	,071
Par 20	Técnicas o procedimientos utilizados y Establecimiento de alianza terapéutica	11	-,224	,509

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Enfoque terapéutico - Expectativa de cura del paciente	-,82	1,328	,400	-1,71	,07	-2,043	10	,068
Par 2	Enfoque terapéutico - Implicación del paciente	-1,73	1,272	,384	-2,58	-,87	-4,503	10	,001
Par 3	Enfoque terapéutico - Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	-,55	1,036	,312	-1,24	,15	-1,747	10	,111
Par 4	Enfoque terapéutico - Empatía del terapeuta	-1,18	1,471	,444	-2,17	-,19	-2,665	10	,024
Par 5	Enfoque terapéutico - Directividad/apoyo del terapeuta	-,55	1,128	,340	-1,30	,21	-1,604	10	,140
Par 6	Enfoque terapéutico - Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	-,64	1,433	,432	-1,60	,33	-1,472	10	,172
Par 7	Enfoque terapéutico - Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	-1,18	,982	,296	-1,84	-,52	-3,993	10	,003
Par 8	Enfoque terapéutico - Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	-,91	1,136	,343	-1,67	-,15	-2,654	10	,024
Par 9	Enfoque terapéutico - Experiencia del terapeuta	-1,64	1,690	,509	-2,77	-,50	-3,212	10	,009
Par 10	Enfoque terapéutico - Establecimiento de alianza terapéutica	-1,18	1,250	,377	-2,02	-,34	-3,135	10	,011
Par 11	Técnicas o procedimientos utilizados - Expectativa de cura del paciente	-,36	1,433	,432	-1,33	,60	-,841	10	,420
Par 12	Técnicas o procedimientos utilizados - Implicación del paciente	-1,27	1,272	,384	-2,13	-,42	-3,318	10	,008
Par 13	Técnicas o procedimientos utilizados - Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	-,09	1,136	,343	-,85	,67	-,265	10	,796
Par 14	Técnicas o procedimientos utilizados - Empatía del terapeuta	-,73	1,272	,384	-1,58	,13	-1,896	10	,087
Par 15	Técnicas o procedimientos utilizados - Directividad/apoyo del terapeuta	-,09	1,221	,368	-,91	,73	-,247	10	,810
Par 16	Técnicas o procedimientos utilizados - Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	-,18	1,537	,464	-1,21	,85	-,392	10	,703
Par 17	Técnicas o procedimientos utilizados - Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	-,73	1,104	,333	-1,47	,01	-2,185	10	,054
Par 18	Técnicas o procedimientos utilizados - Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	-,45	1,214	,366	-1,27	,36	-1,242	10	,242
Par 19	Técnicas o procedimientos utilizados - Experiencia del terapeuta	-1,18	1,722	,519	-2,34	-,03	-2,277	10	,046
Par 20	Técnicas o procedimientos utilizados - Establecimiento de alianza terapéutica	-,73	1,618	,488	-1,81	,36	-1,491	10	,167

**Contrastes de Medias (muestras relacionadas)**

(*contrastación de las valoraciones medias en cada par de variables psicoterapéuticas en el grupo de psicoterapeutas que se posicionan a favor de la efectividad similar de las distintas modalidades de psicoterapia*)

**Estadísticos de muestras relacionadas**

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Enfoque terapéutico	3,25	16	,931	,233
	Expectativa de cura del paciente	3,75	16	,931	,233
Par 2	Enfoque terapéutico	3,25	16	,931	,233
	Implicación del paciente	4,38	16	,957	,239
Par 3	Enfoque terapéutico	3,25	16	,931	,233
	Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	3,75	16	,856	,214
Par 4	Enfoque terapéutico	3,25	16	,931	,233
	Empatía del terapeuta	4,50	16	,816	,204
Par 5	Enfoque terapéutico	3,25	16	,931	,233
	Directividad/apoyo del terapeuta	3,75	16	,856	,214
Par 6	Enfoque terapéutico	3,20	15	,941	,243
	Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	3,73	15	,961	,248
Par 7	Enfoque terapéutico	3,20	15	,941	,243
	Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	4,20	15	,775	,200
Par 8	Enfoque terapéutico	3,25	16	,931	,233
	Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	4,19	16	,911	,228
Par 9	Enfoque terapéutico	3,25	16	,931	,233
	Experiencia del terapeuta	4,31	16	,873	,218
Par 10	Enfoque terapéutico	3,25	16	,931	,233
	Establecimiento de alianza terapéutica	4,44	16	,814	,203
Par 11	Técnicas o procedimientos utilizados	3,44	16	1,094	,273
	Expectativa de cura del paciente	3,75	16	,931	,233
Par 12	Técnicas o procedimientos utilizados	3,44	16	1,094	,273
	Implicación del paciente	4,38	16	,957	,239
Par 13	Técnicas o procedimientos utilizados	3,44	16	1,094	,273
	Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	3,75	16	,856	,214
Par 14	Técnicas o procedimientos utilizados	3,44	16	1,094	,273
	Empatía del terapeuta	4,50	16	,816	,204
Par 15	Técnicas o procedimientos utilizados	3,44	16	1,094	,273
	Directividad/apoyo del terapeuta	3,75	16	,856	,214
Par 16	Técnicas o procedimientos utilizados	3,47	15	1,125	,291
	Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	3,73	15	,961	,248
Par 17	Técnicas o procedimientos utilizados	3,47	15	1,125	,291
	Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	4,20	15	,775	,200
Par 18	Técnicas o procedimientos utilizados	3,44	16	1,094	,273
	Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	4,19	16	,911	,228
Par 19	Técnicas o procedimientos utilizados	3,44	16	1,094	,273
	Experiencia del terapeuta	4,31	16	,873	,218
Par 20	Técnicas o procedimientos utilizados	3,44	16	1,094	,273
	Establecimiento de alianza terapéutica	4,44	16	,814	,203

**Correlaciones de muestras relacionadas**

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Enfoque terapéutico y Expectativa de cura del paciente	16	,000	1,000
Par 2	Enfoque terapéutico y Implicación del paciente	16	,037	,891
Par 3	Enfoque terapéutico y Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	16	,502	,048
Par 4	Enfoque terapéutico y Empatía del terapeuta	16	,614	,011
Par 5	Enfoque terapéutico y Directividad/apoyo del terapeuta	16	,753	,001
Par 6	Enfoque terapéutico y Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	15	,221	,428
Par 7	Enfoque terapéutico y Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	15	,431	,109
Par 8	Enfoque terapéutico y Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	16	,649	,007
Par 9	Enfoque terapéutico y Experiencia del terapeuta	16	,390	,136
Par 10	Enfoque terapéutico y Establecimiento de alianza terapéutica	16	-,066	,808
Par 11	Técnicas o procedimientos utilizados y Expectativa de cura del paciente	16	-,016	,952
Par 12	Técnicas o procedimientos utilizados y Implicación del paciente	16	,024	,930
Par 13	Técnicas o procedimientos utilizados y Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	16	-,018	,948
Par 14	Técnicas o procedimientos utilizados y Empatía del terapeuta	16	,485	,057
Par 15	Técnicas o procedimientos utilizados y Directividad/apoyo del terapeuta	16	,481	,060
Par 16	Técnicas o procedimientos utilizados y Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	15	-,141	,617
Par 17	Técnicas o procedimientos utilizados y Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	15	,131	,641
Par 18	Técnicas o procedimientos utilizados y Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	16	,649	,007
Par 19	Técnicas o procedimientos utilizados y Experiencia del terapeuta	16	,127	,641
Par 20	Técnicas o procedimientos utilizados y Establecimiento de alianza terapéutica	16	-,229	,393



## Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Enfoque terapéutico - Expectativa de cura del paciente	-,50	1,317	,329	-1,20	,20	-1,519	15	,150
Par 2	Enfoque terapéutico - Implicación del paciente	-1,13	1,310	,328	-1,82	-,43	-3,435	15	,004
Par 3	Enfoque terapéutico - Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	-,50	,894	,224	-,98	-,02	-2,236	15	,041
Par 4	Enfoque terapéutico - Empatía del terapeuta	-1,25	,775	,194	-1,66	-,84	-6,455	15	,000
Par 5	Enfoque terapéutico - Directividad/apoyo del terapeuta	-,50	,632	,158	-,84	-,16	-3,162	15	,006
Par 6	Enfoque terapéutico - Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	-,53	1,187	,307	-1,19	,12	-1,740	14	,104
Par 7	Enfoque terapéutico - Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	-1,00	,926	,239	-1,51	-,49	-4,183	14	,001
Par 8	Enfoque terapéutico - Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	-,94	,772	,193	-1,35	-,53	-4,858	15	,000
Par 9	Enfoque terapéutico - Experiencia del terapeuta	-1,06	,998	,249	-1,59	-,53	-4,259	15	,001
Par 10	Enfoque terapéutico - Establecimiento de alianza terapéutica	-1,19	1,276	,319	-1,87	-,51	-3,721	15	,002
Par 11	Técnicas o procedimientos utilizados - Expectativa de cura del paciente	-,31	1,448	,362	-1,08	,46	-,863	15	,401
Par 12	Técnicas o procedimientos utilizados - Implicación del paciente	-,94	1,436	,359	-1,70	-,17	-2,611	15	,020
Par 13	Técnicas o procedimientos utilizados - Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	-,31	1,401	,350	-1,06	,43	-,892	15	,386
Par 14	Técnicas o procedimientos utilizados - Empatía del terapeuta	-1,06	,998	,249	-1,59	-,53	-4,259	15	,001
Par 15	Técnicas o procedimientos utilizados - Directividad/apoyo del terapeuta	-,31	1,014	,254	-,85	,23	-1,232	15	,237
Par 16	Técnicas o procedimientos utilizados - Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	-,27	1,580	,408	-1,14	,61	-,654	14	,524
Par 17	Técnicas o procedimientos utilizados - Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	-,73	1,280	,330	-1,44	-,02	-2,219	14	,044
Par 18	Técnicas o procedimientos utilizados - Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	-,75	,856	,214	-1,21	-,29	-3,503	15	,003
Par 19	Técnicas o procedimientos utilizados - Experiencia del terapeuta	-,88	1,310	,328	-1,57	-,18	-2,671	15	,017
Par 20	Técnicas o procedimientos utilizados - Establecimiento de alianza terapéutica	-1,00	1,506	,376	-1,80	-,20	-2,657	15	,018

### Contrastes de Medias (muestras relacionadas)

(contrastación de las valoraciones medias en cada par de variables psicoterapéuticas en el grupo de psicoterapeutas que eligen a los factores comunes como los máximos responsables de la efectividad de la psicoterapia)

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Enfoque terapéutico	3,42	26	1,027	,201
	Expectativa de cura del paciente	3,88	26	,993	,195
Par 2	Enfoque terapéutico	3,44	27	1,013	,195
	Implicación del paciente	4,30	27	,953	,183
Par 3	Enfoque terapéutico	3,44	27	1,013	,195
	Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	3,81	27	,879	,169
Par 4	Enfoque terapéutico	3,44	27	1,013	,195
	Empatía del terapeuta	4,30	27	,823	,158
Par 5	Enfoque terapéutico	3,42	26	1,027	,201
	Directividad/apoyo del terapeuta	3,50	26	1,068	,209
Par 6	Enfoque terapéutico	3,42	26	1,027	,201
	Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	3,27	26	1,116	,219
Par 7	Enfoque terapéutico	3,40	25	1,041	,208
	Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	3,80	25	1,041	,208
Par 8	Enfoque terapéutico	3,44	27	1,013	,195
	Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	4,04	27	1,055	,203
Par 9	Enfoque terapéutico	3,46	26	1,029	,202
	Experiencia del terapeuta	4,38	26	,804	,158
Par 10	Enfoque terapéutico	3,44	27	1,013	,195
	Establecimiento de alianza terapéutica	4,37	27	,792	,152
Par 11	Técnicas o procedimientos utilizados	3,50	26	1,030	,202
	Expectativa de cura del paciente	3,88	26	,993	,195
Par 12	Técnicas o procedimientos utilizados	3,52	27	1,014	,195
	Implicación del paciente	4,30	27	,953	,183
Par 13	Técnicas o procedimientos utilizados	3,52	27	1,014	,195
	Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	3,81	27	,879	,169
Par 14	Técnicas o procedimientos utilizados	3,52	27	1,014	,195
	Empatía del terapeuta	4,30	27	,823	,158
Par 15	Técnicas o procedimientos utilizados	3,50	26	1,030	,202
	Directividad/apoyo del terapeuta	3,50	26	1,068	,209
Par 16	Técnicas o procedimientos utilizados	3,54	26	1,029	,202
	Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	3,27	26	1,116	,219
Par 17	Técnicas o procedimientos utilizados	3,52	25	1,046	,209
	Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	3,80	25	1,041	,208
Par 18	Técnicas o procedimientos utilizados	3,52	27	1,014	,195
	Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	4,04	27	1,055	,203
Par 19	Técnicas o procedimientos utilizados	3,54	26	1,029	,202
	Experiencia del terapeuta	4,38	26	,804	,158
Par 20	Técnicas o procedimientos utilizados	3,52	27	1,014	,195
	Establecimiento de alianza terapéutica	4,37	27	,792	,152

## Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Enfoque terapéutico y Expectativa de cura del paciente	26	,050	,809
Par 2	Enfoque terapéutico y Implicación del paciente	27	,257	,196
Par 3	Enfoque terapéutico y Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	27	,399	,039
Par 4	Enfoque terapéutico y Empatía del terapeuta	27	,251	,206
Par 5	Enfoque terapéutico y Directividad/apoyo del terapeuta	26	,383	,053
Par 6	Enfoque terapéutico y Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	26	,071	,730
Par 7	Enfoque terapéutico y Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	25	,269	,193
Par 8	Enfoque terapéutico y Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	27	,344	,079
Par 9	Enfoque terapéutico y Experiencia del terapeuta	26	,164	,424
Par 10	Enfoque terapéutico y Establecimiento de alianza terapéutica	27	,123	,542
Par 11	Técnicas o procedimientos utilizados y Expectativa de cura del paciente	26	,098	,635
Par 12	Técnicas o procedimientos utilizados y Implicación del paciente	27	,233	,243
Par 13	Técnicas o procedimientos utilizados y Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	27	,241	,225
Par 14	Técnicas o procedimientos utilizados y Empatía del terapeuta	27	,223	,263
Par 15	Técnicas o procedimientos utilizados y Directividad/apoyo del terapeuta	26	,127	,535
Par 16	Técnicas o procedimientos utilizados y Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	26	-,131	,522
Par 17	Técnicas o procedimientos utilizados y Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	25	,176	,400
Par 18	Técnicas o procedimientos utilizados y Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	27	,269	,175
Par 19	Técnicas o procedimientos utilizados y Experiencia del terapeuta	26	,078	,704
Par 20	Técnicas o procedimientos utilizados y Establecimiento de alianza terapéutica	27	-,057	,778

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Enfoque terapéutico - Expectativa de cura del paciente	-,46	1,392	,273	-1,02	,10	-1,690	25	,103
Par 2	Enfoque terapéutico - Implicación del paciente	-,85	1,199	,231	-1,33	-,38	-3,690	26	,001
Par 3	Enfoque terapéutico - Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	-,37	1,043	,201	-,78	,04	-1,845	26	,076
Par 4	Enfoque terapéutico - Empatía del terapeuta	-,85	1,134	,218	-1,30	-,40	-3,905	26	,001
Par 5	Enfoque terapéutico - Directividad/apoyo del terapeuta	-,08	1,164	,228	-,55	,39	-,337	25	,739
Par 6	Enfoque terapéutico - Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	,15	1,461	,287	-,44	,74	,537	25	,596
Par 7	Enfoque terapéutico - Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	-,40	1,258	,252	-,92	,12	-1,589	24	,125
Par 8	Enfoque terapéutico - Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	-,59	1,185	,228	-1,06	-,12	-2,598	26	,015
Par 9	Enfoque terapéutico - Experiencia del terapeuta	-,92	1,197	,235	-1,41	-,44	-3,931	25	,001
Par 10	Enfoque terapéutico - Establecimiento de alianza terapéutica	-,93	1,207	,232	-1,40	-,45	-3,988	26	,000
Par 11	Técnicas o procedimientos utilizados - Expectativa de cura del paciente	-,38	1,359	,266	-,93	,16	-1,443	25	,161
Par 12	Técnicas o procedimientos utilizados - Implicación del paciente	-,78	1,219	,235	-1,26	-,30	-3,314	26	,003
Par 13	Técnicas o procedimientos utilizados - Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	-,30	1,171	,225	-,76	,17	-1,315	26	,200
Par 14	Técnicas o procedimientos utilizados - Empatía del terapeuta	-,78	1,155	,222	-1,23	-,32	-3,500	26	,002
Par 15	Técnicas o procedimientos utilizados - Directividad/apoyo del terapeuta	,00	1,386	,272	-,56	,56	,000	25	1,000
Par 16	Técnicas o procedimientos utilizados - Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	,27	1,614	,317	-,38	,92	,851	25	,403
Par 17	Técnicas o procedimientos utilizados - Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	-,28	1,339	,268	-,83	,27	-1,045	24	,306
Par 18	Técnicas o procedimientos utilizados - Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	-,52	1,252	,241	-1,01	-,02	-2,152	26	,041
Par 19	Técnicas o procedimientos utilizados - Experiencia del terapeuta	-,85	1,255	,246	-1,35	-,34	-3,438	25	,002
Par 20	Técnicas o procedimientos utilizados - Establecimiento de alianza terapéutica	-,85	1,322	,254	-1,37	-,33	-3,349	26	,002

**Contrastes de Medias (muestras relacionadas)**

(*contrastación de las valoraciones medias en cada par de variables psicoterapéuticas en el grupo de psicoterapeutas que eligen a los factores específicos como los máximos responsables de la efectividad de la psicoterapia*)

**Estadísticos de muestras relacionadas**

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Enfoque terapéutico	4,20	15	,775	,200
	Expectativa de cura del paciente	3,73	15	1,033	,267
Par 2	Enfoque terapéutico	4,20	15	,775	,200
	Implicación del paciente	4,67	15	,617	,159
Par 3	Enfoque terapéutico	4,20	15	,775	,200
	Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	3,20	15	1,014	,262
Par 4	Enfoque terapéutico	4,20	15	,775	,200
	Empatía del terapeuta	3,87	15	,990	,256
Par 5	Enfoque terapéutico	4,20	15	,775	,200
	Directividad/apoyo del terapeuta	3,20	15	1,207	,312
Par 6	Enfoque terapéutico	4,20	15	,775	,200
	Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	3,40	15	1,121	,289
Par 7	Enfoque terapéutico	4,20	15	,775	,200
	Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	4,07	15	,884	,228
Par 8	Enfoque terapéutico	4,20	15	,775	,200
	Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	3,73	15	,884	,228
Par 9	Enfoque terapéutico	4,20	15	,775	,200
	Experiencia del terapeuta	4,53	15	,834	,215
Par 10	Enfoque terapéutico	4,20	15	,775	,200
	Establecimiento de alianza terapéutica	4,27	15	,884	,228
Par 11	Técnicas o procedimientos utilizados	4,53	15	,516	,133
	Expectativa de cura del paciente	3,73	15	1,033	,267
Par 12	Técnicas o procedimientos utilizados	4,53	15	,516	,133
	Implicación del paciente	4,67	15	,617	,159
Par 13	Técnicas o procedimientos utilizados	4,53	15	,516	,133
	Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	3,20	15	1,014	,262
Par 14	Técnicas o procedimientos utilizados	4,53	15	,516	,133
	Empatía del terapeuta	3,87	15	,990	,256
Par 15	Técnicas o procedimientos utilizados	4,53	15	,516	,133
	Directividad/apoyo del terapeuta	3,20	15	1,207	,312
Par 16	Técnicas o procedimientos utilizados	4,53	15	,516	,133
	Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	3,40	15	1,121	,289
Par 17	Técnicas o procedimientos utilizados	4,53	15	,516	,133
	Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	4,07	15	,884	,228
Par 18	Técnicas o procedimientos utilizados	4,53	15	,516	,133
	Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	3,73	15	,884	,228
Par 19	Técnicas o procedimientos utilizados	4,53	15	,516	,133
	Experiencia del terapeuta	4,53	15	,834	,215
Par 20	Técnicas o procedimientos utilizados	4,53	15	,516	,133
	Establecimiento de alianza terapéutica	4,27	15	,884	,228

**Correlaciones de muestras relacionadas**

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Enfoque terapéutico y Expectativa de cura del paciente	15	,071	,800
Par 2	Enfoque terapéutico y Implicación del paciente	15	,149	,595
Par 3	Enfoque terapéutico y Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	15	,127	,651
Par 4	Enfoque terapéutico y Empatía del terapeuta	15	,223	,423
Par 5	Enfoque terapéutico y Directividad/apoyo del terapeuta	15	-,122	,664
Par 6	Enfoque terapéutico y Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	15	,066	,816
Par 7	Enfoque terapéutico y Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	15	,083	,767
Par 8	Enfoque terapéutico y Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	15	,188	,503
Par 9	Enfoque terapéutico y Experiencia del terapeuta	15	-,066	,814
Par 10	Enfoque terapéutico y Establecimiento de alianza terapéutica	15	,543	,037
Par 11	Técnicas o procedimientos utilizados y Expectativa de cura del paciente	15	-,116	,680
Par 12	Técnicas o procedimientos utilizados y Implicación del paciente	15	,374	,170
Par 13	Técnicas o procedimientos utilizados y Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	15	-,082	,772
Par 14	Técnicas o procedimientos utilizados y Empatía del terapeuta	15	,149	,596
Par 15	Técnicas o procedimientos utilizados y Directividad/apoyo del terapeuta	15	,046	,871
Par 16	Técnicas o procedimientos utilizados y Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	15	-,025	,930
Par 17	Técnicas o procedimientos utilizados y Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	15	,073	,796
Par 18	Técnicas o procedimientos utilizados y Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	15	-,292	,291
Par 19	Técnicas o procedimientos utilizados y Experiencia del terapeuta	15	,288	,299
Par 20	Técnicas o procedimientos utilizados y Establecimiento de alianza terapéutica	15	,136	,630

## Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	Enfoque terapéutico - Expectativa de cura del paciente	,47	1,246	,322	-,22	1,16	1,451	14	,169
Par 2	Enfoque terapéutico - Implicación del paciente	-,47	,915	,236	-,97	,04	-1,974	14	,068
Par 3	Enfoque terapéutico - Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	1,00	1,195	,309	,34	1,66	3,240	14	,006
Par 4	Enfoque terapéutico - Empatía del terapeuta	,33	1,113	,287	-,28	,95	1,160	14	,265
Par 5	Enfoque terapéutico - Directividad/apoyo del terapeuta	1,00	1,512	,390	,16	1,84	2,562	14	,023
Par 6	Enfoque terapéutico - Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	,80	1,320	,341	,07	1,53	2,347	14	,034
Par 7	Enfoque terapéutico - Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	,13	1,125	,291	-,49	,76	,459	14	,653
Par 8	Enfoque terapéutico - Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	,47	1,060	,274	-,12	1,05	1,705	14	,110
Par 9	Enfoque terapéutico - Experiencia del terapeuta	-,33	1,175	,303	-,98	,32	-1,099	14	,290
Par 10	Enfoque terapéutico - Establecimiento de alianza terapéutica	-,07	,799	,206	-,51	,38	-,323	14	,751
Par 11	Técnicas o procedimientos utilizados - Expectativa de cura del paciente	,80	1,207	,312	,13	1,47	2,567	14	,022
Par 12	Técnicas o procedimientos utilizados - Implicación del paciente	-,13	,640	,165	-,49	,22	-,807	14	,433
Par 13	Técnicas o procedimientos utilizados - Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	1,33	1,175	,303	,68	1,98	4,394	14	,001
Par 14	Técnicas o procedimientos utilizados - Empatía del terapeuta	,67	1,047	,270	,09	1,25	2,467	14	,027
Par 15	Técnicas o procedimientos utilizados - Directividad/apoyo del terapeuta	1,33	1,291	,333	,62	2,05	4,000	14	,001
Par 16	Técnicas o procedimientos utilizados - Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	1,13	1,246	,322	,44	1,82	3,523	14	,003
Par 17	Técnicas o procedimientos utilizados - Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	,47	,990	,256	-,08	1,02	1,825	14	,089
Par 18	Técnicas o procedimientos utilizados - Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	,80	1,146	,296	,17	1,43	2,703	14	,017
Par 19	Técnicas o procedimientos utilizados - Experiencia del terapeuta	,00	,845	,218	-,47	,47	,000	14	1,000
Par 20	Técnicas o procedimientos utilizados - Establecimiento de alianza terapéutica	,27	,961	,248	-,27	,80	1,075	14	,301

**APÉNDICE C-1:  
ANÁLISIS FACTORIAL**





**KMO y prueba de Bartlett**

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,586
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	159,056
	gl	66
	Sig.	,000

**Comunalidades**

	Inicial	Extracción
Enfoque terapéutico	1,000	,746
Técnicas o procedimientos utilizados	1,000	,814
Expectativa de cura del paciente	1,000	,456
Implicación del paciente	1,000	,606
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	1,000	,530
Empatía del terapeuta	1,000	,678
Directividad/apoyo del terapeuta	1,000	,609
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	1,000	,545
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	1,000	,636
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	1,000	,608
Experiencia del terapeuta	1,000	,473
Establecimiento de alianza terapéutica	1,000	,356

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

**Varianza total explicada**

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,915	24,291	24,291	2,915	24,291	24,291	1,936	16,133	16,133
2	1,708	14,231	38,522	1,708	14,231	38,522	1,924	16,033	32,166
3	1,279	10,662	49,184	1,279	10,662	49,184	1,714	14,281	46,447
4	1,154	9,617	58,801	1,154	9,617	58,801	1,482	12,354	58,801
5	,970	8,082	66,883						
6	,954	7,953	74,836						
7	,747	6,223	81,058						
8	,722	6,016	87,074						
9	,536	4,471	91,544						
10	,405	3,379	94,923						
11	,365	3,041	97,964						
12	,244	2,036	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

**Matriz de componentes**

	Componente			
	1	2	3	4
Enfoque terapéutico	,319	,692	,378	,149
Técnicas o procedimientos utilizados	,286	,792	,294	,132
Expectativa de cura del paciente	,550	3,112E-02	-,384	6,751E-02
Implicación del paciente	,450	,400	-,477	,125
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	,611	-2,81E-02	-7,71E-02	-,388
Empatía del terapeuta	,608	-,347	,251	,354
Directividad/apoyo del terapeuta	,559	-,193	,142	,488
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	,677	-,243	-4,77E-02	-,158
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	,649	,107	-,159	-,422
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	,446	-,455	,444	7,104E-02
Experiencia del terapeuta	,142	-5,32E-02	-,565	,361
Establecimiento de alianza terapéutica	,269	-1,01E-02	,204	-,492

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 4 componentes extraídos

**Matriz de componentes rotados**

	Componente			
	1	2	3	4
Enfoque terapéutico	6,188E-02	8,621E-02	,857	-1,89E-02
Técnicas o procedimientos utilizados	5,769E-02	-2,41E-02	,899	4,835E-02
Expectativa de cura del paciente	,345	,189	4,010E-02	,547
Implicación del paciente	,238	-5,63E-02	,305	,673
Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente	,701	,151	3,991E-02	,121
Empatía del terapeuta	,128	,807	2,936E-02	9,685E-02
Directividad/apoyo del terapeuta	2,359E-03	,728	,132	,249
Percepción del terapeuta de la implicación del paciente	,576	,420	-7,28E-02	,177
Capacidad del terapeuta para influir en el paciente	,756	5,815E-02	,129	,212
Grado de aceptación, interés, comprensión y ánimo del terapeuta	,217	,700	-8,51E-02	-,253
Experiencia del terapeuta	-,128	6,049E-02	-,159	,654
Establecimiento de alianza terapéutica	,528	1,089E-03	5,191E-02	-,272

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

**Matriz de transformación de las componentes**

Componente	1	2	3	4
1	,666	,594	,272	,359
2	-,015	-,479	,861	,169
3	-,077	,407	,387	-,823
4	-,742	,501	,186	,405

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

**APÉNDICE C-2:  
CONSISTENCIA INTERNA DE LOS FACTORES**



**Fiabilidad del Factor I: Variables comunes de orden perceptivo favorecedoras de la alianza**

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	VAR10	4,0303	,9110	66,0
2.	VAR12	3,6818	,9141	66,0
3.	VAR15	3,3939	1,0652	66,0
4.	VAR16	4,0606	1,0058	66,0
5.	VAR19	4,3636	,7968	66,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	19,5303	9,5760	3,0945	5

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR10	15,5000	6,7462	,4226	,6185
VAR12	15,8485	6,4382	,4962	,5855
VAR15	16,1364	5,9042	,4901	,5854
VAR16	15,4697	6,0991	,4962	,5824
VAR19	15,1667	7,9872	,2118	,6970

Reliability Coefficients

N of Cases = 66,0                      N of Items = 5  
 Alpha = ,6695

**Fiabilidad del Factor II: Variables comunes del terapeuta**

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	VAR13	4,1667	,7958	66,0
2.	VAR14	3,5758	1,0386	66,0
3.	VAR15	3,3939	1,0652	66,0
4.	VAR17	3,9545	,9677	66,0

Statistics for SCALE	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
	15,0909	7,5608	2,7497	4

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR13	10,9242	4,9326	,5643	,5421
VAR14	11,5152	4,5613	,4329	,6106
VAR15	11,6970	4,5221	,4203	,6215
VAR17	11,1364	4,8888	,4056	,6265

Reliability Coefficients

N of Cases = 66,0                      N of Items = 4

Alpha = ,6662





**Fiabilidad del Factor IV: Variables comunes facilitadoras de la implicación del paciente en la terapia**

R E L I A B I L I T Y    A N A L Y S I S    -    S C A L E    ( A L P H A )

		Mean	Std Dev	Cases
1.	VAR10	3,9552	,9603	67,0
2.	VAR11	4,5672	,7225	67,0
3.	VAR18	4,2388	,8719	67,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	12,7612	3,1239	1,7675	3

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR10	8,8060	1,5527	,2712	,3484
VAR11	8,1940	1,8557	,3791	,1867
VAR18	8,5224	1,9199	,1836	,4956

Reliability Coefficients

N of Cases = 67,0

N of Items = 3

Alpha = ,4415

**APÉNDICE C-3:**  
**ANÁLISIS DE VARIANZA DE UN FACTOR, COMPARACIONES**  
**PLANEADAS Y CONTRASTES DE MEDIAS**  
**(sobre los factores que se desprenden del Análisis Factorial)**



### ANOVA de un factor

(contrastación de la hipótesis de igualdad de medias en los factores, en función de la orientación teórica)

#### Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Psicodinámica	16	19,19	2,373	,593	17,92	20,45	15	23
	Cognitivo-Conductual	31	19,65	3,072	,552	18,52	20,77	13	24
	Humanista-Sistémica	6	21,00	3,633	1,483	17,19	24,81	16	25
	Ecléctica	11	18,91	4,061	1,224	16,18	21,64	13	25
	Total	64	19,53	3,132	,391	18,75	20,31	13	25
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Psicodinámica	16	13,63	3,052	,763	12,00	15,25	6	18
	Cognitivo-Conductual	31	15,61	2,404	,432	14,73	16,49	9	20
	Humanista-Sistémica	6	16,00	2,530	1,033	13,35	18,65	12	20
	Ecléctica	11	14,91	3,015	,909	12,88	16,93	10	20
	Total	64	15,03	2,772	,346	14,34	15,72	6	20
Factor 3: Factores específicos	Psicodinámica	17	7,88	1,269	,308	7,23	8,53	6	10
	Cognitivo-Conductual	31	8,58	1,409	,253	8,06	9,10	5	10
	Humanista-Sistémica	7	7,43	1,512	,571	6,03	8,83	5	10
	Ecléctica	11	6,27	2,149	,648	4,83	7,72	2	10
	Total	66	7,89	1,711	,211	7,47	8,31	2	10
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Psicodinámica	17	12,65	1,730	,420	11,76	13,54	10	15
	Cognitivo-Conductual	30	12,87	1,852	,338	12,18	13,56	8	15
	Humanista-Sistémica	7	12,29	1,976	,747	10,46	14,11	9	15
	Ecléctica	11	12,91	1,758	,530	11,73	14,09	9	15
	Total	65	12,75	1,786	,221	12,31	13,20	8	15

#### Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	2,001	3	60	,123
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	1,093	3	60	,359
Factor 3: Factores específicos	,657	3	62	,582
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	,041	3	61	,989

**ANOVA**

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Inter-grupos	19,494	3	6,498	,651	,585
	Intra-grupos	598,443	60	9,974		
	Total	617,938	63			
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Inter-grupos	47,924	3	15,975	2,198	,098
	Intra-grupos	436,014	60	7,267		
	Total	483,937	63			
Factor 3: Factores específicos	Inter-grupos	45,048	3	15,016	6,411	,001
	Intra-grupos	145,209	62	2,342		
	Total	190,258	65			
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Inter-grupos	2,375	3	,792	,239	,869
	Intra-grupos	201,687	61	3,306		
	Total	204,062	64			

**Contrastes de Medias (muestras independientes)**

*(contrastación de los promedios encontrados en los factores, en función de la orientación teórica)*

**Estadísticos de grupo**

	Orientación Teórica Recodificada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Psicodinámica	16	19,19	2,373	,593
	Ecléctica	11	18,91	4,061	1,224
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Psicodinámica	16	13,63	3,052	,763
	Ecléctica	11	14,91	3,015	,909
Factor 3: Factores específicos	Psicodinámica	17	7,88	1,269	,308
	Ecléctica	11	6,27	2,149	,648
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Psicodinámica	17	12,65	1,730	,420
	Ecléctica	11	12,91	1,758	,530

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Se han asumido varianzas iguales	4,953	,035	,225	25	,824	,28	1,237	-2,269	2,826
	No se han asumido varianzas iguales			,205	14,704	,841	,28	1,361	-2,627	3,183
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,001	,972	-1,079	25	,291	-1,28	1,190	-3,734	1,166
	No se han asumido varianzas iguales			-1,082	21,831	,291	-1,28	1,187	-3,747	1,179
Factor 3: Factores específicos	Se han asumido varianzas iguales	1,333	,259	2,501	26	,019	1,61	,644	,287	2,933
	No se han asumido varianzas iguales			2,244	14,558	,041	1,61	,717	,077	3,143
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Se han asumido varianzas iguales	,028	,870	-,389	26	,700	-,26	,674	-1,647	1,123
	No se han asumido varianzas iguales			-,388	21,244	,702	-,26	,676	-1,667	1,143

Estadísticos de grupo

	Orientación Teórica Recodificada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Cognitivo-Conductual	31	19,65	3,072	,552
	Ecléctica	11	18,91	4,061	1,224
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Cognitivo-Conductual	31	15,61	2,404	,432
	Ecléctica	11	14,91	3,015	,909
Factor 3: Factores específicos	Cognitivo-Conductual	31	8,58	1,409	,253
	Ecléctica	11	6,27	2,149	,648
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Cognitivo-Conductual	30	12,87	1,852	,338
	Ecléctica	11	12,91	1,758	,530

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Se han asumido varianzas iguales	1,478	,231	,627	40	,534	,74	1,175	-1,638	3,110
	No se han asumido varianzas iguales			,548	14,277	,592	,74	1,343	-2,139	3,611
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	1,098	,301	,780	40	,440	,70	,902	-1,119	2,527
	No se han asumido varianzas iguales			,699	14,769	,495	,70	1,006	-1,444	2,852
Factor 3: Factores específicos	Se han asumido varianzas iguales	,710	,405	4,045	40	,000	2,31	,571	1,155	3,461
	No se han asumido varianzas iguales			3,318	13,181	,005	2,31	,696	,807	3,809
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Se han asumido varianzas iguales	,108	,744	-,066	39	,948	-,04	,644	-1,346	1,261
	No se han asumido varianzas iguales			-,067	18,724	,947	-,04	,629	-1,360	1,275

**Estadísticos de grupo**

	Orientación Teórica Recodificada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Psicodinámica	16	19,19	2,373	,593
	Cognitivo-Conductual	31	19,65	3,072	,552
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Psicodinámica	16	13,63	3,052	,763
	Cognitivo-Conductual	31	15,61	2,404	,432
Factor 3: Factores específicos	Psicodinámica	17	7,88	1,269	,308
	Cognitivo-Conductual	31	8,58	1,409	,253
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Psicodinámica	17	12,65	1,730	,420
	Cognitivo-Conductual	30	12,87	1,852	,338

**Prueba de muestras independientes**

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Se han asumido varianzas iguales	2,810	,101	-,520	45	,605	-,46	,880	-2,230	1,314
	No se han asumido varianzas iguales			-,565	37,973	,575	-,46	,810	-2,098	1,182
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	1,452	,235	-2,448	45	,018	-1,99	,812	-3,623	-,352
	No se han asumido varianzas iguales			-2,267	24,867	,032	-1,99	,877	-3,794	-,182
Factor 3: Factores específicos	Se han asumido varianzas iguales	,812	,372	-1,699	46	,096	-,70	,411	-1,526	,129
	No se han asumido varianzas iguales			-1,753	36,136	,088	-,70	,398	-1,506	,110
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Se han asumido varianzas iguales	,040	,843	-,400	45	,691	-,22	,549	-1,326	,887
	No se han asumido varianzas iguales			-,408	35,313	,686	-,22	,539	-1,313	,874

**Comparaciones Planeadas**

(comparación de los promedios encontrados en los factores entre el grupo de psicoterapeutas de orientación ecléctica, y los psicoterapeutas de las demás orientaciones)

**Coefficientes de los contrastes**

Contraste	Orientación Teórica Recodificada			
	Psicodinámica	Cognitivo-Conductual	Humanista-Sistémica	Ecléctica
1	-1	-1	-1	3

**Pruebas para los contrastes**

		Contraste	Valor del contraste	Error típico	t	gl	Sig. (bilateral)
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-3,11	3,281	-,946	60	,348
	No asumiendo igualdad de varianzas	1	-3,11	4,043	-,768	13,932	,455
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-,51	2,801	-,182	60	,856
	No asumiendo igualdad de varianzas	1	-,51	3,045	-,168	14,869	,869
Factor 3: Factores específicos	Asumiendo igualdad de varianzas	1	-5,07	1,570	-3,232	62	,002
	No asumiendo igualdad de varianzas	1	-5,07	2,065	-2,457	12,571	,029
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Asumiendo igualdad de varianzas	1	,93	1,866	,497	61	,621
	No asumiendo igualdad de varianzas	1	,93	1,838	,505	16,438	,620

**ANOVA de un factor**

*(contrastación de la hipótesis de igualdad de medias en los factores, en función del posicionamiento acerca del factor responsable de la cura)*

**Descriptivos**

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Factores específicos de las psicoterapias	15	18,67	3,352	,866	16,81	20,52	13	23
	Factores comunes de las psicoterapias	24	19,17	3,358	,685	17,75	20,58	13	25
	Ambos por igual	25	20,56	2,518	,504	19,52	21,60	16	25
	Total	64	19,59	3,110	,389	18,82	20,37	13	25
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	14,20	3,234	,835	12,41	15,99	9	20
	Factores comunes de las psicoterapias	25	14,92	2,900	,580	13,72	16,12	6	20
	Ambos por igual	24	15,92	2,125	,434	15,02	16,81	12	20
	Total	64	15,13	2,763	,345	14,43	15,82	6	20
Factor 3: Factores específicos	Factores específicos de las psicoterapias	15	8,73	1,033	,267	8,16	9,31	7	10
	Factores comunes de las psicoterapias	27	6,96	1,891	,364	6,21	7,71	2	10
	Ambos por igual	25	8,32	1,406	,281	7,74	8,90	6	10
	Total	67	7,87	1,714	,209	7,45	8,28	2	10
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Factores específicos de las psicoterapias	15	12,93	1,751	,452	11,96	13,90	8	15
	Factores comunes de las psicoterapias	25	12,52	2,044	,409	11,68	13,36	9	15
	Ambos por igual	25	12,84	1,519	,304	12,21	13,47	10	15
	Total	65	12,74	1,770	,220	12,30	13,18	8	15



**Prueba de homogeneidad de varianzas**

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	1,774	2	61	,178
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	1,736	2	61	,185
Factor 3: Factores específicos	1,520	2	64	,227
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	2,033	2	62	,140

**ANOVA**

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Inter-grupos	40,611	2	20,305	2,178	,122
	Intra-grupos	568,827	61	9,325		
	Total	609,437	63			
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Inter-grupos	28,927	2	14,463	1,952	,151
	Intra-grupos	452,073	61	7,411		
	Total	481,000	63			
Factor 3: Factores específicos	Inter-grupos	38,455	2	19,227	7,922	,001
	Intra-grupos	155,336	64	2,427		
	Total	193,791	66			
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Inter-grupos	2,021	2	1,010	,315	,731
	Intra-grupos	198,533	62	3,202		
	Total	200,554	64			

**Contrastes de Medias (muestras independientes)**

*(contrastación de los promedios encontrados en los factores, en función del posicionamiento acerca del factor responsable de la cura)*

**Estadísticos de grupo**

	Factor preferentemente responsable de la cura	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Factores específicos de las psicoterapias	15	18,67	3,352	,866
	Factores comunes de las psicoterapias	24	19,17	3,358	,685
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	14,20	3,234	,835
	Factores comunes de las psicoterapias	25	14,92	2,900	,580
Factor 3: Factores específicos	Factores específicos de las psicoterapias	15	8,73	1,033	,267
	Factores comunes de las psicoterapias	27	6,96	1,891	,364
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Factores específicos de las psicoterapias	15	12,93	1,751	,452
	Factores comunes de las psicoterapias	25	12,52	2,044	,409

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Se han asumido varianzas iguales	,000	,984	-,453	37	,653	-,50	1,105	-2,738	1,738
	No se han asumido varianzas iguales			-,453	29,905	,654	-,50	1,104	-2,755	1,755
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	1,489	,230	-,728	38	,471	-,72	,989	-2,722	1,282
	No se han asumido varianzas iguales			-,708	27,091	,485	-,72	1,017	-2,806	1,366
Factor 3: Factores específicos	Se han asumido varianzas iguales	2,348	,133	3,347	40	,002	1,77	,529	,701	2,839
	No se han asumido varianzas iguales			3,924	40,000	,000	1,77	,451	,859	2,682
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Se han asumido varianzas iguales	2,575	,117	,652	38	,518	,41	,634	-,870	1,697
	No se han asumido varianzas iguales			,678	33,270	,502	,41	,610	-,826	1,653

Estadísticos de grupo

	Factor preferentemente responsable de la cura	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Ambos por igual	25	20,56	2,518	,504
	Factores comunes de las psicoterapias	24	19,17	3,358	,685
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Ambos por igual	24	15,92	2,125	,434
	Factores comunes de las psicoterapias	25	14,92	2,900	,580
Factor 3: Factores específicos	Ambos por igual	25	8,32	1,406	,281
	Factores comunes de las psicoterapias	27	6,96	1,891	,364
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Ambos por igual	25	12,84	1,519	,304
	Factores comunes de las psicoterapias	25	12,52	2,044	,409

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Se han asumido varianzas iguales	2,887	,096	1,648	47	,106	1,39	,846	-,308	3,094
	No se han asumido varianzas iguales			1,638	42,629	,109	1,39	,851	-,322	3,109
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,276	,602	1,368	47	,178	1,00	,729	-,469	2,463
	No se han asumido varianzas iguales			1,376	43,991	,176	1,00	,724	-,463	2,456
Factor 3: Factores específicos	Se han asumido varianzas iguales	,359	,552	2,918	50	,005	1,36	,465	,423	2,291
	No se han asumido varianzas iguales			2,951	47,840	,005	1,36	,460	,432	2,282
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Se han asumido varianzas iguales	3,108	,084	,628	48	,533	,32	,509	-,704	1,344
	No se han asumido varianzas iguales			,628	44,313	,533	,32	,509	-,706	1,346

## Estadísticos de grupo

	Factor preferentemente responsable de la cura	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Factores específicos de las psicoterapias	15	18,67	3,352	,866
	Ambos por igual	25	20,56	2,518	,504
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Factores específicos de las psicoterapias	15	14,20	3,234	,835
	Ambos por igual	24	15,92	2,125	,434
Factor 3: Factores específicos	Factores específicos de las psicoterapias	15	8,73	1,033	,267
	Ambos por igual	25	8,32	1,406	,281
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del	Factores específicos de las psicoterapias	15	12,93	1,751	,452
	Ambos por igual	25	12,84	1,519	,304

## Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Se han asumido varianzas iguales	2,560	,118	-2,031	38	,049	-1,89	,932	-3,780	-,006
	No se han asumido varianzas iguales			-1,891	23,510	,071	-1,89	1,001	-3,962	,176
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	5,134	,029	-2,006	37	,052	-1,72	,856	-3,451	,018
	No se han asumido varianzas iguales			-1,825	21,616	,082	-1,72	,941	-3,670	,237
Factor 3: Factores específicos	Se han asumido varianzas iguales	3,040	,089	,988	38	,329	,41	,418	-,434	1,260
	No se han asumido varianzas iguales			1,067	36,278	,293	,41	,388	-,372	1,199
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Se han asumido varianzas iguales	,204	,654	,178	38	,860	,09	,525	-,970	1,157
	No se han asumido varianzas iguales			,171	26,357	,865	,09	,545	-1,026	1,212

## Comparaciones Planeadas

(comparación en cada factor del promedio encontrado en el grupo de psicoterapeutas que eligen los factores comunes como los máximos responsables de la cura, y el promedio conjunto de los que eligen a los factores específicos y a específicos y comunes por igual)

## Coeficientes de los contrastes

Contraste	Factor preferentemente responsable de la cura		
	Factores específicos de las psicoterapias	Factores comunes de las psicoterapias	Ambos por igual
1	-1	2	-1

**Pruebas para los contrastes**

Contraste		Valor del contraste	Error típico	t	gl	Sig. (bilateral)
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Asumiendo igualdad de varianzas 1	-,89	1,597	-,560	61	,578
	No asumiendo 1	-,89	1,698	-,526	42,310	,601
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas 1	-,28	1,410	-,196	61	,845
	No asumiendo igualdad de varianzas 1	-,28	1,494	-,185	44,555	,854
Factor 3: Factores específicos	Asumiendo igualdad de varianzas 1	-3,13	,786	-3,977	64	,000
	No asumiendo 1	-3,13	,825	-3,793	40,499	,000
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Asumiendo igualdad de varianzas 1	-,73	,924	-,794	62	,430
	No asumiendo 1	-,73	,982	-,747	42,427	,459

**Coefficientes de los contrastes**

Contraste	Factor preferentemente responsable de la cura		
	Factores específicos de las psicoterapias	Factores comunes de las psicoterapias	Ambos por igual
1	2	-1	-1

**Pruebas para los contrastes**

Contraste		Valor del contraste	Error típico	t	gl	Sig. (bilateral)
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Asumiendo igualdad de varianzas 1	-2,39	1,802	-1,328	61	,189
	No asumiendo 1	-2,39	1,929	-1,241	21,170	,228
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas 1	-2,44	1,607	-1,517	61	,135
	No asumiendo igualdad de varianzas 1	-2,44	1,820	-1,339	19,542	,196
Factor 3: Factores específicos	Asumiendo igualdad de varianzas 1	2,18	,913	2,391	64	,020
	No asumiendo 1	2,18	,704	3,101	36,632	,004
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Asumiendo igualdad de varianzas 1	,51	1,054	,481	62	,632
	No asumiendo 1	,51	1,038	,488	23,539	,630

**Contrastes de Medias (muestras independientes)**

*(contrastación de los promedios encontrados en los factores, en función del posicionamiento sobre la efectividad similar de las distintas psicoterapias)*

**Estadísticos de grupo**

	Creencia de que las distintas psicoterapias	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	No	50	19,44	3,111	,440
	Si	15	19,87	3,226	,833
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	No	50	14,78	2,809	,397
	Si	15	16,07	2,463	,636
Factor 3: Factores específicos	No	50	8,24	1,546	,219
	Si	16	6,69	1,778	,445
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	No	49	12,94	1,651	,236
	Si	16	12,44	2,065	,516

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Se han asumido varianzas iguales	,001	,978	-,462	63	,646	-,43	,924	-2,272	1,419
	No se han asumido varianzas iguales			-,453	22,403				,655	-,43
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,569	,454	-1,598	63	,115	-1,29	,805	-2,896	,323
	No se han asumido varianzas iguales			-1,716	25,927				,098	-1,29
Factor 3: Factores específicos	Se han asumido varianzas iguales	,009	,924	3,371	64	,001	1,55	,461	,632	2,473
	No se han asumido varianzas iguales			3,134	22,726				,005	1,55
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Se han asumido varianzas iguales	1,511	,224	,990	63	,326	,50	,506	-,510	1,513
	No se han asumido varianzas iguales			,883	21,623				,387	,50

ANOVA de un factor

(contrastación de la hipótesis de igualdad de medias en los factores, en función de la elección de los psicoterapeutas de la psicoterapia más efectiva)

Descriptivos

		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Orientación Psicodinámica	12	19,08	2,575	,743	17,45	20,72	15	23
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	19,82	3,300	,624	18,54	21,10	13	25
	Orientación Humanística-Sistémica	2	20,50	2,121	1,500	1,44	39,56	19	22
	Orientación Ecléctica	6	18,17	4,070	1,662	13,90	22,44	13	25
	Total	48	19,46	3,169	,457	18,54	20,38	13	25
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Orientación Psicodinámica	12	13,58	2,234	,645	12,16	15,00	10	17
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	15,61	2,529	,478	14,63	16,59	9	20
	Orientación Humanística-Sistémica	2	16,00	,000	,000	16,00	16,00	16	16
	Orientación Ecléctica	6	14,33	2,875	1,174	11,32	17,35	12	20
	Total	48	14,96	2,560	,369	14,22	15,70	9	20
Factor 3: Factores específicos	Orientación Psicodinámica	12	7,92	1,379	,398	7,04	8,79	6	10
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	8,89	1,197	,226	8,43	9,36	6	10
	Orientación Humanística-Sistémica	2	7,50	,707	,500	1,15	13,85	7	8
	Orientación Ecléctica	6	6,33	1,751	,715	4,50	8,17	3	8
	Total	48	8,27	1,540	,222	7,82	8,72	3	10
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Orientación Psicodinámica	12	13,00	1,537	,444	12,02	13,98	10	15
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	12,89	1,792	,339	12,20	13,59	8	15
	Orientación Humanística-Sistémica	2	12,50	2,121	1,500	-6,56	31,56	11	14
	Orientación Ecléctica	6	12,83	1,329	,543	11,44	14,23	12	15
	Total	48	12,90	1,640	,237	12,42	13,37	8	15

**Prueba de homogeneidad de varianzas**

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	,973	3	44	,414
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	1,399	3	44	,256
Factor 3: Factores específicos	,573	3	44	,636
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	,305	3	44	,822

**ANOVA**

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Inter-grupos	17,560	3	5,853	,567	,640
	Intra-grupos	454,357	44	10,326		
	Total	471,917	47			
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Inter-grupos	38,988	3	12,996	2,126	,110
	Intra-grupos	268,929	44	6,112		
	Total	307,917	47			
Factor 3: Factores específicos	Inter-grupos	36,051	3	12,017	7,010	,001
	Intra-grupos	75,429	44	1,714		
	Total	111,479	47			
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Inter-grupos	,467	3	,156	,054	,983
	Intra-grupos	126,012	44	2,864		
	Total	126,479	47			

**Contrastes de Medias (muestras independientes)**

*(contrastación de los promedios encontrados en los factores, en función de la elección de la psicoterapia más efectiva)*

**Estadísticos de grupo**

	Psicoterapia más efectiva Recodificada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Orientación Ecléctica	6	18,17	4,070	1,662
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	19,82	3,300	,624
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Orientación Ecléctica	6	14,33	2,875	1,174
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	15,61	2,529	,478
Factor 3: Factores específicos	Orientación Ecléctica	6	6,33	1,751	,715
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	8,89	1,197	,226
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Orientación Ecléctica	6	12,83	1,329	,543
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	12,89	1,792	,339

## Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Se han asumido varianzas iguales	,001	,971	-1,072	32	,292	-1,65	1,544	-4,800	1,490
	No se han asumido varianzas iguales			-,932	6,484	,385	-1,65	1,775	-5,920	2,611
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,054	,818	-1,095	32	,282	-1,27	1,163	-3,644	1,096
	No se han asumido varianzas iguales			-1,005	6,761	,349	-1,27	1,267	-4,292	1,745
Factor 3: Factores específicos	Se han asumido varianzas iguales	,328	,571	-4,379	32	,000	-2,56	,584	-3,750	-1,369
	No se han asumido varianzas iguales			-3,413	6,040	,014	-2,56	,750	-4,391	-,728
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Se han asumido varianzas iguales	,459	,503	-,077	32	,939	-,06	,777	-1,643	1,524
	No se han asumido varianzas iguales			-,093	9,388	,928	-,06	,640	-1,497	1,378

## Estadísticos de grupo

	Psicoterapia más efectiva Recodificada	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Orientación Psicodinámica	12	19,08	2,575	,743
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	19,82	3,300	,624
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Orientación Psicodinámica	12	13,58	2,234	,645
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	15,61	2,529	,478
Factor 3: Factores específicos	Orientación Psicodinámica	12	7,92	1,379	,398
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	8,89	1,197	,226
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Orientación Psicodinámica	12	13,00	1,537	,444
	Orientación Cognitivo-Conductual	28	12,89	1,792	,339

## Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Factor 1: Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza	Se han asumido varianzas iguales	2,176	,148	-,688	38	,495	-,74	1,072	-2,909	1,433
	No se han asumido varianzas iguales			-,761	26,579	,454	-,74	,970	-2,730	1,254
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Se han asumido varianzas iguales	,020	,889	-2,397	38	,022	-2,02	,844	-3,733	-,314
	No se han asumido varianzas iguales			-2,521	23,507	,019	-2,02	,803	-3,682	-,365
Factor 3: Factores específicos	Se han asumido varianzas iguales	,048	,828	-2,259	38	,030	-,98	,432	-1,851	-,101
	No se han asumido varianzas iguales			-2,132	18,466	,047	-,98	,458	-1,936	-,016
Factor 4: Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia	Se han asumido varianzas iguales	,493	,487	,180	38	,858	,11	,594	-1,096	1,310
	No se han asumido varianzas iguales			,192	24,193	,849	,11	,558	-1,045	1,259

### Comparaciones Planeadas

(comparación en cada factor del promedio encontrado en el grupo de psicoterapeutas que eligen a la terapia ecléctica como la más efectiva, y el promedio conjunto de los que eligen las demás modalidades de psicoterapia)

#### Coefficientes de los contrastes

Contraste	Psicoterapia más efectiva Recodificada			
	Orientación Psicodinámica	Orientación Cognitivo-Conductual	Orientación Humanística-Sistémica	Orientación Ecléctica
1	-1	-1	-1	3

#### Pruebas para los contrastes

Contraste	Valor del contraste	Error típico	t	gl	Sig. (bilateral)	
Factor 1: Factores comunes de orden perc favorecedores de la alianza	Asumiendo igualdad de varianzas 1	-4,90	4,678	-1,049	44	,300
	No asumiendo 1	-4,90	5,295	-,926	6,114	,389
Factor 2: Factores comunes del terapeuta	Asumiendo igualdad de varianzas 1	-2,19	3,599	-,609	44	,546
	No asumiendo 1	-2,19	3,612	-,606	5,530	,568
Factor 3: Factores específicos	Asumiendo igualdad de varianzas 1	-5,31	1,906	-2,786	44	,008
	No asumiendo 1	-5,31	2,249	-2,360	5,958	,057
Factor 4: Factores comunes facilitadores d implicación del paciente en la terapia	Asumiendo igualdad de varianzas 1	,11	2,463	,043	44	,966
	No asumiendo 1	,11	2,283	,047	4,197	,965

### Contrastes de Medias (muestras relacionadas)

(contrastación de las puntuaciones medias en cada par de factores psicoterapéuticos en el grupo de psicoterapeutas eclécticos)

#### Estadísticos de muestras relacionadas

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media	
Par 1	eneatipo factor 1	4,5988	11	2,62417	,79122
	eneatipo factor 2	4,8684	11	2,19281	,66116
Par 2	eneatipo factor 1	4,5988	11	2,62417	,79122
	eneatipo factor 3	3,1487	11	2,52230	,76050
Par 3	eneatipo factor 1	4,5988	11	2,62417	,79122
	eneatipo factor 4	5,1688	11	1,98992	,59998
Par 4	eneatipo factor 2	4,8684	11	2,19281	,66116
	eneatipo factor 3	3,1487	11	2,52230	,76050
Par 5	eneatipo factor 2	4,8684	11	2,19281	,66116
	eneatipo factor 4	5,1688	11	1,98992	,59998
Par 6	eneatipo factor 3	3,1487	11	2,52230	,76050
	eneatipo factor 4	5,1688	11	1,98992	,59998



**Correlaciones de muestras relacionadas**

	N	Correlación	Sig.
Par 1 eneatispo factor 1 y eneatispo factor 2	11	,677	,022
Par 2 eneatispo factor 1 y eneatispo factor 3	11	,324	,331
Par 3 eneatispo factor 1 y eneatispo factor 4	11	,657	,028
Par 4 eneatispo factor 2 y eneatispo factor 3	11	,467	,147
Par 5 eneatispo factor 2 y eneatispo factor 4	11	,376	,255
Par 6 eneatispo factor 3 y eneatispo factor 4	11	-,125	,714

**Prueba de muestras relacionadas**

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 eneatispo factor 1 - eneatispo factor 2	-,2697	1,97529	,59557	-1,5967	1,0574	-,453	10	,660
Par 2 eneatispo factor 1 - eneatispo factor 3	1,4500	2,99324	,90250	-,5609	3,4609	1,607	10	,139
Par 3 eneatispo factor 1 - eneatispo factor 4	-,5700	1,99601	,60182	-1,9109	,7710	-,947	10	,366
Par 4 eneatispo factor 2 - eneatispo factor 3	1,7197	2,44994	,73868	,0738	3,3656	2,328	10	,042
Par 5 eneatispo factor 2 - eneatispo factor 4	-,3003	2,34318	,70650	-1,8745	1,2738	-,425	10	,680
Par 6 eneatispo factor 3 - eneatispo factor 4	-2,0200	3,40261	1,02593	-4,3059	,2659	-1,969	10	,077

**Contrastes de Medias (muestras relacionadas)**

*(contrastación de las puntuaciones medias en cada par de factores psicoterapéuticos en el grupo de psicoterapeutas que están a favor de la similar efectividad de las distintas modalidades de psicoterapia)*

**Estadísticos de muestras relacionadas**

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1 eneatispo factor 1	5,2176	15	2,08490	,53832
eneatispo factor 2	5,7103	15	1,79132	,46252
Par 2 eneatispo factor 1	5,2176	15	2,08490	,53832
eneatispo factor 3	3,6111	15	2,15814	,55723
Par 3 eneatispo factor 1	5,2176	15	2,08490	,53832
eneatispo factor 4	4,8944	15	2,16735	,55961
Par 4 eneatispo factor 2	5,7103	15	1,79132	,46252
eneatispo factor 3	3,6111	15	2,15814	,55723
Par 5 eneatispo factor 2	5,7103	15	1,79132	,46252
eneatispo factor 4	4,8944	15	2,16735	,55961
Par 6 eneatispo factor 3	3,6356	16	2,08726	,52181
eneatispo factor 4	4,6350	16	2,33682	,58421

**Correlaciones de muestras relacionadas**

	N	Correlación	Sig.
Par 1 eneatispo factor 1 y eneatispo factor 2	15	,594	,019
Par 2 eneatispo factor 1 y eneatispo factor 3	15	,100	,722
Par 3 eneatispo factor 1 y eneatispo factor 4	15	,593	,020
Par 4 eneatispo factor 2 y eneatispo factor 3	15	,747	,001
Par 5 eneatispo factor 2 y eneatispo factor 4	15	,369	,177
Par 6 eneatispo factor 3 y eneatispo factor 4	16	,131	,630

**Prueba de muestras relacionadas**

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 eneatispo factor 1 - eneatispo factor 2	-,4927	1,76509	,45574	-1,4702	,4847	-1,081	14	,298
Par 2 eneatispo factor 1 - eneatispo factor 3	1,6064	2,84630	,73491	,0302	3,1827	2,186	14	,046
Par 3 eneatispo factor 1 - eneatispo factor 4	,3232	1,91847	,49535	-,7392	1,3856	,652	14	,525
Par 4 eneatispo factor 2 - eneatispo factor 3	2,0992	1,44720	,37367	1,2978	2,9006	5,618	14	,000
Par 5 eneatispo factor 2 - eneatispo factor 4	,8159	2,24605	,57993	-,4279	2,0598	1,407	14	,181
Par 6 eneatispo factor 3 - eneatispo factor 4	-,9994	2,92306	,73076	-2,5570	,5582	-1,368	15	,192

**Contrastes de Medias (muestras relacionadas)**

*(contrastación de las puntuaciones medias en cada par de factores psicoterapéuticos en el grupo de psicoterapeutas que eligen a los factores específicos como los máximos responsables de la cura)*

**Estadísticos de muestras relacionadas**

	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1 eneatispo factor 1	4,4421	15	2,16629	,55933
eneatispo factor 2	4,3527	15	2,35182	,60724
Par 2 eneatispo factor 1	4,4421	15	2,16629	,55933
eneatispo factor 3	6,0368	15	1,21220	,31299
Par 3 eneatispo factor 1	4,4421	15	2,16629	,55933
eneatispo factor 4	5,1962	15	1,98211	,51178
Par 4 eneatispo factor 2	4,3527	15	2,35182	,60724
eneatispo factor 3	6,0368	15	1,21220	,31299
Par 5 eneatispo factor 2	4,3527	15	2,35182	,60724
eneatispo factor 4	5,1962	15	1,98211	,51178
Par 6 eneatispo factor 3	6,0368	15	1,21220	,31299
eneatispo factor 4	5,1962	15	1,98211	,51178

**Correlaciones de muestras relacionadas**

	N	Correlación	Sig.
Par 1 eneatispo factor 1 y eneatispo factor 2	15	,817	,000
Par 2 eneatispo factor 1 y eneatispo factor 3	15	,179	,524
Par 3 eneatispo factor 1 y eneatispo factor 4	15	,616	,014
Par 4 eneatispo factor 2 y eneatispo factor 3	15	,060	,832
Par 5 eneatispo factor 2 y eneatispo factor 4	15	,583	,023
Par 6 eneatispo factor 3 y eneatispo factor 4	15	,147	,600

**Prueba de muestras relacionadas**

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 eneatispo factor 1 - eneatispo factor 2	,0894	1,37794	,35578	-,6737	,8525	,251	14	,805
Par 2 eneatispo factor 1 - eneatispo factor 3	-1,5947	2,28543	,59010	-2,8603	-,3290	-2,702	14	,017
Par 3 eneatispo factor 1 - eneatispo factor 4	-,7541	1,82414	,47099	-1,7643	,2561	-1,601	14	,132
Par 4 eneatispo factor 2 - eneatispo factor 3	-1,6840	2,58051	,66629	-3,1131	-,2550	-2,528	14	,024
Par 5 eneatispo factor 2 - eneatispo factor 4	-,8435	2,00670	,51813	-1,9547	,2678	-1,628	14	,126
Par 6 eneatispo factor 3 - eneatispo factor 4	,8406	2,16556	,55915	-,3587	2,0398	1,503	14	,155