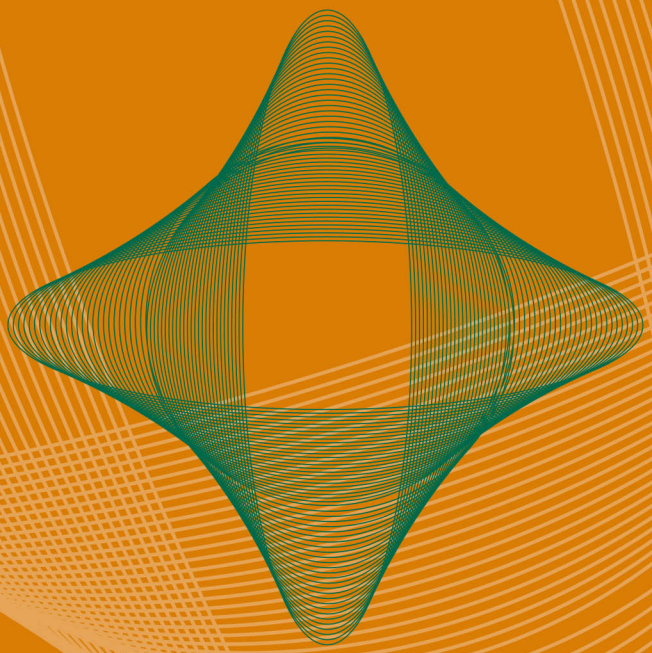
Sergi Corbella y Luis Botella

Investigación en Psicoterapia:
Proceso, Resultado y Factores Comunes



Vision Libros

Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes

Sergi Corbella y Luis Botella
FPCEE Blanquerna. Universitat Ramon Llull

Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes

Vision Libros

Investigación en Psicoterapia:
Proceso, Resultado y Factores Comunes
© Sergi Corbella y Luis Botella
© Vision Libros

Calle San Ildefonso, 17, local
28012 Madrid (España)
Tel: 0034 91 3117696
url: www.visionlibros.com
ISBN: 978-84-9770-936-1

Diseño base cubierta: ©Vanessa Bejarano García.

Impreso por Grupo Editor Vision Net.

Reservados todos los derechos. Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo, ni en parte, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, de ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, o por fotocopia, o cualquier otro sin el permiso previo por escrito del autor.

A todos los pacientes, psicoterapeutas e investigadores que contribuyen a que avance el conocimiento en la ciencia de la psicología y la psicoterapia

Índice

Introducción 11

Capitulo 1 13
Investigación de Resultados y de Procesos: Estado de la Cuestión

Capítulo 2 53
Integración en Psicoterapia y Reconstrucción Relacional

Capítulo 3 73
El Terapeuta: Posicionamientos, Actitudes y Estilos Personales

Capítulo 4 119
El Cliente: Variables Relacionadas con el Proceso, Resultado y Tipo de Tratamiento Psicoterapéutico

Capítulo 5 179
La Relación Terapéutica y la Alianza Terapéutica: Historia, Investigación y Evaluación

Capítulo 6 209
Proyecto Barcelona-Buenos Aires: Principios para la Práctica

Referencias 227

Introducción

El libro que se dispone a comenzar es el resultado de la revisión de la literatura científica sobre los principales factores comunes en las diferentes modalidades psicoterapéuticas.

Los resultados encontrados por la investigación en psicoterapia sobre la eficacia diferencial, la alianza terapéutica, las variables del paciente y el estilo personal del terapeuta han indicado la importancia de los factores comunes existentes entre las diferentes modalidades de psicoterapia y especialmente la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente. Aportaciones desde el constructivismo y el construccionismo social como los planteamientos de la reconstrucción relacional (Botella, 2001) ponen de manifiesto la relevancia de la dimensión relacional en el contexto psicoterapéutico.

Los avances en la descripción del estilo personal del terapeuta (Fernández-Álvarez, 1998) y en la detección de las variables del paciente que juegan un papel destacado en el proceso de seleccionar el tipo de tratamiento o de procedimiento de tratamiento más adecuado para cada sujeto (Beutler, Clarkin y Bongar, 2000; Caine, Wijesinghe y Winter, 1981) han favorecido el surgimiento de estudios sobre la compatibilidad entre el terapeuta y el paciente.

En los últimos años se han realizado diferentes investigaciones que van configurando una línea de investigación fundamentada en el estudio de la interacción entre variables del terapeuta y del paciente con el objetivo de obtener unos principios que guíen la intervención psicoterapéutica y que faciliten la adaptación del terapeuta a las necesidades y características de cada paciente. En el último capítulo del libro se comentarán los principales principios para la práctica psicoterapéutica propuestos a partir de las investigaciones sobre la compatibilidad entre el terapeuta y el paciente.

Capítulo 1

Investigación de Resultados y Procesos: Estado de la Cuestion

Investigación de Resultados y de Procesos: Estado de la Cuestión

1.1. Introducción

En este capítulo se revisarán los principales estudios sobre resultados y procesos psicoterapéuticos publicados durante los últimos años. La revisión no pretende ser exhaustiva ni abarcar todas las áreas de investigación del estudio psicoterapéutico, sino reflejar algunas de las respuestas que la investigación en psicoterapia ha proporcionado a los muchos interrogantes que se han formulado alrededor de nuestra profesión en las últimas décadas. En el campo de la investigación en psicoterapia, las epistemologías, los objetivos, las teorías, las hipótesis, las metodologías y el contexto histórico y científico están interrelacionados entre sí. Por este motivo, la investigación en psicoterapia ofrece una gran diversidad de áreas de estudio y de modos de estudiarlos.

El estudio sobre la eficacia de la psicoterapia, la comparación de la eficacia de las distintas modalidades terapéuticas, la selección de tratamientos para los pacientes, la validación empírica de tratamientos y el estudio del proceso psicoterapéutico son las principales áreas de la investigación en psicoterapia y, por lo tanto, las que han recibido más atención por parte de los investigadores. A continuación revisaremos los resultados aportados por diferentes estudios en cada una de las áreas mencionadas.

Este capítulo se basa en el artículo de revisión de la investigación en psicoterapia de Botella, Pacheco, Herrero y Corbella (2000) donde se describe el estado de la cuestión de la investigación en este campo.

1.2. Eficacia de la psicoterapia

La evaluación de la eficacia de la psicoterapia resulta especialmente importante por diferentes motivos, tal y como afirman Botella y Feixas (1994). El compromiso ético de los psicoterapeutas con la optimización de sus servicios y la mejora de la salud mental de

sus pacientes hace que sea necesario disponer de evidencias contrastadas sobre los efectos terapéuticos de los tratamientos psicológicos. Estos resultados que evidencian el efecto positivo de la psicoterapia sirven para justificar la rentabilidad del gasto que genera su inclusión en los servicios sanitarios públicos y privados. Botella y Feixas (1994) consideran también que el avance de la psicoterapia como disciplina científica depende, en parte, del contraste empírico de las modalidades de intervención propuestas desde las diferentes perspectivas teóricas.

La pregunta sobre los efectos que producía en el paciente el tratamiento proporcionado por el terapeuta surgió a la vez que la psicoterapia. Robinson (1938; citado en Hill y Corbett, 1993) ya intentó dar respuesta a la pregunta grabando las sesiones y estudiando el efecto que tenían en el paciente las intervenciones del terapeuta. Durante la década de los cuarenta y los cincuenta, empezó a desarrollarse un movimiento de investigación que se basaba en el uso de métodos empíricos propios de las ciencias físicas para estudiar la psicoterapia (Beutler y Machado, 1992). Con el paso de los años, se ha encontrado que tanto las investigaciones que usan metodologías cuantitativas como las que emplean métodos cualitativos proporcionan informaciones relevantes para el aumento del conocimiento del proceso y del resultado en psicoterapia.

En este apartado se presenta un resumen de los principales resultados acerca de: (a) la eficacia general de la psicoterapia; (b) la superioridad de la eficacia de la psicoterapia sobre los tratamientos placebo; (c) el mantenimiento de los efectos positivos de la psicoterapia; (d) los efectos iatrogénicos de la psicoterapia; y (e) el número de sesiones necesarias para experimentar mejoras.

1.2.1. Eficacia general de la psicoterapia

La década de los cincuenta supuso un gran impulso para la investigación dirigida a comprobar la eficacia de la psicoterapia. Eysenck (1952) revisó un conjunto de estudios sobre resultados psicoterapéuticos y concluyó que el tratamiento psicológico no conductual no era eficaz. El trabajo de Eysenck (1952) cuestionó la utilidad del tratamiento psicológico no conductual, dado que parecía demostrar que el efecto de la psicoterapia era inferior incluso al de la remi-

sión espontánea de los pacientes que no recibían ningún tipo de tratamiento. A pesar de los graves sesgos metodológicos del trabajo de Eysenck (1952) (véase Feixas y Miró, 1993; Hill y Corbett, 1993), sirvió de revulsivo para incrementar posteriormente la cantidad de investigaciones que tenían como objetivo demostrar la eficacia de la psicoterapia e invalidar les conclusiones de Eysenck (Orlinsky y Russell, 1994). Después de la difusión del trabajo de Eysenck, estudios como los de Meltzoff y Korneich (1970), Luborsky, Singer y Luborsky (1975) demostraron que un alto porcentaje de las personas que recibían asistencia psicoterapéutica experimentaba una mejora significativa.

La voluntad de probar la eficacia de la psicoterapia y los resultados que se obtenían con diferentes modalidades impulsó los paradigmas cuantitativos de investigación en psicoterapia, que tenían como objetivo evaluar el cambio comparando las puntuaciones pretratamiento con las post-tratamiento. Esto supuso un esfuerzo en la construcción de medidas estandarizadas de evaluación de resultados para estudiar la significación estadística de los efectos de la psicoterapia.

Uno de los trabajos básicos en el terreno de la eficacia de la psicoterapia fue el metaanálisis de Smith, Glass y Miller (1980) que revisaron 475 estudios y concluyeron que "(...) las personas que reciben terapia mejoran más que el 80% de las personas no tratadas" (p. 1003). Estudios posteriores (p.e., Andrews y Harvey, 1981; Elliott, 2001; Lambert, 1986; Lambert y Cattani-Thompson, 1996) han ido dando apoyo y consistencia a los estudios que afirman la eficacia de la psicoterapia. El porcentaje de pacientes que mejoran como resultado de la psicoterapia se ha cifrado entre un 65% y un 70% (Lambert Shapiro y Bergin, 1986; Whiston y Sexton, 1993), mientras que la remisión espontánea no supera el 40%. Lambert y Bergin (1994) encontraron que la media de la magnitud del efecto contrastando psicoterapia con no tratamiento era de 0,82. En la tabla 1 se presentan algunos de los trabajos metaanalíticos sobre la eficacia de la psicoterapia citados por diferentes autores (Lambert y Bergin, 1994; Lambert, Berret, Fisher y Porter, 1997; Viney, 1998).

Autores	Tratamientos	N (número de estudios)	Tamaño del efecto
Christensen et al. (1980)	Terapia de conducta	14	1,16
Smith, Glass y Miller (1980)	Varias	475	0,85
Crits-Christoph (1992)	Terapia psicodinámica breve	11	0,82
Dunn y Schwebel (1995)	Terapia de pareja	15	0,79
Engels, Garnefski y Diekstra (1993)	Terapia racional emotiva	31	1,62
Gaffan, Tsaousis y Kemp-Wheeler (1995)	Terapia cognitiva	6	0,72
Lyons y Woods (1991)	Terapia racional emotiva	70	0,98
Markus, Lange y Pettigrew (1990)	Terapia familiar	10	0,70
Svartberg y Stiles (1991)	Terapia psicodinámica breve	3	0,14
Kirsch, Montgomery y Sapirstein (1995)	Hipnoterapia cognitiva conductual y psicoterapia cognitiva conductual	20	1,23
Greenberg, Elliott y Lietaer (1994)	Humanista	37	1,24
Weisz et al. (1995)	Terapia de conducta (en niños)	197	0,54
Viney (1998)[1]	Terapia de Constructos Personales	9	1,21 (SCL-90) 2,12 (Hamilton Depr. Inv.)

Tabla 1: *Algunos estudios metaanalíticos sobre la eficacia de la psicoterapia*.

En las últimas décadas se han realizado una gran cantidad de estudios que avalan la eficacia genérica de la psicoterapia en comparación con los tratamientos placebo o la ausencia de tratamiento (véase una revisión actualizada en Botella et al., 2000). Las investigaciones realizadas por la Asociación Psiquiátrica Americana (1982), la Oficina de Evaluación Tecnológica del Congreso de los Estados Unidos (1980), la del Proyecto de Seguridad Cualitativa de Australia y Nueva Zelanda (1983), y los numerosos estudios cuantitativos de revisión de resultados psicoterapéuticos (Lipsey y Wilson, 1993) han permitido llegar al consenso de que el efecto de la psicoterapia es significativamente superior al de la remisión espontánea (Chambles y Hollon, 1998; Feixas y Miró, 1993; Kendall, 1998; Lambert, 1986; Seligman, 1995).

En la primera mitad de la década de los noventa, Weisz, Weiss y Donenberg (1992) formularon una idea provocativa que planteaba nuevos retos a los estudios de eficacia de la psicoterapia. Estos autores (véase también Weisz, Donenberg, Ham y Weiss, 1995) diferenciaron entre los estudios realizados con lo que ellos denominaron "terapia de investigación" y los de "terapia clínica". El primer tipo de terapia utilizaba procedimientos experimentales, terapeutas especialmente entrenados, con poca carga de casos y otros aspectos que no representaban las características del trabajo clínico convencional. Weisz et al. (1992) encontraron que las investigaciones basadas en tratamientos más representativos de la asistencia habitual no mostraban efectos significativos. Sin embargo, estudios posteriores (Shadish et al., 1997) sobre la eficacia de la psicoterapia en condiciones clínicas contradicen estos resultados al demostrar que la media del efecto es inferior a los resultados obtenidos en los estudios metaanalíticos, pero que, aun así, los efectos positivos de la psicoterapia son significativos.

[1] Viney describió 19 estudios, pero calculó la tamaño del efecto a partir de 9 de ellos. Se presentan diferentes tamaños del efecto en función del instrumento de evaluación.

1.2.2. Superioridad de la eficacia de la psicoterapia sobre los tratamientos placebo

La investigación biomédica legó a la investigación en psicoterapia la tradición de comparar grupos psicoterapéuticos con grupos de tratamiento placebo, con objeto de controlar el efecto de los aspectos no específicos de la psicoterapia. El "placebo" en psicoterapia se ha definido de diversas maneras pero básicamente todas ellas se refieren a algún tipo de intervención psicológica que no incluya ningún componente activo.

Lambert y Bergin (1994) encontraron que la media de la magnitud del efecto comparando la psicoterapia con el efecto placebo es de 0,48. Estudios como el de Blanchard y Andrasik (1982) sobre el tratamiento de las cefaleas nerviosas y los del Proyecto de Seguridad Cualitativa de Australia y Nueva Zelanda (1983; véase Lambert, 1991, Lambert y Bergin, 1992, para una revisión) sobre el tratamiento de la depresión demuestran que los pacientes que siguen un proceso psicoterapéutico mejoran en mayor proporción que los que reciben tratamientos placebo (véase Miller y Berman, 1983). Del mismo modo, también se ha encontrado que los pacientes que reciben tratamientos placebo mejoran más que aquellos que están en listas de espera o en grupos control sin ningún tipo de tratamiento (Shapiro y Shapiro, 1982; Smith et al., 1980).

Con todo, el uso de tratamientos placebo en la investigación psicoterapéutica cuenta actualmente con pocos partidarios dados los problemas metodológicos y éticos que conlleva (Kazdin, 1986).

1.2.3. Mantenimiento de los efectos positivos de la psicoterapia

Se considera probado que los resultados de la psicoterapia exitosa son considerablemente estables incluso en aquellos pacientes que sufren problemas recurrentes desde bastante tiempo antes del inicio de la terapia (Hubble, Duncan y Miller, 1999; Nicholson y Berman, 1983). Sin embargo, aun siendo estables, no pueden considerarse una "vacuna" contra el futuro sufrimiento emocional y su mantenimiento varía según el tipo de trastorno de que se trate (véase

Lambert, 1991; Lambert y Bergin, 1992). Pacientes con problemas como el abuso de substancias, trastornos alimentarios, depresión recurrente y los diagnosticados de trastornos de personalidad son más susceptibles de sufrir recaídas (Asay y Lambert, 1999).

Los resultados de la investigación también indican que el mantenimiento de los efectos del tratamiento se puede potenciar si durante las últimas sesiones de la terapia se dirigen los esfuerzos terapéuticos a tal objetivo, de forma que, por ejemplo, el resultado de la terapia es más duradero en los pacientes que atribuyen el cambio a sus propios méritos (Lambert y Bergin, 1994).

1.2.4. Efectos iatrogénicos de la psicoterapia

Si bien la mayoría de pacientes en psicoterapia mejoran, una minoría no experimenta cambios y algunos pueden incluso empeorar (Lambert y Bergin, 1992). Se ha demostrado que la psicoterapia puede, en algunas ocasiones, tener efectos negativos (efectos de deterioro). El porcentaje de pacientes que empeoran debido a la terapia se cifra entre un 7% (Orlinsky y Howard, 1980) y un 11.3% (Shapiro y Shapiro, 1982). Estos efectos no son específicos de ninguna modalidad de terapia ni orientación teórica. En concreto, las intervenciones confrontativas dirigidas a socavar las estrategias de afrontamiento del paciente han demostrado tener efectos de deterioro sobre pacientes con personalidades *borderline* o esquizofrénicos (Lambert, Bergin y Collins, 1977). También las actitudes negativas del terapeuta hacia el paciente (desagrado, falta de respeto, baja empatía) han demostrado afectar el deterioro del paciente durante la terapia.

1.2.5. Número de sesiones necesarias para experimentar mejoras

La variedad en la duración de los tratamientos entre las diferentes modalidades psicoterapéuticas planteó el interrogante sobre el número de sesiones de tratamiento necesarias para que el paciente mejorara.

Entre un 30% y un 40% de pacientes en psicoterapia experimentan cambios importantes durante el período comprendido entre la 1ª y la 3ª sesión. En el período comprendido entre la 4ª y la 7ª sesión el porcentaje de pacientes que experimentan cambios importantes alcanza entre un 50% y un 60% (Kadera, Lambert y Andrews, 1996), mientras que al cabo de 6 meses de terapia semanal mejoran el 75% de los paciente (Kopta, Krause y Orlinsky, 1986, citado en Lambert y Bergin, 1994). Alargar la terapia más allá de 100 sesiones sólo consigue incrementar el porcentaje de pacientes que experimentan cambios importantes hasta un 80%. Estos resultados se dan con independencia tanto del modelo teórico desde el que se trabaja como de las técnicas empleadas en sesión (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986). La idea básica que se desprende de este estudio es que los pacientes en psicoterapia suelen experimentar los cambios más significativos durante las fases iniciales del tratamiento. El estudio de Seligman (1995) presentaba unos resultados que reflejaban una tendencia similar a los comentados. A partir de los mismos datos, los autores concluyeron que cuanto mayor era el número de sesiones consecutivas en las que los pacientes no experimentaban cambios, más aumentaba la probabilidad de un resultado negativo en psicoterapia.

Shapiro et al. (1990, citado en Lambert y Bergin, 1994) encontraron que la duración del tratamiento de pacientes con depresión está relacionada con la severidad del trastorno. Estos autores presentan datos que muestran que clientes con depresión moderada mejoraban más después de ocho sesiones que después de dieciséis, mientras que los pacientes con una depresión considerada como severa mejoraban más al finalizar la sesión 16 que al finalizar la octava. De este modo, vemos como la relación entre la duración del tratamiento y la mejora terapéutica es compleja por la cantidad de variables que interactúan, pero, en el ámbito general, la investigación prueba la importancia de las primeras sesiones (1-7) en la eficacia de la psicoterapia. A pesar de que estos resultados avalan las terapias breves, no por ello debe deducirse que son las únicas terapias que gozan de eficacia ni deben banalizarse los cambios conseguidos en fases posteriores de la terapia.

1.2.6. Evaluación de resultados

La importancia de demostrar la utilidad clínica del trabajo terapéutico presionó e impulsó a los investigadores a crear instrumentos para evaluar los resultados de la terapia. Se han empleado diferentes métodos e instrumentos para evaluar dicha eficacia. Algunos como el CORE-OM (Barkham et al., 2001) son de dominio publico, otros como el AKQUASI (Kordy, Hannoever y Richard, 2001) reciben el apoyo de instituciones gubernamentales y otros más como el OQ-45 (Lambert, Hansen y Finch, 2001) y el COMPASS (Lueger et al., 2001) son ofrecidos (previo pago) para ser utilizados en el contexto terapéutico.

Es mucha la variedad de cuestionarios, inventarios y escalas que se han utilizado en las investigaciones para comprobar la mejora sintomática de los pacientes y evaluar los resultados finales. En este apartado nos limitaremos a describir algunos de los instrumentos que actualmente están recibiendo mayor atención (Beutler, 2001).

El instrumento de evaluación (o mejor dicho el método) Stuttgart-Heidelberg desarrollado por Kordy, Hannover y Richard (2001) procesa la información obtenida del paciente y de observadores externos. Es uno de los sistemas de evaluación más largos y, por lo tanto, requiere de mucho tiempo para ser aplicado. El método Stuttgart-Heidelberg es flexible y se adapta al paciente seleccionando aquellas áreas o cuestionarios más adecuados para explorar y evaluar la problemática presentada. Se puede emplear tanto con pacientes internos como externos. Al finalizar la evaluación, el sistema proporciona al clínico información gráfica y explicada sobre las áreas problemáticas y la severidad presentada.

El método de evaluación COMPASS propuesto por Lueger y colaboradores se basa en la información proporcionada por el paciente, pero está complementada por 4 ítems que debe contestar el clínico. La longitud y por lo tanto la duración de la aplicación es menor que la del método Stuttgart-Heidelberg, y comparado con el resto de sistemas de evaluación está considerado de extensión moderada. Tiene un modelo único de aplicación sin selección de ítems o áreas en función de la problemática del paciente: y está destinado a la evaluación de pacientes externos, proporcionando información gráfica sobre la problemática y la severidad del paciente.

El *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45) de Lambert y colaboradores es un instrumento de evaluación en formato de autoinforme que debe contestar el paciente. En este caso, a diferencia de los dos métodos comentados anteriormente, no se tiene en cuenta la visión del clínico u observadores externos. Es corto y rápido de contestar. Al igual que el método COMPASS, el OQ-45 tiene un único formato y sirve para evaluar pacientes externos. También proporciona feedback a través de gráficos.

El instrumento de evaluación de resultados más empleado en el Reino Unido es el *CORE Outcome Measure* desarrollado por Barkham y sus colaboradores (Barkham et al., 2001). El CORE-OM es un autoinforme que consiste en 34 ítems que debe contestar el paciente. Como el OQ-45, no tiene en cuenta otra fuente de información que no sea la del paciente. Es un instrumento muy corto y rápido de contestar por lo que facilita su aplicación. Es considerado el sistema de evaluación de resultados más breve (Beutler, 2001). El CORE-OM todavía puede ser más corto si se usa alguna de las dos versiones reducidas presentadas en formato de solo 18 ítems. La existencia de diferentes formatos permite cierta flexibilidad en la aplicación del instrumento en función del paciente. Como el COMPASS y el OQ-45, el CORE-OM está destinado a la evaluación de resultados de pacientes externos y proporciona información a través de gráficos de las diferentes escalas evaluadas.

Todos los instrumentos de evaluación comentados tienen unos índices de cambio propios para poder evaluar la mejoría durante el tratamiento, al finalizar y en el seguimiento. Del mismo modo, todos tienen en cuenta indicadores de riesgo del paciente en la evaluación.

1.3. Eficacia diferencial de las psicoterapias

La proliferación de teorías explicativas del cambio en psicoterapia y los resultados obtenidos por las investigaciones dedicadas a probar la eficacia de la misma impulsó el estudio de la eficacia diferencial de las psicoterapias.

En este apartado se revisarán los resultados de los estudios realizados con objeto de dar respuesta a dicha cuestión y su posterior derivación en la búsqueda de los factores que explican los cambios terapéuticos, así como las variables del paciente, del terapeuta y de la relación terapéutica que contribuyen a dichos cambios. Por otro lado, también se consideran los resultados de las investigaciones cuyo objetivo se centraba en correlacionar el éxito de la terapia con determinadas técnicas terapéuticas. Por último, se discutirán los resultados que presentan algunas experiencias del paciente en sesión como predictoras del éxito de la psicoterapia.

1.3.1. Superioridad relativa de los modelos psicoterapéuticos investigados

Una vez resuelto el interrogante esencial de la eficacia de la psicoterapia, se inició una carrera para demostrar qué tipo de tratamiento era el más eficaz. En 1936, Rosenzweig ya comentó que los factores comunes existentes entre las diferentes psicoterapias eran los responsables de su eficacia. Rosenzweig llegó a la misma conclusión que el pájaro Dodo, en el clásico de Lewis Carrol “Alicia en el país de las Maravillas”, cuando afirmaba que: "todos han ganado y todos merecen premio". A partir de los años setenta las investigaciones se dirigieron a intentar comprobar empíricamente hasta qué punto las diferentes psicoterapias eran equivalentes o cuál de ellas suponía un mejor tratamiento (Botella, et al., 2000).

En el metaanálisis de Smith et al. (1980) se compararon hasta 78 tipos de psicoterapia concluyendo que no había diferencias significativas en los resultados de las diferentes modalidades de tratamiento psicoterapéutico. Los resultados de otros estudios (Lambert y Bergin, 1992; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky et al., 1975; Stiles, Shapiro y Elliott, 1986) continuaron evidenciando la imposibilidad de demostrar que algún modelo teórico o forma de tratamiento fuese más eficaz que los demás. Estos resultados se repiten en trabajos más recientes (Castonguay et al., 1996; Lambert, Berrett, Fisher y Porter, 1997; Miller, Duncan y Hubble, 1997; Wampold, et al., 1997) constatando que ningún modelo teórico (de los más de 130 evaluados) supera a los demás en términos genéricos (Botella et al.,

2000). Sin embargo, algunos autores consideran que todavía es prematuro aceptar la equivalencia de resultados de todas las psicoterapias (Beutler, 1991; Rachman y Wilson, 1980, citado en Stiles et al., 1986). Beutler et al. (Beutler y Clarkin, 1990; Beutler, Clarkin y Bongar, 2000) consideran necesario evaluar variables del terapeuta, del paciente y de la interacción entre ambos para avanzar en el conocimiento de la eficacia de la psicoterapia.

Lambert, Berrett, Fisher y Porter (1997) revisaron 34 trabajos metaanalíticos realizados desde 1977 y reafirmaron el veredicto del pájaro Dodo. Encontraron que la eficacia de la psicoterapia cognitiva y conductual está bien documentada en los estudios, pero no presenta una superioridad significativa frente a otras psicoterapias o farmacoterapias. Las terapias psicodinámicas de tiempo limitado y las humanistas no están tan bien documentadas en cuanto a su eficacia diferencial.

La conclusión a la que podemos llegar a partir de toda la información proporcionada por la gran cantidad de investigaciones dedicadas a estudiar la eficacia diferencial de tratamientos nos lleva, nuevamente, hacia la explicación de los efectos psicoterapéuticos principalmente por los factores comunes existentes entre las diferentes modalidades terapéuticas más que por técnicas específicas o factores diferenciales (por ejemplo, Botella et al., 2000; Lambert y Bergin, 1994). Los factores comunes son definidos como aspectos compartidos por todas las psicoterapias (tales como variables del terapeuta, variables del cliente y variables del proceso terapéutico). Estos factores se consideran condiciones necesarias y suficientes para explicar el mayor porcentaje de la mejoría del cliente (Patterson, 1984, citado en Lambert y Bergin, 1994) y como ingredientes activos de la terapia (Garfield, 1991 citado en Lambert y Bergin, 1994).

Sin embargo, algunos autores (Stiles et al., 1986) apuntaron a limitaciones metodológicas tales como la falta de operacionalización de las variables influyentes para explicar, en parte, la equivalencia de resultados. El desarrollo de manuales terapéuticos y el estudio de la eficacia terapéutica diferencial en trastornos distintos son las principales aportaciones que se realizaron para aumentar la complejidad y sistematización de las metodologías de los estudios comparativos de la eficacia de los tratamientos.

En los últimos años se han realizado numerosas investigaciones con el objetivo de estudiar la eficacia diferencial en función de los trastornos específicos de los pacientes (Lambert et al., 1997; Seligman, 1995). Barlow (1996) considera que hay datos suficientes como para afirmar que existe una diferencia en la eficacia de las distintas modalidades de tratamiento para una diversidad de trastornos. En el trabajo de Smith et al. (1980) también se afirmaba la mayor eficacia de algunas terapias con pacientes con trastornos concretos. Fruto del interés por demostrar la eficacia de modalidades de tratamiento concretos en trastornos específicos en 1995, en el seno de la división 12 de la APA, se constituyó la *Task Force on the Dissemination of Psychological Procedures*.

Respecto a la eficacia de los tratamientos en trastornos concretos, Lambert et al. (1997) citaron los estudios de Shapiro y Shapiro (1982, citados en Lambert et al., 1997) que evidenciaban la ausencia de efectos diferenciales significativos entre tratamientos en trastornos mentales específicos. Lambert et al. (1997) afirmaron que los resultados de estas investigaciones todavía eran ambivalentes. Del mismo modo, Seligman (1995) no encontró ninguna modalidad de tratamiento psicoterapéutico que fuese mejor que otra para pacientes con trastornos específicos.

Los resultados presentados en la literatura parecen indicar que la tendencia actual en los estudios de eficacia diferencial consiste en concretar las variables a tener en cuenta para encontrar qué tipo de tratamiento realizado por qué tipo de terapeuta es más eficaz para este individuo con su problema específico.

Como se comentaba en otro trabajo (Botella et al., 2000), parece necesario un cambio en referencia al objeto de estudio de la investigación en psicoterapia, y de este modo pasar a centrarse más en las similitudes que en las diferencias entre las distintas formas de terapia; es decir, explorar y profundizar en el conocimiento de los factores comunes a las diferentes orientaciones que explican la mayor parte del cambio terapéutico.

1.4. Factores que explican el cambio terapéutico

La investigación de Lambert (1986), identificaba que del total del cambio que experimenta el paciente en psicoterapia: (a) un 40% se debe a factores extraterapéuticos; (b) un 30% se debe a factores comunes; (c) un 15% es resultado de las técnicas aplicadas en la terapia; y (d) otro 15% proviene del efecto placebo (ver Figura 1).

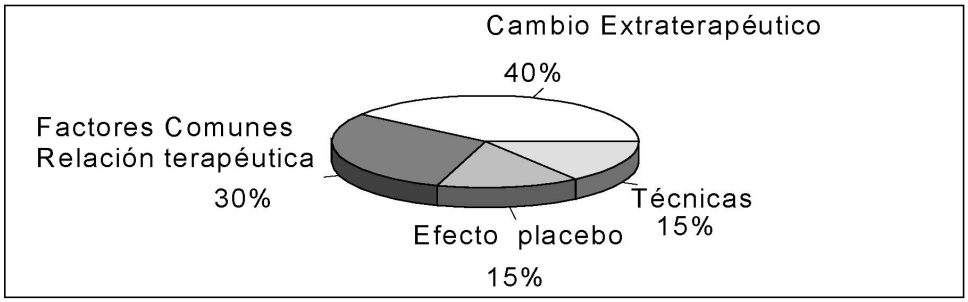


Figura 1: *Factores que explican el cambio terapéutico (Lambert, 1986; 1992).*

Los diferentes factores de la investigación citada responden a los siguientes conceptos:

1.4.1. Cambio extraterapéutico

El cambio extraterapéutico se define como las variables del paciente y de su contexto relacional, independientes de la terapia. Las variables del paciente que se han considerado con más frecuencia en la investigación son: la severidad del trastorno (físico o psicológico), la motivación, la capacidad de relacionarse, la fuerza del ego, la disposición psicológica y la habilidad para identificar un problema concreto (Asay y Lambert, 1999). Garfield (1994) concluyó que algunas variables del paciente (por ejemplo, el grado de motivación y las expectativas de mejora) se pueden cambiar con cierta facilidad en terapia, mientras que otras son más estables (por ejemplo, los estilos de personalidad).