Investigación en Psicoterapia: El Estado de la Cuestión

Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación Blanquerna

Universidad Ramon Llull

Barcelona

Este trabajo se centra en una revisión exhaustiva y actualizada de las investigaciones de resultados y de procesos psicoterapéuticos publicadas durante las últimas décadas. La evaluación de la eficacia de la psicoterapia resulta fundamental por varios motivos, tal y como afirmábamos en un trabajo anterior (Botella y Feixas, 1994). En primer lugar, el compromiso ético de la comunidad de psicoterapeutas con la mejora y optimización de la salud mental de sus pacientes hace que sea necesario disponer de evidencias contrastadas sobre los efectos terapéuticos de los tratamientos psicológicos. En segundo lugar, la inclusión de los servicios psicoterapéuticos en sistemas de salud públicos o privados requiere la justificación social de la rentabilidad del gasto que generan. En tercer lugar, el avance de la psicoterapia como disciplina científica depende del contraste empírico de las modalidades de intervención propuestas desde las diferentes perspectivas teóricas.

EFICACIA DE LA 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 eventuales efectos iatrógenos de la psicoterapia; y (e) el número de sesiones necesarias para experimentar mejoras.

Eficacia General de la Psicoterapia

La revisión clásica de Eysenck (1952) sobre la eficacia de la psicoterapia cuestionó seriamente la utilidad del tratamiento psicológico no conductual, dado que parecía demostrar que el efecto de la psicoterapia era inferior incluso al de la remisión espontánea de los pacientes que no recibían ningún tratamiento. A pesar de los graves sesgos metodológicos del trabajo citado (véase Feixas y Miró, 1993), sirvió de revulsivo para la posterior oleada de investigaciones que tenían como objeto invalidar tales conclusiones. Como resultado de la gran cantidad de estudios llevados a cabo en las décadas de los 70 y 80, se llegó al consenso de que la psicoterapia es más eficaz que la remisión espontánea (Feixas y Miró, 1993; Lambert, 1986).

Los estudios que avalan la eficacia genérica de la psicoterapia en comparación con los tratamientos placebo o la ausencia de tratamiento son cientos, y recogen miles de datos de pacientes y terapeutas de diversas procedencias nacionales. Entre las revisiones más importantes sobre el tema se cuentan 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 (por ejemplo la de Smith, Glass, y Miller, 1980) se basan en estudios metaanalíticos que incluyen más de 25,000 sujetos. En general, como destaca Lambert (1986) la conclusión que se obtiene de tales estudios es que la persona que sigue una psicoterapia mejora más que el 80% de la muestra no tratada. Así mismo, el porcentaje de pacientes que mejoran como resultado de la terapia se cifra entre un 65% y un 70% (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Whiston y Sexton, 1993), mientras que la remisión espontánea no supera el 40%. Estudios recientes sobre la eficacia de la psicoterapia en condiciones clínicas han encontrado un tamaño del efecto inferior a los resultados obtenidos en los estudios metaanalíticos, pero aún así los efectos positivos de la psicoterapia son significativos (Shadish, 1997).

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.

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 comprobado 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, Glass y Miller, 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).

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).

Efectos Iatrógenos 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 et al., 1977). También las actitudes negativas del terapeuta hacia el paciente (desagrado, falta de respeto, baja empatía) han demostrado afectar al deterioro del paciente durante la terapia.

Número de Sesiones Necesarias para Experimentar Mejoras

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%. 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, et al., 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. 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.

Sin embargo, de estos resultados no se deduce en ningún caso que las únicas terapias eficaces sean las terapias breves. Puede ocurrir que la persona que ya experimentó cambios significativos en fases iniciales de la terapia siga elaborándolos con el terapeuta, o que en sesiones posteriores se den nuevos cambios también significativos para la persona. La decisión de finalizar un tratamiento psicoterapéutico debería provenir del consenso entre terapeuta y paciente sobre cuándo se ha llegado a una consolidación de los progresos experimentados, de forma que tales progresos sirvan como fundamento de otros que el paciente pueda lograr sin la ayuda y supervisión del terapeuta.

El único caso en el que la psicoterapia debería ser necesariamente breve es aquél en que el paciente no haya experimentado cambios durante las sesiones iniciales. En estos casos y a la vista de los resultados que hemos expuesto, prolongar la psicoterapia en las mismas condiciones en las que se está llevando a cabo pone en tela de juicio el compromiso ético del terapeuta con su paciente que va a estar costeando unas sesiones que, en el mejor de los casos, no le van a beneficiar.

EFICACIA DIFERENCIAL DE LAS PSICOTERAPIAS

Una vez demostrada la eficacia de la psicoterapia, se abrió el debate para determinar qué orientación teórica era superior a las demás. La investigación se centró entonces en intentar determinar empíricamente hasta qué punto todas las psicoterapias eran equivalentes o, en caso de no ser así, cuál de ellas era mejor que las demás. Como resultado, Luborsky, Singer y Luborsky (1975) resumían la imposibilidad de establecer un vencedor recurriendo al veredicto del pájaro Dodo en *Alicia en el País de las Maravillas*: "todos han ganado y todos merecen premio".

En este apartado se consideran los resultados de los estudios llevados a cabo con objeto de responder 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 toman en consideración los resultados de las investigaciones cuyo objetivo se centraba en correlacionar el éxito de la terapia con determinadas técnicas terapéuticas. Por último, se discuten los resultados que presentan algunas experiencias del paciente en sesión como predictoras del éxito de la psicoterapia.

Superioridad Relativa de los Modelos Psicoterapéuticos Investigados

Ningún modelo teórico (de los más de 130 evaluados) supera a los demás en términos genéricos (véanse Lambert y Bergin, 1992; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky et al., 1975; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, y Whipple, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980; Stiles, Shapiro, y Elliott, 1986). Tanto la investigación metaanalítica de Smith et al. (1980), que incluía 475 estudios con más de 78 formas de psicoterapia, como otras investigaciones más restrictivas inciden en la misma conclusión: no hay un vencedor claro en la competición entre diferentes modelos psicoterapéuticos. Este resultado se mantiene en estudios recientes (por ejemplo Castonguay et al., 1996; Miller, Duncan, y Hubble, 1997; Wampold et al., 1997), lo que cuestiona la crítica que se basaba en supuestos defectos metodológicos de las investigaciones clásicas. La conclusión que se extrae de todo ello es que, a pesar de las pretendidas diferencias en cuanto a ingredientes activos, todas las formas de psicoterapia que han demostrado su eficacia funcionan debido sobre todo a los factores comunes entre ellas. A la luz de estos resultados, la investigación sobre las diferencias entre las distintas orientaciones psicoterapéuticas ha dejado de tener sentido. Se hace necesario un cambio de

mentalidad en referencia al objeto de estudio de la investigación en psicoterapia, para pasar a focalizar más en las similitudes que en las diferencias entre distintas formas de terapia, es decir, en los factores comunes a las diferentes orientaciones que explican la mayor parte del cambio terapéutico.

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 explican el cambio terapéutico (Lambert, 1986; 1992)

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

1· Cambio extraterapéutico: 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).

Otro factor que se ha estudiado ampliamente como factor de cambio extraterapéutico es la fuerza de la red de apoyo social. Se ha destacado sobre todo su papel en la remisión espontánea de los síntomas (Andrews y Tennant, 1978; Lambert, 1976; Mann, Jenkins y Belsey, 1981). El hecho de que muchos pacientes mejoren sin haber participado en ningún proceso psicoterapéutico formal pone en evidencia una vez más la importancia de los elementos de apoyo del entorno natural de las personas (amigos, familia, compañeros de trabajo...).

2· Factores comunes: Variables compartidas por todas las terapias. La documentada revisión de Kleinke (1994) recoge nueve propuestas de factores comunes, con un total aproximado de una treintena de tales factores. Algunos ejemplos de este tipo de factores comunes son una relación terapéutica segura, la experiencia correctiva o la atmósfera de apoyo que se crea en cualquier tipo de terapia eficaz.

3· Técnicas: Procedimientos específicos de cada terapia. Puesto que la relevancia percibida por el paciente de las tareas que lleva a cabo en psicoterapia correlaciona de forma significativa con el resultado de dicha psicoterapia (Horvath y Greenberg, 1989) es lícito considerarlas también como un factor explicativo del cambio psicoterapéutico. Sin embargo, justamente este resultado indica que el efecto de las técnicas psicoterapéuticas como factores de cambio depende de la interrelación entre el paciente y la aplicación de determinadas técnicas o estrategias por parte del terapeuta, no de las técnicas en sí.

4· Efecto placebo: Expectativas del paciente de recibir ayuda, credibilidad de las técnicas percibida por el paciente.

Si se tiene en cuenta que tanto el cambio extraterapéutico como el efecto placebo dependen de variables del paciente y explican un 55% del cambio total, mientras que los factores comunes y las técnicas se refieren a los elementos propios de la terapia (y explican un 45% del cambio), se puede concluir que es el paciente quien más contribuye al éxito de la terapia. En esta línea, Mallinckrodt (1996) afirma que la percepción del paciente en cuanto al incremento del apoyo social extraterapéutico contribuye a la reducción sintomática en mayor medida incluso que la consolidación de la alianza terapéutica. Ello hace que sea necesario identificar cuáles son las variables del paciente que contribuyen al cambio terapéutico, sin obviar por supuesto las variables del

terapeuta y las de la relación terapéutica que también han demostrado contribuir al éxito de la terapia.

Variables que Contribuyen a un Buen Pronóstico de la Terapia

1. Variables del Paciente

Autores como Craig y Andrews (1985), Garfield (1986) y Winter (1992) han estudiado las variables del paciente que resultan relevantes en cuanto a un buen pronóstico de la psicoterapia. El grupo más propenso a beneficiarse del tratamiento psicológico es el que reúne las siguientes características:

(a) Personas jóvenes, atractivas, con facilidad verbal, inteligentes, exitosas, de raza blanca, de nivel sociocultural medio−alto y diagnosticadas como neuróticas (Garfield, 1986), sin que el género sea una variable significativa. Beutler y Clarkin (1990) y Schülte (1985) plantean dudas razonables respecto a la validez de las clasificaciones nosológico−psiquiátricas para la predicción de la eficacia psicoterapéutica, pero parece ser que los niveles bajos de patología y la ausencia de rasgos psicóticos contribuyen al éxito de la psicoterapia (Feixas y Miró, 1993).

(b) Con un *locus* de control interno y elevadas expectativas de autoeficacia−−que influyen también en que atribuyan la mejora terapéutica a sus propios recursos (Craig y Andrews, 1985; Lachman y Weaver, 1998; Lambert y Bergin, 1994).

(c) Que se conciben a sí mismas con el síntoma como alejadas de su ideal (Caine et al., 1988), cosa que puede influir en el aumento de la motivación para el cambio.

(d) Con una correlación negativa entre la construcción del *self* antes de la aparición del síntoma y la del *self* actual. La presencia de una correlación positiva entre el *self* antes de la aparición del síntoma y el *self* ideal también favorece la motivación para el cambio sintomático (en pacientes con trastornos anoréxicos y agorafóbicos) (véase Winter, 1992).

2. Variables del Terapeuta

Las variables del terapeuta que han demostrado influir en el resultado de la psicoterapia son las siguientes: (a) El bienestar emocional; (b) Poseer un sistema de valores y de constructos similar al de sus pacientes (Beutler et al., 1986; Landfield, 1971)−−según Torrey (1972), el hecho de que terapeuta y paciente compartan sus creencias acerca de las causas y el tratamiento de los trastornos psicológicos es un pre−requisito para que una terapia resulte exitosa; (c) Tener capacidad de influencia social y aplicar las técnicas que usa con competencia (Beutler et al., 1986); (d) Capacidad, evaluada por el paciente, de ayudar a éste a entender sus problemas (Sloane et al., 1975); (e) Capacidad, evaluada por el paciente, de animar a éste a practicar gradualmente el enfrentamiento con las situaciones problemáticas (Sloane et al., 1975); (f) Capacidad de comprensión, evaluada por el paciente (Sloane et al., 1975); (g) Capacidad, evaluada por el paciente, de fomentar su autocomprensión (Sloane et al., 1975).

3. Variables de la Relación Terapéutica

La relación terapéutica es importante tanto para el proceso terapéutico como para el resultado de éste. De hecho, la mayoría de autores−−al margen de cuál sea su enfoque terapéutico−−coinciden en la idea de que "una relación positiva entre los pacientes y sus terapeutas es una condición necesaria para la eficacia de la psicoterapia" (Brykczynska, 1990, p. 179). A continuación presentamos los principales resultados obtenidos en la investigación sobre la influencia de la alianza terapéutica respecto al resultado de la terapia.

En primer lugar, la revisión de investigaciones sobre la correlación entre el proceso de la psicoterapia y su resultado, llevada a cabo por Orlinsky y Howard (1986), concluía que la relación terapéutica está más

relacionada con la mejoría del paciente que las técnicas utilizadas por el terapeuta. En segundo lugar, el estudio metaanalítico de Hovarth y Symonds (1991) a partir de 24 investigaciones, permite concluir que la alianza terapéutica (evaluada por el paciente) es la variable con mayor capacidad predictiva en cuanto al éxito de la terapia en todas las modalidades de tratamiento y poblaciones (Raue, Goldfried, y Barkham 1997). Horvath y Greenberg (1986) encontraron que, tras sólo la segunda o tercera sesión, la fuerza de la alianza terapéutica explicaba entre un 30% y un 45% de la variancia total del resultado final de la terapia. En tercer lugar, las evaluaciones de la alianza terapéutica en las primeras etapas de la terapia predicen mejor el éxito de ésta que las más tardías (Raue, Goldfried, y Barkham 1997). Finalmente, en cuarto lugar, las condiciones facilitadoras rogerianas parecen fomentar el seguimiento del tratamiento terapéutico, pero no queda demostrado que contribuyan unilateralmente a la mejora del paciente (Sexton y Whiston, 1994).

Según las investigaciones de Dunkle y Friedlander (1996) el nivel de experiencia del terapeuta no predice el buen establecimiento de la alianza con el paciente. Según estos autores, los elementos que sí predicen el establecimiento de la alianza con el paciente en las primeras fases del tratamiento son: (a) el grado de comodidad del terapeuta con las relaciones de intimidad; (b) la baja hostilidad y (c) el elevado apoyo social.

Técnicas que Correlacionan (o no) con el Éxito de la Terapia

Entre las técnicas no relacionadas con resultados positivos se encuentran las siguientes: (a) afirmaciones exploratorias destinadas a clarificar experiencias o significados del paciente (Orlinsky y Howard, 1986); (b) respuestas−reflejo del terapeuta destinadas a comprobar su comprensión del paciente (Orlinsky y Howard, 1986); y (c) focalización en el aquí y ahora (puede ser perjudicial en condiciones de baja empatía) (Orlinsky y Howard, 1986).

Por otro lado, entre las técnicas relacionadas con resultados positivos encontramos: (a) focalización en el problema motivo de demanda (Orlinsky y Howard, 1986); (b) fomento de la independencia del paciente (Luborsky, Crits−Chistoph, Mintz, y Auerbach, 1988); y (c) fomento de la capacidad reflexiva del paciente (Angus y Hardtke, 1994; Rennie, 1992).

Experiencias Intrasesión del Paciente que Mejor

Predicen el Éxito Final de la Terapia

Por "experiencias del paciente" se entiende "sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos durante, y en referencia a, las sesiones de terapia" (Elliott y James, 1989, p.444). Los principales resultados de las investigaciones al respecto son los siguientes: (a) de los cinco tipos de cambio intrasesión más estudiados (cambio en niveles de ansiedad, cambio en niveles de depresión, cambios cognitivos, cambios en niveles de optimismo y cambios en la alianza terapéutica) los que mejor predicen el resultado global de la terapia son los cambios cognitivos y la fuerza de la alianza terapéutica (Gorman, Safran, Twining, Wallner, y Winston, 1995); (b) la implicacón activa del paciente ha demostrado estar significativamente relacionada con el éxito de la terapia, en particular el desarrollo de una actitud de resolución de problemas y la participación en actividades conducentes a dominar la situación problemática (Luborsky et al., 1988); (c) la creación y el mantenimiento de expectativas positivas de cambio ha demostrado estar significativamente relacionada con el éxito de la terapia (Luborsky et al., 1988); (d) experimentar un amplio rango de emociones, en lugar de sólo unas pocas, ha demostrado estar significativamente relacionado con el éxito de la terapia (Luborsky et al., 1988); (e) el *insight* y la auto−exploración sólo han demostrado estar significativamente relacionados con el éxito de la terapia en el caso de que estén conectados con el motivo de demanda (Luborsky et al., 1988).

SELECCIÓN DE PACIENTES Y TRATAMIENTOS

La revisión de las investigaciones disponibles sobre las variables influyentes en el éxito terapéutico ha permitido la formulación de distintas propuestas de selección de tratamientos.

El trabajo de Beutler y colaboradores (Beutler, 1983; Beutler y Clarkin, 1990) propone una selección basada en tres ingredientes fundamentales en el proceso psicoterapéutico. El primer ingrediente hace referencia a los estilos psicoterapéuticos y supone una sistematización de los modelos existentes en términos de dimensiones bipolares de intervención: directiva/no−directiva, centrada en el síntoma/centrada en el conflicto, etc. El segundo se refiere a las características del paciente, seleccionando variables como la severidad del síntoma, el potencial de resistencia o reactancia y el estilo de afrontamiento (ver Beutler, 1992). El tercer componente de este modelo propone un emparejamiento de estilos terapéuticos con variables del paciente. La sistematización de la selección de tratamientos planteada por Beutler y Clarkin (1990) se divide en siete fases secuenciales:

- Evaluación del paciente mediante el estudio del contexto cultural, el diagnóstico, el entorno (estresores y recursos ambientales), las metas del tratamiento y las estrategias de afrontamiento.
- Evaluación de los posibles contextos, modalidades y formatos de tratamiento, teniendo en cuenta la frecuencia y duración de este.
- Evaluación de la compatibilidad y "encaje" entre terapeuta y paciente.
- Métodos de inducción de rol para favorecer el establecimiento y el mantenimiento de la alianza terapéutica.
- Selección de metas focales de cambio orientando el tratamiento al conflicto o al síntoma.
- Selección del nivel de intervención (inconsciente, emocional, cognitivo o conductual) y de las metas terapéuticas a medio plazo.
- Conducción de la psicoterapia.

La selección de tratamientos está guiada por esquemas conceptuales de carácter general acerca de la naturaleza del cambio y de cómo producirlo terapéuticamente. Beutler y Clarkin (1990) consideran las terapias directivas como las más indicadas para los pacientes con bajo potencial de resistencia. El resultado es un esquema conceptual que indica la combinación de enfoques terapéuticos con tipos de paciente. Una aproximación a tales esquemas se presenta en la Tabla 2.

	Potencial de Resistencia Alto	**Potencial de Resistencia Bajo**
Estilo de Afrontamiento Internalizador	Terapias no−directivas centradas en el conflicto (por ejemplo: psicoanalítica, rogeriana)	Terapias directivas centradas en el conflicto (por ejemplo: guestáltica)
Estilo de Afrontamiento Externalizador	Terapias no−directiva centradas en el síntoma (por ejemplo: paradójica, autoayuda)	Terapias directivas centradas en el síntoma (por ejemplo: conductual, cognitiva)

Tabla 2. Tipo de psicoterapia a emplear según el potencial de resistencia y estilo de afrontamiento del paciente (Beutler y Clarkin, 1990).

Por su parte, la propuesta de Winter (1990, 1992) es una aportación constructivista al eclecticismo técnico sistemático que fundamenta la selección del modelo de terapia en función del tipo de paciente. Winter (1990, 1992) ha estudiado un conjunto de características de los pacientes tales como el sistema de constructos, la consistencia lógica, la centralidad de los constructos relacionados con los síntomas, la construcción del problema y la visión que el paciente tiene del terapeuta. Estas variables del paciente hacen aconsejable aplicar un tipo de psicoterapias *introspectivas* o bien *extraspectivas*. Según la clasificación de Rychlak (1968) las primeras se centran en la construcción del paciente y promocionan la auto−exploración (por ejemplo, psicoterapias dinámicas), mientras que las segundas enfatizan el marco que propone el terapeuta y utilizan procedimientos directivos (por ejemplo, terapia de conducta). Winter (1990, 1992) propone los criterios para seleccionar a los pacientes para un tipo u otro de terapia que se presentan en la Tabla 3.

Pacientes para Psicoterapias Introspectivas	Pacientes para Psicoterapias Extraspectivas
• sistema de constructos laxo • baja consistencia lógica • los constructos relacionados con los síntomas son poco centrales • construyen sus problemas en términos psicológicos • el terapeuta es visto como alguien distinto al médico • valores radicales	sistema de constructos rígido alta consistencia lógica los constructos relacionados con los síntomas son centrales construyen sus problemas en términos médicos o somáticos el paciente equipara el terapeuta al médico de cabecera valores conservadores

Tabla 3. Esquema para la selección de pacientes según la propuesta de Winter (1990, 1992). (Tomado de Feixas, 1992).

Hasta este momento, hemos centrado la atención en las conclusiones de las investigaciones sobre resultados que se han llevado a cabo en el ámbito de la psicoterapia. Tal y como señalan Feixas y Miró (1993), de ellos se desprenden una serie de repercusiones que no pueden obviarse y que dichos autores resumen en los siguientes:

(a) Fomento de un cambio de actitud entre los terapeutas de distintas orientaciones dado que ninguna de ellas ha demostrado ser superior a las demás. Tal cambio de actitud debería acompañarse de una mentalidad más abierta respecto a los otros modelos.

(b) Como consecuencia de esta mayor apertura hacia las distintas formas de psicoterapia, se hace necesario trascender las fronteras establecidas entre cada una de ellas. De este modo empieza el interés por el movimiento integrador. Este interés en la integración permite el diálogo orientado a la búsqueda de un nuevo marco que vaya más allá de las posturas ideológicas de cada escuela en particular.

(c) En vista de los resultados de los numerosos estudios sobre la eficacia de la psicoterapia (y aun teniendo en cuenta que siguen realizándose), el interés de las investigaciones deriva en el estudio de los micro−procesos que se dan en psicoterapia y, en definitiva, en la búsqueda de aquello que la hace eficaz. Este punto se desarrolla con más detalle a continuación.

EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

Así como la investigación de resultados tiene que ver con el "qué", la investigación de procesos tiene que ver con el "cómo". Más concretamente, el interés principal de la investigación de procesos consiste en identificar aquellos aspectos que es probable que contribuyan al cambio en psicoterapia (Greenberg y Pinsof, 1986). En palabras de estos últimos autores: "El objetivo de la investigación de proceso es identificar los procesos de cambio que tienen lugar en la interacción entre paciente y el terapeuta" (Greenberg y Pinsof, 1986, p. 18).

Como se ha mencionado con anterioridad, a la luz de investigaciones recientes la investigación diferencial entre las formas de terapia ha dejado de tener sentido (excepto en el caso de terapias nuevas que no hayan demostrado su eficacia). En consecuencia, vamos a abordar a continuación la investigación sobre factores comunes que se ha llevado a cabo hasta el momento desde la investigación del proceso psicoterapéutico. Estas investigaciones se han centrado sobre todo en (a) el estudio de la experiencia subjetiva del paciente, (b) el estudio de los factores de proceso que, desde la perspectiva del paciente y del terapeuta, explican el éxito de la psicoterapia, y (c) la investigación del papel de la alianza terapéutica.

Experiencias Subjetivas de los Pacientes en Terapia

En este apartado destacan las aportaciones de Rennie (1990, 1992, 1994a, 1994b, 1994c, 1995; Angus y Rennie, 1989) sobre la influencia del paciente en el proceso psicoterapéutico. Como señalan Maione y Chenail (1999) las investigaciones de Rennie presentan al paciente como un agente activo que piensa y reflexiona durante el proceso psicoterapéutico. Por ejemplo, Rennie (1992) analizó las experiencias de los pacientes en terapia y comprobó que muestran un proceso de pensamiento activo durante las sesiones, por lo que identificó la "reflexividad del paciente" como lo más característico de sus experiencias en terapia.

Atribución del Cambio Terapéutico desde la Perspectiva del Paciente

Tradicionalmente, las investigaciones se han centrado en las teorías de los terapeutas sobre el cambio. No obstante, también las teorías de los pacientes influyen en el curso de la terapia. Hooch afirmaba ya en 1955 que

Hay algunos pacientes a quienes les gustaría someterse a un procedimiento terapéutico cuyos fundamentos teóricos concordaran con sus propias ideas sobre el funcionamiento psíquico. Creemos que sería provechoso explicar las ideas de los pacientes sobre la psicoterapia y lo que esperan de ella. (p. 322)

En esta línea, Sloane et al. (1975) encontraron que cuando se preguntaba a los pacientes acerca de los elementos que consideraban importantes en su mejoría, casi todos ellos respondían haciendo referencia a cualidades generales de los terapeutas. De hecho, como afirma Brykczynska (1990), la construcción que hace el paciente sobre su terapeuta es uno de los principales componentes de la relación terapéutica.

Por otro lado, los pacientes también explican el cambio terapéutico relacionado con la exploración de reacciones problemáticas como asociado a procesos complejos de reflexión y cuestionamiento con el objeto de conocerse y comprenderse mejor. Esta categoría nuclear se divide en las siguientes sub−categorías (Watson y Rennie, 1994): (a) operaciones del paciente (representación simbólica de la experiencia, auto−examen reflexivo, percepción de novedades, revisión del *self*); (b) Impetu de la sesión (alianza colaborativa con el terapeuta en el caso positivo, dificultades en la relación terapéutica en el caso negativo).

Atribución del Cambio Terapéutico desde la Perspectiva del Terapeuta

El éxito psicoterapéutico de las primeras sesiones es atribuido por los terapeutas a dos categorías básicas (Frontman y Kunkel, 1994): (a) Conciencia positiva de su propia intervención como terapeutas (basada en determinadas acciones o características de sus pacientes y en la autoevaluación de su actuación durante la sesión); y (b) Colaboración (evaluada sobre la base de la adhesión de los pacientes a las normas interaccionales, el establecimiento de una buena relación entre terapeuta y paciente/s y los progresos en la resolución de problemas).

La Relación Terapéutica

En la investigación sobre la relación terapéutica se han estudiado principalmente cinco factores: la alianza terapéutica, el impacto en el paciente de las autorrevelaciones del terapeuta, el manejo de los malentendidos entre terapeuta y paciente, el impacto en la relación terapéutica de los intervalos sin mejora terapéutica y las formas de potenciar la relación terapéutica.

1. Alianza Terapéutica

Según el documentado resumen de Horvath y Luborsky (1993) sobre la alianza terapéutica:

(a) Ésta correlaciona con las condiciones facilitadoras rogerianas (consideración, empatía, aceptación incondicional y congruencia) pero predice el éxito de la terapia mejor que dichas condiciones.

(b) Su capacidad para predecir el resultado de la terapia no depende de la duración de ésta, y se ha demostrado en terapias desde 4 hasta 50 sesiones. Tampoco depende de la orientación teórica de la terapia y se ha demostrado en terapias conductuales, cognitivas, sistémicas, gestálticas y psicodinámicas.

(c) En las primeras fases de la terapia, la respuesta del paciente se basa en su evaluación de si el terapeuta es atento, sensible, compasivo y capaz de ayudar. Más adelante se basa en los componentes cognitivos más evaluativos o colaborativos de la alianza y en la capacidad de establecer una relación recíproca.

(d) La vivencia de una relación colaborativa y participativa por parte del paciente es clave para el establecimiento y mantenimiento de la alianza.

(e) Las intervenciones focalizadas en advertir y cuestionar los patrones relacionales disfuncionales que se están reactivando en la terapia, si son aceptados por el paciente de forma colaborativa e implicada, contribuyen a reforzar la alianza.

(f) Las variables del paciente que dificultan el establecimiento de una buena alianza son: dificultades para establecer relaciones sociales, malas relaciones familiares, pocas esperanzas de éxito terapéutico, elevada defensividad y poca mentalidad psicológica.

(g) Las fases críticas para la alianza son dos: (1) desarrollo inicial en las 5 primeras sesiones; (2) cuestionamiento de los patrones de vida neuróticos del paciente (esta crisis se ha de superar para que la terapia continúe; el foco del terapeuta en las relaciones en lugar de en problemas concretos y la capacidad de paciente para responder manteniendo la implicación contribuyen a la superación de dicha crisis).

2. Impacto en el Paciente de las Autorrevelaciones del Terapeuta

Knox, Hess, Petersen y Hill (1997) estudiaron el impacto en el paciente de las autorrevelaciones del terapeuta. Mediante entrevistas a los pacientes concluyeron que las autorrevelaciones que los pacientes indicaron que les habían sido útiles eran aquellas que: (a) se daban cuando los pacientes conversaban sobre temas nucleares, (b) eran percibidas como un intento del terapeuta de normalizar la situación del paciente y (c) eran revelaciones de información personal no actual del terapeuta. Los autores del estudio concluyeron que, en estas condiciones, las autorrevelaciones del terapeuta resultaban en consecuencias positivas para el paciente y mejoraban la relación terapéutica.

3. Manejo de los Malentendidos entre Terapeuta y Paciente

Rhodes, Hill, Thompson y Elliot (1994) utilizaron una técnica de entrevista retrospectiva para analizar tanto los malentendidos entre terapeuta y paciente que se habían resuelto como los que no. Concluyeron que la fuerza de la relación terapéutica y el deseo del paciente de expresar sus sentimientos negativos referentes a no haberse sentido comprendido eran factores clave para la resolución del malentendido. Contrariamente, una relación terapéutica débil y la poca disposición del terapeuta a discutir o aceptar las reacciones negativas del paciente llevaron a varios pacientes a abandonar la terapia.

4. Impacto en la Relación Terapéutica de los Intervalos sin Mejora Terapéutica

Hill, Nutt−Williams, Heaton, Thompson y Rhodes (1996) entrevistaron a terapeutas que habían experimentado intervalos sin mejora terapéutica con pacientes que acabaron abandonando la terapia. Concluyeron que los terapeutas percibían que los intervalos sin mejora terapéutica tenían un impacto negativo en el paciente, en el terapeuta y sobre todo en la relación terapéutica. Los resultados de este y de otros estudios (por ejemplo, Diamond y Liddle, 1996) señalan la necesidad de intentar resolver abiertamente con el paciente los intervalos sin mejora terapéutica.

5. Formas de Potenciar la Relación Terapéutica

Puesto que, según Lambert (1992) la relación terapéutica es uno de los factores que explican un mayor porcentaje de cambio (un 30%) muchos investigadores se han esforzado en intentar concretar diferentes formas de potenciarla. Es más, como afirman Maione y Chenail (1999) las percepciones del paciente sobre la relación terapéutica influyen en gran medida en la terapia en curso y deberían tenerse en cuenta e incorporarse en cualquier proceso terapéutico, sea éste de la orientación teórica que fuere.

Tanto Bischoff, McKeel, Moon y Sprenkle (1996) como Joanides, Brigham y Joaning (1997) subrayan la importancia, para fomentar la calidad de la relación terapéutica, de que terapeuta y paciente se metacomuniquen sobre el proceso terapéutico en curso y presentan un tipo de entrevista con dicho objetivo. Así mismo, Shilts, Rambo y Hernandez (1997) utilizan las perspectivas del paciente sobre la terapia como parte del tratamiento. De esta forma, el terapeuta y el equipo de supervisión pueden ir encontrando nuevas formas de incorporar las necesidades del paciente al trabajo en terapia e incrementar así la fuerza de la relación terapéutica. De forma similar, Todd, Joanning, Enders, Mutchler y Thomas (1990) utilizan entrevistas etnográficas para incrementar el conocimiento de las expectativas de los pacientes en terapia familiar.

LA POLÉMICA DE LOS TRATAMIENTOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS

En 1995, en el seno de división 12 de la APA se constituye la *Task Force on the Dissemination of Psychological Procedures*. La intención inicial de este grupo es conseguir el reconocimiento sanitario de la psicoterapia por parte de la *Food and Drug Administration* mediante estos cuatro propósitos:

- Establecer los criterios para designar tratamientos eficaces específicos para problemas específicos.
- Generar dos listas de Tratamientos con Apoyo Empírico (TAEs) para problemas específicos: Bien Establecidos y Probablemente Eficaces.
- Diseminar estas listas entre los programas de doctorado y especialización en Psicología Clínica en los Estados Unidos.
- Incorporar los TAEs como guías para la acreditación de programas de formación y especialización en psicología clínica y *counseling*.

(La intención inicial era también ofrecer las listas de TAEs como guías para instituciones que subvencionan la psicoterapia, pero debido a presiones políticas esto no se ha hecho, al menos de momento).

Los criterios para la acreditación de un tratamiento como TAE son los siguientes:

Tratamientos Bien Establecidos

- Existencia de al menos dos estudios de grupo bien diseñados que demuestren la eficacia del tratamiento en una o más de las siguientes formas:
- El tratamiento es superior a los fármacos o a un placebo o a otro tratamiento.
- El tratamiento es equivalente a otro de eficacia probada con experimentos de suficiente potencia estadística (unos 30 sujetos por grupo).

O bien

- Un número elevado de experimentos de caso único (más de 9) que demuestren la eficacia del tratamiento. Estos estudios han de haber:

- Empleado buenos diseños experimentales y
- Comparado la intervención con otro tratamiento como en I.A.

Más criterios para I y II:

• Los experimentos se deben hacer con tratamientos manualizados. • Las características de las muestras de pacientes deben quedar claramente especificadas. • Los efectos del tratamiento deben ser demostrados por al menos dos investigadores o equipos de investigación diferentes.
Tratamientos Probablemente Eficaces
• Existencia de dos experimentos que demuestren que el tratamiento es más eficaz que un grupo control en lista de espera o bien • Uno o más experimentos que cumplan los criterios de Tratamientos Bien Establecidos nº I, III, y IV, aunque no el V. o bien • Un número pequeño de estudios de caso único (más de 3) que cumplan los criterios de Tratamientos Bien Establecidos nº II, III, y IV.

Argumentos a Favor y en Contra de los TAEs

Según Elliot (1998), los principales argumentos a favor del establecimiento y diseminación de una lista de TAEs son los siguientes: (a) se sabe mucho sobre el tema; (b) permitirán mejorar la atención al paciente, (c) permitirán influir sobre los responsables políticos; (d) fomentarán una mejor formación en psicoterapia, (e) fomentarán la investigación en psicoterapia; (f) los criterios utilizados son justos; (g) los criterios utilizados poseen valor heurístico.

Sin embargo, en su contra se puede argumentar que (a) los datos de eficacia son inadecuados; (b) la eficacia de la mayoría de tratamientos es relativa; (c) discriminan sistemáticamente a favor de determinados tipos de tratamiento, investigación y pacientes; (d) llevan implícitos procesos políticos arbitrarios; (e) inhiben la innovación clínica; (f) parten de criterios no validados de inclusión (demasiado rígidos en un sentido, demasiado laxos en otro); (g) están desconectados de la investigación en psicoterapia hasta la fecha; (h) los requisitos de especificidad diagnóstica deshumanizan el paciente; (i) la manualización de los tratamientos inhibe la creatividad del terapeuta.

Alternativas a los TAEs

Como alternativa a los tratamientos empíricamente validados y de acuerdo con las líneas sugeridas entre otros, por el *Institute for the Study of Therapeutic Change*, recomendaríamos lo siguiente: la investigación empírica ha demostrado reiteradamente que las cualidades personales del terapeuta (y determinadas variables del cliente) son mucho más determinantes para un buen resultado de la terapia que el modelo terapéutico empleado (Luborsky, Crits−Cristoph, McLellan, Woody, Piper, Liberman, Imber, y Pilkonis 1986). Por tanto, como afirman Bohart, O'Hara y Leitner (1998), lo que debe considerarse "tratamiento de elección" es el terapeuta, y no el enfoque terapéutico". La cuestión no es dictar que forma de terapia debe emplearse con cada cliente, sino asegurarse de que lo que el terapeuta hace con el cliente está siendo útil. El progreso y la eficacia de un tratamiento dado pueden evaluarse con instrumentos de los que ya disponemos, prestando una atención especial a aquellos factores que la investigación ha demostrado que contribuyen más a un buen resultado: incorporación de recursos del cliente, desarrollo de una alianza terapéutica firme, fomento de esperanzas y expectativas, etc. (Miller, Duncan y Hubble, 1997). Por supuesto las experiencias compartidas por los clientes pueden servir de base para el desarrollo de tratamientos más o menos estandarizados, aunque parece improbable poder llegar a manualizarlos teniendo en cuenta hasta qué punto su eficacia ha demostrado depender de las cualidades del terapeuta y del paciente.

CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Todo lo comentado hasta ahora nos lleva a la conclusión de que nos encontramos ante un punto crucial para el desarrollo de la psicoterapia. En estos momentos, y a partir de datos contrastados de la investigación empírica sabemos lo suficiente como para afirmar lo siguiente:

(a) La psicoterapia no es un tratamiento que se administre a un paciente cuya única colaboración haya de ser el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Por el contrario, la investigación empírica apoya cada vez con más claridad los postulados de las orientaciones psicológicas que han insistido siempre en considerar las variables del cliente y de la relación terapéutica como básicas en cuanto al cambio terapéutico. Los clientes en psicoterapia no son fundamentalmente diferentes de sus terapeutas. En tanto que seres humanos, todos compartimos una serie de procesos psicológicos básicos que nos orientan fundamentalmente hacia la anticipación de la experiencia y la atribución de sentido a nuestra vida. La psicoterapia incide básicamente en esos factores, y es por ello por lo que, más que un tratamiento, debería considerarse una forma de relación privilegiada al servicio de la planificación y puesta en práctica de formas de vida alternativas.

(b) Las diferentes psicoterapias funcionan sobre todo por lo que tienen en común, y sólo en un pequeño porcentaje por lo que cada una tiene de específico. Hoy en día disponemos de una gran evidencia de que, a pesar de las pretensiones de exclusividad de algunos modelos teóricos, todos ellos son eficaces en cuanto a su contribución al cambio terapéutico. Con todo, ciertamente algunas terapias son más eficaces con determinados clientes pero, de nuevo, esta eficacia diferencial no obedece a variables diagnósticas o psicopatológicas, sino básicamente al significado que el cliente atribuye a su situación y a la compatibilidad entre este y el que atribuye el terapeuta. En este sentido, los intentos de establecer listas de tratamientos "empíricamente validados" no pueden ser más desafortunados, dado que ignoran la ingente cantidad de datos de investigación hasta la fecha que indican que las variables relevantes en el cambio terapéutico corresponden fundamentalmente al cliente y a la relación, y sólo en un 15% a las técnicas utilizadas en el tratamiento en sí.

(c) Ante el panorama que abre la investigación en psicoterapia pasada y presente, pensamos que se abre ante nosotros un futuro que vendrá marcado por un creciente interés por las posturas integradoras en psicoterapia, la consolidación de la investigación de procesos como complementaria a la de resultados, la creciente incorporación de países tradicionalmente pobres en investigación en psicoterapia (como, desgraciadamente, el nuestro) a la comunidad internacional y, finalmente, por una nueva forma de concebir la psicoterapia que, informada por la investigación, lleve a nuestra disciplina a una visión de la relación terapeuta/cliente como una experiencia al servicio del desarrollo humano y no necesariamente como la curación de un enfermo mental.

Referencias

American Psychiatric Association (1982*). Psychotherapy Research: Methodological and efficacy issues*. Washinton. DC.: Autor.

Andrews, J.G., & Tennant, C. (1978). Life event stress and psychiatric illness. *Psychological Medicine, 8,* 545− 549.

Angus, L.E., & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology*, *35*, 190−203.

Angus, L.E., & Rennie, D.L. (1989). Envisioning the representational world: the client's experience of metaphoric expression in psychotherapy. *Psychotherapy*, *26*, 372−379.

Asay, T.P., & Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. Hubble, B. Duncan, y S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 23− 55).

Washington, D.C.: APA Press.

Beutler, L.E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach.* New York: Pergamon Press.

Beutler, L.E. (1992). La situación actual y las contribuciones de la investigación en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 1*, 203−228.

Beutler, L.E., & Clarkin, J.F. (1990). *Systematic treatment selection: toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.

Bischoff, R.J., Mckeel, A.J., Moon, S.M., & Sprenkle, D.H. (1996). Therapist−conducted consultation: Using clients as consultants to their own therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 22*(3), 359− 379.

Blanchard, E. B. & Andrasik, F. (1982). Psychological Assessment and Treatment of Headache: Recent Developments and Emerging Issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 859−879.

Bohart, A.C., O'Hara, M., & Leitner, L.M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research, 8*(2), 141−157.

Botella, L., y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido y J. García (Eds.), Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones (pp. 91−104). Valencia: Promolibro.

Brykczynska, C. (1990). Changes in the patient's perception of his therapist in the process of group and individual psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *53*, 179−184.

Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J., & Hayes, A.M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unic and common factors. *Journal of consulting and clinical psychology, 64,* 497− 504.

Craig, A. & 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.

Diamond, G., & Liddle, H.A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional family therapy. *Jornal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(3), 481− 488.

Dunkle, J.H., & Friedlander, M.L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, *43*(4), 456− 60.

Elliot, R. (1998). Editor's introduction: A guide to the Empirically Supported Treatments controversy. *Psychotherapy Research, 8(2),* 115−126.

Elliott, R.,y James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, *9*, 443−467.

Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Cpnsulting Psychology, 16*, 319−324.

Feixas, G. (1992). Constructivismo e integración en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia, 3 (12),* 101−108.

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós.

Feixas, G. y Botella, L. (En preparación). Integración en psicoterapia: Reflexiones y contribuciones desde la

epistemología constructivista.

Frontman, K.C., & Kunkel, M.A. (1994). A Grounded Theory of counselor's construal of success in the initial session. *Journal of Counseling Psychology, 41(4),* 492−499.

Garfield, S.L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd edition). New York: Wiley.

Garfield, S.L. (1994). Reserach on client variables in psichotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 190− 228). New York: Wiley.

Gorman, B., Safran, J., Twining, L., Wallner, L. & Winston, A. (1995). Linking in−session change to overall outcome in short−term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(4), 651−657.

Greenberg, L. S., & Pinsof, Eds., (1986). *The psychotherapeutic process: a research handbook*. New York: The Guildford Press.

Hill, C.E., Nutt−Williams, E., Heaton, K.J., Thompson, B.J., & Rhodes, R. (1996). Therapist retrospective recall impasses in long−term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology, 43*(2), 207− 217.

Hooch, P. (1955). Aims and limitations of psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 112*, 321− 327.

Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1986). The development of the working alliance inventory. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsoff (Eds.)., *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529−556). New York: Guilford Press.

Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223−233.

Horvath, A.O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Pychology, 51(4),* 561−573.

Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta−analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139−149.

Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose−effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist, 41*(2), 159−164.

Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. (1999). *The heart and soul of change*. Washington, D.C.: APA press.

Joanides, C.J., Brigham, L., & Joanning, H. (1997). Co−creating a more cooperative client−therapist relationship through a debriefing process. *American Journal of Family Therapy, 25*(2), 139− 150.

Kazdin, A.E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 95− 105.

Kleinke, C.L. (1994). *Common principles of psychotherapy.* Belmont CA: Wadsworth.

Knox, S., Hess, S.A., Petersen, D.A., & Hill, C.E. (1997). A qualitative analysis of client perceptions of the effects of helpful therapist self−disclosure in long−term therapy. *Journal of Counseling Psychology, 44*(3), 274− 283.

Lachman, M.E., & Weaver, S.L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well−being. *Journal of Personality and Social Psychology, 7*(3), 763− 773.

Lambert, M.J. (1976). Spontaneous remission in adult neurotic disorders: A revision summary. *Psychological Bulletin, 83,* 107− 119.

Lambert, M.J., Bergin, A.E. & Collins, J.L. (1977). Therapist indution deterioration in psychotherapy. En A.S. Gurman & A. M. Razin (Eds.). *Handboock of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 157−211). New York: Wiley.

Lambert, M. J. (1986). Implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner− Mazel.

Lambert, M. J. (1991). Introduction to psychotherapy research. In L. E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies* (pp. 1− 11). Washington, DC: American Psychological Association.

Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. In J. C. Norcross & M. V. Goldfried (Eds.), Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic Books.

Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. In D. K. Freedheim, H.J. Freudenberger, J.W. Kessler, S.B. Messer, D.R. Peterson, H.H. Strupp & P.L. Wachtel (Eds.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 360−390). Washington, DC: American Psychological Association.

Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. bergin and S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143− 189). New York: Wiley.

Lambert, M.J., Shapiro, D.A., & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 157−212). New York: Wiley.

Landfield, A.W. (1971). *Personal construct systems in psychotherapy*. New York: Wiley.

Luborsky, L., Crits−Cristoph, P., McLellan, T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B., Imber, S., & Pilkonis, P. (1986). Do therapists vary much in their success. Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry, 56,* 501−512.

Luborsky, L., Crits−Chistoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes.* New York: Basic Books.

Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, E. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everybody has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry, 32,* 995−1008.

Maione, P.V., & Chenail, R.J. (1999). Qualitative inquiry in psychotherapy: Research on the common factors. In M. Hubble, B. Duncan, & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 57− 88). Washington, D.C.: APA Press.

Mallinckrodt, B. (1996). Change in working alliance, social support, and psychological symptoms in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology, 43*(4), 448− 455.

Mann, A. H., Jenkins, R., & Belsey, E. (1981) The twelve−month outcome of patiens with neurotic illness in

general practice. *Psychological Medicine, 11,* 535− 550.

Miller, S.D. & Berman. (1983). The Efficacy of Cognitive Behavior Therapies: A Quantitative Rview of the Research Evidence. *Psychological Bulletin, 94*, 39−53.

Miller, S.D. , Duncan, B.L., & Hubble, M.A. (1997). *Escape from babel: Toward a unifying languaje for psychotherapy practice*. New York: W.W. Norton.

Nicholson, R.A., & Berman, J.S. (1983). . Is follow−up necessary in evaluating psychotherapy?. *Psychological Bulletin, 93*, 261− 278.

Orlinsky, D.E, & Howard, K.I. (1980). Gender and psychotherapeutic outcome. In A.M. Brodsky & R. Hare−Mustin (Eds.), *Women and psychotherapy: An assessment of reserach and practice* (pp. 3−34). New York: Guilford Press.

Office of Technology Assessment, 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. DC: U.S. Government Printing Office.

Orlinsky, D., & Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.

Quality Assurance Project. (1983). A treatment outline for depressive disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 17*. 129−146.

Raue, P.J., Goldfried, M.R., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic−interpersonal and cognitive−behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65(4)*, 582−587.

Rennie, D. (1990). Toward a representation of the client's experience of the psychotherapy hour. In G. Lietaer, J. Rombauts, & R. Van Balen (Eds.), *Client −centered and experiental therapy in the nineties* (pp. 155−172). Leuven, Belgium: Leuven University Press.

Rennie, D. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: The unfolding of reflexivity. In S. Toukmanian & D. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches*. (pp. 211−233). Newbury Park, CA: Sage.

Rennie, D. (1994a). Client's accounts of resistance in counseling: A qualitative analysis. *Canadian Journal of Counseling*, 28, 43−57.

Rennie, D. (1994b). Client's deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41 (4), 427−437.

Rennie, D. (1994c). Storytelling in psychotherapy: The Client's subjective experience. *Psychotherapy*, 31 (2), 234−243.

Rennie, D. (1995). Strategic choices in a qualitative approach to psychotherapy research, In L. Hoshmand & j. Martin (Eds.), *Research as praxis: Lessons from programmatic research in therapeutic psychology* (pp. 1998−220). New York: Teachers College Press.

Rhodes, R.H., Hill, C.E., Thompson, B.J., & Elliot, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstandibg events. *Journal of Counseling Psychology, 41*(4), 473− 483.

Rychlak, J. (1968). *A philosophy of science for personality theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Schülte, D. (1985). Indicación de métodos terapéuticos: Problemas en la práctica clínica y en la investigación. *Evaluación Psicológica, 1*, 267−281.

Sexton, T.L., & Whiston, S.C. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications, and research directions. *Counseling Psychologist, 22*, 6−78.

Shadish (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65 (7), 355−365.

Shapiro, D.A. & Shapiro, D. (1982). Meta−analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin, 92*, 581−604.

Shilts, L., Rambo, A., & Hernandez, L. (1997). Clients helping therapists find solutions to their therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 19*(1), 117− 132.

Sloane R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H., Yorkston, N.J., & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Stiles, W.B., Shapiro, D., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist, 32*, 752−760.

Todd, T.A., Joanning, H., Enders, L., Mutchler, L., & Thomas, F. (1990). Using ethnographic interviews to create a more cooperative client−therapist relationship. *Journal of Family Psychotherapy, 1*(3), 51− 63.

Torrey, E. (1972). *The mind game: Witchdoctors and psychiatrists*. New York: Emerson Hall.

Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta−analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes". *Psychological Bulletin, 122,* 203− 215.

Watson, J.C. & Rennie, D.L. (1994). Qualitative analysis of client's subjective experience of significant moments during the exploration of problematic reactions. *Journal of Counseling Psychology, 41(4),* 500−509.

Whiston, S.C., & Sexton, T.L. (1993). An overview of psychotherapy outcome research: Implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 24(1),* 43−51.

Winter, D. (1990). Therapeutic alternatives for psychological disorders: personal construct investigations in a health service setting. In G. J. Neimeyer, & R. A. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct theory (Vol. 1)* (pp. 89−116). Greenwich, CT: JAI.

Winter, D. (1992). *Personal construct psychology in clinical practice*. London: Routledge.