

¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?*

Alejandro Castro Solano* *

Resumen

Las psicoterapias psicológicas han tenido un importante desarrollo durante gran parte del siglo XX. Sin embargo, pese a la gran demanda de psicoterapia por parte de la sociedad, se sabe muy poco acerca de la validez de los tratamientos. Este trabajo revisa la literatura empírica referente a la efectividad y eficacia de las diferentes escuelas de psicoterapia. Se analizan los problemas relacionados con la construcción de diseños de investigación apropiados y la dificultad para trasladar los hallazgos de investigación a la práctica clínica concreta y a la gestión de políticas de salud. Se distinguen las investigaciones centradas en los resultados y en el proceso terapéutico, estableciendo la importancia de distinguir entre factores específicos y comunes a todas las escuelas de psicoterapia. Se sintetiza la validez empírica de los tratamientos clínicos para cada trastorno psicológico específico y las investigaciones realizadas para verificar la efectividad de los abordajes psicodinámicos, cognitivos, conductuales y experienciales.

Palabras claves: psicoterapia, eficacia, efectividad, tratamientos psicológicos

Abstract

Do psychotherapies really work?

Psychotherapies have been widely developed in the twenty century. However, even though people is demanding more amount of psychological treatments, little is known about the empirical validity of different psychological approaches. This study reviews empirical findings related to psychotherapy effectiveness and efficacy. Problems related to research designs and the difficulty to translate research into practice and health policies are emphasized. Differences between process and outcomes studies are remarked, considering the importance of common and non common factors in the efficacy of psychological treatments. Empirical findings regarding treatment of specific syndromes, symptoms and disorders are summarized as well as those regarding effectiveness and efficacy of psychodynamic, cognitive, experiential and behavior approaches.

Key Words: Psychotherapy, efficacy, effectiveness, psychological treatments

* El presente trabajo es parte del seminario de doctorado "Fundamento y eficacia de la psicoterapia" impartido en la Universidade Do sul de Santa Catarina (Brasil) en Julio/2001

** Doctor en psicología. E-mail: alito@fibertel.com.ar; Enviar correspondencia a: Jean Jaures 437 – 8vo. 19 (1215) Buenos Aires, Argentina.

¿Qué son las psicoterapias?

Raúl terminó de hablar con su mejor amigo. Le comentó que tenía dificultades con su esposa; su amigo le aconsejó, le dijo que haría él en esa situación. Raúl, respiró aliviado, su malestar ya era menor. Federico no puede parar de trabajar, la relación con su jefe no le deja dormir, ya que trabaja catorce horas diarias. Su terapia consiste en su infaltable cita con su personal trainer durante su horario de almuerzo. Eso es lo único que le permite sobrellevar su estresada vida de ejecutivo. Estela en cambio dice que cuando ella se siente mal de ánimo acude a su médico naturista para que le reestructure su dieta. Este le prepara unos tes especiales de hierbas y le regula los alimentos para mejorar su vitalidad y estabilizar la tensión emocional. En cambio, Mercedes que acaba de cumplir sus 80 años, comenta que cuando no se siente bien acude al sacerdote que la conoce hace más de 30 años. El la escucha y le confiesa los supuestos pecados que hace que mejore casi instantáneamente. ¿Resulta genuino considerar PSICOTERAPIAS a estos cuatro tipos de intervenciones? Muchos autores han establecido definiciones técnicas de las psicoterapias psicológicas (Poch y Avila Espada, 1998). El problema reside en poder distinguir esas intervenciones específicas de otras que no lo son. En estos cuatro episodios se pueden identificar dos elementos comunes. En primer lugar tenemos determinados trastornos anímicos en la persona, en segundo término se destaca la intervención de otra persona que tiene como objetivo aliviar o curar ese malestar. Existen dos cuestiones que hacen que las psicoterapias sean realmente tales. Uno está relacionado con el tipo de intervención de naturaleza psicológica. Esta es la razón por la cual toda intervención de base físico-química, responde a un modelo médico de la salud mental y queda fuera del campo psicológico. El otro aspecto está relacionado con el modelo teórico subyacente a la intervención. Todo acto psicoterapéutico parte de un modelo teórico del cual se derivan ciertas técnicas y estrategias que se aplican a personas en un contexto determinado. Dicho modelo sirve de guía para el entrenamiento del clínico que aplica ese conjunto de técnicas. La guía de todo el proceso está en relación con un concepto integrador acerca de la salud psíquica (Avila, 1994). Lo comentado es aquello que distingue precisamente la psicoterapia psicológica de cualquier otro tipo supuesto de tratamiento. Por lo tanto, aunque útiles para nuestros cuatro personajes, tanto el apoyo psicológico brindado por un amigo que recibió Raúl en un momento de crisis, la dieta naturista que regula los malestares de Estela, la gimnasia practicada por Federico para aliviar su estrés y el confesor de Mercedes, no pueden considerarse psicoterapias psicológicas.

¿En que difieren los principales modelos psicológicos?

El segundo aspecto a considerar es la pléyade de modelos teóricos que ocupa el campo de la psicología, dentro del ámbito de la intervención clínica. ¿Con cuantos conceptos de salud mental contamos? ¿La salud psíquica es simplemente la ausencia de sintomatología? ¿En que consiste sentirse bien psicológicamente? ¿Contamos con

una categorización acabada de los trastornos psicopatológicos? Precisamente no todos los modelos psicológicos enuncian de forma explícita un concepto de salud, pero si un concepto del enfermar o de cómo rehabilitar síntomas. La psicología durante años estuvo interesada por un abordaje patogénico de la salud psíquica de las personas y por lo tanto preocupada por estudiar los malestares y padecimientos y su posible solución (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Los expertos concluyen que existen alrededor de 400 escuelas de psicoterapia para adultos, 200 para adolescentes y alrededor de 300 síndromes y trastornos diferentes (Kazdin, 1994). Estas escuelas no solo difieren en conceptos teóricos, sino en la forma en que la psicoterapia debe ser administrada y en la intensidad o dosis de los tratamientos. Otros autores reducen la amplia oferta terapéutica a 17 formas genéricas en que pueden ser agrupadas esas escuelas (Goldfried y Wolfe, 1996). Si bien algunos abordajes fueron diseñados específicamente para trabajar sobre determinada sintomatología (por Ej. el auge de las psicoterapias conductuales cognitivas para tratar las fobias específicas), en la actualidad existe un creciente consenso acerca de la especificidad de los abordajes psicológicos, en función no solo del tipo de cuadro psicopatológico, sino en relación con el curso del trastorno y en función del contexto en el que está inmersa la persona (Millon, 1996; Roth y Fonagy, 1996). Excepto en los modelos más ortodoxos, los autores coinciden en la necesidad de integrar diferentes teorías y abordajes en función de las variables mencionadas. En la práctica clínica muy pocos terapeutas utilizan las psicoterapias en su forma pura, aunque el tratamiento en términos generales esté anclado en un modelo teórico determinado (Bergin y Garfield, 1994). Según la categorización realizada por Roth y Fonagy (1996) es posible reducir la amplia variedad de abordajes psicoterapéuticos a 6 modelos de intervención:

- **Psicoterapia psicodinámica.** Este modelo se caracteriza por dirigir las acciones terapéuticas a reestructurar la personalidad de los pacientes y no tanto a la remoción de la sintomatología clínica. Este abordaje considera que el entendimiento de los problemas emocionales trae como consecuencia el cambio psicológico y la mejoría clínica. Por lo tanto, son tratamientos dirigidos al insight, siendo la meta principal la resolución de los conflictos inconscientes. La técnica más utilizada es el uso de la interpretación de las verbalizaciones del paciente en la sesión. Algunas escuelas psicodinámicas más modernas focalizan en el patrón relacional que se establece en la sesión (transferencia) y lo entienden como la vehiculización de estados mentales internos, actitudes y creencias de los pacientes. El terapeuta en este modelo ocupa un rol activo y trata de identificar patrones de relaciones recurrentes que señalan la presencia de un conflicto de orden inconsciente.
- **Psicoterapia conductual y cognitivo-conductual.** Este tipo de tratamientos basa sus intervenciones en las teorías del aprendizaje clásico (condicionamiento y aprendizaje operante) y en el aprendizaje social. Las terapias estrictamente conductuales ignoran los procesos cognitivos. En versiones más modernas, estos tratamientos intentan eliminar las cogniciones irracionales de los pacientes

a través de los métodos de condicionamiento (cognitivo-conductual). La noción de cognición irracional es un supuesto que comparten con el modelo psiconodinámico. Estos abordajes basan sus técnicas en intervenciones muy concretas, que pueden ser fácilmente monitoreadas y evaluadas. La idea base es que el cambio en las representaciones de los pacientes trae como consecuencia un cambio en los afectos y las conductas. Las intervenciones raramente están dirigidas a la interpretación sino que, por el contrario, son en extremo claras y tienen como objetivo mantener la motivación del paciente para cumplir con las tareas propuestas por el terapeuta que generalmente se basan en el automonitoreo y el intento por cambiar las cogniciones y pensamientos negativos.

- **Psicoterapia interpersonal.** Este tipo de psicoterapia se focaliza en las relaciones interpersonales actuales como centro del tratamiento, más que en la estructura de personalidad o en la historia del paciente. El terapeuta informa al paciente sobre la conexión entre sus síntomas actuales y la estructuración de sus relaciones interpersonales. Las intervenciones son educativas y están dirigidas al cambio de los vínculos que el paciente mantiene con su entorno próximo.
- **Psicoterapia sistémica.** Este modelo es uno de los más modernos, ya que nace con el auge de la cibernética en la segunda parte del siglo XX. Basa sus intervenciones en el sistema que produce las conductas disfuncionales del paciente. Generalmente se utiliza para el trabajo con familias. El terapeuta debe identificar el rol de cada miembro, especialmente el rol estratégico del paciente que contribuye al mantenimiento de la estabilidad del sistema. El cambio sintomático no es una meta en sí misma, aunque se utiliza frecuentemente en las fases iniciales de los tratamientos para identificar los elementos disfuncionales del sistema. Algunas de las técnicas son el uso del consejo, la sugestión, las instrucciones paradójales y la prescripción de síntomas.
- **Psicoterapia de apoyo y experienciales.** están basadas en la tradición filosófica humanística y existencial. Los terapeutas enrolados en esta corriente intervienen favoreciendo la espontaneidad de los pacientes, lo que trae como resultado una integración del self (sí mismo) y un sentido de autenticidad. Los problemas psicológicos aparecen cuando las personas no pueden actualizar su potencial. Se enfatiza el reconocimiento de los propios estados emocionales sobre uno mismo y con los demás. El rol del terapeuta es el de un observador que ayuda a los pacientes a reconocer estos estados emocionales en su mundo subjetivo. La reducción sintomática no es una meta en sí misma del tratamiento. Las técnicas específicas no son muy utilizadas en este modelo, dada su tradición filosófica. Estas terapias están basadas en la intuición, la apertura a la experiencia y la empatía. No es considerada una psicoterapia en sí misma sino una forma de autoconocimiento o de crecimiento personal.

- **Psicoterapia de grupo.** No es una escuela de tratamiento en si misma, sino una forma de tratamiento. Bajo esta modalidad de abordaje pueden encontrarse varias líneas teóricas. Surge en la segunda guerra mundial cuando existía la necesidad de tratar a gran cantidad de pacientes a bajo costo. Algunos terapeutas siguen las líneas psicodinámicas más clásicas, interpretando los conflictos inconcientes del grupo. Otros (por ej. el psicodrama moreniano) enfatizan la espontaneidad y la acción a través de diferentes técnicas como el role-playing o el cambio de roles. Este movimiento tuvo gran auge en los 60 bajo la modalidad de grupos de autoayuda, que tenían como objetivo el fortalecimiento de la autoestima y la rehabilitación de las habilidades sociales de los participantes (grupos de alcohólicos, de adictos, obesos).

¿Eficacia, efectividad o eficiencia?

La pregunta que inicia este apartado plantea si son igualmente de eficaces todas las intervenciones psicológicas clínicas. Toda vez que un paciente o grupo de pacientes finalizan (o abandonan) un determinado tratamiento psicológico debemos preguntarnos lo siguiente: ¿Qué tratamiento, realizado por quien es el más eficaz para este individuo, con qué problema específico y realizado bajo qué circunstancias? (Paul, 1967). Consideramos todo conjunto de intervenciones psicológicas como un programa de intervención. Definimos como programa a aquel conjunto de acciones sistematizadas que debidamente planificadas y llevadas a cabo en el tiempo, resuelven determinado problema que presenta un colectivo (Fernández Ballesteros, 1996). El ciclo comienza con determinada necesidad específica (el motivo de consulta, el pedido de asistencia clínica, la mejora de la calidad de vida) ante lo cual se plantea una serie de metas u objetivos (reducir los síntomas, reestructurar la personalidad, aumentar la sensación de bienestar, proveer apoyo, etc.), para lo cual implantamos un conjunto de acciones terapéuticas (psicoanálisis, psicoterapia conductual, psicoterapia de apoyo, etc) de lo cual esperamos determinados resultados que nos permitan identificar cuanto nos acercamos a las metas planteadas de antemano. Si logramos los objetivos plenamente diremos que las acciones implementadas son eficaces, por lo tanto el plan diseñado (en este caso las intervenciones psicológicas sobre los pacientes) ha sido exitoso. En otros casos vemos que no cumplimos con los objetivos planteados, pero el tratamiento resulta en cierta medida beneficioso para el paciente o para la población para la que ha sido diseñado (reduce la sintomatología pero no al nivel deseado, mejora la adaptación social, pero no la familiar). En este último caso diremos que si bien el programa no fue eficaz, fue efectivo. Finalmente podríamos estar interesados en saber si los resultados obtenidos están en relación con los recursos o medios empleados para conseguirlos (mejora el bienestar psicológico, pero se necesitan 10 años de tratamiento continuado para lograrlo, las intervenciones son eficaces pero necesita 5 sesiones de tratamiento semanales). En este caso estaremos un paso más allá de la eficacia y de la efectividad. A esta última característica la llamamos eficiencia. El punto importante recae en la toma

de decisiones y en los cambios que potencialmente se pueden producir a nivel de la implementación del programa con los resultados obtenidos. La psicoterapia X es mejor que la psicoterapia Z para este paciente en este momento determinado de su vida y de su cuadro psicopatológico. Las psicoterapias A producen mejores resultados que las B en el mediano plazo, pero no a largo plazo. En el campo de las intervenciones psicológicas podemos advertir que determinados tratamientos son más eficaces para determinados tipos de paciente, pero no para otros. En el mismo caso determinados cuadros remiten igual sin necesidad de intervención psicológica o con muy bajas dosis de tratamiento.

El concepto de la valoración de la eficacia de las psicoterapias reviste importancia a nivel de implementación de un determinada política en el área de salud mental (Newman y Tejada, 1996). ¿Cuál es el tipo de intervención que funciona mejor para un tipo de población particular que solicita asistencia clínica en determinado centro de atención psicológica? ¿En qué técnicas deben entrenarse a los terapeutas en función de los cuadros psicopatológicos más frecuentes? ¿Cuáles son los cuadros psicopatológicos que tardan más tiempo en remitir aun con altas dosis de tratamiento? ¿Cómo asignar los recursos humanos disponibles en función de la demanda de tratamiento psicológico y la capacidad de atención de un centro determinado?

Todo proceso de evaluación psicológica implica la toma de decisiones en función de los resultados obtenidos. En términos generales los clínicos no son buenos usuarios de los datos de investigaciones, ya que las decisiones parecen basarse más en ciertas representaciones subjetivas acerca de cómo funciona la psicoterapia en los pacientes a tratar. Sin embargo, existe un creciente consenso en que un clínico bien formado debe conocer las intervenciones básicas de varios modelos teóricos y debería usarlos en función del paciente particular a tratar. Havens (1994) afirma que los datos de la eficacia de determinados programas de intervención psicológica son muy difíciles de aplicar por los terapeutas en la clínica concreta. El autor da 4 razones básicas del divorcio entre la clínica y los resultados derivados de la investigación de eficacia de los tratamientos:

- Es raro encontrar pacientes con un determinado cuadro específico. Es más común en la práctica clínica encontrar sintomatologías combinadas (comorbilidad) que requieren multiabordajes con una conjunción de técnicas psicológicas diferentes.
- Existen mecanismos y procesos psicológicos responsables de la mejoría del paciente no explicitados por los modelos psicológicos más conocidos (aun de aquellos que tienen soporte empírico).
- No está clara la relación entre la sintomatología clínica de los pacientes y los trastornos de personalidad subyacentes que moderan completamente el pronóstico.
- Existen variaciones entre los diferentes síntomas y trastornos psicopatológicos que tienen cursos diversos y hacen inaplicable un plan estándar de tratamiento aunque este tenga probada eficacia.

Puede concluirse que si bien la valoración de las intervenciones resulta útil para saber si las psicoterapias funcionan o no, tiene serias dificultades en la implementación clínica concreta. Por lo tanto, cabe plantear: ¿para que seguir investigando la eficacia de las psicoterapias?

¿Para qué investigar las psicoterapias?

En el año 1995 fueron encuestadas 180.000 personas a las que se le preguntó sobre su experiencia con los problemas psicológicos y las soluciones que encontraron a los mismos (Consumer Reports Study, citado por Strupp, 1996). De todas ellas, 4000 habían recibido algún tipo de psicoterapia. El 54% informó que le había ayudado muchísimo. El 90% de los pacientes informó que al menos le había ayudado un poco. El citado estudio revela que según la percepción de los propios pacientes ningún tratamiento era superior a los demás. Asimismo el grado de capacitación (asistente social, psicólogo, psiquiatra) del clínico no tenía influencia directa sobre la mejoría percibida por los pacientes. Por otro lado las psicoterapias de largo plazo funcionaban mejor y resultaban más efectivas que las de corto plazo. ¿La psicoterapia psicológica es por lo tanto efectiva y eficaz?

La polémica en realidad surge en la década del 50 con el estudio pionero de Eysenck que afirmaba que no había evidencia de que la psicoterapia fuera más beneficiosa para los pacientes neuróticos que la ausencia de tratamiento. El autor apuntaba a que aproximadamente los dos tercios de pacientes analizados en su estudio (se trataba de un estudio metanalítico sobre 8000 casos) mejoraban con cualquier tratamiento, incluso sin que mediara intervención psicológica alguna (Poch y Avila Espada, 1998). Este trabajo inició oficialmente una encendida polémica acerca de la validez de los tratamientos psicológicos, que ponía en riesgo a la psicología como práctica aplicada. Por lo tanto, los primeros estudios sobre eficacia de los tratamientos psicológicos (también llamados de primera generación) tuvieron como objetivos primordiales determinar si en líneas generales las psicoterapias psicológicas eran superiores al no tratamiento (Nathan, Stuart y Dolan, 2000). Asimismo Eysenck planteó la idea sobre las remisiones espontáneas de los síntomas. Los autores en términos generales coinciden en que las psicoterapias son efectivas frente al no tratamiento y producen algún tipo de mejora (Bergin, 1971; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Meltzoff y Konreich, 1970). La conclusión de estas dos décadas de investigación es conocida como el juicio del pájaro Dodo de Alicia en el País de las Maravillas: "Todos ganan". Estos hallazgos fueron confirmados una y otra vez en estudios metanalíticos en décadas posteriores (Wampold et., al., 1997). En la década del 60 y 70 comienzan a surgir los estudios de segunda generación (Lambert y Bergin, 1994). Aquí el interrogante es: ¿Cuáles son los tratamientos específicos más eficaces para determinado tipo de cuadros psicopatológicos? El debate consistía en demostrar la superioridad de determinadas escuelas de psicoterapia por sobre otras. En esta época comienzan a cobrar auge las psicoterapias conductuales frente a las psicoterapias psicoanalíticas clásicas.

Las primeras demostraban una alta eficacia frente a cuadros sintomatológicos específicos (fobias por ej.). Se intentaba probar la eficacia de un modelo por sobre otro en función de los denominados ingredientes específicos de las psicoterapias. En este último

aspecto cabe considerar el auge de las psicoterapias rogerianas en la década del 60 (Rogers, 1957, citado por Poch y Avila, 1998). Rogers sostenía que los ingredientes suficientes para el cambio terapéutico eran la calidez y empatía de los terapeutas (factores comunes o no específicos). Para los autores Beutler, Machado & Allstetter y Neufeld, 1994, esta era una de las razones por las cuales todas las psicoterapias resultaban efectivas de un modo u otro.

Resulta importante destacar al respecto el estudio realizado en la Universidad de Vanderbilt (Strupp, 1984) en el que se trataba un grupo de pacientes con psicoterapeutas entrenados y otro grupo con terapeutas no entrenados (profesores) pero con muy buenas habilidades sociales en el trato con los alumnos. El resultado de este estudio polémico fue que los profesores (que no tenían entrenamiento en psicoterapia, ni sabían psicología) obtenían mejorías importantes en sus pacientes comparados con los terapeutas entrenados. Este trabajo es un hito en el estudio de los factores comunes que propician el cambio terapéutico.

¿Qué queremos decir cuando hablamos de factores comunes o inespecíficos? Una simple explicación consiste en caracterizarlos como aquellos que no están en el manual. El manual es la operacionalización o puesta en práctica de los componentes específicos de los tratamientos. Dado que no existe evidencia empírica positiva a favor de la superioridad de una escuela por sobre otra, existen al menos dos explicaciones alternativas. En primer lugar se alcanzan metas similares a través de distintos procesos terapéuticos, o bien cada psicoterapia involucra la puesta en marcha de factores inespecíficos que no están vehiculizados explícitamente en las intervenciones. Muchos autores tienen la firme convicción que independientemente de los componentes activos de las psicoterapias, estos factores comunes son los responsables de explicar la mayor parte de la eficacia de las psicoterapias (Natan, Stuart y Dolan, 2000). Estos factores son: el apoyo que brindan a los pacientes, los efectos de la persuasión y todo agente potencial de cambio en cualquier intervención de tipo placebo.

Grencavage y Norcross (1990) conceptualizan los factores inespecíficos en tres categorías: apoyo, aprendizaje y acción; representan una secuencia que se inicia con el apoyo, a través de la relación terapéutica que brindan los clínicos y que es la base del cambio de actitudes y creencias. Una síntesis (con modificaciones) tomada de los autores puede verse en la tabla 1.

Tabla 1: Factores comunes de los tratamientos psicológicos

Apoyo	Aprendizaje	Acción
Catarsis	Consejo	Alentar para enfrentar miedos
Identificación con el terapeuta	Experiencia emocional correctiva	Regulación conductual
Confianza	Feed-back	Modelado
empatía del terapeuta	Insight	Test de realidad
Vínculo positivo		Experiencia exitosa
Pericia del terapeuta		

Para su mejor comparación, tomando en cuenta los mismos elementos, resumimos en las tablas siguientes los factores específicos de las psicoterapias según diferentes tipos de escuela (Karasu, 1986).

Tabla 2. Factores específicos de las psicoterapias. Factores Afectivos

Escuela	Técnica
Análisis Existencial	Encuentro
Gestalt, Rolfing	Manipulación corporal
Psicoanálisis	Asociación libre
Grito Primario	Aislamiento
Psicodrama	Role Playing
Narcoterapia	Uso de drogas.

Tabla 3. Factores específicos de las psicoterapias. Factores Cognitivos

Escuela	Técnica
psicoanálisis/ Psicoterapias psicoanalíticas	Análisis de la transferencia, interpretación, clarificación
Terapia racional emotiva	Atacar ideas irracionales
Psicoterapia conductual	Parada de pensamiento, mandatos paradójales
Logoterapia	Búsqueda de significado
Terapia Cognitiva	Corregir creencias falsas

Tabla 4. Factores específicos de las psicoterapias. Factores Conductuales

Escuela	Técnica
psicoanálisis/ Psicoterapias psicoanalíticas	Identificación,
Psicoterapia de apoyo	Reaseguro
Psicoterapia conductual	Economía de fichas, dar recompensas, condicionamiento
Psicoterapia cognitiva social	Modelado, entrenamiento en asertividad
Terapia Cognitiva	Desensibilización sistemática, relajación.

En la década del 80 surgen los estudios de tercera generación; se denominan “ensayos clínicos” (clinical trials) y consisten en estudios de núcleo duro, basados en un abordaje médico de la psicología (Hollon, 1996). Se trata de indicar determinados tratamientos a

pacientes con sintomatología muy específica y homogénea, para analizar su evolución y verificar la eficacia de las prácticas psicológicas. Estas prácticas están asentadas en la manualización de los tratamientos, como forma de asegurar la validez de los mismos. Ello supone que el terapeuta debe haber sido entrenado en una determinada escuela de psicoterapia cuyas intervenciones clínicas están descritas y analizadas en el manual, debiendo ajustarse, en la práctica clínica, lo más estrictamente posible al mismo (adherencia). De esta forma aislamos los componentes específicos de los tratamientos frente a los no específicos para determinar la eficacia de ciertas intervenciones psicológicas (Kiesler, 1994). En el mismo sentido es posible conocer el curso de los trastornos y poder predecirlo en función de un conjunto de variables básicas, que se conocen de antemano.

Esta serie de estudios está en íntima conexión con los avances de la psiquiatría biológica y lo que en EEUU se denomina “managed care” (Barlow, 1996) que consiste en determinar la eficiencia de los tratamientos en función del costo y la efectividad del mismo (por ej. si determinado tipo de psicoterapia funciona mejor que otra frente a un trastorno depresivo mayor, ese es el tratamiento prescrito por determinado centro de salud subsidiado por su seguro médico o por el estado). Entre las críticas al uso de los manuales encontramos que en general están basados en los trastornos psicológicos identificados en las nosologías internacionales y no tanto en las teorías que guían los tratamientos (Eifert et. al, 1997), la rigidez en la aplicación de los protocolos clínicos (Seligman, 1995) y finalmente el argumento “Ciencia vs. Arte”, que considera la implementación de la psicoterapias por fuera de las consideraciones científicas, resultando más importante las observaciones y aportaciones que el clínico realiza en la dñada terapéutica (Edelson, 1994).

Las tres líneas comentadas sobre las investigaciones en psicoterapia ponen de manifiesto el énfasis en los resultados alcanzados. Permiten responder a las preguntas sobre la validez o no de las psicoterapias como prácticas clínicas, la superioridad de una escuela sobre otra en determinados casos y los componentes específicos de las intervenciones psicológicas. Otra línea más actual parte de los estudios de resultados de tercera generación: son investigaciones sobre procesos psicológicos. Sabido es que las psicoterapias funcionan, la necesidad que surge es saber porqué. Se resume en la pregunta: ¿Qué hizo el terapeuta frente a determinado paciente para obtener el cambio terapéutico deseado? Este tipo de trabajos están centrados en establecer que pasó en la sesión, evaluando las conductas del paciente y terapeuta y las interacciones durante y entre las sesiones.

Por lo tanto, como respuesta a nuestra pregunta inicial ¿Para qué investigar las psicoterapias?, la respuesta se puede sintetizar en los siguiente puntos:

- A nivel de gestión de políticas en salud justifica la inversión en educación o promoción de determinados tratamientos psicológicos, subsidiándose sólo aquellos que obtengan resultados tangibles y validos para la población consultante (accountability).

¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?

- En relación con los servicios de salud, los directivos toman decisiones sobre cómo distribuir sus recursos humanos en función de la asistencia requerida por la población consultante y guían las cuestiones que debe priorizar a la hora de asignar recursos, basándose en hallazgos empíricos concretos
- Al clínico le resulta útil para saber que tratamiento es el más recomendable para determinados cuadro psicopatológico y perfil de paciente.
- En relación al usuario es conveniente señalarle el esfuerzo y el tiempo requerido para obtener los resultados esperados en función de su trastorno y del tratamiento seleccionado o recomendado.

¿Por qué es difícil estudiar la eficacia de las psicoterapias?

Si reducimos por un lado la variedad de abordajes terapéuticos existentes (se calculan 250 conocidos) a 17 formas genéricas y la variedad de trastornos psicológicos a unos 50 (existen aproximadamente 300 listados en las nosologías internacionales) y consideramos una sola investigación para cada forma de psicoterapia por trastorno, la cuenta da como resultado la realización de 6.800 estudios de eficacia (ensayos clínicos) para validar empíricamente cada forma de psicoterapia (Parloff, 1982; Goldfried y Wolfe, 1996). Si adoptamos un criterio internacional (por Ej. la División de psicología clínica de la APA) que indica la consideración de al menos dos estudios clínicos para cada forma de psicoterapia, llegamos a la conclusión de que necesitamos alrededor de 13.000 estudios clínicos para validar (apenas) la cantidad de trastornos y tratamientos conocidos.

La primer pregunta que surge es de orden práctico. ¿Quién financiaría estos estudios que costosos y difíciles de hacer?. Estas preguntas apuntan a un solo aspecto de la dificultad, relacionada con aquello que se administra: el tratamiento. Una segunda cuestión está en relación con las denominadas variables del paciente. En los 13.000 estudios indicados estamos considerando muy pocas diferencias individuales entre las personas. Sin embargo la psicología ha demostrado durante buena parte del siglo XX que las personas difieren en sus características de personalidad, en sus procesos cognitivos, en la configuración familiar en la que se insertan y en la variedad de eventos vitales a los que tienen que hacer frente. Estos aspectos son potenciales variables moderadoras de cómo funcionan los tratamientos en las personas (Garfield, 1994).

Considerando el ámbito estrictamente biológico (donde supuestamente las variables a estudiar son más estables) en muchos casos un mismo medicamento afecta de modo diferente a distintos pacientes. En un terreno estrictamente psicológico un abordaje psicoterapéutico está influenciado por las cuestiones comentadas: ¿Es lo mismo estudiar la eficacia de un tratamiento diseñado para trastornos psicóticos de pacientes que tienen o no apoyo familiar? ¿Funcionan de la misma manera los abordajes para cuadros depresivos con trastornos de personalidad subyacentes distintos? ¿Los tratamientos prescritos son iguales de efectivos para pacientes que tienen que afrontar diferentes

eventos vitales? Por lo tanto tendríamos que aumentar nuestro número original de 13.000 estudios tal vez exponencialmente en función de estas variables diferenciales comentadas.

Un tercer aspecto está en relación con quien administra el tratamiento: los terapeutas (Beutler, Crago y Arizmendi, 1986). Estos no son sólo diferentes en sus características objetivas (edad, sexo, raza, religión, etc.), sino en relación con la experiencia que tienen, su estilo terapéutico y las intervenciones específicas que realizan. ¿Lleva la cuenta de cuantos estudios son necesarios?

Esto no termina aquí ya que los terapeutas no son máquinas que administran paquetes de tratamiento, sino que aportan otra cantidad de características subjetivas. Los terapeutas difieren en sus valores, actitudes, creencias y expectativas acerca de los pacientes más su propia cosmovisión o filosofía terapéutica. ¿Cuántos estudios más se tendrían que agregar? Recordemos que sólo estamos hablando de una parte de la historia: de la evaluación de resultados, ya comentada. No estamos investigando en este sinfín de investigaciones los resortes por los cuales funcionan las psicoterapias, sino solo si son útiles para distintos pacientes, en función de determinados cuadros psicopatológicos y en función de terapeutas distintos. En la hipótesis que trabajamos estamos considerando que son fácilmente reconocibles los factores incluidos. En psicología, a diferencia de medicina, no trabajamos con cantidades puras de sales, ácidos o glóbulos en sangre, sino con constructos a veces no medibles, lo que nos lleva a considerar el problema de la evaluación y los instrumentos a utilizar (Lambert y Hill, 1994). ¿Qué tipo de herramientas son más útiles? ¿Entrevista libre, estructurada, observación, listados de síntomas? ¿En que fuente de información confiamos: lo que dice el paciente, el juicio clínico del terapeuta, aquello que informan los familiares? ¿Qué tipo de indicadores consideramos: los afectos, la conducta observable, los procesos cognitivos? ¿Que cantidad de estudios son necesarios y cuál es la validez de la información obtenida? ¿Se consideran el tiempo necesario y la cantidad de investigadores capacitados para realizar esta empresa?

Algunos autores han estudiado la influencia sobre los tratamientos de los aspectos comentados y han seleccionado aquellos que se consideran más relevantes (Beutler, Machado & Allster Neufeldt, 1994). Otros dan ciertos lineamientos en función de las investigaciones realizadas en las últimas décadas para realizar investigaciones en psicoterapia (Kazdin, 1994). Si todavía el lector tiene ánimo para iniciar una investigación en psicoterapia debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ¿Cómo se identifican los casos? Aquí resulta útil utilizar nosologías internacionales consensuadas por los investigadores y abstenerse de utilizar una aproximación local de dudosa validez. Para lo cual resulta indispensable la evaluación de los cuadros psicopatológicos en función de instrumentos de reconocida validez y fiabilidad. En el mismo caso resulta conveniente separar en grupos de estudio distintos aquellos pacientes que tienen trastornos más leves, moderados o severos.

- ¿Cómo asignar los pacientes a los grupos de tratamiento? En principio los autores recomiendan al menos 40 pacientes por grupo de tratamiento, ubicados aleatoriamente. Si las muestras de pacientes son muy pequeñas es muy difícil calcular si existen diferencias significativas entre los diferentes grupos de tratamiento y el no tratamiento (grupo control).
- ¿Qué recaudos hay que tener para administrar los tratamientos? El tratamiento a administrar debe estar manualizado. Todas las intervenciones terapéuticas para determinadas etapas o eventos del tratamiento deben estar registradas en un manual, que es precisamente el que guía el entrenamiento del terapeuta. Esto se realiza para aumentar la validez de la intervención en cuanto a sus componentes específicos y no permitir que se realicen intervenciones por fuera de lo esperado (diferenciación). Asegura la validez interna y reduce la variabilidad entre los diferentes terapeutas. Este primer aspecto es denominado adherencia (si se respeta el manual) y otro tema a considerar es cuán bien lo hace (competencia), característica que también debemos controlar y no mezclar por Ej. terapeutas novatos con expertos en un mismo diseño de investigación.
- ¿Qué aspectos del terapeuta considerar? Aquí tenemos el problema de los factores comunes en los tratamientos. Con la manualización nos aseguramos la homogenización de los factores específicos. En cambio, para asegurar la estabilidad de los factores comunes es necesario seleccionar terapeutas que sean similares en cuanto a sus características personales, grado de empatía, experiencia y apertura a los demás.
- ¿Cuáles son los principales problemas de los instrumentos de evaluación psicológica? Tratar de utilizar instrumentos estandarizados de uso internacional y tomar diferentes fuentes de evaluación para el mismo aspecto a evaluar (por ej. evaluar el grado de psicopatología a través de un autoinforme, una lista de síntomas completada por el terapeuta y una apreciación de un familiar cercano -heteroinforme-), diferentes aspectos psicológicos (conducta, cognición y emoción) y distintas áreas de funcionamiento del paciente (laboral, personal, familiar). Identificar en el mismo sentido no solo los aspectos patogénicos, sino los aspectos salugénicos o más adaptativas que son supuestamente aquellos que la psicoterapia promueve, además de la eliminación de la psicopatología. Estas medidas deben ser sensibles al cambio y debe favorecerse la aplicación repetida de los mismos instrumentos en el tiempo (test – retest). Si las evaluaciones son realizadas por métodos menos estructurados (entrevistas libres) éstas deben ser grabadas y asegurar la validez del juicio clínico mediante un criterio interjueces.
- ¿Qué hacer cuando los pacientes desertan? Si los tratamientos implementados tienen una alta tasa de deserción es conveniente revisar la implementación y las técnicas de intervención. Puede darse el caso de que el tratamiento sea demasiado

aversivo y favorezca la deserción o tenga efectos secundarios a largo plazo, fuera del control del terapeuta. En segundo lugar, establecer si aquellos pacientes que permanecen en el tratamiento difieren en sus características personales de aquellos que desertan para revisar a que se debe la tasa de deserción.

- ¿Qué es un cambio psicológico significativo? Este es el problema de determinar que indicadores considerar como signos del cambio terapéutico. Esto se llama significación clínica y apunta a si el tratamiento promueve un cambio “real” en el paciente, sostenible en el tiempo. Pueden utilizarse diferentes estrategias para evaluarlo. En todos los casos no hay que confundir una diferencia estadística con una diferencia clínica. Este problema se relaciona con la consideración del tamaño del efecto: ¿Cuánto cambio es esperable y evaluable a través de los instrumentos para decir que el paciente mejoró? Los indicadores a considerar para evaluar el cambio pueden ser objetivos en relación por ej., con el impacto social del tratamiento (tasa de ausencia en el trabajo, cantidad de utilización de servicios de salud adicionales) o con la comparación del nivel de funcionamiento psicológico de pacientes sanos. También pueden tomarse indicadores más subjetivos que están en relación con la satisfacción o nivel de bienestar que tiene el paciente en función de la psicoterapia recibida.
- ¿Qué tipo de diseño de investigación elegir? Para tratamientos que no han demostrado su eficacia se recomienda la estrategia del grupo control que es la que requiere menos sujetos (a un grupo se le administra la psicoterapia y a otro no y se analizan las diferencias entre los grupos). Si el tratamiento es superior al no tratamiento es posible usar la comparación de tratamientos, para lo cual el recaudo es que los pacientes sean de ámbitos clínicos similares y el número sea mucho mayor que en la estrategia anterior. Una vez que el tratamiento probó su eficacia frente a otro tratamiento entonces es recomendable estudiar para cuales cuadros clínicos es más eficaz. Finalmente si el tratamiento es muy costoso de administrar se recomienda la estrategia denominada “desmantelamiento” que consiste en aplicar a grupos de pacientes similares diferentes componentes o fases del tratamiento para verificar su eficacia. Tiene la ventaja de que no es necesaria la implementación del tratamiento completo. En los diseños de caso único se analiza en profundidad a un mismo sujeto a lo largo del tiempo. Tiene la dificultad de que no se pueden hacer inferencias en caso de encontrar discrepancias entre casos en los que se utilizó el mismo tratamiento. Son útiles para el estudio de microprocesos psicológicos o en las fases iniciales de investigación de un tratamiento nuevo (estudio piloto).

Investigaciones sobre resultados y procesos terapéuticos

Los estudios centrados en los resultados de la psicoterapia permitieron advertir que las psicoterapias resultaban efectivas y eran superiores al no tratamiento. Los primeros trabajos, ya comentados, se encargaban de estudiar si había algún cambio

grosero en los pacientes sometidos a la psicoterapia. Estos diseños fueron evolucionando con el tiempo, luego interesó saber como mejoraba cierto tipo de sintomatología y/o cuadro más específico. En las últimas décadas los autores estuvieron abocados al estudio del impacto social de los tratamientos. Si estos resultaban efectivos entonces, el cambio debía verse reflejado en algún indicador concreto (la familia decía que estaba mejor, falta menos al trabajo, su rendimiento laboral aumentaba, consultaba menos a otros especialistas, etc.). Sabido es que ciertos tratamientos son efectivos y producen cambios. Los investigadores, en la actualidad, están estudiando la estabilidad del cambio a lo largo del tiempo (Lambert y Hill, 1994). ¿Qué diferencia principal encontramos entre los estudios de resultados comentados y los de procesos terapéuticos? Una de las razones obedece al extendido debate que tuvo lugar durante el siglo XX sobre la polémica nomotético/idiográfico (Poch y Avila, 1998). Los autores mas interesados por la generalización y la psicología como ciencia empírica estaban más enrolados en la corriente nomotética y aplicaban paquetes de tratamiento a grupos de pacientes, verificando su eficacia o no. Aquellos mas afines al estudio de caso único (ideográfico), intentaron aproximarse a las explicaciones de las causas del cambio en función de variables intraindividuales. De allí que estuvieran mas interesados en el proceso terapéutico. En general se trataba de autores de corrientes psicodinamicas. Antes de pasar a los estudios de procesos terapéuticos es necesario responder a la pregunta ¿Cuáles son los principales hallazgos sobre los resultados de las psicoterapias? Lambert y Bergin (1994) sintetizan una amplia revisión de estudios metaanalíticos en los siguientes puntos:

- La psicoterapia es efectiva y superior al no tratamiento. Alrededor de un 80% de los pacientes bajo algún tipo de tratamiento manifiestan cambios psicológicos significativos. No solo acelera el proceso de mejora, sino que provoca cambios en las estrategias de afrontamiento frente a los problemas. Las psicoterapias funcionan en una variedad de formatos y de tipos de paciente.
- Para algunos cuadros muy específicos la psicoterapia resulta aun superior que el tratamiento farmacológico puro (cuadros depresivos, fobias y ataques de pánico).
- En cuanto a la relación dosis / efectividad, en aproximadamente 26 semanas (6 meses a una vez por semana) el 50% de los pacientes mejora notablemente y el 75% muestra cambio psicológico clínicamente significativo.
- Los pacientes sometidos a condiciones placebo (tratamientos sin componentes específicos) mejoran entre un 30% y un 40%.
- La psicoterapia produce cambios que se mantienen en el tiempo. Se mantienen estables en los primeros meses y luego declinan paulatinamente. Por lo tanto, una conclusión de los autores es enfatizar los diseños a largo plazo en lugar de los a corto plazo. Los estudios verificaron que las intervenciones psicológicas funcionan en términos generales.

- Todos los tratamientos psicológicos producen algún tipo de cambio psicológico significativo. Existen hallazgos mixtos en relación con la superioridad de una escuela sobre otra. Para algunos cuadros específicos las psicoterapias conductuales y cognitivas resultan más eficaces (trastornos de ansiedad, por Ej.).
- Prácticamente no se localizan estudios que relacionen cuadro psicopatológico, tipo de psicoterapia y aptitud del paciente para la misma. Los autores suponen que existe una interacción escuela x tipo de paciente x cuadro, que ha sido insuficientemente investigada.
- Existe una amplia evidencia acerca de los componentes inespecíficos de los tratamientos (factores comunes) como motores del cambio psicológico. Casi todas las escuelas reconocen la presencia de estos factores que se vehiculizan a través de la relación paciente-terapeuta. Se destaca por lo tanto la importancia del estilo terapéutico de los clínicos que administran la psicoterapia.

Garfield (1994) comenta algunos hallazgos acerca de las variables del paciente y resultados de la psicoterapia:

- En diferentes metanálisis el 70% de los pacientes abandonan antes de la 10ma entrevista. Entre la 4ta y la 10ma entrevista ocurren la mayoría de las deserciones.
- El nivel socioeconómico está asociado positivamente con la permanencia en el tratamiento. Las personas con nivel socioeconómico más alto tienen tendencia a permanecer más tiempo en la psicoterapia.
- La similitud entre terapeuta y paciente en términos de estilos, personalidad, valores, actitudes, etc es un predictor del éxito del tratamiento.
- Los pacientes que tienden a permanecer más en tratamiento son aquellos más educados, inteligentes y con trastornos menos graves. Asimismo son los que progresan más.
- La percepción tanto del paciente como del terapeuta del vínculo es un importante predictor de la continuación de los tratamientos.
- Aquellos pacientes con problemas exclusivamente conductuales tienden a progresar menos que aquellos que tienen conflictos de naturaleza intrapsíquica.

Beutler, Machado y Allstetter Neufeld (1994) en relación con las variables del terapeuta afirman:

- El sexo, la edad y la raza no tienen relación con el resultado de la psicoterapia.

¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?

- Aquellos terapeutas que usan manuales tienen resultados superiores que aquellos que no los usan.
- La experiencia, el estilo terapéutico y el nivel de entrenamiento no están asociadas con resultados positivos. El nivel de experiencia y entrenamiento cobra importancia solo en los casos más graves.
- Algunos pacientes se benefician más de un tipo de intervenciones que de otras.
- La relación terapéutica es el factor que influye más en el resultado de las intervenciones.
- El encaje entre el estilo del terapeuta y el del paciente es el elemento que produce mejores resultados.

¿En qué se centran las investigaciones que analizan el proceso terapéutico? Habíamos comentado que es necesario establecer los mecanismos responsables del cambio psicológico. Los primeros estudios sobre procesos terapéuticos estuvieron ubicados dentro de los modelos psicodinámicos. Estos autores estaban interesados en la producción de los pacientes en el contexto de las sesiones, el incremento de la asociación libre en función de las interpretaciones, y los efectos que producían estas últimas. Las conclusiones de estos primeros estudios (décadas del 50 y del 70) se sintetizan en los siguientes puntos:

Aportes de la Fundación Menninger:

- No todos los pacientes mejoran igual. Registran mejoras significativas, aquellos que tienen más recursos psicológicos para promover cambios.
- La terapia que utilice como único recurso el insight, puede empeorar a determinados pacientes. Un tratamiento de apoyo produce cambios en pacientes del tipo “yo débil”.
- Para apreciar los efectos de los tratamientos psicoanalíticos se necesita un marco temporal amplio.

Aportes de la clínica Tavistock (Malan):

- Los factores positivos, específicos para el cambio terapéutico están en relación con una manifestación temprana de la transferencia y una alta motivación para el tratamiento.
- La interacción dinámica exitosa entre el paciente y el terapeuta es la clave del éxito de los tratamientos.

Aporte del Proyecto Penn (Luborsky):

- La mayoría de los pacientes que siguen más de 5 sesiones de psicoterapia tienden a beneficiarse de la misma.
- La psicoterapia psicoanalítica permite mejorar el patrón conflictivo relacional, pero no lo extingue.
- Los logros terapéuticos tienden a mantenerse en el tiempo.
- Importancia de la habilidad del terapeuta para el manejo de la transferencia.
- El beneficio que produce la psicoterapia está en relación directa con la comprensión de los propios conflictos por parte del paciente
- Esta escuela desarrolla importantes instrumentos de medida de naturaleza cualitativa (CCRT, Core Conflictual Relationship Theme).

Las tendencias actuales en la investigación de procesos son mucho menos globales y más específicas. Orlinsky, Grawe y Parks (1994) concuerdan en ubicar 4 operaciones básicas: La señal del problema, la operación del terapeuta, la actuación del paciente y el resultado intersesión, existiendo diferentes niveles en su estudio. Asimismo el problema está en relacionar el proceso con el resultado terapéutico específico. Por Ej. en un bajo nivel (momentáneo) evaluado por una escala de tiempo en minutos podemos estudiar en diferentes momentos de la sesión la influencia de determinada interpretación y su resultado: insight, catarsis, etc. En un nivel mas alto de generalidad (diario) cuya escala de tiempo son días transcurridos entre las sesiones se pueden apreciar microresultados (mejora del funcionamiento en alguna área) como consecuencia de las experiencias intersesión, la instrucción de tareas, etc. En un nivel mayor (estacional) cuya unidad de tiempo es el transcurso de los años se pueden observar mesoresultados (cambios en la adaptación personal, resolución de actitudes disfuncionales) como consecuencia de procesos de curso medio (trabajo en dificultades laborales o sociales recurrentes por Ej.). Si queremos extender el nivel de generalidad a un nivel mas alto tenemos el nivel de desarrollo evaluado a través de varias décadas de tratamiento en donde se pueden valorar los megaresultados (cambio en una sintomatología de eje I grave o de Eje II) como resultado de episodios secuenciales de tratamiento terapéutico.

A continuación comentamos los principales resultados del modelo de tratamiento genérico de Orlinsky y Howard (1987). Los autores aíslan 6 aspectos a considerar en los modelos de proceso / resultado terapéutico. En un metaanálisis Orlinsky, Grawe y Parks (1994) revisan 2354 investigaciones desde 1950 a 1994 cuyos principales resultados sintetizamos:

1) **Contrato terapéutico:**

- El 75% de los estudios coinciden en que ninguna forma de administración de los tratamientos (individual, grupo o familiar) es superior a otra
- La preparación del rol de paciente (inducción), mejora el resultado de la psicoterapia.
- El grado de compromiso del paciente en el tratamiento y la estabilidad de los aspectos formales producen mejores resultados.
- Las habilidades del terapeuta están de forma indiscutida asociadas con el éxito del tratamiento.
- La psicoterapia puede ser realizada en diferentes formatos y condiciones sin afectar la eficacia del tratamiento.
- La implementación de algunas condiciones contractuales (consenso entre paciente y terapeuta acerca de los objetivos del tratamiento, lo que tiene que hacer el paciente y los recursos personales que tiene) afecta los resultados obtenidos.

2) **Operaciones terapéuticas:**

- El uso de las intervenciones específicas no está demasiado relacionado con los resultados obtenidos. En cambio el focalizar en las sesiones en los temas de interés del paciente y en sus sentimientos está asociado positivamente con el éxito de las intervenciones.
- La focalización en el aquí y el ahora no produce mejores resultados que otro tipo de intervenciones.
- La estrategia de focalizar en el propio entendimiento por parte del paciente (estrategia dirigida al insight) es segura aunque no está muy relacionada con los resultados obtenidos.
- El uso de la confrontación se registra como efectiva en el 70% de los estudios y el de la interpretación en el 63%
- Usar el apoyo terapéutico es una estrategia muy segura, ya que no tiene hallazgos negativos.
- La autorrevelación del terapeuta (ser franco, exponer los sentimientos en la sesión) casi no está asociada con buen resultado.
- La respuesta de sentimientos positivos del paciente a las sesiones es un indicador de avance terapéutico.
- El 72% de los estudios indica que el buen contacto comunicativo está relacionado con resultados positivos.
- El mantenimiento del buen vínculo terapéutico está asociado positivamente con resultados positivos en más de 1000 estudios revisados

3) **Estilo del paciente**

- El 80% de los hallazgos indican una asociación positiva entre apertura del paciente y buenos resultados.

4) Aspectos interpersonales

- La contribución del paciente en términos de vínculo terapéutico y en términos de equipo de trabajo están asociados positivamente con los resultados alcanzados.

5) Impacto en sesión

- El impacto positivo de las operaciones técnicas en la sesión sobre los sentimientos del paciente no es considerado muy importante por los terapeutas, pero muestra una asociación significativa con el resultado.

6) Secuencia del tratamiento

- Los tratamientos más largos en el tiempo obtienen mejores resultados. Esta relación no es lineal. Existen pocos estudios empíricos al respecto.

¿Cuál modelo terapéutico es superior?

En este apartado agrupamos los modelos teóricos en 4 tipos y sintetizamos las principales conclusiones de estudios de eficacia y efectividad para cada escuela.

Psicoterapias psicodinámicas

Existen diferentes modelos que toman como base las aportaciones del psicoanálisis. En la literatura revisada estas aproximaciones están reunidas bajo el nombre de abordajes psicodinámicos. La diferencia entre el psicoanálisis clásico y otros abordajes psicodinámicos ha sido siempre bastante controvertida, desde la época de Freud (Henry, Strupp, Schacht y Gaston, 1994). Las diferencias principales residen en los objetivos del tratamiento (reconstrucción de la personalidad vs. reducción de síntomas y fortalecimiento de las defensas) y en el tipo de técnicas empleadas además de la interpretación (apoyo, consejo, etc.). Cabe considerar que muchas escuelas enraizadas en el psicoanálisis no consideran las investigaciones empíricas como base para el entrenamiento de los terapeutas. Asimismo en las últimas décadas resulta menos frecuente que las aproximaciones psicoanalíticas aparezcan en su forma clásica. Para que un abordaje sea considerado psicodinámico tiene que tomar en cuenta que los malestares que registran las personas son el resultado de conflictos inconscientes, el déficit y/o distorsión en las estructuras psíquicas y ciertos trastornos en las relaciones objetales (Gabbard 1990).

Los investigaciones sobre eficacia del psicoanálisis se centraron en tres aspectos básicos: 1) el estudio de la transferencia; 2) la alianza terapéutica y 3) la formulación psicodinámica del caso clínico. Comentaremos los dos primeros.

En cuanto a las investigaciones centradas en el estudio de la transferencia localizamos los aportes más importantes en estudios desarrollados en las últimas tres décadas. En términos generales el mayor uso de interpretaciones transferenciales está relacionado con peores resultados terapéuticos (Malan, 1976). En otro estudio Piper et al. 1991 verificaron que la mayor frecuencia en el uso de las interpretaciones transferenciales empeoraba el

resultado de los pacientes y el nivel de la alianza terapéutica. En general este tipo de interpretaciones traía como consecuencia un refuerzo en el estilo defensivo del paciente. La utilización de esta técnica no es superior al uso de otro tipo de interpretaciones. Resulta mejor cuando es empleada por terapeutas más entrenados, en pacientes con alto nivel de funcionamiento y en escasas dosis (Henry et al., 1994). Los autores verificaron que la utilización de la interpretación transferencial es bastante riesgosa y que se debe investigar cuidadosamente las dimensiones de personalidad del paciente antes de su empleo.

La alianza terapéutica cobra especial relevancia en este modelo y está referida a cómo es entendido el vínculo establecido entre paciente y terapeuta y el acuerdo entre ambos acerca de los objetivos, metas y tareas a realizar en el tratamiento (Bordin, 1979). Entre los autores psicodinámicos no existe demasiado acuerdo en cuanto a las dimensiones que integra y a veces tiende a confundírsela con la transferencia. Los estudios revelan que el establecimiento de la misma tiene un efecto terapéutico en sí mismo ya que opera como una experiencia emocional correctiva (Bowlby, 1988; Henry y Strupp, 2000), siendo un requisito y moderador de las interpretaciones transferenciales y transformándose en un ingrediente activo de los tratamientos (Henry, Strupp, Schacht y Gaston. 1994). Los autores afirman que es el mecanismo por el cual tiene éxito y fracasa este tipo de psicoterapia.

En el año 2000 la Asociación Internacional de Psicoanálisis reunió en un documento especial (Opeen Door Review) una serie de estudios llevados a cabo sobre investigaciones de resultados de psicoterapias psicoanalíticas en todo el mundo a pedido de su presidente Otto Kernberg. Se sintetiza la información principal del documento referida a eficacia y efectividad de los tratamientos psicoanalíticos (Fonagy, 2000). Se resumen los principales hallazgos en 4 puntos:

1) Resultados y efectividad de las psicoterapias psicoanalíticas

- Los análisis terminados son los más beneficiosos.
- Los tratamientos más prolongados tienen mejores resultados.
- El psicoanálisis mejora el nivel de funcionamiento de los pacientes casi al mismo nivel que el de la población no consultante (no clínica).
- El tratamiento psicoanalítico intensivo da mejor resultado que la psicoterapia psicoanalítica
- En algunos estudios se demostró que los efectos del psicoanálisis comparados con la psicoterapia no se mantienen en el largo plazo.
- El tratamiento psicoanalítico trae una reducción en el uso de la medicación psicotrópica.

2) Variables del paciente

- Los trastornos conductuales responden peor que los afectivos a la psicoterapia psicoanalítica.
- Los niños pequeños se benefician más de los tratamientos comparados con los más grandes
- Aquellos que tienen desórdenes severos se benefician más del psicoanálisis que de la psicoterapia.

3) Variables interfase proceso / resultado

- En aquellas personas con severos trastornos psicopatológicos es necesario utilizar una combinación de técnicas soportativas y expresivas.
- El establecimiento de la buena alianza terapéutica es un indicador de la eficacia de los tratamientos.
- Las terapias soportativas son más eficaces para pacientes graves (psicóticos)
- Ansiedad, culpa e idealización son indicadores de tratamiento exitoso mientras que vergüenza y humillación está asociado con tratamientos que fallan.

4) Variables del terapeuta

- Los terapeutas con más experiencia no siempre son los más eficaces
- Las actitudes psicoanalíticas clásicas no son beneficiosas si se realiza una psicoterapia psicodinámica.
- El buen ajuste entre el paciente y el terapeuta es un buen predictor de resultado exitoso.

Psicoterapias cognitivas y cognitivo-conductuales

Dentro de este apartado ubicamos una variedad de abordajes psicológicos. Estos van desde las intervenciones que tienen como objetivo una reestructuración en las representaciones de los pacientes (creencias) como motor del cambio y por lo tanto más emparentados con los modelos psicodinámicos (Mahoney, 1977) a los abordajes que incorporan más elementos conductuales (psicoterapias cognitivo-conductuales) y aplican a las representaciones mentales las mismas leyes del aprendizaje de conductas (Hollon y Beck, 1994). Dentro de los abordajes de raigambre cognitiva ubicamos la terapia racional emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de Beck. El abordaje de Meichenbaum (1977) de inoculación de estrés es el más prototípico de las intervenciones conductuales cognitivas al igual que el entrenamiento en resolución de problemas de D Zurilla y Goldfried (1971).

El trastorno depresivo y los trastornos por ansiedad son los desórdenes psicológicos que han recibido más atención. La psicoterapia cognitiva (Beck, 1976) es especialmente útil en el tratamiento de la depresión, siendo superior a la farmacoterapia y reduciendo la aparición de nuevos síntomas (Hollon y Beck, 1994). El ingrediente activo según los autores es el cambio en las representaciones de los pacientes. Asimismo el trastorno de pánico y el síndrome de ansiedad generalizado son cuadros que mejoran sensiblemente con la implementación de este tipo de tratamientos. Produce también cambios significativos en los trastornos de ansiedad interpersonal y en las fobias sociales. En cambio para las fobias simples y los trastornos obsesivo compulsivos no existe demasiada evidencia empírica de la eficacia de estas psicoterapias. En la misma línea no ha sido probada la validez para el síndrome de estrés postraumático y el trastorno obsesivo compulsivo.

En el caso de los trastornos de la alimentación estos abordajes son especialmente útiles para cambiar las representaciones acerca de la comida y de la imagen corporal

(Wilson y Fairburn, 1993). En cuanto al uso de sustancias y el síndrome por abuso de alcohol resulta efectivo pero no se demostró adecuadamente su efectividad en el mantenimiento de la abstinencia. Para la orientación familiar y para los cuadros psicóticos resulta poco efectivo. En niños encontramos hallazgos mixtos. Mejora los trastornos de conducta y la agresión; es poco eficaz en los déficit por atención (Hollon y Beck, 1994).

Como conclusión de este apartado comentamos que estos abordajes demostraron avances notables en el campo de los trastornos de la ansiedad, especialmente en los síndromes de pánico, existiendo una abundante cantidad de investigaciones empíricas. Se sabe que éstas psicoterapias funcionan y son útiles, aunque no es posible saber los mecanismos responsables del cambio, al igual que en todos los modelos psicológicos mediacionales (Hollon et. al, 1987).

Psicoterapias conductuales

En la actualidad los abordajes conductuales se utilizan en combinación con otras técnicas cognitivas. Dentro de las técnicas de este modelo encontramos la clásica desensibilización sistemática, la exposición en vivo o imaginada (flooding) y la relajación aplicada. Emmelkamp (1994) afirma que la exposición en vivo resulta superior a la exposición simulada, siendo aquellas guiadas por los terapeutas más efectivas que las practicadas con manuales de tratamiento. En el mismo sentido sus efectos son más perdurables en el tiempo.

Dentro de los tratamientos de demostrada eficacia encontramos los trastornos agorafóbicos, la fobia simple y la social (cuando predomina la respuesta de ansiedad), los trastornos de ansiedad generalizada y los trastornos obsesivo-compulsivos. También tenemos algunas formas de psicosis y los trastornos depresivos (combinados con terapia cognitiva). Para los trastornos de pánico, los tratamientos resultan más efectivos cuando se implementan técnicas cognitivas. Algunos trastornos sexuales también observan cierta mejoría cuando se aplica este tipo de abordaje, pero la eficacia es limitada (Emmelkamp, 1994).

En las últimas décadas disminuyó el interés por este tipo de tratamiento para tratar los síndromes por estrés postraumático, el alcoholismo y la terapia de pareja.

Al igual que en las terapias cognitivas, los modelos conductuales en su versión más clásica no proveen explicaciones de los mecanismos responsables de la eficacia de los tratamientos. Existe cierta evidencia empírica que apoya la presencia de factores inespecíficos (alta estructuración de los tratamientos, la focalización en los problemas y la transferencia de tareas fuera de la sesión) como motor del cambio psicológico.

Psicoterapias Existenciales y experienciales

En este último grupo incluimos los resultados de investigaciones realizadas sobre la terapia centrada en el cliente (Rogers, 1951), la terapia gestáltica (Perls, Hefferline y Goodman, 1951), algunas psicoterapias centradas en la emoción (Janov, 1970)

y la psicoterapia existencial y transpersonal (Yalom, 1980). A pesar de que estos enfoques difieren entre si comparten una aproximación fenoménica de las personas, siendo la conciencia de la propia experiencia el dato central para la psicoterapia. En la misma línea valoran la singularidad del paciente, buscan desarrollar el crecimiento y la capacidad de autodeterminación, siendo el desarrollo del significado la base del cambio psicológico (Rice y Greenberg, 1992).

Comparados con otros tipos de psicoterapia (por Ej. las cognitivo-conductuales) existe muy poca investigación en este campo (Greenberg, Elliot y Lietaer, 1994). En términos generales estas son terapias genéricas y funcionan mejor para pacientes abiertos a los datos de su propia experiencia interna. Greenberg et. al. (1994) realizaron un estudio metanalítico que incluyó 37 estudios sobre eficacia de este tipo de abordajes y encontraron tamaños del efecto amplios, concluyendo que este abordaje en términos generales era eficaz. En otra serie de estudios (15 investigaciones) los autores compararon los tratamientos experienciales con el no tratamiento (pacientes en lista de espera) y también se encontraron tamaños del efecto amplios a favor de las terapias experienciales. Cuando este tipo de psicoterapias es comparada con otros tratamientos alternativos se encuentran muy pocas diferencias (Efecto Dodo). No existe suficiente evidencia empírica en cuanto al tipo de pacientes y sintomatologías mas adecuados para este tipo de enfoque terapéutico, siendo tratamientos genéricos basados en la emoción.

Los autores coinciden en la utilidad de este tipo de terapias para pacientes que no tienen graves trastornos de personalidad, aconsejando la adecuación de las condiciones de tratamiento a las variables del paciente. Clásicamente este enfoque estaba dirigido a clientes que tuvieran problemas en relación con su autoestima o dificultades interpersonales, de allí su aplicación de forma genérica.

Para terminar este apartado describimos en las tablas 3, 4 y 5 los tratamientos empíricamente validados (Roth y Fonagy, 1996). Según los autores, para considerar que un tratamiento sea valido es necesario que los estudios hayan demostrado la superioridad del tratamiento frente al no tratamiento u otro tratamiento, la existencia de manuales o protocolos y una identificación clara del grupo al que se administra la psicoterapia.

Tabla 3. Tratamientos psicológicos empíricamente validados en población adulta

Trastorno	Tipo de Tratamiento	Validez empírica
Trastornos Depresivos	Terapia Conductual-Cognitiva	Claramente Eficaz
	Terapia Interpersonal	Claramente Eficaz
	Terapia Psicodinámica	Soporte empírico Limitado
Trastorno Bipolar	No existe evidencia empírica de que la psicoterapia sea superior a la medicación.	Necesidad de mayor cantidad de investigaciones empíricas.
Trastornos de Ansiedad	Terapia cognitiva para los trastornos del pánico	Claramente Eficaz
	Terapia conductual-cognitiva para los trastornos generalizados de ansiedad	Claramente Eficaz
	Terapia de exposición para fobia social y agorafobia.	Claramente Eficaz
	Terapia de relajación	Claramente Eficaz
Trastornos Obsesivo-Compulsivos	Terapia de exposición y prevención de respuesta	Claramente Eficaz
	Reestructuración cognitiva y terapia racional emotiva	Soporte empírico Limitado
Trastorno de Estrés postraumático	Inoculación de estrés en combinación con técnicas cognitivas y de exposición.	Claramente Eficaz
	Psicoterapia psicodinamica estructurada	Soporte empírico Limitado
Esquizofrenia	Terapia de intervención familiar.	Claramente Eficaz
	Terapia cognitiva para delirios	Soporte empírico Limitado
Trastornos de personalidad	Entrenamiento en habilidades sociales para el trastorno evitativo.	Claramente Eficaz
	Psicoterapia Psicodinámica	Soporte empírico Limitado
Trastornos por abuso alcohol	Tratamientos conductuales para favorecer la adaptación social, entrenamiento en habilidades sociales y terapia de pareja	Claramente Eficaz
	Intervenciones educativas	Soporte empírico Limitado
Trastornos sexuales	Trastornos conductuales y cognitivos conductuales para reducir la ansiedad sexual y mejorar patrones de comunicación en disfunciones de erección	Claramente Eficaz
	Exposición para vaginismo	Soporte empírico Limitado
	Técnicas conductuales para eyaculación prematura	Soporte empírico Limitado
Counseling	La psicoterapia apropiada depende de la severidad del cuadro. Las aproximaciones más estructuradas en función del tipo de cuadro son más apropiadas que el counseling genérico.	

Tabla 4. Tratamientos empíricamente validados en niño y adolescentes

Trastorno y tipo de tratamiento	Validez empírica
Terapia conductual en la enuresis y encopresis	Claramente Eficaz
Entrenamiento a padres y terapia conductual cognitiva para trastorno de conductual y opositorista	Claramente Eficaz
Exposición para fobia escolar	Claramente Eficaz
Tratamiento cognitivo conductual para trastorno generalizado de ansiedad	Soporte empírico Limitado
Psicoterapia psicodinámica para trastorno de ansiedad	Soporte empírico Limitado
Exposición para TOC	Soporte empírico Limitado
Terapia familiar estructural para trastornos disruptivos	Soporte empírico Limitado
Terapia multimodal para trastornos ADHD	Soporte empírico Limitado
Terapia familiar para trastornos psicofisiológicos	Claramente Eficaz
Manejo de contingencias (terapia conductual) para el tratamiento de conductas indeseables en los trastornos del desarrollo graves	Soporte empírico Limitado
Terapia conductual en la enuresis y encopresis	Claramente Eficaz

Tabla 5. Tratamientos empíricamente validados en personas mayores

Trastorno y tipo de tratamiento	Validez empírica
Terapia conductual y cognitivo conductual y terapia dinámica estructural para trastornos depresivos.	Claramente Eficaz
Orientación en la realidad par personas con demencia	Soporte empírico Limitado
Intervenciones psicosociales para personas que tienen a cargo gerontes.	Claramente Eficaz

El futuro de las psicoterapias psicológicas

Es el año 2098, Raúl acaba de salir de su consulta anual para mejorar sus problemas emocionales. El terapeuta le acaba de administrar una dosis del complejo Omega 121. Con una mínima dosis anual de la citada droga es posible eliminar para siempre los trastornos psicóticos de los pacientes. Su terapeuta (un joven estudiante de primer año

de la carrera de medicina genética) le repetía una y otra vez que tendría que haberse sometido a la terapia génica que sus médicos le recomendaron hace más de 20 años. Este tratamiento elimina para siempre aquellos trastornos psicológicos que en el año 2000 parecían incurables. Raúl solo tiene algunos recuerdos penosos de cuando existían los hospitales psiquiátricos. El joven terapeuta le aconseja someterse al tratamiento de reprogramación de memoria para olvidar los malos recuerdos. Sin embargo, Raúl, que a sus 120 años luce como de 50, le comenta que él pertenece a la generación de las personas que se deprimían y sufrían el estrés...

¿Cómo se imagina Ud. el futuro de las psicoterapias psicológicas? ¿Existirán los tratamientos psicológicos tal como los conocemos hoy en día? ¿Incrementarán su potencia las drogas y solucionarán trastornos ahora incurables? ¿Seguirá existiendo la relación terapeuta / paciente, factor clave en la mejora de los trastornos psicológicos? ¿Las psicoterapias se unificarán bajo una única modalidad más acorde con el resto de las ciencias?

En 1992 Norcross, Alford y De Michele (citado por Poch y Avila Espada, 1998) encuestaron a 75 expertos en los temas relacionados con la psicoterapia. Las respuestas fueron analizadas con el método Delphi. Se comentan a continuación los principales resultados:

- En cuanto al tipo de intervenciones clínicas los terapeutas habían pronosticado un aumento de las terapias centradas en el presente, especialmente las más estructuradas y directivas y un retroceso para las intervenciones poco estructuradas, pasivas u orientadas hacia la historia del paciente. En el mismo caso las terapias aversivas también decrecerán.
- En cuanto a los tipos de terapeutas de más demanda en relación con la psicoterapia se encontraron los trabajadores sociales, los enfermeros y los grupos de autoayuda. Los psiquiatras tendrán una menor demanda.
- En relación con las modalidades de psicoterapia experimentarán un aumento las psicoterapias breves, las terapia familiar y la grupal, un aumento moderado las intervenciones en crisis, las terapias de pareja y la terapia individual y una marcada disminución las terapias de larga duración.
- Las orientaciones teóricas que mostrarán un incremento relativo en el futuro son las sistémicas, las eclécticas, las integrativas y las cognitivas. Mostrarán un escaso desarrollo las orientaciones psicobiológica y conductual. Registrarán un marcado retroceso el análisis transaccional, el psicoanálisis clásico y la programación neurolingüística.
- En cuanto a las acreditaciones necesarias para el ejercicio de la psicoterapia estas serán del nivel de máster o equivalentes, otorgados por pares o especialistas.

Las certificaciones serán específicas, dada la mayor preocupación por la especificidad de los tratamientos. Por lo tanto estas credenciales estarán limitadas en función de la incumbencia profesional habilitada.

Comentarios Finales

Durante una parte importante del siglo XX las psicoterapias psicológicas han experimentado una demanda notable. Algunos afirman que los tratamientos psicológicos constituyen una versión moderna de la confesión y son el resultado de la fragmentación social. La nueva sociedad capitalista trajo como nueva moda el concurso de expertos para la resolución de problemas personales que antes se resolvían en el seno de la familia. La psicoterapia por tanto ha demostrado ser una forma efectiva para resolver situaciones problema comparada con el no tratamiento. Sin embargo, la superioridad de un modelo por sobre otro no ha sido suficientemente verificada. Los autores coinciden en afirmar que las diferentes escuelas psicológicas aportan los mismos resultados en mayor o menor medida.

El principal motor del cambio pareciera localizarse en los factores comunes o inespecíficos de los tratamientos que explicaría una buena parte de la mejoría de los pacientes. De allí la importancia del vínculo que se establece en el contexto terapéutico, siendo un importante predictor del éxito de las intervenciones. Algunos modelos terapéuticos utilizan casi exclusivamente estos componentes (las psicoterapias experienciales, las orientaciones psicodinámicas en alguna medida), sin embargo la literatura revisada nos alerta acerca de la conveniencia de seguir utilizando modelos de abordaje genéricos, siendo más recomendable los tratamientos específicos en función de trastornos específicos también.

En cuanto a los terapeutas, una mayor experiencia no asegura el éxito del tratamiento, pero sí permite el afianzamiento de la relación de trabajo entre terapeuta y paciente, razón por lo cual este último permanece mayor tiempo en la consulta. La tendencia predominante es la manualización de los tratamientos para el entrenamiento de los clínicos, que permite una mayor efectividad en la administración de la psicoterapia a los pacientes. Permite asimismo aislar los factores específicos y comparar la efectividad de abordajes alternativos frente al mismo problema.

Los pacientes que mejoran más son aquellos más sanos, vale decir que registran menos trastornos psicológicos. Los pacientes con mayor severidad en sus problemas psicológicos son aquellos que se benefician menos de la psicoterapia. El cambio psicológico tiene lugar en el primer segmento del tratamiento donde ocurre una mejoría psicológica significativa, siendo las etapas sucesivas de menor impacto en el bienestar psicológico de los pacientes.

Aquellos que deseen seguir investigando si las psicoterapias son eficaces deberán adoptar criterios de diagnóstico internacionales, instrumentos adecuados y protocolos de tratamiento. Los estudios de evolución del cambio a largo plazo son los más escasos y por lo tanto aquellos que debieran ser adoptados. Finalmente todo administrador de

algún servicio de salud mental debe estar al tanto de las investigaciones sobre eficacia de los tratamientos psicológicos. Esta información permite tomar decisiones basadas en datos concretos de realidades concretas. Redundará en la optimización de los escasos recursos humanos y en el bienestar a largo plazo de los usuarios del sistema.

Referencias Bibliográficas

- Avila, A. (1994). ¿Qué es la psicoterapia? En: A. Avila y J. Poch (Eds.), *Manual de técnicas de Psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Cap. 1. Madrid: Siglo XXI
- Barlow, D. (1996). Health care policy, psychotherapy research and the future of psychotherapy. *American Psychologist*, 55 (1), 1050-1058
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bergin, A. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. En: A. Bergin y S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. New York: Wiley
- Bergin, A., Garfield, S. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley and Sons.
- Beutler, L., Crago, M., Arizmendi, T. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. En: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 257-310). New York: Wiley and Sons.
- Beutler, L., Machado, P & Allstetter Neufeld, S. (1994). Therapist variables. En: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 229-269). New York: Wiley and Sons.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge: London
- D'Zurilla, T. & Goldfried, M. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126
- Edelson, M. (1994). Can psychotherapy research answer this psychotherapist's questions? En: P.F. Tally, H. Strupp & S. F. Beutler (Eds.). *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap* (pp.60-87). New York: Basics Books
- Eifert, G., Schulte, D., Zvolensky, M., Lejuez, C., Lau, A (1997). Manualized behavior therapy: Merits and challenges. *Behavior Therapy*, 28, 499-509

- Emmelkamp, P. (1994). Behavior therapy with adults En: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 379-427). New York: Wiley and Sons.
- Fernández Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.
- Fonagy, P. (Ed.,2000). *An Open Door review of outcome studies in psychoanalysis*. London: International Psychoanalytical Association.
- Gabbard, G. (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, Washington DC.: American Psychiatric Press
- Garfield, S. (1994). Research on client variables in psychotherapy En: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 190-228). New York: Wiley and Sons.
- Goldfried, M. & Wolfe, B. (1996). Psychotherapy practice and research. Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, 51 (10), 1007-1016.
- Greenberg, L., Elliot, R., Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. En: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 190-228). New York: Wiley and Sons.
- Grencavage, L. & Norcross, J. (1990). Where are the common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 372-378
- Havens, L. (1994). Some suggestions for making research more applicable to clinical practice. En: P.F. Tally, H. Strupp & S. F. Beutler (Eds.). *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap* (pp.88-98). New York: Basics Books
- Henry, W. & Strupp, H (2000). The therapeutic alliance as interpersonal process. En: A. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley
- Henry, W., Strupp, H., Schacht, T. & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. En: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 467-508). New York: Wiley and Sons.
- Hollon, S. & Beck, A. (1994). Cognitive and cognitive behavioral therapies. En: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 428-466). New York: Wiley and Sons.
- Hollon, S. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative to medications. *American Psychologist*, 55 (1), 1025-1030
- Hollon, S., De Rubeis, R., Evans, M. (1987). Causal mediation of change in treatment for depression: Discriminating between nonspecificity and noncausality. *Psychological Bulletin*, 102, 132-149

- Janov, A. (1970). *The primal scream: Primal therapy, the cure for neurosis*. New York: Dell.
- Karasu, T. (1986). Specificity versus nonspecificity. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kazdin, A. (1994). Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. En: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 19-71). New York: Wiley and Sons.
- Kiesler, D. (1994). Standardization of intervention: The tie that binds psychotherapy research and practice. En: P. F. Tally, H. Strupp & S. F. Beutler (Eds.). *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap* (pp.143-153). New York: Basics Books
- Lambert, M. & Bergin, A. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 143-189). New York: Wiley and Sons.
- Lambert, M. & Hill, C. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. En: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 72-113). New York: Wiley and Sons.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008
- Mahoney, M. (1977). Reflections on the cognitive learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, 32, 5-13
- Malan, D. (1976). *Toward the validation of dynamic psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum.
- Meltzoff, J. & Konreich, N. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton
- Millon, T (1996). *Disorders of personality: DSM IV and Beyond*. New York: Wiley and Sons
- Nathan, P., Stuart, S. & Dolan, S. (2000). Research on psychotherapy, efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126 (6), 964-981
- Newman, F. & Tejada, M. (1996). The need for research that is designed to support decisions in the delivery of mental health services. *American Psychologist*, 51 (10), 1040-1049
- Norcross, J., Alford, B., De Michele, J. (1992). The future of psychotherapy: Delphi data and concluding observations. *Psychotherapy*, 29, 150-158
- Orlinsky, D., & Howard, K. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. En: A. Bergin & S. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (pp. 270-376). New York: Wiley and Sons.

- Parloff, M. (1982). Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla. *American Journal of Psychiatry*, 139, 718-727
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118
- Perls, F., Hafferline, R. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Julian Press
- Piper, W., Azim, F., Joyce, S. & Mc Callum, M. (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of general Psychiatry*, 48, 946-953
- Poch, J., Avila Espada, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Rice, L. & Greenberg, L. (1992). Humanistic approaches to psychotherapy. En: D. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 197-224). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Roth, A., Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974
- Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14
- Strupp, H. (1984). The vanderbilt psychotherapy research project: Past, present and future En: J. B. Williams. y R.L. Spitzer (Eds.), *Psychotherapy Research: Where are we and where should go?*. New York: The Guilford Press
- Strupp, H. (1996). The tripartite model and the Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 51 (10), 1017-1024
- Wampold, B., Mondin, G., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes". *Psychotherapy Bulletin*, 122, 203-215
- Wilson, G. & Fairburn, C (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 261-269
- Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.