



Universitat Ramon Llull

Integración en Psicoterapia:

Factores Comunes e Ingredientes Específicos y Patrones Diferenciales de Cambio Narrativo

Joana Maestra Cutura

Tesis Doctoral para optar al Grado de Doctora en Psicología

Universitat Ramón Llull
Blanquerna, Departament de Psicologia

Tutor: Lluís Botella García Del Cid

**Als meus pares, que van ensenyar-me el valor
De la lluita i l'esforç, sense ells, res del que he fet hauria
Estat possible.
GRÀCIES.**

AGRADECIMIENTOS:

A mi tutor de tesis por su paciencia, ayuda y aprendizaje impagable,
han sido un honor estos años de duro trabajo.

A todos los clientes, que han colaborado para que este trabajo sea
posible.

A los estudiantes, que con su criterio forman parte de este estudio.

Índice

Índice

Resúmenes

Lista de Figuras y Tablas

1. Introducción a las Escuelas Psicoterapéuticas, Integración y Factores Comunes.

Factores influyentes en la Formación del Movimiento Integrador.

Proliferación de enfoques psicoterapéuticos

Inadecuación de una forma única de psicoterapia para todos los casos.

Ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias:

¿La psicoterapia funciona?

¿Qué psicoterapia funciona mejor?

Reconocimiento de la existencia de Factores Comunes a las distintas psicoterapias.

Énfasis en las características de los clientes y en la Relación Terapéutica cómo principales ingredientes del cambio.

Factores socio-políticos y económicos.

Principales Enfoques del Movimiento Integrador.

El Eclecticismo Técnico

La integración teórica

Los Factores Comunes

La Alianza Terapéutica como Factor Común

Investigación sobre la Alianza Terapéutica y resultados de la Psicoterapia

Pero... ¿es la Alianza Terapéutica el único Factor Común?

La Integración Asimilativa

La Integración Metateórica

Integración e Investigación en Psicoterapia

2. Estudio 1: Relación entre Proceso Terapéutico, Procesos Narrativos y Buen o Mal Resultado en Psicoterapia.

Método

Participantes
Instrumentos
Procedimiento

Resultado

Discusión

**3. Estudio 2: Integración en Psicoterapia en Terapeutas en Formación:
Atribución de Factores Comunes e Ingredientes Específicos en Casos
Prototípicos de Cinco Orientaciones Psicoterapéuticas.**

Método

Participantes
Instrumentos y Procedimiento

Resultado

Discusión

4. Conclusiones Generales

5. Bibliografía

6. Anexos

Annexo A Rejilla de evaluación de Ingredientes Específicos y Factores
Comunes.

Resúmenes

TITOL:

Integració en Psicoteràpia: Factors Comuns i Ingredients Específics i Patrons Diferencials de Canvi Terapèutic.

RESUM:

Bona part de la investigació en Psicoteràpia, en els últims anys, s'ha centrat per una banda en les diferències entre escoles psicoterapèutiques i, d'altre banda en les similituts, moltes vegades representades en Factors Comuns. Al llarg d'aquest treball ens centrem en les suposades diferències, potser no són les escoles tan diferents com alguns representants defensen?, potser aquestes diferències representades en Ingredients específics no són tan específics d'una única forma de psicoteràpia?. D'altre banda la investigació en factors comuns, evidencia que cada vegada podem trovar més factors comuns i que cada vegada són més decisius en el canvi terapèutic. En aquest treball es compara a 30 pacients amb bon resultat terapèutic i 30 amb mal resultat en termes de distribució diferencial de (1) Les variables d'entrada (2) Processos i Resultats Variables, i (3) Variables narratives. Els resultats van indicar que el funcionament psicosocial, la motivació, els símptomes pre-teràpia, Aliança de Treball, el nombre total de sessions de teràpia, la reducció total dels símptomes pre-post, la mitjana de puntuació de l'aliança de treball i el total de sessions de 3, 4 i 8 es una variable discriminant entre els dos grups. Els resultats també van mostrar que gairebé totes les variables narratives, excepte algunes d'elles discriminen entre els grups de bon/mal resultat des del començament, punt mig i la fase final del seu procés terapèutic. Aquests resultats es discuteixen en funció de la seva rellevància per a la pràctica clínica.

PARAULES CLAU:

Integració en psicoteràpia, Factors Comuns, Ingredients Específics, procés i resultat terapèutic, variables narratives i terapia Narrativa

TÍTULO:

Integración en Psicoterapia: Factores Comunes e Ingredientes Específicos y Patrones Diferenciales de Cambio Narrativo.

RESUMEN:

Gran parte de la investigación en Psicoterapia, en los últimos años se ha centrado, por un lado en las diferencias entre escuelas psicoterapéuticas y, por otro lado, en las similitudes, muchas veces representadas en Factores Comunes. En este trabajo nos centramos en las supuestas diferencias, ¿puede ser que las escuelas no sean tan diferentes como algunos representantes de las mismas defienden? ¿Puede ser que estas diferencias, representadas en Ingredientes Específicos, no sean tan originarios de una única forma de terapia? Por otro lado, la investigación en Factores Comunes, encuentra cada vez más y que son más importantes en el cambio terapéutico. Este trabajo compara 30 pacientes con buen resultado terapéutico a 30 con un mal resultado terapéutico en términos de la distribución diferencial de (1) Las variables de entrada (2) Procesos y Resultados Variables, y (3) Variables narrativas. Los resultados indicaron que el funcionamiento psicosocial, la motivación, los síntomas pre-terapia, Alianza de Trabajo, el número total de sesiones de terapia, la reducción total de los síntomas pre-post, y la media de puntuación de la alianza de trabajo total en sesiones de 3, 4 y 8 discrimina entre ambos grupos. Los resultados también mostraron que casi todas las variables narrativas, excepto algunos de ellos discriminan buen/mal resultado en el punto medio y la fase final de su proceso terapéutico. Estos resultados se discuten en función de su relevancia para la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE:

Integración en Psicoterapia, Factores Comunes, Ingredientes Específicos, proceso y resultado terapéutico, variables narrativas i Terapia Narrativa.

TITLE:

Integration in Psychotherapy: Common Factors and Specific Ingredients and distinctive patterns of therapeutic change.

SUMMARY:

Much of the research in psychotherapy, in recent years has focused on one hand the differences between psychotherapeutic schools and, on the other hand, in the similarities, often represented in Common factors. In this paper we focus on the alleged differences, can it be that schools are not as different as some representatives defend them? Can it be that these differences represented in specific ingredients, are not as originating from a single form of therapy? On the other hand, research on factors Commons, is becoming more and more important in that therapeutic change. This paper compares 30 patients with good therapeutic outcome to 30 with poor therapeutic outcome in terms of the differential distribution of (1) Intake Variables (2) Outcome and Process Variables, and (3) Narrative Variables. Results indicated that psychosocial functioning, motivation, pre-therapy symptoms, Working Alliance, total number of therapy sessions, total pre-post symptom reduction, and mean scoring for total working alliance in sessions 3, 4, and 8 discriminated between both groups. Results also showed that almost all narrative variables except some of them discriminated good outcome clients from poor outcome ones from the beginning, midpoint and final stage of their therapeutic process. These results are discussed according to their relevance for clinical practice.

KEYWORDS:

Psychotherapy integration, Common Factors, Specific Ingredients, process and therapeutic result, narrative variables and Narrative Therapy.

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS

FIGURAS

- Figura 1. Contribución relativa de los factores que influyen en el resultado de la psicoterapia (Lambert, 1986).
- Figura 2. Distribución de Motivos de Demanda.
- Figura 3. Diferencias entre BR y MR en Inicio del Problema.
- Figura 4. Diferencias entre BR y MR en Funcionamiento Psicosocial (d de Cohen = 0,59).
- Figura 5. Diferencias entre BR y MR en Motivación (d de Cohen = 1,53)
- Figura 6. Diferencias entre BR y MR en Síntomas Pre-terapia (d de Cohen = 0,56).
- Figura 7. Diferencias entre BR y MR en número total de sesiones de terapia (d de Cohen = 0,75).
- Figura 8. Diferencias entre BR y MR en alianza terapéutica promediada (d de Cohen de 1,70).
- Figura 9. Diferencias entre BR y MR en reducción total de síntomas pre-post (d de Cohen = 3,23).
- Figura 10. Diferencias entre BR y MR en alianza terapéutica total (3ª sesión) (d de Cohen = 0,74).
- Figura 11. Diferencias entre BR y MR en alianza terapéutica total (4ª sesión) (d de Cohen = 1,70).
- Figura 12. Diferencias entre BR y MR en alianza terapéutica total (8ª sesión) (d de Cohen = 2,08).
- La Figura 13 sintetiza e ilustra gráficamente el curso general de ambos grupos en términos de los cambios en todas las variables narrativas.
- Figura 14. Gráfico de dispersión con barras de error correspondientes a un intervalo de confianza del 95% para los estadísticos descriptivos de puntuaciones promedio de factores comunes.

TABLAS

- Tabla 1. Estructura de las cinco orientaciones teóricas principales de la psicoterapia. (Adaptada del modelo de Integración Teóricamente Progresiva de Neimeyer, 1992).
- Tabla 2. 150 tipos de psicoterapia.
- Tabla 3. Tipo de psicoterapia a emplear según el potencial de resistencia y estilo de afrontamiento del cliente.
- Tabla 4. Propuestas de factores comunes (adaptado de Kleinke, 1994).
- Tabla 5. Resumen de la investigación sobre alianza terapéutica como factor común.
- Tabla 6. Resultados de la prueba t de Student para las cuatro Variables Iniciales continuas evaluadas restantes (ii. inicio del problema, iii. funcionamiento psicosocial, iv. motivación, y v. síntomas pre-terapia).
- Tabla 7. Correlaciones entre las Variables Iniciales evaluadas.
- Tabla 8. Resultado de la prueba t de Student para las siguientes variables de resultado y de proceso: número total de sesiones de terapia, alianza terapéutica promedio, reducción sintomática pre-post total, alianza terapéutica en las sesiones 1^a, 2^a, 3^a, 4^a y 8^a y nivel sintomático en las sesiones 1^a, 2^a, 3^a, 4^a y 8^a.
- Tabla 9. Patrón de componentes rotados para las variables iniciales, de resultado y de proceso. Sólo se han incluido las cargas factoriales superiores a 0,30.
- Tabla 10. Resultados de la prueba t de Student para cada variable narrativa en cada uno de los tres momentos de evaluación (Narrativa #1, Narrativa #2 y Narrativa #3) comparando los grupos BR y MR.
- Tabla 11. Resumen de las dimensiones narrativas que discriminan el grupo BR del MR en cada fase del proceso terapéutico.
- Tabla 12. Cuadro resumen de los ingredientes de cada orientación.
- Tabla 13. Estadísticos descriptivos de puntuaciones promedio de factores comunes.
- Tabla 14. Análisis de Variancia de un factor.
- Tabla 15. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Psicodinámico.

- Tabla 16. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Conductual.
- Tabla 17. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Cognitivo.
- Tabla 18. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Humanista.
- Tabla 19. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Sistémico.
- Tabla 20. Resultados resumidos de los cinco análisis de variancia para cada una de las cinco tablas anteriores.
- Tabla 21. Análisis Factorial exploratorio de la distribución de puntuaciones de los factores comunes atribuidos a los casos prototípicos mediante un análisis de componentes principales.
- Tabla 22. Matriz de correlaciones de Pearson entre los casos prototípicos comparado dos a dos.
- Tabla 23. Contraste de la significación de las medias de cada ingrediente específico.
- Tabla 24. Contraste de la significación de las diferencias de las medias para el ingrediente específico *insight*.
- Tabla 25. Contraste de la significación de las diferencias de las medias para el ingrediente específico *conducta*.
- Tabla 26. Contraste de la significación de las diferencias de las medias para el ingrediente específico *experiencia*.
- Tabla 27. Contraste de la significación de las diferencias de las medias para el ingrediente específico *distorsiones*.
- Tabla 28. Contraste de la significación de las diferencias de las medias para el ingrediente específico *familia*.
- Tabla 29. Contraste de la significación de las diferencias de cada ingrediente específico identificado en el caso psicoanalítico.
- Tabla 30. Contraste de la significación de las diferencias de cada ingrediente específico identificado en el caso conductual.

- Tabla 31. Contraste de la significación de las diferencias de cada ingrediente específico identificado en el caso cognitivo.
- Tabla 32. Contraste de la significación de las diferencias de cada ingrediente específico identificado en el caso humanista.
- Tabla 33. Contraste de la significación de las diferencias de cada ingrediente específico identificado en el caso sistémico.

1. Integración en Psicoterapia

Introducción a las Escuelas Psicoterapéuticas, Integración y Factores Comunes.

La psicoterapia se ha desarrollado desde sus inicios históricos articulada como una serie de propuestas conceptuales que abarcan desde lo más filosófico y epistemológico (el **núcleo metateórico** de cada orientación) a lo más concreto y aplicado (sus propuestas de **estrategias y técnicas**), pasando por las diferentes **teorías formales** y **teorías clínicas**.

Así, por ejemplo y tal como se detalla en la Tabla 1, la terapia de conducta se concibe al menos inicialmente como un sistema basado en una metateoría positivista y empirista, una teoría formal (con el tiempo más bien tres) basada en lo determinante de los procesos asociativos en cuanto a la configuración de la conducta, una teoría clínica (de nuevo, tres) basada en el “desaprendizaje” y “reaprendizaje” de las conductas objeto de la intervención y decenas de estrategias y técnicas coherentes con su teoría formal al menos en principio. En la Tabla 1 se incluye un resumen sintético de las otras cuatro aproximaciones teóricas clásicas de la psicoterapia contemporánea: el psicoanálisis, las terapias cognitivas, las humanistas y las sistémicas.

Tabla 1. Estructura de las cinco orientaciones teóricas principales de la psicoterapia. (Adaptada del modelo de Integración Teóricamente Progresiva de Neimeyer, 1992).

	Psicoanálisis	Terapia de Conducta	Terapias Cognitivas	Terapias Humanistas	Terapias Sistémicas
Metateoría	Subjetivismo, Hermenéutica, Énfasis en lo no observable, Rechazo del método científico clásico.	Positivismo, Empirismo, Objetivismo, Énfasis en la experimentación, Proscripción de lo no-observable y/o cuantificable.	Positivismo, Empirismo, Objetivismo, Énfasis en la experimentación, Proscripción de lo no-observable y/o cuantificable—aunque no tan estricto como en el conductismo.	Fenomenología, Holismo, Defensa de la subjetividad del conocimiento, Valores cargados de ideología.	Interpersonal, Intersubjetiva.
Teoría Formal	Represión, Mecanismos de Defensa, Consciente, Preconsciente, Inconsciente, Principio del Placer, Principio de Realidad, Ello, Yo, Superyó, Pulsiones, Zonas Erógenas, Desarrollo Libidinal...	Condicionamiento clásico (estímulo, respuesta). Condicionamiento operante (conducta, refuerzo). Aprendizaje observacional (procesos imitativos cognitivos).	Algunas personas mantienen ciertos modos cognitivos con tendencia a la estabilidad que actúan como factores predisponentes a la patología. Los modos cognitivos unidos a situaciones estresantes desencadenantes provocan la patología (síntomas conductuales, afectivos y psicofisiológicos).	P. e., rogeriana: el ser humano posee un núcleo esencialmente positivo que avanza hacia la autoactualización, la madurez y la socialización. Cuando el hombre funciona de forma libre y puede vivenciar su naturaleza básica es un ser positivo, social y constructivo.	Cibernética, Teoría General de Sistemas

Teoría Clínica	<p>El síntoma es el resultado del esfuerzo del aparato psíquico por adaptarse a los conflictos emocionales inconscientes y a la ansiedad generada frente a la insuficiencia de los mecanismos de defensa habituales. Es una formación del yo que intenta gratificar las pulsiones del ello de acuerdo con las exigencias del superyó. El objetivo de la terapia psicoanalítica es hacer al paciente consciente de aquellos conflictos intrapsíquicos inconscientes que dificultan su adaptación a la realidad. No se trata de un conocimiento intelectual sino emocional, por medio del análisis de la relación transferencial.</p>	<p>Condicionamiento clásico (condicionamiento de respuestas adecuadas a estímulos que provocaban respuestas problema).</p> <p>Condicionamiento operante (refuerzo diferencial de conductas adecuadas).</p> <p>Aprendizaje observacional (observación de modelos adecuados).</p>	<p>Para mejorar la sintomatología de los pacientes será necesario hacerles conscientes de sus errores cognitivos, enseñarles a enfrentarse a sus cogniciones negativas y, en último término, modificar sus esquemas cognitivos.</p>	<p>P. e., rogeriana: en la persona neurótica el concepto de self está estructurado de forma rígida y se produce una incongruencia con la experiencia, lo que conduce a la defensividad (negación y distorsión).</p>	<p>Los problemas del sistema se deben a disfunciones en su estructura o funcionamiento</p>
Estrategias y Técnicas	<p>Confrontación, Clarificación, Interpretación.</p>	<p>Basadas en el condicionamiento clásico (por ejemplo, relajación).</p> <p>Basadas en el condicionamiento operante (por ejemplo, economía de fichas).</p> <p>Basadas en el aprendizaje observacional (por ejemplo, modelado).</p>	<p>Decenas de técnicas orientadas a identificar las cogniciones irracionales y corregirlas substituyéndolas por otras racionales.</p>	<p>P. e., rogeriana: énfasis en la relación terapéutica: (a) congruencia, (b) consideración positiva incondicional, y (c) empatía.</p>	<p>Técnicas estructurales, estratégicas, paradójicas, etc.</p>

Esta visión de las diferentes orientaciones psicoterapéuticas, que sin duda resulta útil para distinguir unas de otras y a la vez tener una visión de conjunto, fomenta sin embargo inadvertidamente una concepción fragmentada de todas ellas. Al estar centrada en lo que **las diferencia** más que en lo que las une, da la sensación de que son todas y cada una de ellas unidades autocontenidas con poco o ningún contacto mutuo y pocos o ningún factor en común.

De hecho esta había sido la visión que se transmitía de nuestro ámbito hasta hace bien poco, y en algunos contextos aún lo es: *cada enfoque es fundamentalmente diferente de los demás* (y como corolario frecuente aunque no siempre explícito) *y en el que yo me posiciono es mejor que todos los demás y de hecho el único verdadero—o científico, o eficaz, o con fundamento empírico, o profundo, o coherente...*

Sin embargo, y como abordaremos con detalle más adelante, esta visión fragmentada y competitiva de las orientaciones terapéuticas choca, al menos desde los años 80, con serias evidencias empíricas que la echan por tierra. Ante la acumulación de anomalías de la visión de las teorías de la psicoterapia como compartimentos estancos empieza a emerger desde hace décadas un interés creciente por la exploración de la integración en psicoterapia¹, por aproximarse a los modelos que uno no conoce tanto y aprender de ellos como si realmente valiesen la pena en lugar de ignorarlos, menospreciarlos o temerlos como competidores.

En el panorama internacional, cada vez son más (y en algún caso mayoría) los terapeutas que se definen como integradores o eclécticos—véase Caspar (2008); Kazantzis y Deane (1998); Muller (2008); Norcross, Karpik y Santoro (2005); Yin, Huang y Fu (2009). En España en concreto, en una encuesta realizada entre psiquiatras y psicólogos que trabajaban en el sector público en un área de Madrid en 1990 un 76% de ellos declaraba que fundamentaban su práctica en más de una orientación teórica y el

¹ La integración en psicoterapia ha sido definida como un esfuerzo por “(a) integrar diferentes modelos y técnicas y (b) entender mejor y hacer avanzar la psicoterapia mediante la consideración de las perspectivas de diferentes enfoques” (Castonguay y Goldfried, 1994, p. 160).

93% aseguraba utilizar o prescribir técnicas basadas en diferentes concepciones teóricas en función de indicaciones terapéuticas (Desviat *et al.*, 1990). Si bien el estudio se limitaba a profesionales de Madrid y de la asistencia pública y tiene ya más de 25 años, no deja de reflejar la situación de la época y, a todas luces, la combinación de enfoques y técnicas ha venido a ser desde entonces más la regla que la excepción.

Una de las metáforas más utilizadas para explicar tanto el interés por la exploración de la integración como la propia coexistencia de modelos diferentes y en ocasiones opuestos es la conocida historia de los ciegos y el elefante. Se trata de una parábola de origen hindú utilizada, curiosamente, para demostrar *la imposibilidad* de acceder a la verdad absoluta. En el caso de la exploración de la integración en psicoterapia su intención es ligeramente diferente, se suele usar para ilustrar las limitaciones de cada orientación en su visión particular y la necesidad de trascenderlas. La parábola dice más o menos así:

Seis sabios, inclinados al estudio, quisieron saber qué era un elefante. Como eran ciegos, decidieron hacerlo mediante el tacto. El primero en llegar junto al elefante, chocó contra su ancho y duro lomo y dijo: “Ya veo, es como una pared”. El segundo, palpando el colmillo, gritó: “Esto es tan agudo, redondo y liso que el elefante es como una lanza”. El tercero tocó la trompa retorcida y gritó: “¡Dios me libre! El elefante es como una serpiente”. El cuarto extendió su mano hasta la rodilla, palpó en torno y dijo: “Está claro, el elefante, es como un árbol». El quinto, que casualmente tocó una oreja, exclamó: “Aún el más ciego de los hombres se daría cuenta de que el elefante es como un abanico”. El sexto, quien tocó la oscilante cola acotó: “El elefante es muy parecido a una soga”. Y así, los sabios discutían largo y tendido, cada uno excesivamente terco y violento en su propia opinión y, aunque parcialmente en lo cierto, estaban todos equivocados.

Enfocada desde esta parábola, la exploración de la integración en psicoterapia consistiría en “quitarse la venda” e interesarse por el elefante entero. Esta pretensión tiene mucho de discutible desde una epistemología constructivista: por ejemplo, ¿cómo

se puede percibir la realidad al margen de cualquier construcción personal (de cualquier “venda”)?, ¿dónde está el elefante que “tocamos” cuando no se trata de una realidad física externa a nosotros sino de una construcción social? Sin embargo, explorar las posibilidades, promesas y posibles limitaciones de la integración en psicoterapia es un objetivo válido y relevante en sí mismo al menos por una cosa: porque puede ayudar a desarrollar nuevas formas de ayuda que permitan a muchos más pacientes beneficiarse de los recursos que las psicoterapias ponen a su disposición.

Entre otros elementos, el mencionado en el párrafo anterior es sin duda uno de los que llevó históricamente al surgimiento del movimiento integrador en psicoterapia. En las páginas que siguen² nos centraremos brevemente y sin pretensiones de hacer historia de la exploración de la integración en *los antecedentes y facilitadores del movimiento integrador en psicoterapia así como los factores influyentes en su desarrollo, sus principales enfoques, el estado actual de la investigación sobre factores comunes y las limitaciones de la integración en psicoterapia.*

Factores Influyentes en la Formación del Movimiento Integrador

Los primeros ejemplos aislados de propuestas eclécticas y/o integradoras se dan ya desde los años treinta y cuarenta; por ejemplo, la equivalencia de resultados a las que nos referiremos más adelante con detalle y que ha recibido el nombre de “Veredicto del Pájaro Dodo³” fue anticipada (cincuenta años antes de poder ser demostrada) por Saul Rosenzweig en 1936. A su vez, una de las primeras aproximaciones a los factores comunes, que también describiremos con más detalle, fue formulada en 1946 por Alexander y French, que equipararon todas las psicoterapias a la provisión de una *experiencia emocional correctiva*. De hecho, el propio French (1933) ya había publicado un artículo sobre las similitudes entre el psicoanálisis y el trabajo experimental de

² Este apartado se basa en una adaptación de Botella y Maestra (en revisión editorial). *Integración en Psicoterapia: Situación y Controversias Actuales*.

³ En referencia al personaje de Alicia en el País de las Maravillas de Lewis Carroll que organiza una carrera absurda con reglas imposibles y al acabar declara, como era de prever, que “todos han ganado y todos merecen premio”.

Pavlov. También es ampliamente conocido el trabajo de Dollard y Miller (1950) en el que intentan traducir al lenguaje del conductismo algunos conceptos básicos del psicoanálisis.

Sin embargo, el movimiento integrador propiamente dicho no toma forma hasta los ochenta, y su emergencia se debe muy probablemente a una combinación de los factores que comentamos a continuación y que ya fueron identificados en el trabajo clásico de Norcross (1986).

Proliferación de enfoques psicoterapéuticos

Establecer el número de psicoterapias con las que contamos actualmente no es tarea fácil. Los cálculos dependen de los criterios establecidos para distinguirlas y van desde las cinco clásicas ya sintetizadas en la Tabla 1 a las 150 que presentamos en la Tabla 2 y que aparecen mencionadas en diferentes páginas *web* dedicadas a la difusión de la psicoterapia—con algunas propuestas de clasificación que llegan incluso a mencionar más de 400.

El hecho de contar en la actualidad con tal variedad de formas de tratamiento da una idea de la gran capacidad generativa de la psicoterapia como área de conocimiento para crear construcciones diferenciadas, pero también de la incapacidad para integrarlas que ha derivado en el actual panorama de fragmentación. De hecho viendo la lista que aparece en la Tabla 2 no es difícil entender la dificultad (y a la vez la necesidad imperiosa) de encontrar formas de integrar propuestas tan diferentes. Encontramos entre las terapias de la lista algunas tan diversas entre sí que parece como si prácticamente cualquier aspecto del funcionamiento humano pudiese ser considerado un ingrediente activo de alguna terapia, desde bailar hasta pensar con más racionalidad.

Tabla 2. **150 tipos de psicoterapia***.

1.	<i>Análisis Bioenergético</i>
2.	<i>Análisis Conductual Aplicado</i>
3.	<i>Análisis de Sueños</i>
4.	<i>Análisis Transaccional</i>
5.	<i>Arte Terapia</i>
6.	<i>Biblioterapia</i>
7.	<i>Biofeedback/Neurofeedback</i>
8.	<i>BodyTalk System</i>
9.	<i>Brainspotting</i>
10.	<i>Breathwork</i>
11.	<i>Clean Language, Symbolic, Modeling and the Metaphor Therapy</i>
12.	<i>Client-Directed Outcome-Informed Therapy</i>
13.	<i>Comunicación No Violenta</i>
14.	<i>Conductismo</i>
15.	<i>Constelaciones Familiares</i>
16.	<i>Constructivismo</i>
17.	<i>Continuum Therapy</i>
18.	<i>Control Mastery Theory</i>
19.	<i>Core Energetics</i>
20.	<i>Core Process Psychotherapy</i>
21.	<i>Critical Incidence Stress Debriefing</i>
22.	<i>Developmental Needs Meeting Strategy</i>
23.	<i>Dramaterapia</i>
24.	<i>Dreamwork</i>
25.	<i>Ecoterapia/Terapia Natural</i>
26.	<i>Enfoques Basados en Mindfulness</i>
27.	<i>Entrenamiento Autógeno</i>
28.	<i>Equinoterapia</i>
29.	<i>Focalizing</i>
30.	<i>Focusing</i>
31.	<i>Hipnosis Profunda</i>
32.	<i>Hipnoterapia</i>
33.	<i>Human Givens</i>
34.	<i>Imaginación Guiada Terapéutica</i>
35.	<i>Imago Relationship Therapy</i>
36.	<i>Integración del Ciclo Vital</i>
37.	<i>InterPlay</i>
38.	<i>Journal Therapy</i>
39.	<i>Journey Therapy</i>
40.	<i>Logoterapia</i>
41.	<i>Manejo de la Ira</i>

42.	<i>Medicina Complementaria y Alternativa</i>
43.	<i>Método Feldenkrais</i>
44.	<i>Método Gottman</i>
45.	<i>Middendorf Breath Experience</i>
46.	<i>Motivational Enhancement Therapy</i>
47.	<i>Movimiento Auténtico</i>
48.	<i>Musicoterapia</i>
49.	<i>Neurobiología Interpersonal</i>
50.	<i>Neurofeedback</i>
51.	<i>Neuropsicología</i>
52.	<i>Parent Work</i>
53.	<i>Possibility Therapy</i>
54.	<i>Programación Neurolingüística</i>
55.	<i>Psicoanálisis/Psicoanálisis Moderno</i>
56.	<i>Psicodrama</i>
57.	<i>Psicología del Deporte/Fitness</i>
58.	<i>Psicología Energética</i>
59.	<i>Psicología Orientada al Proceso</i>
60.	<i>Psicología Positiva</i>
61.	<i>Psicología/Psicoterapia Adleriana</i>
62.	<i>Psicología/Psicoterapia Humanista</i>
63.	<i>Psicosíntesis</i>
64.	<i>Psicoterapia Contemplativa</i>
65.	<i>Psicoterapia Corporal</i>
66.	<i>Psicoterapia Cuerpo/Mente</i>
67.	<i>Psicoterapia Diádica Evolutiva</i>
68.	<i>Psicoterapia Existencial</i>
69.	<i>Psicoterapia Experiencial Dinámica Acelerada</i>
70.	<i>Psicoterapia Experiencial Hakomi</i>
71.	<i>Psicoterapia Holística</i>
72.	<i>Psicoterapia Integral</i>
73.	<i>Psicoterapia Integrativa Corporal</i>
74.	<i>Psicoterapia Intensiva Dinámica Breve</i>
75.	<i>Psicoterapia Interpersonal</i>
76.	<i>Psicoterapia Jungiana</i>
77.	<i>Psicoterapia Positiva</i>
78.	<i>Psicoterapia Relacional</i>
79.	<i>Psicoterapia Sensoriomotora</i>
80.	<i>Psicoterapia Somática</i>
81.	<i>Psicoterapia Transpersonal</i>
82.	<i>Psychomotor Therapy</i>
83.	<i>Radiant Heart Therapy</i>
84.	<i>Reichian Breathwork</i>
85.	<i>Relaciones Objetales</i>

86.	<i>Relational Recovery</i>
87.	<i>Relationship Enhancement Therapy</i>
88.	<i>Resolución de Memoria Holográfica</i>
89.	<i>Respiración Holotrópica</i>
90.	<i>Rubinfeld Synergy Method</i>
91.	<i>Self Psychology</i>
92.	<i>Self Relations</i>
93.	<i>Self-Acceptance Training</i>
94.	<i>Sistemas Familiares Internos</i>
95.	<i>Somatic Experiencing</i>
96.	<i>Soul-Centered Psychiatry</i>
97.	<i>Técnica de Libertad Emocional</i>
98.	<i>Teoría/Terapia de Sistemas</i>
99.	<i>Terapia Asistida con Animales</i>
100.	<i>Terapia Aversiva</i>
101.	<i>Terapia Breve Centrada en Soluciones</i>
102.	<i>Terapia Centrada en la Persona (Terapia Rogeriana)</i>
103.	<i>Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness</i>
104.	<i>Terapia Cognitivo Conductual</i>
105.	<i>Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma</i>
106.	<i>Terapia Colaborativa</i>
107.	<i>Terapia Colaborativa de Pareja</i>
108.	<i>Terapia de Aceptación y Compromiso</i>
109.	<i>Terapia de Artes Expresivas</i>
110.	<i>Terapia de Esquemas</i>
111.	<i>Terapia de Estados del Ego</i>
112.	<i>Terapia de Exposición</i>
113.	<i>Terapia de Interacción Paterno-Filial (PCIT)</i>
114.	<i>Terapia de la Caja de Arena</i>
115.	<i>Terapia de la Coherencia/Terapia Breve Profunda</i>
116.	<i>Terapia de la Poesía</i>
117.	<i>Terapia de Pareja de Modelo Evolutivo</i>
118.	<i>Terapia de Realidad</i>
119.	<i>Terapia de Redecisión</i>
120.	<i>Terapia de Regresión</i>
121.	<i>Terapia de Reprocesamiento y Desensibilización del Movimiento del Ojo (EMDR)</i>
122.	<i>Terapia de Resolución de Conflictos</i>
123.	<i>Terapia de Transformación Emocional (ETT)</i>
124.	<i>Terapia del Juego</i>
125.	<i>Terapia Dialéctica Conductual</i>
126.	<i>Terapia Familiar Sistémica</i>
127.	<i>Terapia Feminista</i>
128.	<i>Terapia Filial</i>
129.	<i>Terapia Focalizada Emocionalmente</i>

130. <i>Terapia Focalizada en la Emoción</i>
131. <i>Terapia Gestalt</i>
132. <i>Terapia Narrativa</i>
133. <i>Terapia Narrativa Familiar Basada en el Apego</i>
134. <i>Terapia por la Danza/Movimiento</i>
135. <i>Terapia Profunda</i>
136. <i>Terapia Pragmático/Existencial Para Parejas</i>
137. <i>Terapia Psico-Física</i>
138. <i>Terapia Psicodinámica</i>
139. <i>Terapia Racional Emotiva Conductual (REBT)</i>
140. <i>Terapia Transformacional Sistémica de Satir</i>
141. <i>Theraplay</i>
142. <i>Thought Field Therapy</i>
143. <i>Time Line Therapy</i>
144. <i>Toque Curativo</i>
145. <i>Trauma Relief Unlimited (TRU)</i>
146. <i>Viaje Chamánico/PsicoChamanismo</i>
147. <i>Voice Dialogue</i>
148. <i>Voice Therapy</i>
149. <i>Wilderness Therapy</i>
150. <i>Yoga Terapia</i>

*Nota: Se ha mantenido la nomenclatura original en inglés en algunas de las terapias de la tabla dado que no han sido traducidas al español o lo han sido de diferentes formas, con lo cual añadir una traducción propia aumentaría la confusión.

La excesiva diferenciación de los enfoques psicoterapéuticos actuales es comprensible como un intento de maximizar la individualidad en detrimento de la comunalidad, ligado sin duda a cuestiones económicas, socio-políticas y de divergencias ideológicas (filosóficas, epistemológicas, metodológicas) entre los proponentes de cada uno de ellos. Sin embargo es innegable que a cualquier mente curiosa e inquisitiva se le ocurre, ante la diversidad de propuestas de la Tabla 2, preguntarse *qué deben tener en común enfoques tan aparentemente diferentes y dispersos como para resultar psicoterapéuticos todos ellos*. Precisamente esa es una de las preguntas que hace avanzar la exploración de la integración desde el conocimiento científico.

Inadecuación de una forma única de psicoterapia para todos los casos

Si se concibe la psicoterapia como la génesis intencional de significados y narrativas que puedan transformar la construcción de la experiencia de los clientes

mediante un diálogo colaborativo, y no necesariamente como una intervención medicalizada, es perfectamente previsible que ningún modelo *único* de psicoterapia pueda responder al cambio de *todos* los clientes o en *todas* las patologías.

De hecho hoy en día existe una amplia evidencia de que no existe un solo enfoque que podamos considerar clínicamente adecuado para todos los problemas, clientes y situaciones. El motor que ha generado el surgimiento de tantos nuevos enfoques es la insatisfacción con los modelos existentes y la conciencia sobre su inadecuación en determinados casos. Este es también el motor que mueve los esfuerzos eclécticos e integradores, aunque en una dirección diferente. Si ninguna de las 150 propuestas terapéuticas existentes ha conseguido demostrar su utilidad en *todos* los casos, quizá no se trata de crear la 151 sino de plantearse la cuestión desde otra perspectiva: *explorar la integración de los enfoques y técnicas disponibles que, aunque parciales y con valor limitado, pueden ayudarnos a comprender de forma más amplia y precisa el proceso psicoterapéutico.*

Otra idea en el mismo sentido es la de fomentar la flexibilidad teórica y técnica para adaptarse a cada caso concreto en detrimento de la adhesión rígida a un modelo. La flexibilización que conllevan los enfoques eclécticos e integradores aporta de por sí una mayor adaptación del proceder terapéutico a las particularidades del cliente.

Ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias (I): ¿La psicoterapia funciona?

En los años 80, los estudios que avalaban la eficacia genérica de los tratamientos psicológicos en comparación con los tratamientos placebo o la ausencia de tratamiento eran ya cientos y recogían miles de datos de pacientes y terapeutas de diversas procedencias nacionales. Entre las revisiones más importantes sobre el tema se contaban 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 *et al.*, 1980) se basaban en estudios metaanalíticos que incluían más

de 25.000 pacientes. En general, como destacaba Lambert (1986) la conclusión que se obtenía de tales estudios era que la persona que seguía un tratamiento psicológico mejoraba más que el 80% de la muestra no tratada. Así mismo, el porcentaje de clientes que mejoraban como resultado del tratamiento psicológico se cifró entre un 65% y un 70% (Howard, *et al.*, 1986; Lambert *et al.*, 1986; Whiston y Sexton, 1993), mientras que la remisión espontánea no superaba el 40%. También se admitió como demostrado que los clientes que seguían un proceso psicoterapéutico mejoraban en mayor proporción (el doble) que los que se sometían a tratamientos placebo (véase Lambert, 1991, para una revisión hasta ese momento).

Todo lo anterior llevó al consenso de que la investigación científica rigurosa había demostrado sobradamente, después de décadas de producir cuantiosa evidencia, que:

- los tratamientos psicológicos son eficaces (tanto o más que los farmacológicos);
- su eficacia no responde a efectos placebo;
- sus efectos positivos son relativamente rápidos y se mantienen en el tiempo una vez acabado el tratamiento;
- su eficacia redundaba en un beneficio económico general y para el sistema sanitario en particular;
- todo lo anterior no es producto de estudios llevados a cabo en condiciones artificiosas, sino que tales resultados se mantienen e incluso se refuerzan en estudios realizados en situaciones de práctica clínica “de primera línea”.

Respecto a este último punto, una de las críticas tradicionales a los estudios de eficacia de los tratamientos psicológicos iniciales había sido que se llevaban a cabo en condiciones ideales imposibles de replicar en la práctica clínica real: pacientes con formas “puras” de trastornos rigurosamente diagnosticados y seleccionados en función de dicho diagnóstico, tratamientos manualizados estrictamente llevados a cabo por terapeutas formados específicamente en tales manuales, etc.

Sin embargo, los resultados de investigación sobre los tratamientos psicológicos en entornos de práctica clínica real demuestran una vez más su eficacia, e incluso con mayor contundencia. Parece que parte del problema de que en ocasiones tales tratamientos hayan parecido no funcionar en contextos reales es, sencillamente, que se aplicaban mal—es decir, durante menos tiempo del requerido, en condiciones inadecuadas o por parte de terapeutas sin la necesaria formación. Un resultado colateral interesante de tales estudios es que, cuando se consulta a los pacientes, hay un gran porcentaje que muestran una clara preferencia por los tratamientos psicológicos en lugar de los puramente farmacológicos incluso en entornos estrictamente médicos/hospitalarios.

Por ejemplo, el sofisticado y riguroso estudio *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP) liderado por Irene Elkin y sus colegas del *National Institute of Mental Health* de Estados Unidos en los años 80 comparaba dos formas de psicoterapia y una de medicación antidepresiva en el tratamiento de la depresión grave y en condiciones de máximo rigor empírico. Las dos psicoterapias comparadas eran la *terapia cognitiva* y la *terapia interpersonal*.

El estudio demostró, mediante un ANOVA de medidas repetidas de los datos de la mejora sintomática en las cuatro condiciones del estudio (terapia cognitiva, terapia interpersonal, medicación y placebo), entre otras muchas cosas, que los tratamientos psicológicos eran eficaces en un nivel comparable al de la medicación.

En estudios más recientes sobre eficacia de los tratamientos psicológicos publicados en el *Journal of the American Medical Association* y el *New England Journal of Medicine* revisados por Barlow (2004) se demostraba algo más que la superioridad de tales tratamientos respecto al no-tratamiento o al placebo:

Estos estudios demuestran que hay una nueva generación de potentes intervenciones psicológicas tan eficaces, si no más, que los tratamientos

farmacológicos o psicoterapéuticos alternativos cuando se evalúan en el contexto de trastornos específicos. (p. 871).

La revisión de la evidencia de eficacia acumulada llevó a la APA a emitir su dictamen en Agosto de 2012 declarando formalmente que “como práctica de curación y servicio profesional, la psicoterapia es eficaz y muy rentable. En ensayos clínicos controlados y en la práctica clínica los resultados de la psicoterapia superan notablemente a los experimentados por las personas que necesitan servicios de salud mental pero no reciben psicoterapia. En consecuencia, la psicoterapia debe ser incluida en el sistema de salud como una práctica basada en la evidencia disponible.”

Desde entonces disponemos de aún más evidencias interesantes. Entre muchas otras, y para no extender demasiado este apartado, a la vez que se demuestra la eficacia de nuevas formas de psicoterapia se comprueba cada vez más que las intervenciones exclusivamente farmacológicas conllevan inconvenientes significativos.

Por ejemplo, investigaciones recientes (Read, Cartwright y Gibson, 2014) demuestran que los efectos secundarios de la medicación antidepresiva reportados por los pacientes son mayores de lo que se suele reconocer: en una muestra de más de 1.800 personas medicadas el 62% informó de disfunción sexual, el 60% se quejó de sentirse emocionalmente embotado, un 41% dijo que se sentían menos positivos y un 39% dijeron haber tenido pensamientos suicidas. De forma preocupante, un tercio de los encuestados dijeron que no habían sido advertidos acerca de los posibles efectos emocionales o interpersonales adversos de la medicación.

Sin embargo, y al mismo tiempo, la evidencia clínica favorable a la eficacia de formatos de psicoterapia tales como la MBCT (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*) en la prevención de la depresión, el estrés y la ansiedad es cada vez más sólida—véase, por ejemplo, Piet y Hougaard (2011). Después de analizar seis ensayos clínicos que incluyeron 593 personas, los autores llegan a la conclusión de que la MBCT redujo el

riesgo de recaída en los pacientes con al menos tres incidentes previos de depresión en un 43% en comparación con las personas que recibieron el tratamiento habitual.

Otra revisión aún más reciente de la investigación sobre este tema (Khoury *et al.*, 2013) examinó 209 estudios que incluyen 12.145 personas. Los autores demostraron que la MBCT es un tratamiento eficaz para una variedad de problemas psicológicos, y “especialmente eficaz para reducir la ansiedad, la depresión y el estrés”. Otros estudios han demostrado que es eficaz para la prevención de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y puede serlo para otras condiciones psiquiátricas, entre ellas el trastorno bipolar.

Volviendo a la terapia cognitiva, y como extensión de su eficacia más que demostrada en el tratamiento de la depresión, un estudio muy reciente publicado en *The Lancet* (Morrison *et al.*, 2014) demuestra que reduce significativamente los síntomas psiquiátricos en personas con trastornos del espectro esquizofrénico que han optado por no tomar fármacos antipsicóticos y parece ser una alternativa segura y aceptable.

De hecho, más allá de la depresión o la esquizofrenia, los estudios demostrando la eficacia de las diferentes modalidades de psicoterapia se cuentan por centenares y abarcan la mayoría de problemas psicológicos: sólo desde el año 2013 se han publicado más de 500 artículos académicos sobre el tema.

En este sentido, y tal como afirmaba recientemente Brandon A. Gaudiano en el *New York Times* (Gaudiano, 2013) para los pacientes con los trastornos más comunes, como la depresión y la ansiedad, las psicoterapias con apoyo empírico, es decir, aquellas que han mostrado ser seguras y eficaces en ensayos controlados aleatorios, son de hecho los mejores tratamientos de primera elección. Los medicamentos, debido a sus posibles efectos secundarios, deben considerarse en la mayoría de los casos sólo si la terapia no funciona bien o si el paciente no está dispuesto a intentarla.

Está claro que hay toda una serie de terapias que tienen un fuerte apoyo empírico, incluyendo la cognitivo-conductual, basada en *mindfulness*, interpersonal, familiar y terapias psicodinámicas incluso breves (por ejemplo, de 20 sesiones). A corto plazo, estas terapias son tan eficaces como los medicamentos para reducir los síntomas de la depresión clínica o trastornos de ansiedad. También pueden producir mejores resultados a largo plazo para los pacientes y sus familiares, mejorando el funcionamiento en contextos sociales y laborales y evitando la recaída más que los medicamentos.

Probablemente todo esto y más factores aún (por ejemplo socio-económicos) sea lo que está llevando a la situación de que, cuando se consulta a los pacientes, haya un gran porcentaje que muestren una clara preferencia por los tratamientos psicológicos en lugar de los puramente farmacológicos incluso en entornos estrictamente médicos/hospitalarios.

Sin embargo, y paradójicamente, esta preferencia no se traduce en un aumento de la demanda ni de la provisión de servicios psicoterapéuticos dado que una buena parte del público (incluyendo médicos, aseguradoras, derivantes e incluso muchos terapeutas) no está informado de lo comentado hasta este punto.

Ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias (II): ¿Qué psicoterapia funciona mejor?

A pesar de las diferencias teóricas entre modelos psicoterapéuticos y el interés de sus proponentes por demostrar su superioridad relativa, la conclusión que se extrae de la revisión de la literatura hasta el momento es que ninguna de ellas sobresale claramente por encima de todas las demás.

En la década de los 80, 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 incidían en la misma conclusión: no había un vencedor claro en la competición entre diferentes modelos psicoterapéuticos.

En 1997, Wampold *et al.* publican un nuevo metaanálisis de los 300 estudios de comparación directa hasta la fecha que incide en la misma conclusión. En el trabajo de Laska, Gurman y Wampold (2014) se informa de una decena de metaanálisis más ninguno de los cuales permite rechazar la hipótesis nula de falta de eficacia diferencial— Baardseth *et al.*, 2013; Benish *et al.*, 2007; Cuijpers *et al.*, 2012; Cuijpers, van Straten, Andersson y van Oppen, 2008; Imel, Wampold, Miller y Fleming, 2008; Leichsenring y Leibing, 2003; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan y Foa, 2010; Shedler, 2010; Tolin, 2010; Wampold, Minami, Baskin y Tierney, 2002.

En 2013 la APA dictamina una Resolución sobre la Eficacia de la Psicoterapia que concluye que, a la vista de la evidencia disponible, las comparaciones de diferentes formas de psicoterapia dan lugar generalmente a *diferencias relativamente insignificantes y los factores contextuales y relacionales median o moderan casi siempre las escasas diferencias de resultados.*

En 2014, Marcus *et al.* Incluyen los 51 estudios de eficacia publicados en los 17 años posteriores al de Wampold *et al.* (1997) y, si bien emplean una forma de análisis más rigurosa, vuelven a llegar al mismo resultado de equivalencia por lo que respecta a la eficacia de los tratamientos comparados (aunque observan una ligera ventaja de los modelos cognitivo-conductuales por lo que se refiere a la eficacia en cuanto a *objetivos primarios a corto plazo*).

Resulta paradójico que modelos terapéuticos pretendidamente diferentes (e incluso opuestos) sean igualmente eficaces. La resolución de esta paradoja pasa para muchos por la cuestión de la integración, tanto en lo que respecta a la identificación de los factores comunes que afectan al éxito terapéutico como a la complementariedad de la validez de unos enfoques con la de otros en un esfuerzo de integración teórica y técnica.

Reconocimiento de la existencia de factores comunes a las distintas psicoterapias

Así mismo, dicha paradoja reorientó la investigación en psicoterapia al análisis de los factores que contribuyen al cambio terapéutico. De entre estos, Lambert (1986) en su ya clásico y mencionadísimo estudio, cifraba la contribución de las técnicas terapéuticas específicas en sólo un 15% (véase Figura 1), mientras que la contribución atribuible a factores comunes sería el doble (30%).

Más recientemente, Wampold (2001), basándose en estudios metaanalíticos, llega a las siguientes conclusiones a este respecto:

- Del total de la variancia que explica el cambio terapéutico, los diferentes estudios revisados atribuyen desde un 7% a un 21% a la alianza terapéutica—en todas las orientaciones terapéuticas, con todos los grupos de edad de pacientes y para todas las modalidades de terapia (individual, de pareja, familiar y grupal).
- Si el porcentaje anterior parece modesto, debería tenerse en cuenta que el atribuible al modelo teórico o técnicas específicas no supera en ningún caso el 1% o 2%—frente al 15% que le atribuía Lambert (1986). Es decir, la alianza como factor común explica entre 7 y 10 veces más porcentaje de cambio terapéutico que el modelo teórico o las técnicas utilizadas.
- El porcentaje de variancia atribuible a las variables propias del terapeuta (por ejemplo su estilo personal), explican entre un 6% y un 9% del total (véase Duncan, Miller y Sparks, 2004).
- En cuanto a la contribución al cambio de los factores extraterapéuticos, la mayoría de autores (por ejemplo, Duncan, Miller y Sparks, 2007) reconocen la dificultad de operacionalizarlos y evaluarlos teniendo en cuenta la tendencia actual al estudio de Tratamientos Empíricamente Validados mediante Ensayos Clínicos Aleatorizados. Sin embargo, la actualización de Miller *et al.* (1997) de los datos de Lambert (1986) le seguía atribuyendo un 40%. Resulta paradójico que siendo la principal fuente de variancia sea la más difícil de estudiar debido a los rigores de las metodologías impuestas por el modelo médico.

- Igualmente, al efecto placebo (o *expectativas* en términos de la reelaboración de Miller *et al.*, 1997) se le sigue atribuyendo un 15% del porcentaje de la variancia total del cambio terapéutico.

En resumen, los factores comunes a las diferentes psicoterapias han demostrado en centenares de estudios empíricos rigurosos contribuir entre 7 y 10 veces más al total de cambio del cliente que los ingredientes específicos diferenciales (teoría y/o técnicas). Y lo antedicho es sin tener en cuenta la contribución propia del cliente (factores extraterapéuticos y expectativas), que en todos los estudios revisados demuestra ser la mayor fuente de variancia del cambio total (un 55% aproximadamente, es decir que más de la mitad del cambio terapéutico depende del cliente, que claramente es el *héroe de la terapia* tal como lo definen Duncan, Miller y Sparks (2004).

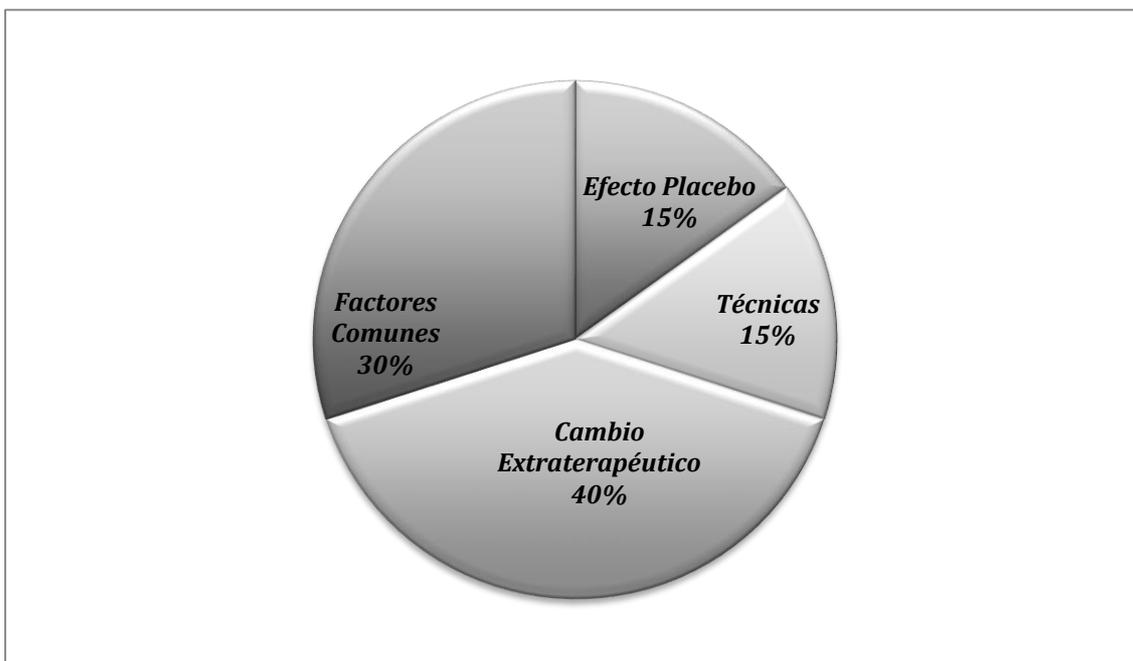


Figura 1. **Contribución relativa de los factores que influyen en el resultado de la psicoterapia (Lambert, 1986).**

El reconocimiento de la existencia de factores comunes que operan en la mayoría de las psicoterapias, hayan sido o no explicitados por sus proponentes, se hace cada vez más evidente. En este sentido, se va extendiendo cada vez más la actitud de buscar los ingredientes comunes a los diferentes enfoques en lugar de centrarse exclusivamente

en sus diferencias. Hace más de 50 años que Frank (1961) por ejemplo, planteó que los métodos de psicoterapia representan, con algunas variaciones, actualizaciones de procedimientos muy antiguos de curación psicológica. Pero las psicoterapias contemporáneas enfatizan sus diferencias para hacerse más competitivas, de acuerdo con el contexto socio-económico mercantilista y liberal de nuestra sociedad occidental, por lo que estas diferencias se exageran.

Dado que en esta tesis se dedica un apartado íntegro a los factores comunes como propuesta de integración, elaboraremos con mucho más detalle este tema en dicho apartado.

Énfasis en las características del paciente y de la relación terapéutica como principales ingredientes del cambio

Los datos sobre la contribución de distintos factores al éxito terapéutico plantean el quinto factor influyente en el auge del movimiento integrador. El reconocimiento de que la mayor proporción de variancia del éxito terapéutico se debe a factores del cliente o de la relación terapéutica obliga a un replanteamiento de la cuestión. En efecto, no parece muy productivo dedicar la mayor parte de nuestros esfuerzos a enfatizar la diferencia entre las técnicas de cada orientación cuando este factor explica un 15% del éxito terapéutico en su estimación más favorable (véase Figura 1).

Resulta mucho más lógico que los esfuerzos de sistematización permitan adaptar los recursos disponibles dentro del campo de las psicoterapias a las necesidades del cliente. En este sentido, y tal como se resume en el detallado y sistemático estudio de la segunda *Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships* de la APA (véase Norcross y Wampold, 2011 para una síntesis), está sobradamente demostrado que para que la terapia sea eficaz se debe adaptar teniendo en cuenta los siguientes factores del cliente: (i) nivel de reactividad/resistencia, (ii) preferencias sobre el tratamiento en general, (iii) cultura de pertenencia y (iv) creencias religiosas y espirituales.

En consecuencia, si el foco de interés se desplaza de las técnicas al cliente y del terapeuta a la relación, lo que pasa a cobrar mayor relevancia son lógicamente los factores que el cliente aporta a la terapia y a la relación, y no los específicamente técnicos de cada orientación. Este interés fomenta a su vez el interés por la exploración de la integración en psicoterapia.

Factores socio-políticos y económicos

Finalmente, puede verse el movimiento integrador como una respuesta a influencias sociales, políticas y económicas diversas. Especialmente en países donde la psicoterapia es financiada en parte por entidades aseguradoras, existe una gran presión para mejorar la calidad y acortar la duración de los tratamientos psicológicos. Este énfasis ha llevado tradicionalmente a estudiar cuáles son las “mejores prácticas” de cada modelo teórico para poder hipotéticamente combinarlos.

Por otro lado, el hecho de que un problema pueda tratarse de formas tan distintas según qué psicoterapeuta lo atienda no aporta ningún prestigio a nuestra profesión desde el punto de vista de un lego que no entienda la base profunda del porqué se da esa equivalencia.

Si la diversidad existente en cuanto a enfoques y técnicas ya fomenta una imagen de fragmentación entre los profesionales de la psicoterapia, resulta aún más incomprensible para el resto de la comunidad--incluyendo a los responsables de decisiones políticas en centros de salud y de investigación y a la opinión pública en general. La imagen de una profesión donde impera la *lucha de escuelas*, las descalificaciones mutuas, y en la que sus practicantes no son capaces ni tan sólo de dialogar, nos resta credibilidad ante nuestros clientes y ante la sociedad en general.

El espíritu integrador pretende sustituir este clima de enfrentamiento por la cooperación entre escuelas y el esfuerzo común por hacer madurar nuestro ámbito de

conocimiento y práctica no necesariamente hacia una psicoterapia unificada, pero sí hacia una coordinación más consensuada de los recursos disponibles y de la experiencia acumulada durante décadas por los practicantes de las distintas orientaciones.

Desde un punto de vista asociativo y social, la existencia de la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI) y su filial española Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia (SEIP) constituye un fórum periódico—mediante sus congresos anuales, revista científica y plataformas de debate y participación en Internet—de fomento de esta cooperación y diálogo.

Hasta aquí nos hemos ocupado de los factores que han influido en la tendencia hacia el eclecticismo y la integración en los últimos años. A continuación describiremos cada uno de los principales enfoques a los que ha dado lugar el movimiento integrador; es decir, el **eclecticismo técnico**, la **integración teórica**, el estudio de los **factores comunes**, la **integración asimilativa** y la **integración metateórica**).

Principales Enfoques del Movimiento Integrador

El Eclecticismo Técnico

Esta tendencia del movimiento integrador se centra en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia de la teoría que los ha originado. Se caracteriza, por tanto, por un fuerte énfasis en lo técnico en detrimento de la teoría, despojando a las técnicas de los supuestos teóricos que las han generado. Según Norcross (2005), se trata de un enfoque predominante en la práctica clínica actual.

Históricamente, entre las propuestas eclécticas se encuentran algunos de los primeros trabajos sobre integración en psicoterapia. Por ejemplo, la conocida “letanía de Paul” (Paul, 1967) centrada en la necesidad de investigar *qué tratamiento* es el más eficaz para *qué paciente* y en *qué condiciones*.

El primer autor en formular esta posición fue Lazarus (1967; véase 2005, para una revisión reciente), sin embargo, a partir de los años setenta han sido varios los enfoques que han seguido esta filosofía. Lazarus (véase el debate expuesto en Lazarus y Messer, 1991) defiende este tipo de eclecticismo, entre otras cosas, porque ve en la integración teórica un esfuerzo inútil. Según él, entre dos enfoques cualesquiera se pueden encontrar similitudes, pero a costa de ignorar sus diferencias que a menudo son fundamentales. Lazarus considera que se ha hecho un énfasis desorbitado en las teorías, lo que ha conducido a una proliferación caótica de enfoques, cosa que la integración teórica aún empeora más, por lo que se necesitan “menos teorías y más hechos”. Su propuesta enfatiza las técnicas como expresión de lo que los terapeutas “realmente” hacen con sus clientes. Integrar técnicas permite enriquecer la práctica empleando sin ningún recelo los hallazgos de orientaciones teóricamente incompatibles. Para este autor existe un nivel de observación básico en el que enfoques muy distintos, después de haberlos despojado de su carga teórica, nos revelan fenómenos a considerar⁴. Es a este nivel de observaciones de hechos clínicos donde se pueden integrar los recursos técnicos disponibles.

La estrategia ecléctica consiste en seleccionar la técnica que se cree que funcionará mejor con un cliente o paciente concreto. La cuestión clave es saber cuáles son los criterios con los que decidir cuál es la técnica oportuna con un cliente determinado. La postura del **eclecticismo intuitivo**, prevalente hasta los años setenta, consistía en seleccionar técnicas de forma idiosincrásica, a juicio del terapeuta, de su intuición o experiencia anterior, o quizás en función del último libro leído o taller de fin de semana al que ha asistido. No existe en esta forma de eclecticismo ninguna base o lógica conceptual transmisible sino que la decisión de qué técnica emplear radica en la atracción subjetiva, la vivencia o la creatividad del terapeuta.

⁴ El comentario crítico de Messer a la postura de Lazarus (véase Lazarus y Messer, 1991) rechaza la propuesta de Lazarus por considerar que se basa en la postura del realismo ingenuo y que pasa por alto la imposibilidad de la observación para producir “hechos objetivos” por sí misma. Messer utiliza el argumento de que la realidad es una creación del observador para sugerir a Lazarus que lo que éste denomina “caos” se podría redefinir como “diversidad creativa” y dar la bienvenida a la fertilidad que conlleva, en lugar de intentar reducirlo o anularlo mediante una llamada al antiintelectualismo implícito en la renuncia a teorizar a favor de los “datos objetivos”.

A pesar de que se han propuesto varias formas de eclecticismo intuitivo, prácticamente ninguna de ellas ha generado suficiente investigación empírica como para ser validada—cosa comprensible por su énfasis en lo práctico y casuístico.

En el **eclecticismo técnico sistemático** se seleccionan las técnicas de acuerdo con una lógica sistemática o esquema básico que indica cuáles emplear en función del tipo de clientes. Se trata de una integración de técnicas, pero guiada por unos esquemas conceptuales de carácter general acerca de la naturaleza del cambio y de cómo producirlo terapéuticamente. La elección de una técnica se hace en función del tipo de cliente, y la clasificación, tanto de técnicas como de clientes, requiere una cierta elaboración teórica. El resultado es un esquema conceptual que indica el tratamiento a elegir según el caso.

Uno de los ejemplos más destacados de este tipo de eclecticismo es el trabajo de Beutler y colaboradores (por ejemplo, Beutler, 1983; Beutler y Clarkin, 1990). Su propuesta se basa en tres ingredientes extraídos de la revisión de las investigaciones disponibles sobre las variables influyentes en el éxito terapéutico. El primer ingrediente supone una sistematización de los modelos existentes en términos de estilos terapéuticos o dimensiones bipolares de intervención: directiva/no-directiva, centrada en el síntoma/centrada en el conflicto, etc. El segundo implica una selección de variables del cliente, por ejemplo, severidad del síntoma, estilo de afrontamiento, potencial de resistencia o reactancia (véase Beutler, 1992). El tercer componente de este modelo propone un emparejamiento de estilos terapéuticos con variables del cliente. El modelo de Selección Sistemática de Tratamientos tal como lo proponen Beutler y Clarkin (1990) se divide en siete fases secuenciales:

1. Evaluación del paciente, su contexto cultural, diagnóstico, metas del tratamiento, estrategias de afrontamiento, entorno (estresores y recursos ambientales).

2. Evaluación de los posibles contextos, modalidades y formatos de tratamiento, así como de la frecuencia y duración de este.
3. Evaluación de la compatibilidad y “encaje” entre terapeuta y paciente.
4. Métodos de inducción de rol para fomentar y mantener la alianza terapéutica.
5. Selección de metas focales de cambio (tratamiento orientado al conflicto o al síntoma).
6. Selección del nivel de intervención y de las metas terapéuticas a medio plazo.
7. Conducción de la terapia.

La aplicación de estos criterios supone, por ejemplo, proponer las terapias directivas como las más indicadas para clientes con bajo potencial de resistencia. Una aproximación a esta propuesta combinatoria de enfoques terapéuticos con tipos de cliente se presenta en la Tabla 3.

Tabla 3. Tipo de psicoterapia a emplear según el potencial de resistencia y estilo de afrontamiento del cliente.

	<i>Potencial de resistencia alto</i>	<i>Potencial de resistencia bajo</i>
	No-directiva	Directiva
<i>Internalizador</i>	Centrada en el conflicto (por ejemplo: psicoanalítica, rogeriana)	Centrada en el conflicto (por ejemplo: gestáltica)
	No-directiva	Directiva
<i>Externalizador</i>	Centrada en el síntoma (por ejemplo: paradójica, autoayuda)	Centrada en el síntoma (por ejemplo: conductual, cognitiva)

A diferencia del eclecticismo intuitivo, en este caso sí ha habido un enorme esfuerzo de investigación asociado a esta propuesta. Concretamente los dos principios de prescripción del enfoque de Beutler resumidos en la Tabla 3 se reconocen hoy en día como empíricamente validados (Norcross, 2011).

La Integración Teórica

En este enfoque se integran dos o más psicoterapias con la esperanza de que el resultado de esta *fusión* resulte mejor que cada una de las que se partió. Como su nombre indica, el énfasis se sitúa en la integración de los conceptos teóricos de las psicoterapias, aunque también las técnicas quedan integradas en virtud de esta síntesis teórica.

Ya desde las primeras propuestas en los años treinta y cuarenta, los intentos de integración teórica se han centrado en gran medida en la combinación de los enfoques psicoanalítico y conductual. Como ya hemos comentado resumidamente, en la década de los cincuenta, en el contexto del acercamiento de algunos psicólogos académicos de Yale al psicoanálisis, se da la primera aportación realmente significativa en esta línea por parte de Dollard y Miller (1950). Estos autores presentan un ambicioso intento de sintetizar ambas teorías en cuanto a su concepción de la neurosis y de la psicoterapia con la meta de articular una teoría unificada. En su elaborada propuesta, Dollard y Miller no sólo explican el principio del placer en términos de refuerzo y la represión en términos de inhibición de respuesta, sino que formulan una compleja teoría acerca de la dinámica del conflicto y la ansiedad en la neurosis. A su vez, proponen formas de tratamiento integradas, que se avanzaron a muchas de las propuestas posteriores, más conocidas.

A pesar del enorme valor conceptual y terapéutico de esta primera gran propuesta integradora, el *zeitgeist* o clima de la época no permitió que se le diera una buena acogida. Al inicio de los años cincuenta no soplaban vientos favorables a la integración (como sí lo harían poco después) sino que, muy al contrario, la lucha de escuelas llegaba a su punto más álgido. Hubo que esperar hasta los años setenta para un clima más propicio. En esa década el modelo conductual tenía ya establecida firmemente su identidad y su relevancia dentro del campo terapéutico, y además empezaba a desarrollar una apertura hacia los procesos cognitivo-simbólicos (por

ejemplo, Bandura, 1969). Por otro lado aparecieron algunos formatos de terapia psicoanalítica que enfatizaban la fijación de metas, el trabajo sobre un foco terapéutico, así como sobre los acontecimientos y procesos presentes. Además, los enfoques humanistas, sistémicos y los propiamente cognitivos, que entraron en la escena terapéutica en la segunda mitad de este siglo, también propiciaron propuestas integradoras. Fueron varias las que aparecieron en los 70, y muchas más a partir de los 80. A continuación comentamos un ejemplo de las que integran dos teorías.

En la actualidad el enfoque que mejor representa este planteamiento, quizás en parte por ser heredero de los clásicos esfuerzos citados más arriba por integrar el psicoanálisis con el conductismo, es la terapia psicodinámica cíclica de Paul Wachtel (por ejemplo, 1977, 1992, véase una revisión actual en 2015). Discípulo de Dollard y Miller, Wachtel se formó como psicoanalista y posteriormente tuvo la oportunidad de observar el trabajo de algunos de los terapeutas de conducta más reconocidos. Considera que la perspectiva psicodinámica y su énfasis en el *insight* como mecanismo de cambio es insuficiente en la mayoría de casos, y que hay que prestar atención a los componentes actuales que favorecen las fantasías y conflictos inconscientes. En contraste con la visión psicodinámica clásica respecto al papel causal de los conflictos infantiles, la de Wachtel es cíclica, en el sentido de que los problemas y los síntomas son el resultado de círculos viciosos que se mantienen en la situación actual. Si bien reconoce que la experiencia temprana favorece determinada predisposición (y, por tanto, aumenta la posibilidad de aparición de determinadas conductas), se centra en los aspectos actuales del círculo vicioso.

Esta concepción integrada de los problemas neuróticos conlleva notables implicaciones para la práctica de la psicoterapia. Desde esta visión cíclica del problema resulta lógico pensar que hay que intervenir primero en los factores actuales que lo mantienen para producir el cambio para promover después la comprensión de la persona acerca de su conflicto y de su participación en las condiciones actuales para su mantenimiento. Pero el mérito de la propuesta terapéutica de Wachtel no radica sólo en el hecho de combinar técnicas de acción con técnicas de *insight*, sino en el hecho de

postular los procedimientos conductuales como fuente de nuevos *insights* a la vez que éstos pueden generar nuevas conductas.

Otras formas de integración teórica no pretenden combinar teorías pre-existentes sino trascenderlas al formular marcos de referencia elaborados a partir de conceptos más supraordenados. Por ejemplo, entre las mencionadas por Castonguay *et al.* (2015) se encuentran:

- El modelo transteórico de las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente (1984, 2005) basado en el desarrollo de la psicoterapia a través de cinco etapas de cambio: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.
- El modelo de Stiles (2011) que también presenta el cambio terapéutico a través de diferentes fases de construcción de experiencias problemáticas que van desde la negación hasta la asimilación de estas.
- El modelo de tratamiento de la depresión de Hayes *et al.* (2005) basado en una combinación de conceptos de teorías dinámicas y del caos.
- El de Constantino y Westra (2012) basados en conceptos psicodinámicos, cognitivos y de psicología básica.

Los Factores Comunes

La búsqueda de factores comunes supone la identificación de aquellos ingredientes que comparten la mayoría de las psicoterapias. En contraste con las otras formas de integración, que trabajan en la combinación de las *diferencias*, el enfoque de los factores comunes se centra en las *similitudes* que aparecen entre distintos modelos. Estas similitudes pueden ser tanto clínicas como teóricas. Los defensores de este enfoque de integración sostienen que las aparentes diferencias entre los constructos teóricos o las técnicas de las distintas psicoterapias ensombrecen sus similitudes esenciales. La finalidad implícita de este enfoque es la identificación de los factores que

operan en el cambio psicológico en las distintas terapias, lo que nos permitiría construir una conceptualización más amplia de la psicoterapia, más allá de posicionamientos dogmáticos y con mayor eficacia aplicada.

En efecto, la finalidad principal de este enfoque es identificar los factores, o combinación de ingredientes, que resulten de mejor pronóstico para el fomento del cambio terapéutico. Una vez hallados estos componentes, podrían servir como punto de partida para la elaboración teórica. El resultado final, con todo, no sería una teoría unificada, sino un marco conceptual supraordenado que permitiese dar sentido a diferentes forma de práctica que, aun así, comparten procesos comunes subyacentes.

Como destacan Castonguay *et al.* (2015) durante mucho tiempo, hubo investigadores (especialmente los asociados con la tradición conductual) que se referían a los factores comunes como variables “no específicas”. En este sentido, los definían como factores auxiliares a técnicas generadas por las teorías y cuya naturaleza e impacto no se entendía bien. Sin embargo, hoy en día, los factores comunes no sólo han sido reconocidos como procesos terapéuticos legítimos sino que son, con mucho, las variables que han recibido la mayor atención empírica en la investigación del proceso de la psicoterapia. El trabajo de Bruce Wampold (por ejemplo, Laska, Gurman y Wampold, 2014; Wampold e Imel, 2015) merece una mención especial tanto por como destaca la importancia de los factores comunes en la explicación del cambio terapéutico a través de orientaciones como por la cantidad de apoyo empírico que le proporciona.

Sin duda, los hallazgos recientes de la investigación de resultados han contribuido a justificar y fomentar este enfoque. Nos referimos concretamente a la conclusión (comentada con anterioridad) de que no se ha podido demostrar eficacia diferencial entre las psicoterapias y a la apreciación de que los factores comunes explican el doble de varianza (30%) que las técnicas terapéuticas (véase Figura 1). De hecho, el enfoque de los factores comunes inició su desarrollo bastante antes de la eclosión de la investigación en psicoterapia. Al igual que en la integración teórica, encontramos propuestas de factores comunes ya en los años treinta, tal como ya se ha

comentado, a las que siguieron algunas aportaciones muy notables. Pero no es sino hasta los años setenta y ochenta cuando aparecen contribuciones más sistemáticas y numerosas, a la par de un creciente interés por parte de psicoterapeutas e investigadores.

Además de los trabajos pioneros ya comentados de Rosenzweig en 1936, Alexander y French en 1946 y Dollard y Miller en 1950, habría que recordar que George Kelly ya señaló en 1969 que las intervenciones terapéuticas eficaces coincidían en (a) dar cuenta de lo que el cliente considera crucial en su visión del problema y (b) sugerir alternativas de acción factibles.

Pocos años antes, los estudios de Fiedler (por ejemplo, 1950) habían tenido una gran influencia reforzante para el argumento de los factores comunes. Fiedler pidió a terapeutas de distintas orientaciones y niveles de experiencia que describieran los componentes que consideraban ideales para una relación terapéutica. Resultó que los terapeutas expertos de distintas orientaciones coincidieron más entre sí que con los principiantes de su propia escuela. En otro estudio en el que se utilizaron puntuaciones de sesiones terapéuticas Fiedler encontró resultados similares. La relación terapéutica establecida por expertos de una orientación se asemejaba más a la de los expertos de otras orientaciones que a la de los principiantes de la propia. Aunque las psicoterapias estudiadas fueron sólo la psicoanalítica, la adleriana y la no-directiva, y a pesar de que no se tuviera en cuenta la eficacia, estos estudios contribuyeron a fomentar el desarrollo del enfoque de los factores comunes.

Carl Rogers contribuyó también, aunque de forma indirecta, al argumento de los factores comunes al defender que la psicoterapia era efectiva no tanto por el empleo de técnicas sino por el tipo particular de relación humana que se establece con el cliente. Su trabajo con las características empáticas, la calidez y la consideración positiva incondicional de la relación ha tenido amplias repercusiones en la investigación y conceptualización posterior. Hoy en día, respecto a las condiciones facilitadoras rogerianas, la investigación indica una relación compleja con los resultados de la

terapia—como discutiremos más adelante. Si bien parecen fomentar el seguimiento del tratamiento terapéutico, no queda suficientemente demostrado que contribuyan unilateralmente a la mejora del cliente. La evaluación de tales condiciones facilitadoras se complica por el hecho de que dependen de la percepción del cliente y de que parecen ser fenómenos más complejos de lo que tradicionalmente se ha considerado.

A partir de la década de los sesenta aparecen varias obras que proponen la psicoterapia como un proceso de influencia social y de persuasión genérica, en contraste con las creencias más establecidas de la época que enfatizaban los efectos técnicos específicos. El enfoque de los factores comunes ha recibido mucha atención en las últimas dos décadas, pero el trabajo de Frank (1961) permanece como punto de referencia fundamental hasta nuestros días. Otras aportaciones han venido a complementar su trabajo, y entre ellas merece una mención especial la obra editada por Marvin Goldfried (1982) que recogía, además de su propia aportación, las de los autores más relevantes del momento. En particular, la propuesta de Goldfried sugería que donde resultaba más prometedora la búsqueda de ingredientes comunes era a un nivel intermedio entre la teoría y la práctica: el de las estrategias utilizadas por terapeutas de distintas orientaciones.

De hecho, la profusión de factores comunes es significativa: la documentada revisión de Kleinke (1994) hace ya más de 20 años que recogía nueve propuestas de factores comunes, con casi una cuarentena de tales factores, que hemos sintetizado en la Tabla 4.

Tabla 4. Propuestas de factores comunes (adaptado de Kleinke, 1994).

Autor/es de la propuesta	Factores comunes propuestos
Jerome Frank	1. Relación de confianza emocionalmente significativa con una figura de ayuda
	2. Marco de curación
	3. Fundamento racional, esquema conceptual o mito
	4. Ritual
Judd Marmor	5. Relación cliente-terapeuta
	6. Confianza del cliente en el terapeuta y expresión de sentimientos
	7. Aprendizaje cognitivo

	8. Condicionamiento operante
	9. Experiencia emocional correctiva
	10. Modelado
	11. Sugestión y persuasión
	12. Ensayo y práctica de competencias
	13. Atmósfera de apoyo
Nicholas Hobbs	14. Relación terapéutica segura
	15. Descondicionamiento de la ansiedad generada por otras figuras
	16. Transferencia
	17. Internalización del <i>locus</i> de control
	18. Desarrollo de un sentido aceptable de la vida
Marvin Goldfried	19. Experiencia correctiva
	20. Feedback
John Paul Brady	21. Relación terapéutica segura
	22. Expectativas de éxito del cliente
	23. Estrategias de incremento de la sensación de control
	24. Desarrollo de conductas adaptativas
	25. Puesta en práctica de tales conductas
	26. Autocontrol
Toksoz Karasu	27. Experiencia afectiva
	28. Dominio cognitivo
	29. Regulación conductual
Hans Strupp	30. Creación de un contexto interpersonal
	31. Aprendizaje terapéutico
William Stiles, David Shapiro y Robert Elliot	32. Factores del terapeuta
	33. Conductas de participación activa del cliente
	34. Alianza terapéutica
Lisa Greencavage y John Norcross	35. Características del cliente
	36. Cualidades de los terapeutas
	37. Procesos de cambio
	38. Estructura del tratamiento
	39. Relación terapéutica

La Alianza Terapéutica como Factor Común^{5,6}

De entre todos los factores comunes propuestos, la alianza terapéutica merece un comentario más detallado por el gran interés que despierta (véase Corbella y Botella, 2003). Prueba de este interés es que en una revisión reciente mencionada por

⁵ Dado que en este apartado se revisa una gran cantidad de evidencia empírica, hemos considerado útil incluir un resumen sintético de toda ella en la Tabla 5.

⁶ Este apartado se basa en una adaptación de Botella y Maestra (en revisión editorial). *Factores Comunes en Psicoterapia*.

Castonguay *et al.* (2015), Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds (2011) identificaron más de 200 estudios empíricos sobre la alianza terapéutica (y eso sólo para terapia individual con adultos).

La noción de alianza terapéutica (o alianza de trabajo) tiene su origen en la obra de Freud desde el **psicoanálisis**, si bien la definición del término como tal se debe a Greenson (1965). Tal como la definió este último autor, consiste en la capacidad y motivación del cliente a trabajar en la resolución de su problema, fomentada por el terapeuta y la interacción entre ambos. Bordin (1979) amplió la definición de Greenson y sugirió tres componentes de la alianza de trabajo: (a) acuerdo respecto a las metas, (b) acuerdo respecto a las tareas, y (c) desarrollo de un vínculo emocional entre terapeuta y cliente. Más allá del marco psicoanalítico, la alianza de trabajo se ha reconocido como factor importante en todas las modalidades terapéuticas; de hecho, hoy en día parece ser el mejor predictor de cambio terapéutico identificado en la investigación en psicoterapia.

La conceptualización del término alianza terapéutica fue desarrollándose a lo largo del siglo XX. El propio Freud, en su trabajo de 1912 *The Dynamics of Transference*, planteó la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de este estableciera una relación positiva con el analista. Desde entonces, el concepto de alianza terapéutica ha sido incorporado como factor común por la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, pero distanciándose de la lectura transferencial proporcionada por el contexto psicoanalítico.

Como es sobradamente conocido, el movimiento **humanista** prestó desde su inicio una especial atención al papel de la alianza terapéutica en el proceso psicoterapéutico. Como ya se ha comentado, ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente eran las tres características fundamentales que debía tener el terapeuta según Rogers (1951, 1957) para establecer una relación terapéutica efectiva con el cliente. Si bien hay diferencias entre estas tres características y la noción

de alianza terapéutica⁷, los resultados de algunas investigaciones han mostrado una correlación entre la empatía del terapeuta percibida por el paciente y algunos aspectos de la alianza (Horvath, 1981; Jones, 1988; Moseley, 1983, citados en Horvath y Luborsky, 1993) así como una fuerte asociación entre las condiciones ofrecidas por el terapeuta (*Therapist-Offered Conditions*) y los componentes de la alianza.

Duan y Kivlighan (2002) encontraron que la empatía intelectual, definida como el acierto del terapeuta en percibir las emociones del cliente y la emoción empática o semejanza entre las emociones del terapeuta y del paciente, contribuía de forma significativa a que el cliente evaluara la sesión como profunda. Por otro lado, por ejemplo, Peschken y Johnson (1997) contrastaron uno de los postulados rogerianos que afirmaba que la confianza del terapeuta hacia sus clientes reforzaba la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional, así como que la demostración de estas “actitudes facilitadoras” hacía que los clientes confiaran más en su terapeuta. Los resultados demostraron que, efectivamente, la confianza de los terapeutas en sus clientes correlacionaba positivamente con las puntuaciones de las condiciones facilitadoras y éstas correlacionaban con la confianza del paciente en su terapeuta.

Como reacción a la importancia atribuida por Rogers al papel del terapeuta para mantener una buena relación y alianza con el paciente, se realizaron estudios sobre la opinión de los clientes respecto a las características del terapeuta (LaCrosse, 1980; Strong, 1968). Las investigaciones realizadas sobre variables de influencia social, como la visión por parte del cliente de su terapeuta como experto, creíble (de confianza) y convincente, empezaron a obtener resultados que indicaban o sugerían la probabilidad de que existiese una relación entre estas variables y la mejoría del paciente (LaCrosse, 1980). Sin embargo, estudios posteriores han encontrado poca relación entre las variables de la influencia social y los resultados de la psicoterapia (Greenberg y Adler, 1989; Horvath, 1981, citados en Horvath y Luborsky, 1993).

⁷ Cosa que ha hecho que algunos estudios de revisión no incluyan las condiciones rogerianas como parte de la alianza terapéutica sino como factores comunes separados (Castonguay y Beutler, 2006; Norcross 2002, 2011).

Desde la **modificación de conducta** clásica se planteaba la terapia como un proceso en el que el paciente aprende o modifica ciertas conductas o hábitos, por lo que se postulaba que la calidad técnica de las intervenciones del terapeuta era el elemento esencial. Como hemos comentado, los factores comunes se reducían a ingredientes inespecíficos, por lo que no merecían excesivo interés.

Sin embargo, la llamada “revolución cognitiva” significó la revitalización del interés por la relación terapéutica. De hecho, las **terapias cognitivas** (y más concretamente las perspectivas **constructivistas**) han llegado a considerar la alianza terapéutica como un aspecto central del proceso terapéutico (Arnkoff, 1995; Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran, 1998).

El hallazgo ya comentado de que la proporción explicada por la relación terapéutica llega al 30% mientras que la explicada por las técnicas empleadas es como máximo de un 15% (Lambert, 1992) junto con otros estudios como el de Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher (1991) o el de Barber, Crits-Cristoph y Luborsky (1992, citado en Horvath y Luborsky, 1993) que encontraron que la alianza terapéutica explicaba entre un 36% y un 57% de la variancia del resultado final de la terapia guiaron la atención hacia la investigación sobre la alianza terapéutica.

La aportación de Bordin (1976, 1979, 1994) con su definición de alianza basada en el trabajo de Greenson (1965, 1967) ayudó a establecer una conceptualización que aclaró hasta cierto punto las dudas sobre el papel de la transferencia y posibilitó la definición de la alianza de modo que las principales escuelas terapéuticas se sintiesen cómodas con un concepto común a todas, tal como ya hemos visto--aunque la diversidad de matices en la conceptualización de la alianza según cada perspectiva teórica continúa siendo debatida. Por ejemplo, Orlinsky y Howard (1986) consideran que el vínculo terapéutico está formado por tres componentes entre los cuales está la alianza terapéutica, mientras que según Bordin (1994), la alianza terapéutica está constituida por tres componentes, uno de las cuales es el vínculo terapéutico. Sin

embargo podemos afirmar que la alianza terapéutica es el componente de la relación terapéutica cuya importancia recibe más consenso en cuanto a la formación de la relación terapéutica.

En ese sentido, probablemente dos de los autores más influyentes en la concepción actual de la alianza terapéutica sean Bordin y Luborsky. El primero, como ya se ha comentado (Bordin, 1976), definió la alianza como el encaje y colaboración entre el cliente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos. Las tareas se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría es una parte importante del establecimiento de la alianza. También el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación son elementos esenciales para una buena alianza. A pesar de la importancia atribuida a la alianza terapéutica, Bordin (1980) afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico (citado en Horvath y Luborsky, 1993).

Luborsky (1976) desarrolló una conceptualización de la alianza más cercana a la visión psicodinámica original sugiriendo que es una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia (Horvath y Luborsky, 1993). El mismo autor describió dos tipos de alianza en función de la fase o etapa de la terapia de la que se trate. La alianza de tipo 1 se da sobre todo en el inicio de la terapia y se caracteriza por la sensación que experimenta el paciente “sobre el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta como contenedor” (Luborsky, 1976, p. 94). La alianza de tipo 2 se da en fases posteriores del proceso terapéutico y consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y el malestar del paciente.

A pesar de las diferencias existentes entre los planteamientos de Bordin y Luborsky, parece posible la complementariedad de ambos. La alianza tipo 1 de Luborsky podría ser entendida como la sensación de comodidad que experimentan los pacientes al sentirse acogidos y se puede relacionar con el componente de aceptación o vínculo positivo de Bordin. El acuerdo en las tareas y en los objetivos por parte del terapeuta y del paciente acaba por constituir lo que Luborsky describió como alianza de tipo 2. Distintas aportaciones dan apoyo a la consideración de la negociación entre terapeuta y paciente sobre las tareas y los objetivos como punto importante para el establecimiento de la alianza y para el proceso de cambio (Pizer, 1992; Safran y Muran, 2000a), distanciándose de concepciones tradicionales que asumían la alianza como responsabilidad del terapeuta que tenía que conseguir que el paciente se identificase con él y adoptase sus ideas sobre los objetivos y tareas a trabajar en la terapia.

De este modo se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, de forma que las expectativas, opiniones y construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica, así como la alianza modula la relación.

Investigación sobre Alianza Terapéutica y Resultados de la Psicoterapia

Los estudios dedicados a buscar la relación existente entre la alianza terapéutica y la eficacia de la psicoterapia conforman un cuerpo creciente de publicaciones (por ejemplo, Bachelor, 1991; Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland, 2000; Horvath y Symonds, 1991; Horvath, 2001, junio; Stiles, Agnew-Davies, Ardí, Barkham y Shapiro, 1998; Weerasekera, Linder, Greenberg y Watson, 2001). La relación terapéutica, y especialmente la alianza, ha demostrado ser un factor importante en diferentes orientaciones teóricas como la psicodinámica, cognitiva, interpersonal, ecléctica, experiencial y conductual (Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1988; Gaston, Piper, Debbane y Bienvenu, 1994; Horvath, 1994b; Krupnick *et al.*, 1996; Raue, Goldfried y Barkham, 1997; Watson y Greenberg, 1994) y en diferentes formatos de

terapia tales como las terapias individuales, las terapias de grupo y las terapias familiares (Bourgeois, Saburin y Wright, 1990; Marziali, Munroe-Blum y McCleary, 1999; Pinsof, 1994; Sturm y Dawson, 1999).

En la mayoría de estudios se encuentra una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia (por ejemplo, Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland, 2000; Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Morgolis y Cohen, 1983; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien y Auerbach, 1985; Luborsky, 1994; Horvath y Symonds, 1991; Marmar, Horowitz, Weiss y Marziali, 1986; Klee, Abeles y Muller, 1990; Safran y Wallner, 1991; Weerasekera *et al.*, 2001). Las revisiones realizadas por Luborsky, Barber y Crits-Christoph (1990), Horvath y Symond (1991) y Winston (1994), Horvath, Luborsky, Diguer y Descoteaux (1999, citado en Luborsky, 2000) y Martin (1999) sobre los estudios de la alianza terapéutica coinciden en destacar la significación de la relación entre la alianza terapéutica y el resultado final de la psicoterapia. En este sentido, la alianza terapéutica resulta ser un buen predictor de los resultados conseguidos por diferentes modalidades terapéuticas (Horvath y Symond, 1991; Luborsky, 1994, 2000). Por otro lado, Orlinsky, Grawe y Parks (1994) encontraron en su revisión que el 66% de estudios mostraban una correlación significativa entre el vínculo terapéutico/cohesión y los resultados de los tratamientos. Henry y Strupp (1994) también encontraron una relación significativa entre la alianza y los resultados en distintas terapias (psicodinámicas, eclécticas y cognitivas), siendo la terapia ecléctica y la cognitiva las que presentaban mayor correlación entre resultado y alianza. Hatcher (1999) realizó un análisis de los componentes de la alianza según el punto de vista del terapeuta e identificó un factor de colaboración confiada del terapeuta que registró la máxima correlación con las evaluaciones de la mejoría formuladas por el terapeuta y el paciente. Dentro de los componentes que constituyen la alianza terapéutica, el factor de colaboración y confianza es el que presenta una mayor correlación con los resultados de la terapia (Hatcher, 1999; Stiles *et al.*, 1998).

Por lo que respecta a la terapia familiar, durante los años ochenta fue cuando empezó el interés y el desarrollo de teorías clínicas en las cuales aparecía la noción de

alianza terapéutica (Bozarth y Shanks, 1989; Pinsof, 1988; Rait, 1995, 2000). Pinsof y Catherall (1986) aplicaron la definición de alianza terapéutica de Bordin (1976) a la terapia familiar sistémica y desarrollaron la "IPAS", escala de alianza psicoterapéutica interpersonal. El hecho de incorporar dos o más miembros de una familia en un proceso psicoterapéutico añade complejidad a la relación entre la alianza y el resultado. La alianza en terapia de pareja o familiar difiere un poco de la alianza en psicoterapia individual ya que el terapeuta de pareja o de familia debe establecer y mantener alianzas múltiples (Rait, 2000). Como en la terapia individual, la alianza terapéutica en terapia familiar se ha asociado con los resultados obtenidos con el tratamiento (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Quinn, Dotson y Jordan, 1997). Uno de los datos interesantes del estudio de la alianza en terapia familiar de Quinn, Dotson y Jordan (1997) fue que cuando la mujer obtenía una puntuación más elevada en la alianza terapéutica que el hombre, el resultado de la terapia era mejor que cuando la puntuación de la alianza evaluada por el marido era superior a la puntuación evaluada por la esposa.

En las terapias de grupo también se ha demostrado la relación entre la puntuación de la alianza terapéutica y las evaluaciones de seguimiento durante los meses de psicoterapia o el resultado al finalizar la terapia (Marziali, Munroe-Blum y McCleary, 1999).

Las diferencias en las visiones de la alianza terapéutica nos pueden ayudar a profundizar en los distintos ritmos del establecimiento de la alianza en función de la conceptualización teórica. Aun así, aportaciones como las de Bordin (1976, 1979) o Luborsky (1976, 2000) muestran los componentes de la alianza que resultan ser aspectos de comunalidad en todas las orientaciones. Uno de los aspectos cuestionados en los trabajos de alianza-resultados ha sido la posibilidad de que los clientes tengan una buena alianza terapéutica sólo cuando la terapia les está resultando útil, pero hay datos que sugieren que la alianza es una cualidad intrínseca de la relación que contribuye al éxito de la terapia por encima de las ganancias terapéuticas alcanzadas en el momento; por lo tanto, la alianza no es un reflejo de los resultados beneficiosos (Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher, 1991; Lambert y Bergin, 1994; Weerasekera

et al., 2001). Safran y Muran (2000a) comentan que el desarrollo y la resolución de problemas en el establecimiento de la alianza terapéutica no es el prerrequisito del cambio, pero sí que se trata de una parte esencial del proceso de cambio. Una de las investigaciones del proceso de cambio sugiere que la negociación entre dos subjetividades distintas como son las del terapeuta y del paciente es el núcleo del mecanismo del cambio (Benjamin, 1994).

La investigación también demuestra que la relación entre alianza y resultado de la terapia obtiene más fuerza cuando la alianza se evalúa en la fase inicial del proceso (segunda a sexta sesión), por lo que parece que la alianza medida en las primeras sesiones es un mejor predictor del resultado final de la terapia que la alianza evaluada en la fase intermedia o cuando se han realizado muchas sesiones (DeRubeis y Feeley, 1990; Horvath y Luborsky, 1993; Horvath y Symonds, 1991; Piper, Azim, Joyce y McCallum, 1991; Saunders, Howard y Orlinsky, 1989). Weerasekera *et al.* (2001) encontraron una correlación mayor entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia cuando la alianza se evaluaba en la 8ª sesión que en la 2ª/3ª o en sesiones posteriores. Por lo tanto, parece ser que las primeras sesiones son especialmente importantes para el establecimiento de una buena relación con el paciente o de lo contrario el paciente abandona prematuramente la terapia (Mohl, Martinez, Ticknor, Huang y Cordell, 1991; Plotnicov, 1990, citado en Horvath y Luborsky, 1993). Tryon y Kane (1995) estudiaron la relación entre la alianza en la fase inicial (evaluando en la tercera sesión) y el tipo de finalización de la terapia, encontrando que las finalizaciones decididas unilateralmente por el paciente estaban relacionadas con puntuaciones bajas en las evaluaciones de la alianza terapéutica.

La influencia de la alianza en el resultado de la terapia se ha estudiado en tratamientos que van desde las cuatro a las cincuenta sesiones y parece ser que la duración de la terapia no afecta a la relación entre alianza y resultado final. Pero también se ha encontrado que la relación entre la alianza terapéutica y el cambio sintomático aumentaba con la duración de la terapia (Horvath y Symonds, 1991).

La valoración de la alianza terapéutica varía, en parte, según quién la evalúe. Es decir, la puntuación de la alianza evaluada por el cliente, el terapeuta o un observador externo difieren entre sí (véase por ejemplo, Golden y Robins, 1990; Gurman y Razin, 1977; Horvath y Greenberg, 1989; Horvath y Marx, 1990). Comparando la percepción del terapeuta y la del cliente respecto a la relación terapéutica parece ser que la valoración del cliente tiene más peso para la predicción del resultado final de la psicoterapia (Bachelor, 1991; Barber *et al.*, 1999; Henry y Strupp, 1994; Horvath y Symond, 1991; Lambert y Bergin, 1994), aunque algunos estudios no hayan encontrado una mayor correlación entre la percepción del paciente de la alianza y el resultado final, que la ofrecida por la percepción del terapeuta con el resultado final (Stiles *et al.*, 1998).

En cuanto a las actitudes o características de los terapeutas y de los pacientes que ayudan al establecimiento de la alianza terapéutica, las actitudes terapéuticas propuestas por Rogers (1957) despertaron gran interés en investigaciones posteriores, que buscaron las características y las conductas del terapeuta beneficiosas para el resultado terapéutico (Orlinsky y Howard, 1986; Patterson y Forgatch, 1985). La empatía y la calidez del terapeuta son dos de las cualidades que la mayoría de investigadores coinciden en considerar relevantes (pero no suficientes) para establecer una buena alianza terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999). Henry y Strupp (1994) encontraron que comportamientos de exploración y valoración por parte del terapeuta facilitaban la alianza con el paciente, mientras que la baja valoración perjudicaba a la alianza.

Respecto a las variables de los clientes que influyen en la alianza terapéutica encontramos que variables interpersonales como el índice de eventos estresantes (Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Morgolis y Cohen, 1983), las relaciones sociales y familiares del cliente (Kokotovic y Tracey, 1990; Mallinckrodt, 1991) y las variables intrapersonales como la calidad de las relaciones de objeto (Bordin, 1994; Piper *et al.*, 1991), la motivación, expectativas (Gaston, Marmar, Gallagher y Thompson, 1989) y actitudes (Kokotovic y Tracey, 1990), entre otras, tienen efectos significativos en la alianza (Horvath y Luborsky, 1993). El índice de correlación media entre estas variables y la alianza es de 0,31 (Horvath y Luborsky, 1993).

Las expectativas del cliente de encontrar y establecer una relación igualitaria con el terapeuta aumentan la probabilidad de establecer una buena alianza terapéutica (Al-Darmaki y Kivlighan, 1993). Luborsky (1994) afirmó que las personas con una riqueza importante en sus relaciones interpersonales tienen mayor probabilidad de desarrollar una buena alianza terapéutica.

El control relacional del terapeuta y del paciente no resultó ser un factor significativo en la evaluación de la calidad de la relación terapéutica y de las mejorías sintomáticas en un estudio de siete pacientes de sexo femenino con problemas de autoestima (Lichtenberg *et al.*, 1998). Eames y Roth (2000) estudiaron la relación entre el tipo de apego de pacientes adultos y la alianza terapéutica en la fase inicial y encontraron que los pacientes con apego ansioso puntuaban menos en alianza mientras que los pacientes con apego confiado se asociaron con puntuaciones altas en la evaluación de la alianza. Estos resultados coincidían con los presentados por Mallinckrodt, Coble y Gantt (1995) que obtuvieron una relación negativa entre la vinculación ansiosa y la alianza. Dentro de los perfiles de relación, Satterfield y Lyddon (1998) encontraron una relación significativa entre el patrón de vinculación dependiente y la alianza terapéutica.

Por otro lado, la severidad de los síntomas del paciente tiene poco impacto en el desarrollo del establecimiento de la alianza terapéutica (Crowley, 2001; Horvarth y Symonds, 1991) aunque algún estudio como el de Eaton, Abeles y Gutfreund (1988) encontró que la sintomatología del paciente contribuía negativamente a la alianza. En cuanto a la relación entre el diagnóstico y la alianza Hersoug, Monsen, Havik y Hoglend (2002) encontraron que las variables diagnósticas del paciente no predicen la calidad de la alianza terapéutica.

La defensividad, la desgana, la hostilidad y la dominancia del cliente se han relacionado con su dificultad para crear una buena relación de trabajo terapéutico (Gaston *et al.*, 1988; Kiesler y Watkins, 1989; Muran, Segal, Samstag y Crawford, 1994;

Strupp y Hadley, 1979). No todos los sentimientos negativos expresados durante la sesión tienen que interpretarse como un indicador de mala relación sino que las respuestas afectivas negativas iniciales pueden ir dando paso a sentimientos positivos (Orlinsky *et al.*, 1994). El perfeccionismo del paciente se ha relacionado negativamente con los resultados de la terapia (Blatt, Quintlan, Pilkonis y Shea, 1995). Blatt *et al.* (1998) evaluó la mejoría durante el curso clínico de la terapia de pacientes con distintos niveles de perfeccionismo. En la primera fase del proceso terapéutico todos los pacientes obtuvieron mejorías, pero en una segunda parte, los pacientes con bajos niveles de perfeccionismo continuaron mostrando una mejoría significativa mientras que los que tenían niveles medios y altos de perfeccionismo no mostraron dicha mejoría. La autocrítica está vinculada con el perfeccionismo y ha sido asociada con esquemas relacionales negativos y con estilos evitativos (Mongrain, 1998; Zuroff y Fitzpatrick, 1995). Blatt, Zuroff, Quinlan y Pilkonis (1996) anticiparon que el nivel de perfeccionismo del paciente podría estar relacionado negativamente con la percepción de la calidad de la relación terapéutica. Estudios posteriores dieron apoyo a dicha afirmación (Zuroff *et al.*, 2000). Kiesler y Watkins (1989) también encontraron una relación negativa entre la rigidez del cliente y la alianza terapéutica.

Si el funcionamiento interpersonal del paciente influye en la puntuación de la alianza terapéutica parece evidente la importancia del estilo del terapeuta y sus intervenciones para entender cómo va desarrollándose la relación entre el terapeuta y el paciente y cómo se va estableciendo la alianza entre ambos.

La relación estadísticamente significativa encontrada repetidamente entre la compatibilidad terapeuta/paciente y la alianza terapéutica lleva a plantearse la similitud entre ambos conceptos. Por ejemplo, trabajos como el de Quintana y Meara (1990) y el de Henry, Schacht y Strupp (1990) concluyeron que a partir de las primeras sesiones se establece (o no) una complementariedad entre terapeuta y paciente. Existen diferentes niveles de complementariedad entre los distintos psicoterapeutas (Kiesler y Goldston, 1988) y esta complementariedad depende tanto de variables del paciente (Kiesler y Watkins, 1989) como de características del terapeuta (Tracey y Hays, 1989). La

complementariedad entre ambos va facilitando o dificultando el proceso de establecimiento de la alianza terapéutica. Kiesler y Watkins (1989) y Reandeu y Wampold (1991) encontraron que la complementariedad entre terapeuta y paciente estaba relacionada significativamente con la alianza. Del mismo modo que la alianza se relaciona con los resultados de la psicoterapia, la compatibilidad entre terapeuta y paciente también muestra una relación positiva significativa con los resultados conseguidos por el paciente al finalizar el tratamiento (Svartberg y Stiles, 1992; Tracey, 1987).

Luborsky (1994) halló que las similitudes entre terapeuta y paciente en ciertas características demográficas como la edad y el sexo podían favorecer la alianza. Por otro lado, también se ha encontrado que la congruencia entre las expectativas y la perspectiva de terapeuta y paciente influye en la formación de la alianza terapéutica (Al-Darmaki y Kivlighan, 1993; Gelso y Carter, 1985). Así mismo, Lupini (2001) encontró que la similitud entre los valores de terapeuta y paciente influye significativamente en la alianza terapéutica.

En los últimos años autores como Shonfeld (2001), Kung (2001) y Wong (2001) han estudiado la influencia de las diferencias entre los factores culturales del terapeuta y del paciente sobre el establecimiento de la alianza terapéutica. Estos autores ponen de manifiesto la importancia del origen étnico y los factores culturales asociados a este (tanto del terapeuta como del paciente) en el proceso terapéutico

Con todo lo comentado hasta el momento resulta evidente la importancia del constructo de la alianza terapéutica en el desarrollo del proceso terapéutico y en los resultados finales del tratamiento. A pesar de las diferencias existentes en las visiones de la alianza entre las distintas orientaciones teóricas, la alianza terapéutica ha recibido atención y reconocimiento como factor común esencial en la psicoterapia por parte de la gran mayoría de las escuelas terapéuticas. La conceptualización de Bordin ha proporcionado un marco general de referencia para la explicación de la alianza terapéutica y sus componentes. Entre la diversidad de instrumentos de evaluación de la

alianza terapéutica encontramos factores comunes en las principales escalas o componentes de la alianza de los distintos instrumentos. La aportación de Bordin ha sido ampliamente aceptada por autores de distintas orientaciones teóricas y ha servido de base para la construcción de diferentes instrumentos de evaluación de la alianza.

La importancia atribuida a la alianza terapéutica pone de manifiesto la relevancia de la dimensión relacional entre terapeuta y paciente. La relación, y más concretamente el entendimiento, el encaje o la compatibilidad entre ambos facilita o dificulta directamente la alianza terapéutica. Por lo tanto, las variables del terapeuta y del paciente adquieren especial protagonismo en el establecimiento de la alianza terapéutica y el desarrollo del proceso terapéutico.

El estudio metaanalítico de Horvath y Symonds (1991) a partir de 24 investigaciones, permite concluir que la alianza terapéutica está significativamente relacionada con el resultado de la psicoterapia. El más reciente de Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds y Horvath (2012) sigue demostrando que la correlación entre la alianza y el resultado es elevada a través de diferentes tipos de terapia, incluyendo la cognitivo-conductual y que sigue siendo así incluso cuando se controlan moderadores como el diseño del estudio y la adscripción teórica de los investigadores. Los factores del cliente que afectan en mayor medida al establecimiento de la alianza de trabajo son los vinculados a la calidad de sus relaciones interpersonales. Así, los clientes con relaciones personales más conflictivas tienden a presentar dificultades en el establecimiento de una buena alianza.

Tabla 5. Resumen de la investigación sobre alianza terapéutica como factor común.

Condiciones rogerianas y alianza terapéutica	Correlación entre empatía del terapeuta percibida por el paciente y aspectos de la alianza. Fuerte asociación entre las condiciones ofrecidas por el terapeuta (<i>Therapist-</i>	Horvath (1981); Jones (1988); Moseley (1983)
--	---	---

	<i>Offered Conditions</i>) y los componentes de la alianza.	
	La empatía intelectual y la emoción empática contribuyen a que el cliente evalúe la sesión como profunda.	Duan y Kivlighan (2002)
	La confianza de los terapeutas en sus clientes correlaciona positivamente con las puntuaciones de las condiciones facilitadoras y éstas correlacionaban con la confianza del paciente en su terapeuta.	Peschken y Johnson (1997)
	La empatía y la calidez del terapeuta son dos de las cualidades que la mayoría de investigadores coinciden en considerar relevantes (pero no suficientes) para establecer una buena alianza terapéutica.	Bachelor y Horvath (1999)
Contribución de la alianza al resultado	En la mayoría de estudios se encuentra una relación significativa entre la alianza y el resultado final de la psicoterapia.	Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis y Siqueland (2000); Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Morgolis y Cohen (1983); Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien y Auerbach (1985); Luborsky (1994); Horvath y Symonds (1991); Marmar, Horowitz, Weiss y Marziali (1986); Klee, Abeles y Muller (1990); Safran y Wallner (1991); Weerasekera <i>et al.</i> (2001)
	La alianza terapéutica explica entre un 36% y un 57% de la variancia del resultado final de la terapia.	Barber, Crits-Cristoph y Luborsky (1992)
	El 66% de estudios muestran una correlación significativa entre el vínculo	Orlinky, Grawe y Parks (1994)

terapéutico/cohesión y los resultados de los tratamientos.

La correlación entre la alianza y el resultado es elevada a través de diferentes tipos de terapia, incluyendo la cognitivo-conductual, y sigue siendo así incluso cuando se controlan moderadores como el diseño del estudio y la adscripción teórica de los investigadores.

Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds y Horvath (2012)

La relación terapéutica, y especialmente la alianza, ha demostrado ser un factor importante en diferentes orientaciones teóricas como la psicodinámica, cognitiva, interpersonal, ecléctica, experiencial y comportamental.

Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher (1988); Gaston, Piper, Debbane y Bienvenu (1994); Horvath (1994b); Krupnick *et al.* (1996); Raue, Goldfried y Barkham (1997); Watson y Greenberg (1994)

La relación terapéutica, y especialmente la alianza, ha demostrado ser un factor importante en diferentes formatos de terapia tales como las terapias individuales, las terapias de grupo y las terapias familiares.

Bourgeois, Saburin y Wright (1990); Marziali, Munroe-Blum y McCleary (1999); Pinosof (1994); Sturm y Dawson (1999)

La alianza terapéutica en terapia familiar se ha asociado con los resultados obtenidos con el tratamiento.

Lambert, Shapiro y Bergin (1986); Quinn, Dotson y Jordan (1997)

En las terapias de grupo también se ha demostrado la relación entre la puntuación de la alianza terapéutica y las evaluaciones de seguimiento durante los meses de psicoterapia o el resultado al finalizar la terapia.

Marziali, Munroe-Blum y McCleary (1999)

Contribución diferencial de los componentes de la alianza.	El factor de colaboración y confianza es el que presenta una mayor correlación con los resultados de la terapia.	Hatcher (1999); Stiles <i>et al.</i> , (1998)
	En terapia familiar cuando la mujer obtiene una puntuación más elevada en la alianza terapéutica que el hombre, el resultado de la terapia es mejor que cuando la puntuación de la alianza evaluada por el marido es superior a la puntuación evaluada por la esposa.	de Quinn, Dotson y Jordan (1997)
Influencia temporal de la alianza.	La relación entre alianza y resultado de la terapia obtiene más fuerza cuando la alianza se evalúa en la fase inicial del proceso (segunda a sexta sesión), por lo que parece que la alianza medida en las primeras sesiones es un mejor predictor del resultado final de la terapia que la alianza evaluada en la fase intermedia o cuando se han realizado muchas sesiones.	DeRubeis y Feeley (1990); Horvath y Luborsky (1993); Horvath y Symonds (1991); Piper, Azim, Joyce y McCallum (1991); Saunders, Howard y Orlinsky (1989)
	Hay una correlación mayor entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia cuando la alianza se evaluaba en la 8ª sesión que en la 2ª/3ª sesión o en sesiones posteriores. Por lo tanto, parece ser que las primeras sesiones son especialmente importantes para el establecimiento de una buena relación con el paciente o de lo contrario el paciente abandona prematuramente la terapia.	Weerasekera <i>et al.</i> (2001); Mohl, Martinez, Ticknor, Huang y Cordell (1991); Plotnicov, (1990)
	La influencia de la alianza en el resultado de la terapia se ha estudiado en tratamientos que van desde las cuatro a las cincuenta sesiones y parece ser que la duración de la terapia no	Horvath y Symonds (1991)

	afecta a la relación entre alianza y resultado final. Pero también se ha encontrado que la relación entre la alianza terapéutica y el cambio sintomático aumentaba con la duración de la terapia.	
Alianza y abandono	Las finalizaciones decididas unilateralmente por el paciente están relacionadas con puntuaciones bajas en las evaluaciones de la alianza terapéutica.	Tryon y Kane (1995)
Evaluación de la alianza	La puntuación de la alianza evaluada por el cliente, el terapeuta o un observador externo difieren entre sí; la valoración del cliente tiene más peso para la predicción del resultado final de la psicoterapia.	Golden y Robins (1990); Gurman y Razin (1977); Horvath y Greenberg (1989); Horvath y Marx (1990); Bachelor (1991); Barber <i>et al.</i> , (1999); Henry y Strupp (1994); Horvath y Symond (1991); Lambert y Bergin (1994)
Variables del cliente que afectan a la alianza	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de eventos estresantes • Relaciones sociales y familiares • Calidad de las relaciones de objeto • Motivación • Expectativas • Estilo de apego • Defensividad, desgana, hostilidad y dominancia <p>El índice de correlación media entre estas variables y la alianza es de 0,31</p>	Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Morgolis y Cohen, (1983); Kokotovic y Tracey (1990); Mallinckrodt (1991); Bordin (1994); Piper <i>et al.</i> , (1991); Gaston, Marmar, Gallagher y Thompson (1989); Horvath y Luborsky (1993); Eames y Roth (2000); Mallinckrodt, Coble y Gantt (1995); Gaston <i>et al.</i> , (1988); Kiesler y Watkins (1989); Muran, Segal, Samstag y Crawford (1994); Strupp y Hadley (1979)
Variables de la relación que afectan a la alianza	Complementariedad y compatibilidad	Quintana y Meara (1990); Henry, Schacht y Strupp (1990); Kiesler y Watkins (1989); Reandeau y Wampold (1991)

Pero... ¿Es la Alianza Terapéutica el Único Factor Común?

La relevancia de la alianza está clara, y la revisión anterior así lo demuestra. Sin embargo, en los últimos años algunos autores han comentado que quizá se estaba sobrerrepresentado en detrimento de otros factores comunes. Por ejemplo, del trabajo de dos *Task Forces* recientes de la APA (Castonguay y Beutler, 2006; Norcross 2002, 2011) se desprende la importancia de factores de la relación terapéutica que podrían concebirse como no subsumidos por la alianza: concretamente la empatía y la aceptación positiva incondicional.

Tal y como se aprecia en la Tabla 4, no todos los factores comunes son necesariamente relacionales. Algunos de los autores incluidos en la tabla ya identificaron o propusieron en su momento factores comunes de naturaleza más técnica. A estas propuestas iniciales se les han sumado en los últimos años la de Goldfried, Raue y Castonguay (1998) que propusieron como factor común el foco del terapeuta de las intervenciones, la de Weinberger y Rasco (2007) centrada en la terapia como exposición, la de Castonguay y Hill (2007) basada en los procedimientos que fomentan la adquisición del cliente de una nueva perspectiva de sí mismo y que facilitan experiencias correctivas (Castonguay y Hill, 2012), así como las de Lambert (2013) que identifica un número considerable de factores de aprendizaje (por ejemplo, el *feedback*) y acción (por ejemplo, el modelado) como elementos comunes a diferentes formas de tratamiento. A dichas propuestas añadimos la nuestra de considerar los procesos discursivos narrativos como factor común, tal como elaboraremos en el próximo apartado.

Por otra parte también se ha descrito cómo algunos de los supuestos ingredientes específicos de una terapia pueden estar presentes en mayor o menor medida en las otras, cosa que hace replantear hasta qué punto son tan específicos como se pretende (uno de los objetivos de uno de los estudios que se presenta en esta tesis es precisamente aclarar este punto). Por ejemplo, Castonguay (2011) encontró

evidencias de que la profundización de la experiencia emocional se daba tanto en terapias cognitivo-conductuales como psicodinámicas, a pesar de ser supuestamente más prototípicas de estas últimas. De hecho hay evidencia de que algunas intervenciones típicas de las terapias cognitivo-conductuales tienen como efecto fomentar la adquisición de *insight* por parte del cliente (McAleavey y Castonguay, 2014).

Precisamente uno de los factores comunes a diferentes terapias que va más allá de la alianza terapéutica es el que centrará el siguiente apartado de esta tesis: los procesos discursivos narrativos y sus cambios como producto de la terapia.

Los Procesos Discursivos Narrativos como Factor Común

La relevancia de los procesos narrativos como factor común en psicoterapia ha sido cada vez más reconocida en las últimas décadas. Tanto en términos de proponer formas específicas de terapias narrativas (véase, por ejemplo, Angus y McLeod, 2004) como de estudiar las características de las narrativas generadas por los clientes (Neimeyer, 1995), la *narración de historias* y la *construcción de significado* se han añadido al repertorio de constructos que ayudan a comprender y fomentar el resultado y el proceso psicoterapéutico desde una óptica de factores comunes. Como resume Angus (2012, p. 368) “tanto los clínicos como los investigadores de la psicoterapia se han sentido cada vez más atraídos por el concepto de narrativa para identificar los procesos que conlleva la génesis de explicaciones de los acontecimientos cotidianos y la organización de estas experiencias en una visión coherente de uno mismo como una historia de vida en evolución”.

Específicamente en el ámbito de la investigación en psicoterapia, los psicoterapeutas psicodinámicos interesados en las narrativas relacionales conflictivas observaron que un porcentaje muy alto de la sesión psicoterapéutica tenía una estructura discursiva narrativa (véase Luborsky, Barber y Diguier, 1993). Estos autores informaron de que los pacientes en psicoterapia psicodinámica breve narraban espontáneamente un promedio de entre 4 y 6 historias personales por sesión. Este

hallazgo ha sido confirmado en la Terapia Centrada en el Cliente (Angus, Lewin, Bouffard y Rotondi-Trevisan, 2004) y en la Terapia Focalizada en las Emociones (EFT; Rotondi-Trevisan, 2002). La presencia de procesos discursivos narrativos en alto porcentaje y en terapias de diferente orientación teórica demuestra hasta qué punto se pueden considerar factores comunes. En la EFT, por ejemplo, se estableció que un 74% de todas las secuencias narrativas externas implicaban la narración de una historia personal, lo que llevó a Angus y McLeod (2004) a la conclusión de que “la psicoterapia puede ser caracterizada como una actividad interpersonal especializada que implica *transformación emocional, construcción de significado y restauración narrativa*” (Angus, 2012, p. 368).

Por lo que respecta a los correlatos narrativos como factores comunes a diferentes formas de psicopatología, Gonçalves y Machado (1999) llevaron a cabo un análisis mediante Metodología de Teoría Fundamentada de entrevistas sobre relatos significativos de la vida de pacientes que cumplieran los criterios del DSM-IV para la agorafobia (n = 24), dependencia de opioides (n = 18), alcoholismo (n = 20), anorexia (n = 11) y depresión (n = 20). Agruparon jerárquicamente sus significados y derivaron una narrativa prototípica de cada grupo diagnóstico. Sus resultados indicaron que “la validez convergente de las narrativas prototípicas de este tipo de trastornos da apoyo a la naturaleza específica de la organización cognitiva en cada una de ellas, así como a la posibilidad de identificar esta especificidad en las narrativas prototípicas” (Pág. 1187).

El foco en la estructura narrativa de los trastornos psicopatológicos llevó a Dimaggio y Semerari (2001) a proponer una categorización de las formas narrativas patológicas que combina estructura narrativa (por ejemplo, falta de integración), proceso (por ejemplo, falta de complejidad jerárquica) y contenido (por ejemplo, falta de estados emocionales en la narración).

Según estos autores (Dimaggio y Semerari, 2001, p. 5) una *narrativa empobrecida* no permite al paciente disponer de un conjunto de historias suficientes para lidiar con el mundo de las relaciones. Una *narrativa alexitímica* no se refiere a los

estados emocionales y no contiene descripciones comprensibles de problemas a los que se debería estar haciendo frente en la terapia. El *déficit de integración básico* implica una imposibilidad de “mezclar los elementos de la actividad mental en una narrativa coherente” (p. 10). El *déficit en la integración entre múltiples representaciones del self y el otro* no permite que el sujeto se de cuenta de que múltiples representaciones son diferentes facetas del mismo fenómeno (p. 10). El *déficit de jerarquización* resulta en la “falta de un tema dominante que predomine sobre los demás en el discurso” (p. 11). Finalmente, las narraciones pueden ser patológicas al *no discriminar entre la realidad y la fantasía*.

La dimensión de factor común de los cambios narrativos en psicoterapia se demuestra en un estudio de Moreira, Beutler y Gonçalves (2008) en el que abordaron los procesos narrativos de los clientes en psicoterapia como una combinación de estructura, proceso y contenido narrativo. Seleccionaron dos pacientes, uno con un buen resultado terapéutico y el otro con un mal resultado terapéutico, de tres modelos psicoterapéuticos diferentes (terapia cognitiva, terapia narrativa y terapias prescriptivas). Para cada paciente evaluaron sesiones de las fases inicial, media y final en términos de coherencia narrativa estructural, complejidad del proceso y diversidad de contenidos. Encontraron algunas diferencias entre la producción narrativa total de los pacientes al final del proceso terapéutico: los casos con buen resultado presentaron un cambio narrativo total estadísticamente superior a los casos con mal resultado.

Estudios de nuestro grupo (Vall y Botella, 2014) demostraron que hay diferencias en las narrativas de pacientes depresivos y ansiosos. Concretamente, los pacientes con depresión parecen caracterizarse por una mayor proporción de puntuaciones altas en (a) variedad de personajes, (b) objetivación y (c) inteligibilidad/claridad. Esta combinación da una imagen de una forma de experimentar la vida marcadamente específica en su grado de detalle, pero privada de cualquier contenido o significado emocional profundo (debido al alto nivel de objetivación). Al mismo tiempo, las metas narrativas aparecen bastante coherentes y claras--como indica el alto nivel de inteligibilidad/claridad. También hay una notable variedad de personajes. Estas dos

últimas características podrían dar una impresión equivocada: la de un mundo interpersonal muy rico y un proyecto existencial muy claro. Sin embargo en este caso esto no es así debido a que el alto nivel de objetivación priva a la narrativa de cualquier sentido profundo de significado emocional. Por lo tanto, las narrativas de este grupo son bastante objetivas y claras, pero también bastante individuales, rígidas, y demasiado coherentes para ser existencialmente relevantes.

En el caso de pacientes cuya demanda está relacionada con la ansiedad, parecen caracterizarse por una mayor proporción de altas puntuaciones en (a) subjetivación cognitiva, (b) metaforización y (c) inteligibilidad/estabilidad. Esta combinación da una imagen de una forma de experimentar el mundo muy detallada en la dimensión de pensamiento y reflexión, bastante explorada meta-analíticamente y estable.

Controversias Actuales sobre Factores Comunes

La tradición centrada en la terapia como aplicación de **técnicas específicas** con **efectos específicos** para **patologías específicas** sigue llevando a una polémica poco fructífera con la investigación sobre factores comunes. En esencia, se trata de equiparar cualquier factor común a un ingrediente inespecífico equivalente a un placebo e indigno de un tratamiento científicamente fundado y basado en la evidencia.

Sin embargo, hay potentes argumentos en contra de una visión tan reduccionista y tecnocrática de la psicoterapia. Wampold (2001) por ejemplo, parte de una visión de la psicoterapia diferente a la antedicha, que la equipara a una combinación de (a) un *vínculo emocional* entre terapeuta y paciente, (b) un *entorno de curación* en el que la terapia se lleva a cabo, (c) un *terapeuta* que ofrece una explicación psicológica y culturalmente integrada para el malestar del paciente, (d) una *explicación* que es adaptativa (es decir, aporta opciones viables y creíbles para la superación de las dificultades específicas) y aceptada por el paciente y (e) un conjunto de *procedimientos o rituales* en los que el paciente y el terapeuta se implican activamente y que llevan al paciente a poner en práctica algo que es positivo, útil o adaptativo.

Mientras la visión basada en la especificidad se centra en las diferencias, de la definición anterior se deduce claramente que, si tiene sentido, cualquier tratamiento que cumpla lo anterior debería ser eficaz (a pesar de que sus bases conceptuales y/o aplicadas sean divergentes de otro igual de eficaz).

Un ejemplo de lo antedicho sería la historia que explicaba George Kelly (1969) en el contexto de las condiciones de libertad y falta de supervisión de que gozaba en su práctica psicoterapéutica en el Medio Oeste americano en los años 30. Esas condiciones le permitieron dar un paso poco ortodoxo en el desarrollo de su práctica clínica: empezó a ofrecer a sus clientes interpretaciones ficticias no basadas en la teoría psicoanalítica predominante en ese momento (por ejemplo, que un trastorno gástrico se debía a que el estómago se estaba rebelando contra todo tipo de nutrición—parental, educativa y alimentaria). Para su sorpresa, esas interpretaciones ficticias funcionaban igual de bien, y algunas incluso mejor, que las ortodoxas. Esta experiencia llevó a Kelly a una conclusión relevante en su formulación teórica posterior; *lo que contribuye al éxito de la terapia es la facilitación de un marco de significado que dé a los clientes un nuevo enfoque ante la vida.*

Sin embargo, esto no supone que toda la terapia se reduzca a los aspectos relacionales del proceso; ya hemos especificado en esta tesis que la alianza terapéutica (y por extensión la relación terapéutica) es sólo uno de los posibles factores comunes—si bien la investigación demuestra que sumamente relevante.

La revisión de los principales resultados de investigación en psicoterapia, de hecho, concuerda mucho más con una visión de factores comunes que de ingredientes específicos. La dificultad para demostrar eficacia diferencial, la potencia de los factores de la relación, las diferencias entre terapeutas atribuibles a variables personales y no de orientación teórica... todo ello y muchísimas evidencias más cuya revisión excedería las limitaciones de esta tesis encajan con lo que sería esperable desde una visión basada en factores comunes.

¿De dónde proviene pues la resistencia a los argumentos a favor de los factores comunes y de una visión de la psicoterapia como relación de colaboración y de reconstrucción de procesos de atribución de significado más que como tratamiento médico específico? Entre otras cosas de algunos malentendidos que resumen Laska y Wampold (2014) .

En primer lugar se acusa a la perspectiva de factores comunes de ser anticientífica e indemostrable, pero vista la enorme cantidad de evidencia empírica que concuerda con ella ese argumento es difícilmente sostenible. Por otra parte se ataca la idea de una posible terapia de factores comunes sin estructura conceptual alguna, cosa que es evidente que nadie defiende—en la propia definición de Wampold (2001) resumida en el primer párrafo de este apartado ya se contempla el hecho de que una terapia eficaz debe incluir una explicación convincente y adaptativa—el *marco de significado que dé a los clientes un nuevo enfoque ante la vida* al que se refería Kelly (1969). La superioridad de todas las terapias respecto a los tratamientos placebo sin estructura conceptual demuestra precisamente este punto.

En último término, la principal fuente de tales críticas parece ser la actitud, ya comentada con anterioridad, de convencimiento dogmático de que la teoría y la terapia de preferencia es la mejor y la única posible. No sólo no hay ninguna otra mejor, sino que no es ni siquiera admisible que haya alguna otra igual de válida.

La Integración Asimilativa

Otra forma de integración, de hecho bastante frecuente en algunas orientaciones, consiste en adaptar técnicas de diversas procedencias a la orientación de preferencia. Uno de los ejemplos más claros de este tipo de integración es la tendencia de las terapias cognitivas actuales a asimilar técnicas procedentes de prácticamente cualquier orientación y darles una lectura cognitiva de forma que su uso resulte conceptualmente coherente.

Por ejemplo, Davis, McKay y Eshelman (1985) incluían como técnicas cognitivas para el autocontrol emocional y el tratamiento de estrés algunas de tan variada procedencia como la meditación, la autohipnosis, el *biofeedback*, la nutrición, el ejercicio físico, la visualización o la intención paradójica. En los últimos años hemos asistido igualmente a un crecimiento importante de los enfoques cognitivos que integran las técnicas de toma de conciencia (*mindfulness*), como por ejemplo la *Mindfulness Based Cognitive Therapy*, y que se basan en una perspectiva diferente a la clásica cognitiva en cuanto al enfoque de los problemas emocionales. En este caso se trata no de combatir los pensamientos irracionales a base de otros más racionales y correctos, sino de dejarlos pasar con plena conciencia pero sin juzgar, de forma que su potencial ansiógeno o depresógeno se desvanezca. Los ejemplos de este tipo de terapias cognitivas que integran asimilativamente técnicas de conciencia plena han dado lugar al término de *Terapias Cognitivas de Tercera Ola*.

La integración asimilativa se puede confundir con eclecticismo técnico si no se tiene en cuenta que, en el caso del eclecticismo, carece de una teoría firme de base. Es decir, un terapeuta técnicamente ecléctico y otro integrador asimilativo podrían ser vistos combinando en una misma sesión, por ejemplo, visualización y resolución de problemas. La clave es que, preguntados sobre el porqué de tal elección, el ecléctico diría que porque le ha parecido lo más conveniente en términos exclusivamente de su experiencia e intuición clínica, mientras que el integrador podría dar una explicación teórica de por qué y cómo ha combinado ambos procedimientos.

La Integración Metateórica

Si bien el principal problema de los eclecticismos técnicos es la posible falta de coherencia entre las técnicas empleadas o las filosofías subyacentes a las mismas, el problema de la integración teórica es la dificultad de unir teorías que parten de visiones del ser humano y de sus problemas a veces radicalmente diferentes.

La integración metateórica plantea la posibilidad de articular diferentes teorías psicoterapéuticas bajo un marco común. Se trata de una modalidad integradora que se representa claramente en la Integración Teóricamente Progresiva (ITP) de Neimeyer y Feixas (1990; Feixas y Neimeyer, 1991; Neimeyer, 1992). Esta propuesta integradora propone limitar la síntesis teórica y técnica a aquellos enfoques que sean epistemológicamente compatibles. De esta forma se restringe el intercambio y síntesis conceptual a los sistemas que tienen axiomas filosóficos compatibles. Este intento de incorporar sólo los conceptos y las heurísticas que son congruentes con su propio núcleo de presuposiciones responde a una de las más extendidas objeciones hechas contra la práctica integradora: la no explicitación de las bases epistemológicas sobre las cuales se deben integrar varias teorías o terapias (Messer, 1986).

Los proponentes de la ITP sostienen que la epistemología constructivista puede ser un marco metateórico idóneo para realizar esta integración por varios motivos. En primer lugar, se puede observar desde hace décadas una tendencia constructivista en el seno de distintos modelos (especialmente el cognitivo y el sistémico aunque también en otros). Por otro lado, su alto grado de abstracción y flexibilidad hizo que ya Mahoney (1988) anticipase que: "El lenguaje y la estructura ofrecidos por la metateoría constructivista pueden ser especialmente adecuados para facilitar los esfuerzos hacia una convergencia transteórica" (pág. 307). Finalmente, el carácter multidisciplinar de la epistemología constructivista, basada en aportaciones de lingüistas, filósofos, biólogos, físicos, cibernéticos y filósofos de la ciencia, además de psicólogos, sitúa al constructivismo en una buena posición para realizar esta integración metateórica. Los cambios de la psicología hacia una metateoría constructivista en los últimos 40 años ofrecen condiciones favorables para el desarrollo de un modelo más abarcador del cambio psicoterapéutico, que mantenga su coherencia filosófica y técnica.

Integración e Investigación en Psicoterapia

Tal y como sintetizan acertadamente Castonguay *et al.* (2015), la conexión entre investigación e integración en psicoterapia es a la vez intrínseca y relevante.

Intrínseca porque, tal y como hemos visto a lo largo de esta exposición, la mayoría de argumentos a favor de la integración provienen de las evidencias empíricas sobre la eficacia y el proceso de la psicoterapia. No redundaremos en ello más aún dado que ha sido suficientemente abordado en los apartados anteriores.

Relevante porque el riesgo que corre la integración en psicoterapia no parece afectar tanto a su propia supervivencia (dada la complejidad del sufrimiento humano y su alivio, parece poco probable que una sola teoría llegue a explicarlo por completo) sino a su madurez y aceptación social, académica y científica.

Efectivamente, a menos que se fundamenten empíricamente las propuestas integradoras y se articulen en programas objeto de investigación y verificación, será complicado incluirlas en programas de formación y práctica, que siempre lo tendrán más fácil si se decantan por *Tratamientos Empíricamente Validados* y, sobre todo, manualizados y replicables como puede ser, paradigmáticamente, la terapia cognitivo-conductual.

Relacionando lo anterior con los principales enfoques del movimiento integrador mencionados antes, es posible que para cada uno de ellos se pueda establecer un orden de prioridades ligeramente diferente (aunque compatible) en cuanto a qué cabría esperar de las contribuciones de la investigación a la integración.

Así, por ejemplo, en el caso del **eclecticismo técnico**, resulta sugerente pensar cómo se podría investigar la adecuación de diferentes técnicas y procedimientos terapéuticos a diferentes estilos de cliente con diferentes vivencias de sus problemas y recursos. Sería posible que a medio y largo plazo tal programa de investigación permitiese disponer de criterios de selección sistemática de técnicas, o de relaciones terapéuticas, que permitiesen complementar y enriquecer los de selección sistemática de tratamientos—en Botella y Feixas (1998), por ejemplo, se proponía tal tipo de

selección sistemática de técnicas terapéuticas en función de las ocho estrategias de cambio en el sistema de constructos del cliente propuestos por Kelly.

También en esta línea, en algunos de los trabajos de nuestro grupo (Botella, 2007) se ha propuesto el uso de Mapas Cognitivos Borrosos (MCBs) del proceso de formación y resolución de problemas humanos como la posible base para una integración conceptualmente coherente de técnicas seleccionadas eclécticamente. La propia naturaleza matematizable de los MCBs permite investigar los efectos y el proceso derivados del uso de dichas técnicas.

En el caso de la **integración teórica**, los programas de tratamiento e intervenciones terapéuticas derivadas de modelos integradores pueden ser investigados en cuanto a eficacia y proceso de la misma manera que los clásicos, y atendiendo a la llamada al pluralismo metodológico que caracteriza en los últimos años a la investigación en psicoterapia. Por ejemplo, en los trabajos de nuestro grupo hemos investigado la eficacia diferencial de un formato de terapia constructivista relacional integradora para la depresión postparto comparándolo con uno de terapia cognitiva de Beck en un ensayo clínico aleatorizado (véase Pinheiro, Botella, Quevedo, Pinheiro, Jansen, Osório, Herrero, Magalhaes, Farias y da Silva, 2013).

Por lo que respecta a los **factores comunes**, y dado que se trata de una línea de integración en psicoterapia que se basa ya en múltiples datos procedentes de la investigación empírica, sería especialmente interesante seguir investigando sobre cuáles son y cuál es su relación con el resultado y proceso psicoterapéutico. En los trabajos de nuestro grupo, por ejemplo, hemos investigado repetidamente el papel de la alianza terapéutica en el resultado y proceso de la terapia (véase, por ejemplo, Botella y Corbella, 2011; Botella, Corbella, Belles, Pacheco, Gómez, Herrero, Ribas y Pedro, 2008; Soares, Botella y Corbella, 2010; Soares, Botella, Corbella, Serra y Fernández, 2013) así como el de los procesos narrativos como factor común a diferentes formas de tratamiento (véase, por ejemplo, Botella, 1994, 1997; Botella y Feixas, 1989, 1990, 1992; Botella y Herrero, 2000, 2001; Botella, Herrero, Pacheco y Corbella, 2004). Además, en

esta tesis en concreto se presentan dos estudios empíricos que tienen relación directa con factores comunes y que se describirán con detalle en apartados posteriores.

En cuanto a la **integración asimilativa**, la investigación puede ayudar a esclarecer cuáles son los efectos distintivos, ventajas e inconvenientes, de incorporar técnicas procedentes de diversos marcos conceptuales al propio de preferencia.

Por último, la investigación sobre **integración metateórica** puede hacer avanzar el campo de la integración en psicoterapia dotándolo de mayor claridad y coherencia conceptual y epistemológica—por ejemplo, en Botella (1999) se planteaban algunos aspectos relevantes para la integración metateórica de las terapias sistémicas y constructivistas.

2. Estudio 1

***Relación entre Proceso Terapéutico,
Procesos Narrativos y
Buen o Mal Resultado en Psicoterapia***

Estudio 1

Relación entre Proceso Terapéutico, Procesos Narrativos y

Buen o Mal Resultado en Psicoterapia

En un apartado anterior de esta tesis ya nos hemos referido a cómo la relevancia de los procesos narrativos como factor común en psicoterapia ha sido cada vez más reconocida en las últimas décadas, tanto en términos de proponer formas específicas de terapias narrativas como de estudiar las características de las Narrativas Generadas por los Clientes en Psicoterapia (NGCP), definidas como *narraciones escritas de las experiencias y los procesos de atribución de significado de los clientes que cumplen funciones terapéuticas pertinentes y que se generan en el curso de la terapia y como parte de ella; por ejemplo diarios personales, cartas y otras formas de escritura reflexiva* (Neimeyer, 1995).

Igualmente hemos mencionado que dichos procesos se han demostrado relevantes en diferentes tipos de terapia: por ejemplo psicoterapia psicodinámica breve, terapia centrada en el cliente y terapia focalizada en las emociones. Ante esa relevancia y generalidad, diversos autores han propuesto diversas dimensiones de análisis narrativo para poder operacionalizar e investigar de alguna forma no exclusivamente cualitativa las NGCPs.

Las principales dimensiones que se han propuesto para analizar las NGCPs, sintetizadas a partir de un cuerpo de investigación creciente incluyendo las ya resumidas (véase también Gergen, 1994; Gonçalves, 2000; Gonçalves y Henriques, 2000a, 2000b, 2000c, 2000d; McAdams, 2006; y Neimeyer, 2006) son las siguientes.

1. Estructura y Coherencia Narrativa

1.1. Orientación--¿Quién, cuándo, dónde?: Dimensión de la narrativa que informa acerca de los personajes y el contexto social, espacio-temporal y personal. Puede incluir acontecimientos relevantes anteriores o posteriores al acontecimiento narrado.

1.2. Secuencia estructural--¿Qué?: Segmento principal de una narrativa que se compone de una serie de acontecimientos que recapitulan la secuencia temporal de una experiencia tal como fue vivida. Incluye: (1) un acontecimiento inicial; (2) una respuesta interna a este acontecimiento (por ejemplo, objetivos, planes, pensamientos o sentimientos); (3) una acción y (4) sus consecuencias.

1.3. Implicación evaluativa--¿Por qué se explica?: Tonalidad emocional del relato.

1.4. Integración--¿Está claro el hilo conductor del discurso?

2. Contenido y Multiplicidad Narrativa

2.1. Temas: Descripciones de contenidos específicos o elaboraciones detalladas de diferentes facetas de dichos contenidos.

2.2. Acontecimientos: Secuencias narrativas más o menos independientes.

2.3. Escenarios: Lugar donde se desarrolla la acción.

2.4. Personajes.

3. Proceso y Complejidad Narrativa

3.1. Objetivación: Exploración de la multiplicidad del mundo sensorial en la construcción de la experiencia.

3.2. Subjetivación emocional: Exploración de la multiplicidad de la experiencia interna en el plano de las emociones y sentimientos.

3.3. Subjetivación cognitiva: Exploración de la multiplicidad de la experiencia interna en el plano de los pensamientos.

3.4. Metaforización: Exploración del significado de la experiencia desde una postura meta-analítica y reflexiva.

4. Inteligibilidad Narrativa

4.1. Establecimiento de una meta final valorada.

4.2. Selección de acontecimientos relevantes para dicha meta.

4.3. Ordenamiento de dichos acontecimientos en una secuencia.

4.4. Caracterización de los personajes aportando una cierta estabilidad a su identidad.

4.5. Establecimiento de vínculos causales entre acontecimientos.

4.6. Establecimiento de signos de demarcación narrativa.

5. Otras dimensiones relevantes

5.1. Secuencias de contaminación: Episodios con un inicio progresivo seguido de un final regresivo que lo eclipsa. Relacionadas con depresión, insatisfacción y neuroticismo como rasgo.

5.2. Secuencias de redención: Episodios con un inicio regresivo seguido de un final progresivo que lo transforma. Relacionadas con niveles altos de generatividad, resiliencia, calidad de vida...

Respecto al trabajo de Adler y McAdams, resulta relevante destacar que en su abordaje empírico del tema objeto de esta investigación concluyeron que el desarrollo narrativo más relevante en psicoterapia se produce en momentos de reflexividad y percatamiento consciente del potencial de cambio; momentos en que el cliente se ve capaz de ocupar una posición de agente.

Asimismo, las personas con un nivel elevado de bienestar subjetivo tendían a describir la experiencia de la terapia como una batalla victoriosa contra un problema concreto (pero poderoso). El protagonista, debilitado por un problema malévolo e imprevisto, solicita ayuda para derrotarlo y normalmente lo consigue. La clave de la victoria terapéutica reside en la recuperación de la posición de agente—reconociendo o repudiando el papel del terapeuta en este proceso.

Adler y McAdams también demostraron que las personas con un nivel elevado de complejidad en la construcción de la experiencia y del *self* tienden a describir la terapia mediante narrativas muy coherentes. Sitúan claramente la terapia en el contexto de su vida, utilizando un discurso emotivo y colaborativo a la vez. Además enfatizan el papel de la terapia en el fomento de su desarrollo como personas y elaboran conclusiones típicamente asociadas a etapas post-formales del desarrollo humano.

En un estudio anterior (Botella y Gámiz, 2011) se compararon 12 pacientes en psicoterapia (cinco con buen resultado terapéutico y siete con mal resultado) en todas las dimensiones relevantes que acabamos de mencionar. Moreira, Beutler y Gonçalves (2008) llevaron a cabo un estudio similar tres años antes y se encontraron con que los buenos resultados de los casos presentaban un cambio narrativo total estadísticamente mayor que los casos con mal resultado. Estos autores no encontraron más diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, aunque el análisis no estadístico sugería algunas tendencias. La comparación de los resultados anteriores y los de Moreira, Beutler y Gonçalves (2008) resulta relevante para las hipótesis que guían esta tesis.

(a) Las tendencias (no estadísticamente significativas) en el estudio de Moreira, Beutler y Gonçalves (2008, pp. 1190-1191) sugerían que la *multiplicidad del contenido* era la dimensión para la que se obtenía el nivel de cambio más alto, mientras que el más bajo fue el de la *complejidad del proceso*. Este resultado es coherente con los de nuestro grupo; encontramos que un mayor nivel de *variedad de eventos y personajes* (dos de las cuatro subdimensiones incluidas como componentes de la *multiplicidad de contenido*) distinguían las narrativas de los pacientes con buenos resultados de las de los con mal resultado.

(b) Las mismas tendencias (no estadísticamente significativas) en el estudio de Moreira, Beutler y Gonçalves (2008) también sugerían que los cambios en la *coherencia estructural* de las narrativas de los pacientes se daban a lo largo de todo el proceso terapéutico y parecían permitir diferenciar los casos de resultado positivo de los de resultados negativos o pobres. Este resultado también es coherente con los de nuestro grupo; encontramos que un mayor nivel de *secuencia estructural* y de *integración* (dos de las cuatro subdimensiones incluidas como componentes de la *coherencia estructural narrativa*) distinguían las narrativas de pacientes con buenos resultados de las de los pacientes con malos resultados.

(c) Igualmente, los datos de Moreira, Beutler y Gonçalves (2008) también sugerían que la *integración* parecía ser la subdimensión más discriminativa entre los

casos de resultados positivos y los de resultados negativos o pobres. Este resultado es sólo parcialmente coherente con los de nuestro grupo, ya que aunque la integración era de hecho una dimensión discriminativa (como ya se ha comentado anteriormente) no era la más discriminativa, que en el estudio de nuestro grupo resultó ser la *metaforización* (una subdimensión de *proceso y complejidad narrativa*).

Los resultados de nuestro grupo (véase Botella y Gámiz, 2011) también indicaron que dos dimensiones narrativas no incluidas en el estudio de Moreira, Beutler y Gonçalves (2008)--*secuencias de redención y posición narrativa del yo como víctima*-- distinguían las narrativas de los pacientes con malos resultados de las de los pacientes con buenos resultados.

El principal objetivo del presente estudio fue volver a probar la utilidad de una forma de análisis narrativo basado en el enfoque multidimensional de los procesos narrativos ya discutidos. En este caso, nuestro objetivo era poner a prueba los aspectos comunes y las diferencias entre un grupo de narrativas de pacientes con *buen resultado terapéutico* y otro de pacientes con *mal resultado terapéutico* y con una muestra más grande (60 pacientes en lugar de 12 como en el estudio de Botella y Gámiz, 2011).

Por lo que se refiere a los procesos narrativos en psicoterapia, nuestra hipótesis fue que para cada dimensión narrativa incluida en nuestro análisis habrían diferencias significativas entre los pacientes con buen resultado y los pacientes con mal resultado. De esta manera asumíamos una posición exploratoria a pesar de disponer de los datos antedichos de Botella y Gámiz (2011). Dado el tamaño pequeño de la muestra de dicho estudio, pareció más prudente considerarlo un estudio piloto y volver a contrastar las diferencias en todas las dimensiones narrativas consideradas.

A pesar de nuestro foco en los procesos narrativos diferenciales entre pacientes con buen y mal resultado terapéutico, nuestro estudio también incluyó la evaluación de Variables Iniciales (es decir, variables clínicamente relevantes evaluadas durante la sesión inicial) y Variables de Resultado y Proceso (síntomas y alianza terapéutica). La

literatura existente sobre el tema de estos dos tipos de variables y el buen o mal resultado terapéutico (véase, por ejemplo, Botella *et al.*, 2008) nos llevó a hipotetizar que (a) el resultado terapéutico no sería predecible exclusivamente sobre la base de la demanda presentada o el inicio del problema. También hipotetizamos que (b) el funcionamiento psicosocial en los clientes con buen resultado sería significativamente superior al de aquellos con mal resultado (debido a la disminución en la calidad de vida provocada por el malestar psicológico), (c) que la media de motivación de los clientes con buen resultado sería significativamente superior a la de los clientes con mal resultado y (d) que la media de los síntomas pre-terapia de los clientes con buen resultado sería significativamente inferior a la de los clientes con mal resultado.

También quisimos comprobar las posibles relaciones entre las Variables Iniciales evaluadas, su estructura factorial y las diferencias entre los casos de éxito y no éxito en resultado y proceso terapéutico. Respecto a este punto específico (y, de nuevo, considerando la literatura existente sobre el tema del buen y mal resultado terapéutico) esperábamos que el número total de sesiones terapéuticas y el nivel sintomático entre las sesiones primera, segunda, tercera, cuarta y octava en los clientes con buen resultado fuese significativamente inferior que con los clientes con mal resultado.

Por el contrario, esperábamos que la alianza terapéutica promedio, la reducción total de síntomas pre-post, y la alianza terapéutica de las sesiones primera, segunda, tercera, cuarta y octava en los clientes con buen resultado fuesen significativamente inferiores a las de los clientes con mal resultado.

Método

Participantes

i. Clientes: variables demográficas básicas. Los participantes en este estudio fueron 60 pacientes; 43 mujeres (69,4%) y 17 hombres (27,4%) que recibieron tratamiento psicoterapéutico ambulatorio (una sesión semanal) en una unidad

psicoterapéutica universitaria en Barcelona, cuyo funcionamiento se describe a continuación en la sección de procedimiento. Los tratamientos analizados correspondieron a todos aquellos pacientes que iniciaron su proceso terapéutico en cualquier punto dentro de los tres años y cuatro meses comprendidos entre el principio de la unidad y el análisis de los datos incluidos en este estudio. La media de edad de los participantes fue de 33,27 años (DE = 10,48; rango 19-57).

ii. Clientes: variables clínicas. Los 60 pacientes de nuestra muestra se dividieron en dos grupos: 30 de ellos pertenecientes al grupo con buen resultado terapéutico (BR) y los 30 restantes al grupo con mal resultado terapéutico (MR). Los criterios necesario para pertenecer al grupo BR fueron *todos* los siguientes:

- (1) tratamiento terapéutico finalizado, es decir, el terapeuta está de acuerdo en que el cliente ha llegado al final de la terapia;
- (2) mejora sintomática pre-post;
- (3) sin rupturas en la alianza terapéutica; y,
- (4) sin recaídas sintomáticas durante el curso de la terapia.

Los criterios necesarios para pertenecer al grupo MR fueron a su vez *todos* los siguientes:

- (1) tratamiento terapéutico finalizado, es decir, el terapeuta está de acuerdo en que el cliente ha llegado al final de la terapia, o abandono de la terapia, es decir, clientes que dejan el tratamiento sin acuerdo de su terapeuta;
- (2) sin mejora sintomática pre-post o con empeoramiento sintomático pre-post.

En cuanto al número total de sesiones de terapia por paciente, la media en nuestra muestra para el grupo BR fue 13,90 (DE = 5,49; rango de 4 a 25), y para el MR fue 21,65 (DE = 11,19; rango de 10 a 52). Las diferencias entre ambos grupos en relación al número de sesiones son lógicas teniendo en cuenta que se definen por su nivel de éxito: los clientes con mal resultado no tienen éxito, ya sea por el abandono de la terapia

o por permanecer por mucho tiempo sin mejoras, lo cual explica por qué la DE del grupo MR es mayor y el rango es más amplio que en el BR.

La distribución de la muestra general, sin embargo, se ajusta a los criterios de normalidad (se realizó una prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar este particular: $Z = 1,76$; p (bilateral) = 0,004). Los extremos de esta distribución (es decir, los diez pacientes con menos de diez sesiones y los cuatro con más de 39) pueden explicarse porque la muestra está formada por pacientes con buen y mal resultado simultáneamente. Esto explica el hecho de que algunos de los pacientes de la muestra se caracterizasen por un número anormalmente bajo (abandono) o anormalmente alto de sesiones (estancamiento).

La Figura 2 muestra la distribución de motivos de demanda de nuestra muestra. Como puede verse en la figura, casi tres cuartas partes de los pacientes de la muestra solicitaron terapia por una de las siguientes razones: dificultades relacionales, estado de ánimo depresivo, ansiedad/estrés o baja autoestima.

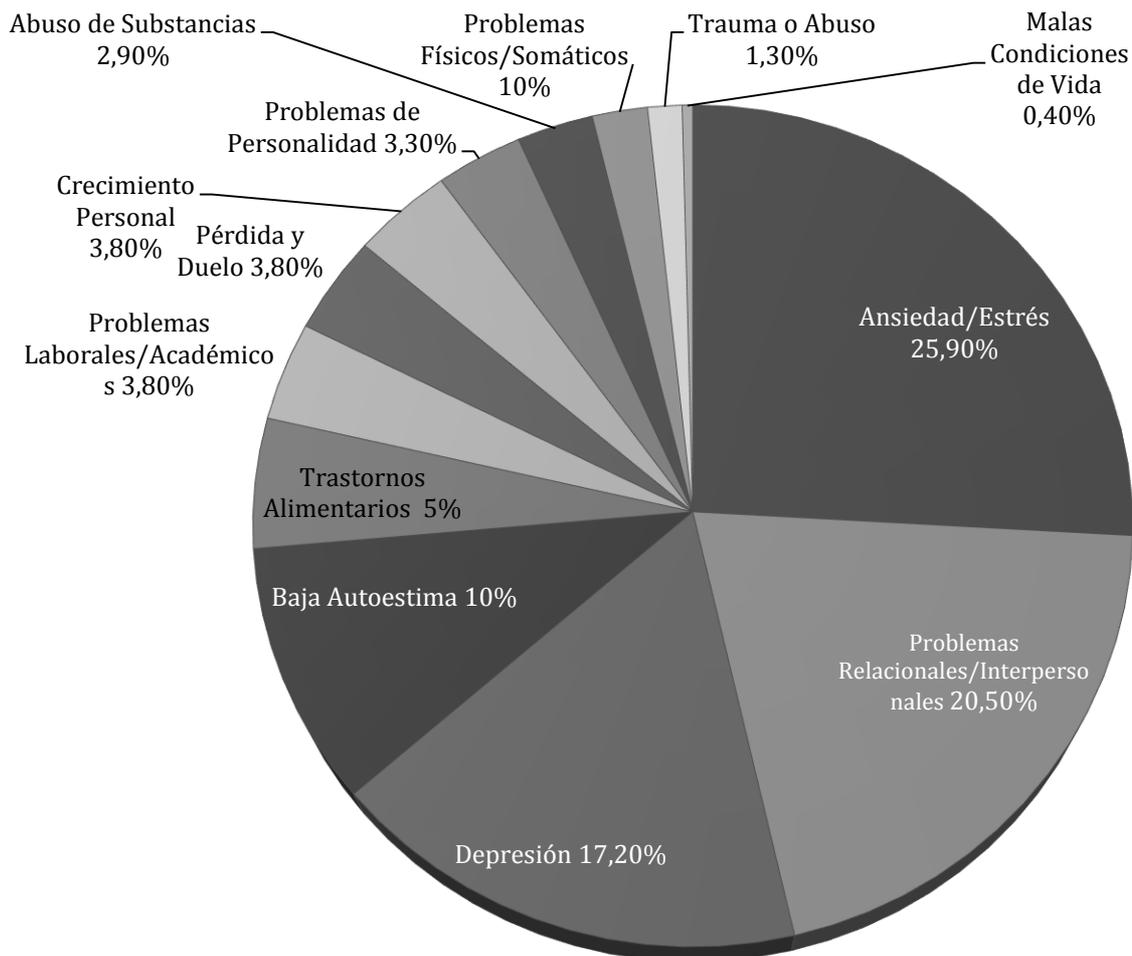


Figura 2. Distribución de Motivos de Demanda.

En cuanto al inicio del problema, un 75% de los clientes (45) de nuestra muestra había experimentado su dificultad actual desde más de un año antes de pedir ayuda; un 13,3% (8 en total) desde hacía menos de un año y el 11,7% restante (7 en total) informaron haberla experimentado recurrentemente.

En cuanto al nivel de funcionamiento psicosocial de los pacientes en el momento de la consulta, se les pidió que lo autoevaluasen mediante el uso de una escala de 0% a

100% (en la que 0% significa que *no funcionan en absoluto* y 100% significa que *funcionan extremadamente bien*). Los datos de la muestra indicaron que la media autoevaluada de funcionamiento psicosocial de los participantes fue de 53,13% (DE = 14,34; rango de 30 a 98).

iii. Terapeutas. Nueve terapeutas participaron en este estudio; siete mujeres y dos hombres. Su rango de edad fue de 26 a 40 años (M = 33,22; DE = 6,48). Todos los terapeutas eran psicólogos clínicos y psicoterapeutas con una formación equivalente a un Máster. Ocho de ellos tenía un Doctorado. La experiencia clínica variaba entre 3 y 17 años (M = 10,22; DE = 6,48).

Instrumentos

i. Evaluación de resultados. Para evaluar el nivel sintomático de los clientes se utilizó la escala de resultado del sistema CORE (CORE-OM); un cuestionario de 34 ítems autoadministrado que evalúa las siguientes dimensiones: (a) bienestar subjetivo, (b) problemas/síntomas, (c) funcionamiento y (d) indicadores clínicos de intentos de suicidio, riesgo, autolesiones o actos agresivos. Cada uno de los 34 ítems del CORE-OM se puntúa en una escala tipo Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre o casi siempre).

Los niveles de gravedad sintomática de los clientes incluidos en este estudio, como demostró Corbella (2003), eran equivalentes a los de otros estudios de validación del CORE-OM (véase Barkham, *et al.*, 2001; Evans *et al.*, 2002).

ii. Alianza terapéutica. Para evaluar la alianza terapéutica se utilizó la versión corta del *Working Alliance Inventory* (WAI) de Horvath y Greenberg (1986). El WAI, como medida global de la alianza de trabajo, se compone de 3 subescalas que reflejan los tres componentes de la alianza terapéutica descrita por Bordin (1979):

(a) Acuerdo sobre las metas terapéuticas.

(b) Acuerdo sobre las tareas terapéuticas.

(c) Vínculo emocional entre el terapeuta y el cliente.

Cada subescala del WAI está compuesta por 12 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert. La versión corta del WAI utilizada en este estudio (WAI-S) fue propuesta por Tracey y Kokotovic (1989) después de un análisis factorial del WAI, y es más corta con el fin de facilitar su uso en la práctica clínica (véase Corbella y Botella, 2004). El WAI-S demostró una estructura factorial adecuada y conservó sus tres subescalas, cada una de las cuales se compone de 4 ítems. El WAI-S está pues compuesto por 12 ítems que los clientes puntúan en una escala tipo Likert que va de 1 a 7. Por lo tanto, la puntuación total del WAI-S varía de 12 a 84. Tracey y Kokotovic (1989) también demostraron que la consistencia interna del WAI-S fue elevada: α -Cronbach = 0,98.

La versión española del WAI-S fue creada y validada por Corbella y Botella (2004) por medio de una muestra de 102 pacientes no psicóticos que recibían psicoterapia ambulatoria. La consistencia interna fue también alta (α -Cronbach = 0,93). En cuanto a la estructura factorial del inventario, un análisis de componentes principales con rotación Varimax reveló tres factores con valores propios de 5,66, 2,81 y 2,59 respectivamente. Los tres componentes representaron un 65% de la varianza total. El primer factor se compuso de elementos que pertenecían a todas las subescalas del WAI-S, el segundo de algunos elementos que pertenecen a "acuerdo sobre metas", y el tercero de los elementos pertenecientes a la subescala de "vínculo emocional". En resumen, los dos primeros factores se componen de una mezcla de "acuerdo sobre tareas" y "acuerdo sobre metas" y un ítem de la subescala de "vínculo emocional".

iii. Evaluación narrativa. Para evaluar las dimensiones seleccionadas de las NGCPs que se comentaron en la sección introductoria de esta tesis, se utilizó la Rejilla de Evaluación Narrativa (REN; Botella, 2008; Botella y Gámiz, 2011). La REN está concebida como una serie de escalas de puntuación que combinan las dimensiones narrativas ya mencionadas, tal y como se indica a continuación.

Rejilla de Evaluación Narrativa

©Luis Botella (2008)

0. Síntesis Narrativa

Encuadre:

- ¿Dónde sucede la acción?
- ¿Cuándo sucede la acción?

Reparto:

- ¿Quién/es aparece/n como personaje/s?
- ¿Qué acciones se le/s atribuyen?
- ¿Qué intenciones se le/s atribuyen?
- ¿Qué rasgos de personalidad se le/s atribuyen?
- ¿Qué motivaciones se le/s atribuyen?
- ¿Qué emociones se le/s atribuyen?

Argumento:

- ¿Qué sucede? ¿Por qué sucede lo que sucede?

Meta narrativa:

- ¿Qué se intenta demostrar con la narrativa? ¿Cuál es la meta a alcanzar o a evitar? ¿Cuál es el “mensaje” implícito o explícito?
-
-

1. Estructura y Coherencia

1.1. Orientación general de la narrativa (OG)

1. Baja 2. Media 3. Alta

1.2. Secuencia estructural general de la narrativa (SE)

1. Baja 2. Media 3. Alta

1.3. Implicación evaluativa general de la narrativa (IE)

1. Baja 2. Media 3. Alta

1.4. Integración general de la narrativa (IG)

1. Baja 2. Media 3. Alta

1.5. Coherencia general de la narrativa $(I.1+I.2+I.3+I.4)/4$ (CG)

2. Complejidad del Contenido

2.1. Variedad de temas (VT)

1. Baja 2. Media 3. Alta

2.2. Variedad de acontecimientos (VA)

1. Baja 2. Media 3. Alta

2.3. Variedad de escenarios (VE)

1. Baja 2. Media 3. Alta

2.4. Variedad de personajes (VP)

1. Baja 2. Media 3. Alta

3. Proceso Narrativo

3.1. Grado de objetivación (O)

1. Bajo 2. Medio 3. Alto

3.2. Grado de subjetivación emocional (SE)

1. Bajo 2. Medio 3. Alto

3.3. Grado de subjetivación cognitiva (SC)

1. Bajo 2. Medio 3. Alto

3.4. Grado de metaforización (reflexividad) (M)

1. Bajo 2. Medio 3. Alto

4. Inteligibilidad Narrativa

4.1. Grado de claridad de la meta final valorada (C)

1. Bajo 2. Medio 3. Alto

4.2. Grado de conflicto entre metas diferentes (Co)

1. Bajo 2. Medio 3. Alto

4.3. Grado de razonabilidad de la meta final valorada (R)

1. Bajo 2. Medio 3. Alto

4.4. Relevancia de los episodios narrados (evaluar para tantos como haya) (Re)

Episodio núm:

Relevancia 1. Baja 2. Media 3. Alta

4.5. Secuencia estructural general de la narrativa (igual que 1.2) (SE')

1. Baja 2. Media 3. Alta

4.6. Estabilidad de las características de los personajes (evaluar para tantos como haya incluido el *self*; si en algún caso es muy baja o baja, especificar) (EC)

Personaje:

Estabilidad 1. Baja 2. Media 3. Alta

4.7. Inteligibilidad de los vínculos causales (si en algún caso es muy baja o baja, especificar) (In)

1. Baja 2. Media 3. Alta

4.8. Forma narrativa (especificar la combinación de formas rudimentarias) (FN)

4.8.1. Narrativa de contaminación

Sí No

4.8.2. Narrativa de redención

Sí No

5. Posición Narrativa del *Self* (PNS)

- 0. El/la protagonista aparece completamente impotente, a merced de las circunstancias, todas las acciones están motivadas por fuerzas externas.

- 1. El/la protagonista está mayormente a merced de las circunstancias y el control del argumento está sobre todo en manos de fuerzas externas.

- 2. El/la protagonista comparte el control de sus acciones a partes iguales con fuerzas externas. Ni las controla completamente ni está totalmente a merced de ellas.

- 3. El/la protagonista ocupa básicamente en una posición de agente, puede ejercer control sobre su vida, iniciar cambios por su cuenta y afectar al curso de sus experiencias.

- 4. El/la protagonista ha luchado activamente para superar una situación de impotencia en su vida y ha salido victorioso/a (generalmente mediante la adquisición de autoconciencia, control sobre la situación o mayor poder).

Nota: en general, al tratarse de narrativas autobiográficas, se asume que el autor es el protagonista. Si no fuese así, especificar a quién caracteriza la posición narrativa que se está evaluando.

Las NGCPs se puntuaron en cada una de esas dimensiones a lo largo de una escala tipo Likert que fue de 1 a 3 (1 = bajo, 2 = medio, 3 = alto). Las puntuaciones altas correspondían a narrativas que cumplían con la definición de cada dimensión que se discutió anteriormente. Así, por ejemplo, una narrativa que incluía información detallada y específica sobre los personajes, el contexto social, la hora, el lugar y las circunstancias personales en que sucedía, era clasificada como "Alta Orientación General". Si la narración dejaba a todos o muchos de estos detalles sin respuesta, era clasificada como "Baja Orientación General".

Cada narrativa fue analizada y puntuada por un mínimo de 4 evaluadores independientes entrenados en el uso de la REN durante un mínimo de 30 horas. La fiabilidad interjueces entre el grupo de 4 evaluadores fue buena (α -Cronbach = 0,81).

Procedimiento

El procedimiento seguido en este estudio fue el habitual de acuerdo con el protocolo de tratamiento del servicio de terapia.

Después de la llamada telefónica inicial del cliente, se llevó a cabo una entrevista de contacto.

La entrevista de contacto siguió la estructura del Formulario de Evaluación de la Terapia del sistema CORE. Además, durante la entrevista de contacto se pidió a los clientes que cumplimentasen la escala de resultado del sistema CORE (CORE-OM) que ya se ha comentado.

El equipo terapéutico se reunía con el fin de tomar las decisiones necesarias sobre la terapia con cada cliente en particular.

Una vez que la terapia había comenzado, se evaluaron periódicamente resultado y proceso mediante el CORE-OM (después de cada una de las cuatro primeras sesiones

y después de cada cuatro sesiones a partir de ahí) y el WAI (después de cada una de las cuatro primeras sesiones y después de cada cuatro sesiones a partir de ahí). La razón para evaluar el resultado y el proceso en estos intervalos se deriva de los estudios sobre el ritmo de cambio terapéutico (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986; véase Corbella y Botella, 2004) que indican que entre un 30% y un 40% de los pacientes experimentan cambios significativos entre la primera y la tercera sesión, y que entre la cuarta y la séptima este porcentaje aumenta a un 50%-60%.

Una vez habían alcanzado los objetivos terapéuticos, y siempre que terapeuta y cliente estuviesen de acuerdo, se programaba el final del tratamiento. Una vez más, como forma de controlar el resultado y proceso terapéutico, se le pidió a cada cliente que completase las escalas sintomáticas y de alianza.

Una vez terminado el tratamiento e incluido en el estudio, se seleccionaron tres NGCPs para cada participante: una perteneciente a los inicios de su terapia (Narrativa #1), una perteneciente a la mitad del tratamiento (Narrativa #2) y la tercera perteneciente a la etapa final de la terapia (Narrativa #3). Por lo tanto, si una terapia en particular consistió en n sesiones, la Narrativa #1 pertenecía a una de las sesiones de 1 a 3; la Narrativa #2 pertenecía a una de las sesiones $(n/2) - 1$ a $(n/2) + 1$ y la Narrativa #3 pertenecía a una de las sesiones de $n - 3$ a n .

Estas tres NGCPs fueron analizadas por un mínimo de 4 evaluadores independientes, como se discutió en la sección anterior y de acuerdo con los criterios de puntuación ya especificados.

El análisis de los resultados y proceso terapéutico de cada participante nos permitió asignarlos al grupo BR o MR (de acuerdo con los criterios expuestos en la sección *Participantes*).

Resultados

Las variables de los clientes se dividieron en tres grupos:

1. Variables Iniciales--es decir, variables terapéuticamente relevantes evaluadas durante la sesión de contacto inicial:
 - i. motivo de demanda inicial,
 - ii. inicio del problema,
 - iii. funcionamiento psicosocial,
 - iv. motivación y
 - v. síntomas pre-terapia
2. Variables de Proceso y Resultado (síntomas y alianza terapéutica).
3. Variables Narrativas.

Diferencias entre Buen y Mal Resultado en las Variables Iniciales

Se realizó una prueba Chi-cuadrado de independencia para examinar la relación entre buen y mal resultado y la primera Variable Inicial evaluada (es decir, el motivo de demanda principal). La relación entre estas variables no fue significativa: $\chi^2(6, N = 60) = 1,4, p = 0,97$. Los clientes de la muestra eran igualmente propensos a tener un buen o mal resultado terapéutico independientemente de su motivo de demanda principal.

La Tabla 6 presenta los resultados de la prueba t de Student para las cuatro Variables Iniciales continuas evaluadas restantes (ii. inicio del problema, iii. funcionamiento psicosocial, iv. motivación y v. síntomas pre-terapia).

Nuestros resultados indicaron que la diferencia entre la media de inicio del problema en los grupos BR y MR no era significativa. En la Figura 3 se puede apreciar como no hay prácticamente diferencia entre las medias y los intervalos de confianza de ambos grupos y como el intervalo de confianza de las diferencias contiene el valor nulo 0.

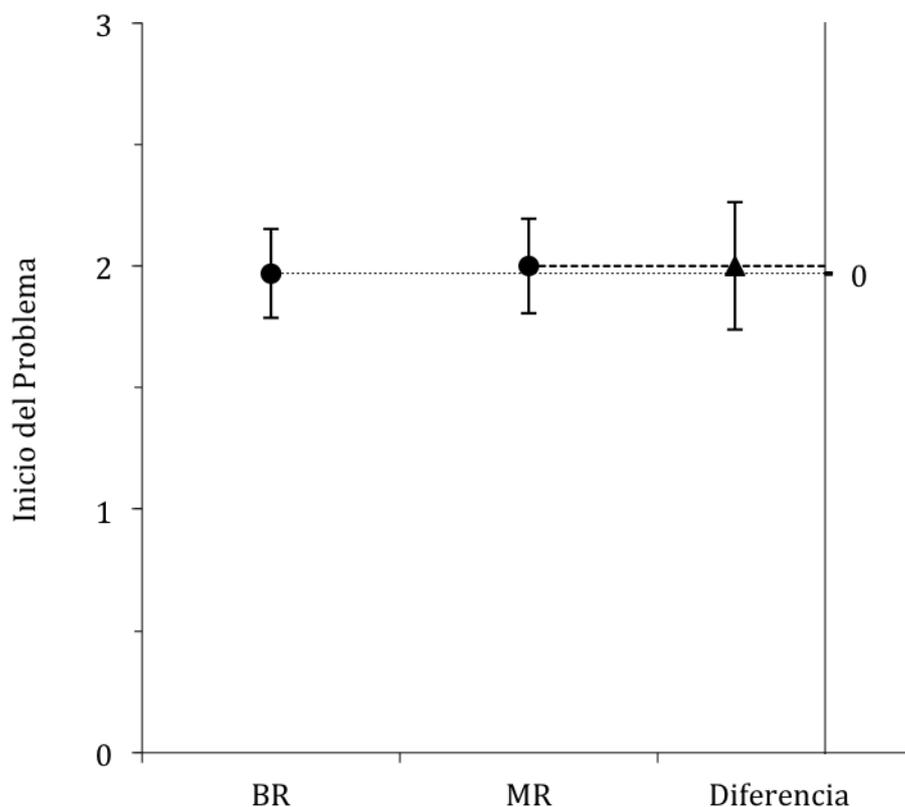


Figura 3. **Diferencias entre BR y MR en Inicio del Problema.**

Nuestros resultados (véase Figura 4) también indicaron que el funcionamiento psicosocial en el grupo BR ($\bar{X} = 49,17$; $DE = 13,71$) fue significativamente mayor que en el MR ($\bar{X} = 57,10$; $DE = 14,06$). La diferencia equivale a un tamaño del efecto d de Cohen de 0,59, considerado ligeramente por encima de medio. (Nótese que la puntuación media para el grupo MR es en realidad más alta, esto es así porque el CORE-OM asume que las puntuaciones más altas indican mayor problemática y, por lo tanto, la escala de *funcionamiento psicosocial* es más bien una escala de *problemas en el funcionamiento psicosocial*.) Además (véase Figura 5), la puntuación media de motivación en el grupo BR ($\bar{X} = 95,67$; $DE = 7,74$) fue significativamente mayor que en el MR ($\bar{X} = 74,97$; $DE = 17,45$). La diferencia equivale a un tamaño del efecto d de Cohen de 1,53, considerado elevado. Finalmente (véase Figura 6), la puntuación media de síntomas pre-tratamiento en el grupo BR ($\bar{X} = 1,43$; $DE = 0,54$) fue significativamente mayor que

en el MR ($\bar{X} = 1,13$; $DE = 0,53$). La diferencia equivale a un tamaño del efecto d de Cohen de 0,56, considerado ligeramente por encima de medio.

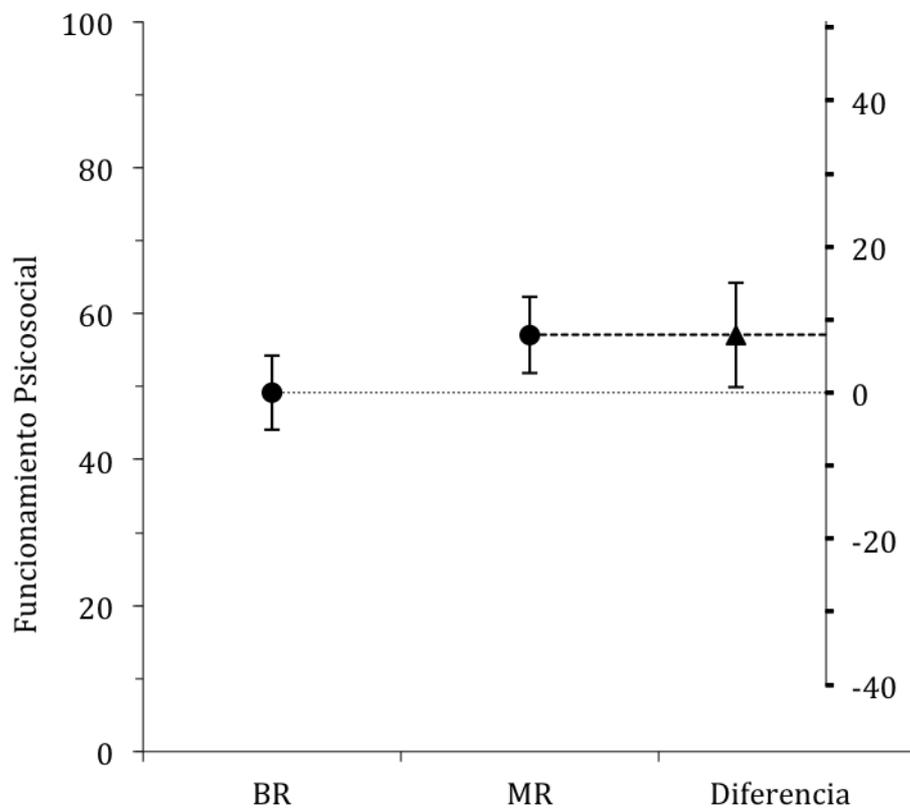


Figura 4. **Diferencias entre BR y MR en Funcionamiento Psicosocial (d de Cohen = 0,59).**

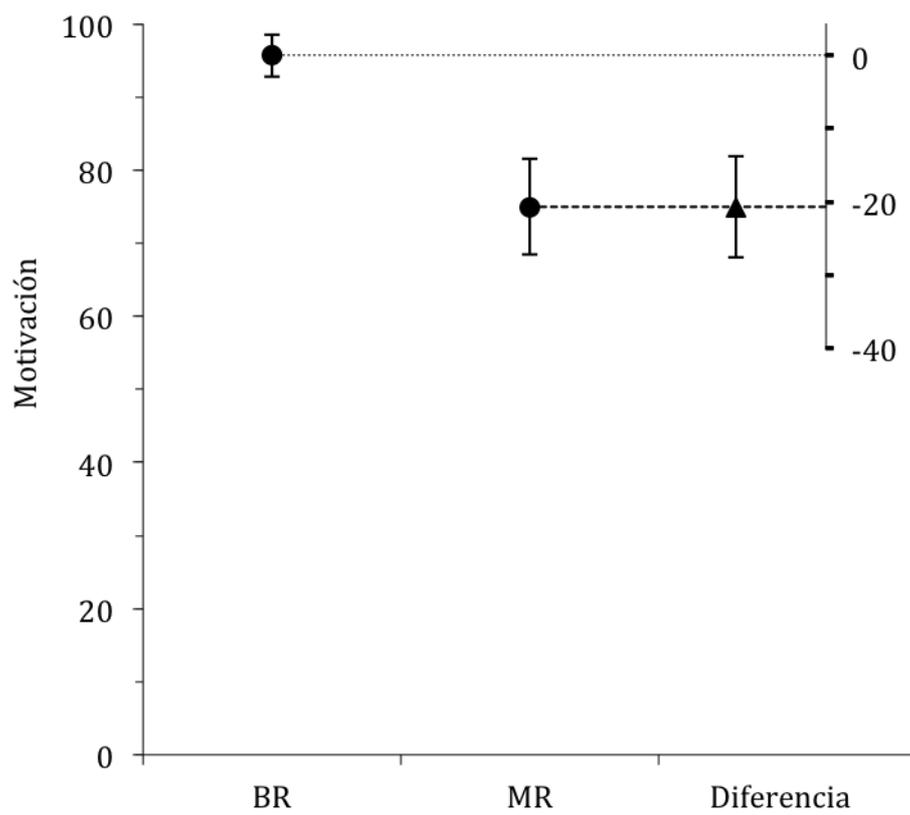


Figura 5. Diferencias entre BR y MR en Motivación (d de Cohen = 1,53).

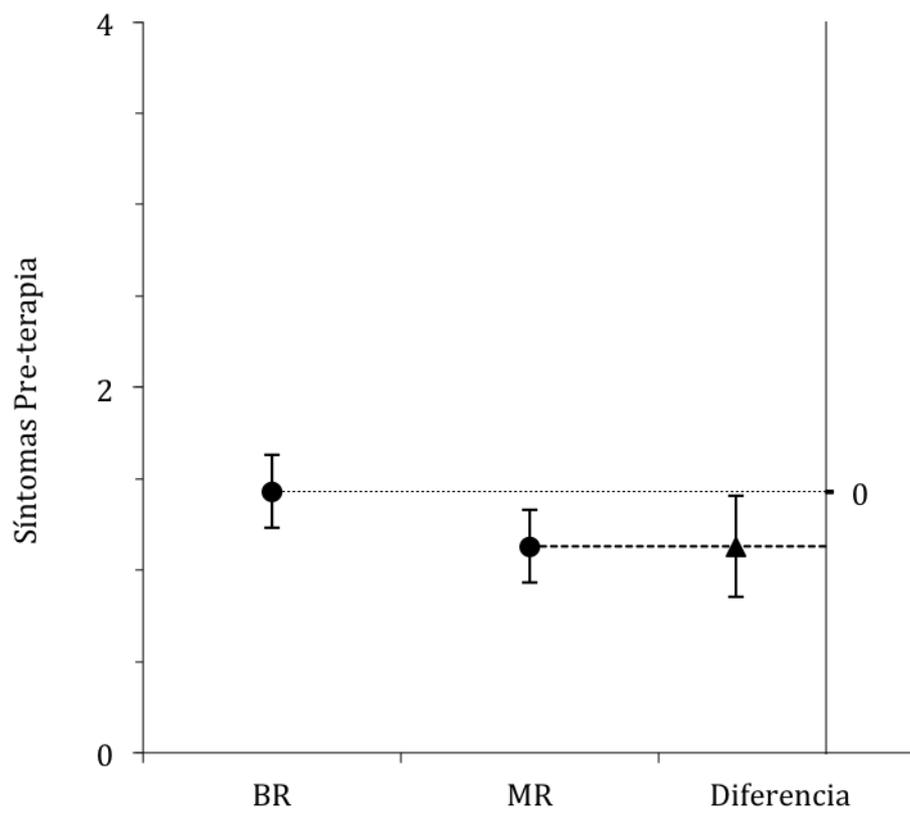


Figura 6. Diferencias entre BR y MR en Síntomas Pre-terapia (d de Cohen = 0,56).

Tabla 6. Resultados de la prueba t de Student para las cuatro Variables Iniciales continuas evaluadas restantes (ii. inicio del problema, iii. funcionamiento psicosocial, iv. motivación, y v. síntomas pre-terapia).

		N	\bar{X}	DE	F	t	Sig. (bilateral)
<i>Inicio del problema</i>	BR	30	1,97	0,49	0,006	-0,25	0,80
	MR	30	2,00	0,52			
<i>Funcionamiento psicosocial</i>	BR	30	49,17	13,71	0,079	-2,21	0,031*
	MR	30	57,10	14,06			
<i>Motivación</i>	BR	30	95,67	7,74	10,85	5,92	0**
	MR	30	74,97	17,45			
<i>Síntomas pre-terapia</i>	BR	30	1,43	0,54	0,143	2,14	0,037*
	MR	30	1,13	0,53			

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Relaciones entre Variables Iniciales

Un análisis mediante el coeficiente de correlación de Pearson (ver Tabla 7) indicó que no había correlaciones significativas entre ninguna de las Variables Iniciales evaluadas.

Tabla 7. **Correlaciones entre las Variables Iniciales evaluadas.**

VARIABLES INICIALES	r	Sig. (bilateral)	n
<i>Inicio del problema/Funcionamiento psicosocial</i>	-0,12	0,38	60
<i>Inicio del problema/Motivación</i>	-0,04	0,74	60
<i>Inicio del problema/Síntomas pre-terapia</i>	-0,10	0,48	60
<i>Funcionamiento psicosocial/Motivación</i>	-0,09	0,52	60
<i>Funcionamiento psicosocial/Síntomas pre-terapia</i>	-0,01	0,93	60
<i>Síntomas pre-terapia/Motivación</i>	-0,04	0,74	60

Diferencias entre los Casos con buen y Mal Resultado en las Variables de Resultado y Proceso

La Tabla 8 presenta el resultado de la prueba t de Student para las siguientes variables de resultado y de proceso:

- a. Número total de sesiones de terapia,
- b. Alianza terapéutica Promedio,
- c. Reducción sintomática pre-post total,
- d. Alianza terapéutica en las sesiones 1ª, 2ª, 3ª, 4ª y 8ª (a partir de la 8ª el tamaño de la muestra era demasiado pequeño para permitir el cálculo),
- e. Nivel sintomático en las sesiones 1ª, 2ª, 3ª, 4ª y 8ª (a partir de la 8ª el tamaño de la muestra era demasiado pequeño para permitir el cálculo).

Nuestros resultados indicaron que la diferencia entre la puntuación media de la alianza terapéutica en las sesiones 1ª y 2ª y el nivel sintomático en todas las sesiones incluidas en el estudio (excepto en la inicial) en el grupo BR y MR no fue estadísticamente significativa.

Nuestros resultados (véase Figura 7) también indicaron que la media del número total de sesiones de terapia en el grupo BR ($\bar{X} = 13,90$; $DE = 5,49$) fue significativamente menor que en el MR ($\bar{X} = 24,07$; $DE = 18,23$). La diferencia equivale a un tamaño del efecto d de Cohen de 0,75, considerado muy próximo a un efecto grande.

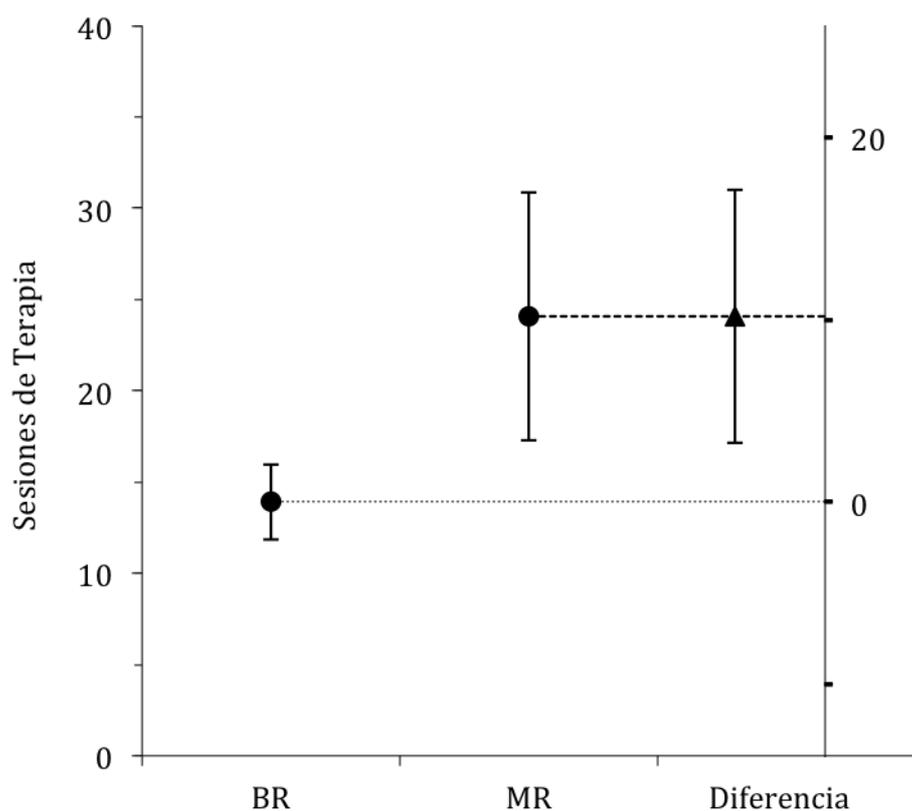


Figura 7. **Diferencias entre BR y MR en número total de sesiones de terapia (d de Cohen = 0,75).**

También la puntuación media para la alianza terapéutica promediada en el grupo BR ($\bar{X} = 76,09$; $DE = 1,27$) fue significativamente mayor que en el MR ($\bar{X} = 71,47$; $DE = 3,63$)—véase Figura 8. La diferencia equivale a un tamaño del efecto d de Cohen de 1,70, considerado alto.

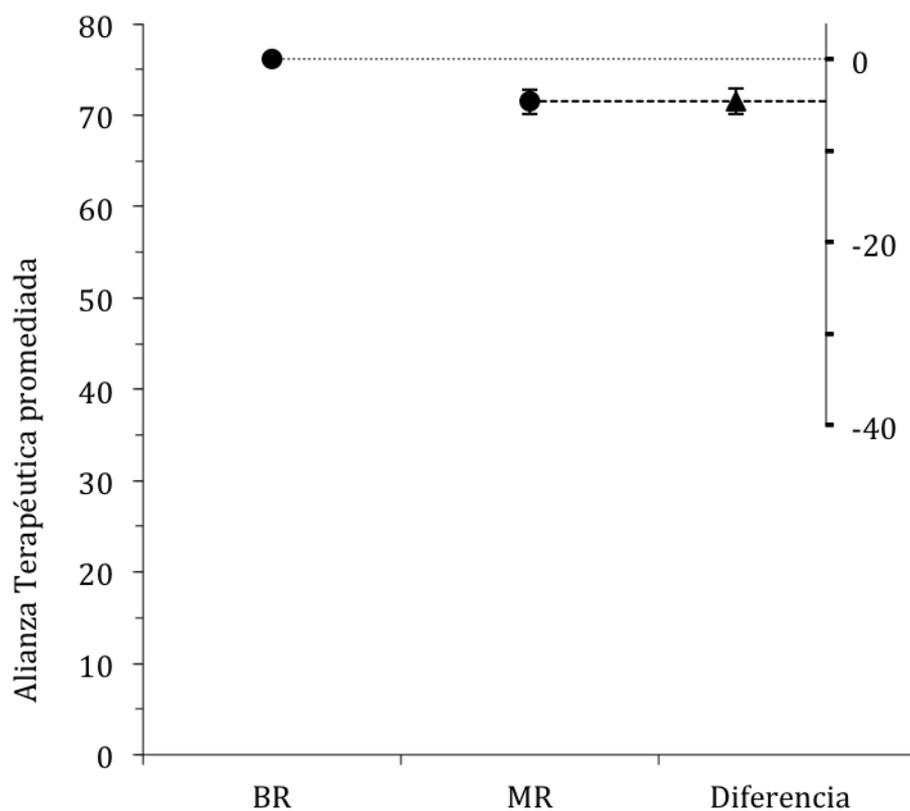


Figura 8. **Diferencias entre BR y MR en alianza terapéutica promediada (d de Cohen de 1,70).**

La puntuación media para la reducción total de síntomas pre-post en el grupo BR ($\bar{X} = 0,63$; $DE = 0,27$) fue significativamente mayor que en el MR ($\bar{X} = -0,07$; $DE = 0,17$)— véase Figura 9. La diferencia equivale a un tamaño del efecto d de Cohen de 3,23, considerado alto.

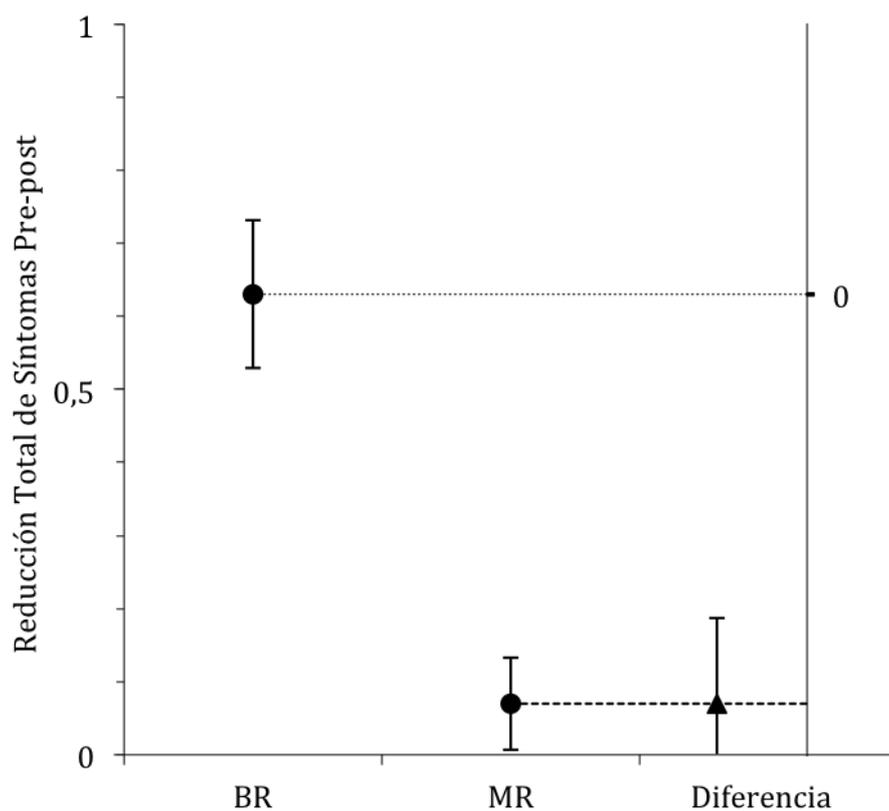


Figura 9. **Diferencias entre BR y MR en reducción total de síntomas pre-post (d de Cohen = 3,23).**

La media de puntuación de la alianza terapéutica total (3ª sesión) en el grupo BR ($\bar{X} = 74,10$; $DE = 1,81$) fue significativamente más alta que en el MR ($\bar{X} = 71,93$; $DE = 3,72$)—véase Figura 10. La diferencia equivale a un tamaño del efecto d de Cohen de 0,74, considerado moderado.

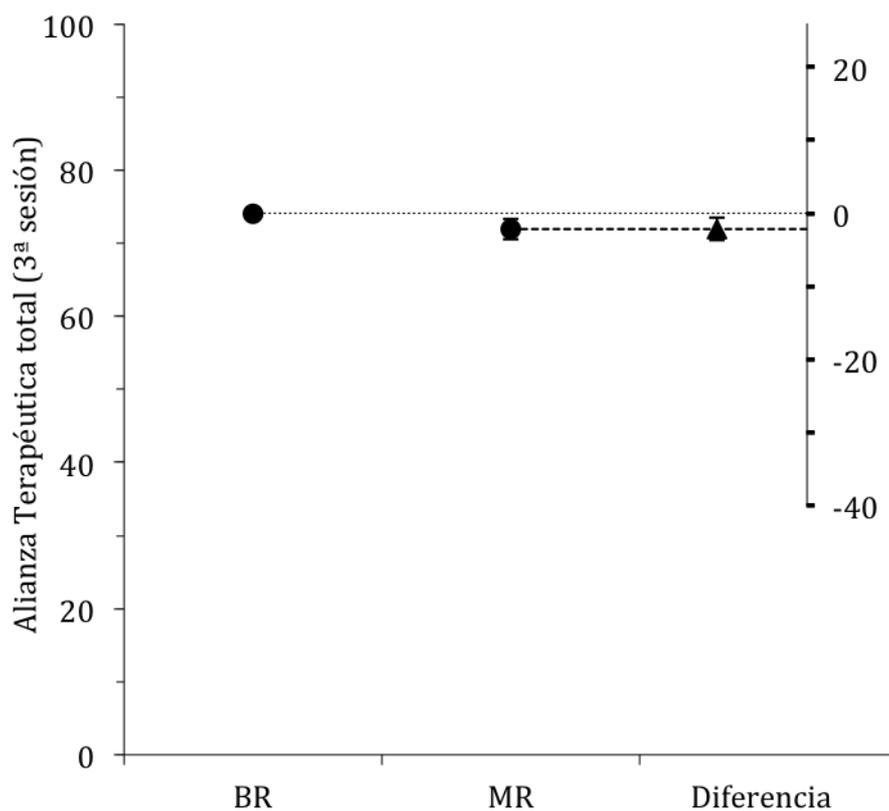


Figura 10. **Diferencias entre BR y MR en alianza terapéutica total (3ª sesión) (d de Cohen = 0,74).**

La media de puntuación de la alianza terapéutica total (4ª sesión) en el grupo BR ($\bar{X} = 75,48$; $DE = 2,31$) fue significativamente más alta que en el MR ($\bar{X} = 70,90$; $DE = 3,03$)—véase Figura 11. La diferencia equivale a un tamaño del efecto d de Cohen de 1,70, considerado alto.

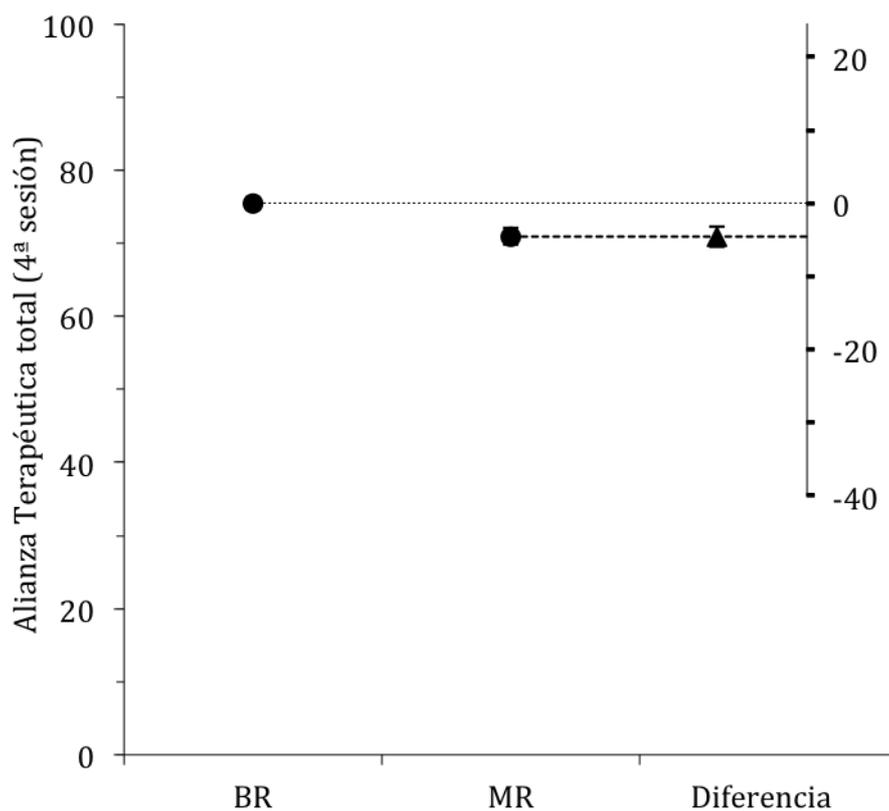


Figura 11. **Diferencias entre BR y MR en alianza terapéutica total (4ª sesión) (d de Cohen = 1,70).**

Finalmente, la puntuación media de la alianza terapéutica total (8ª Sesión) en el grupo BR ($\bar{X} = 76,88$; $DE = 1,83$) fue significativamente más alta que en el MR ($\bar{X} = 71,39$; $DE = 3,26$)—véase Figura 12. La diferencia equivale a un tamaño del efecto d de Cohen de 2,08, considerado alto.

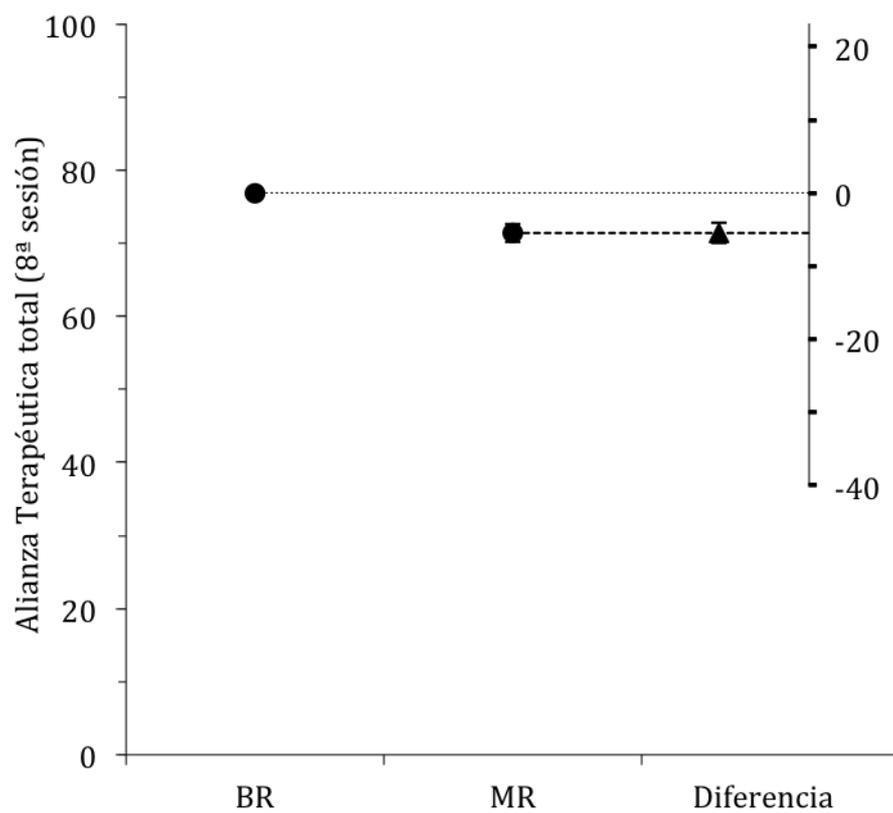


Figura 12. Diferencias entre BR y MR en alianza terapéutica total (8ª sesión) (d de Cohen = 2,08).

Tabla 8. Resultado de la prueba t de Student para las siguientes variables de resultado y de proceso: número total de sesiones de terapia, alianza terapéutica promedio, reducción sintomática pre-post total, alianza terapéutica en las sesiones 1ª, 2ª, 3ª, 4ª y 8ª y nivel sintomático en las sesiones 1ª, 2ª, 3ª, 4ª y 8ª.

		N	\bar{X}	DE	F	t	Sig. (bilateral)																																																																																																																				
Número total de sesiones de terapia	BR	30	13,90	5,49	11,55	-2,93	0,005**																																																																																																																				
	MR	30	24,07	18,23				Alianza terapéutica promedio	BR	30	76,09	1,27	30,70	6,59	0**	MR	30	71,47	3,63	Reducción sintomática pre-post total	BR	30	0,63	0,27	8,81	12,00	0**	MR	30	-0,07	0,17	Alianza terapéutica (1ª Sesión)	BR	30	72,27	1,84	31,32	-0,33	0,74	MR	30	72,53	4,03	Alianza terapéutica (2ª Sesión)	BR	30	73,03	1,50	35,11	1,57	0,12	MR	30	71,83	3,90	Alianza terapéutica (3ª Sesión)	BR	30	74,10	1,81	17,25	2,86	0,006**	MR	29	71,93	3,72	Alianza terapéutica (4ª Sesión)	BR	29	75,48	2,31	1,91	6,49	0**	MR	29	70,90	3,03	Alianza terapéutica (8ª Sesión)	BR	25	76,88	1,83	15,48	7,43	0**	MR	28	71,39	3,26	Nivel sintomático (1ª Sesión)	BR	30	1,43	0,54	0,14	2,14	0,04*	MR	30	1,13	0,53	Nivel sintomático (2ª Sesión)	BR	30	1,26	0,62	0,70	1,10	0,28	MR	30	1,09	0,55	Nivel sintomático (3ª Sesión)	BR	30	1,12	0,63	0,01	-0,24	0,81
Alianza terapéutica promedio	BR	30	76,09	1,27	30,70	6,59	0**																																																																																																																				
	MR	30	71,47	3,63				Reducción sintomática pre-post total	BR	30	0,63	0,27	8,81	12,00	0**	MR	30	-0,07	0,17	Alianza terapéutica (1ª Sesión)	BR	30	72,27	1,84	31,32	-0,33	0,74	MR	30	72,53	4,03	Alianza terapéutica (2ª Sesión)	BR	30	73,03	1,50	35,11	1,57	0,12	MR	30	71,83	3,90	Alianza terapéutica (3ª Sesión)	BR	30	74,10	1,81	17,25	2,86	0,006**	MR	29	71,93	3,72	Alianza terapéutica (4ª Sesión)	BR	29	75,48	2,31	1,91	6,49	0**	MR	29	70,90	3,03	Alianza terapéutica (8ª Sesión)	BR	25	76,88	1,83	15,48	7,43	0**	MR	28	71,39	3,26	Nivel sintomático (1ª Sesión)	BR	30	1,43	0,54	0,14	2,14	0,04*	MR	30	1,13	0,53	Nivel sintomático (2ª Sesión)	BR	30	1,26	0,62	0,70	1,10	0,28	MR	30	1,09	0,55	Nivel sintomático (3ª Sesión)	BR	30	1,12	0,63	0,01	-0,24	0,81	MR	29	1,16	0,71								
Reducción sintomática pre-post total	BR	30	0,63	0,27	8,81	12,00	0**																																																																																																																				
	MR	30	-0,07	0,17				Alianza terapéutica (1ª Sesión)	BR	30	72,27	1,84	31,32	-0,33	0,74	MR	30	72,53	4,03	Alianza terapéutica (2ª Sesión)	BR	30	73,03	1,50	35,11	1,57	0,12	MR	30	71,83	3,90	Alianza terapéutica (3ª Sesión)	BR	30	74,10	1,81	17,25	2,86	0,006**	MR	29	71,93	3,72	Alianza terapéutica (4ª Sesión)	BR	29	75,48	2,31	1,91	6,49	0**	MR	29	70,90	3,03	Alianza terapéutica (8ª Sesión)	BR	25	76,88	1,83	15,48	7,43	0**	MR	28	71,39	3,26	Nivel sintomático (1ª Sesión)	BR	30	1,43	0,54	0,14	2,14	0,04*	MR	30	1,13	0,53	Nivel sintomático (2ª Sesión)	BR	30	1,26	0,62	0,70	1,10	0,28	MR	30	1,09	0,55	Nivel sintomático (3ª Sesión)	BR	30	1,12	0,63	0,01	-0,24	0,81	MR	29	1,16	0,71																				
Alianza terapéutica (1ª Sesión)	BR	30	72,27	1,84	31,32	-0,33	0,74																																																																																																																				
	MR	30	72,53	4,03				Alianza terapéutica (2ª Sesión)	BR	30	73,03	1,50	35,11	1,57	0,12	MR	30	71,83	3,90	Alianza terapéutica (3ª Sesión)	BR	30	74,10	1,81	17,25	2,86	0,006**	MR	29	71,93	3,72	Alianza terapéutica (4ª Sesión)	BR	29	75,48	2,31	1,91	6,49	0**	MR	29	70,90	3,03	Alianza terapéutica (8ª Sesión)	BR	25	76,88	1,83	15,48	7,43	0**	MR	28	71,39	3,26	Nivel sintomático (1ª Sesión)	BR	30	1,43	0,54	0,14	2,14	0,04*	MR	30	1,13	0,53	Nivel sintomático (2ª Sesión)	BR	30	1,26	0,62	0,70	1,10	0,28	MR	30	1,09	0,55	Nivel sintomático (3ª Sesión)	BR	30	1,12	0,63	0,01	-0,24	0,81	MR	29	1,16	0,71																																
Alianza terapéutica (2ª Sesión)	BR	30	73,03	1,50	35,11	1,57	0,12																																																																																																																				
	MR	30	71,83	3,90				Alianza terapéutica (3ª Sesión)	BR	30	74,10	1,81	17,25	2,86	0,006**	MR	29	71,93	3,72	Alianza terapéutica (4ª Sesión)	BR	29	75,48	2,31	1,91	6,49	0**	MR	29	70,90	3,03	Alianza terapéutica (8ª Sesión)	BR	25	76,88	1,83	15,48	7,43	0**	MR	28	71,39	3,26	Nivel sintomático (1ª Sesión)	BR	30	1,43	0,54	0,14	2,14	0,04*	MR	30	1,13	0,53	Nivel sintomático (2ª Sesión)	BR	30	1,26	0,62	0,70	1,10	0,28	MR	30	1,09	0,55	Nivel sintomático (3ª Sesión)	BR	30	1,12	0,63	0,01	-0,24	0,81	MR	29	1,16	0,71																																												
Alianza terapéutica (3ª Sesión)	BR	30	74,10	1,81	17,25	2,86	0,006**																																																																																																																				
	MR	29	71,93	3,72				Alianza terapéutica (4ª Sesión)	BR	29	75,48	2,31	1,91	6,49	0**	MR	29	70,90	3,03	Alianza terapéutica (8ª Sesión)	BR	25	76,88	1,83	15,48	7,43	0**	MR	28	71,39	3,26	Nivel sintomático (1ª Sesión)	BR	30	1,43	0,54	0,14	2,14	0,04*	MR	30	1,13	0,53	Nivel sintomático (2ª Sesión)	BR	30	1,26	0,62	0,70	1,10	0,28	MR	30	1,09	0,55	Nivel sintomático (3ª Sesión)	BR	30	1,12	0,63	0,01	-0,24	0,81	MR	29	1,16	0,71																																																								
Alianza terapéutica (4ª Sesión)	BR	29	75,48	2,31	1,91	6,49	0**																																																																																																																				
	MR	29	70,90	3,03				Alianza terapéutica (8ª Sesión)	BR	25	76,88	1,83	15,48	7,43	0**	MR	28	71,39	3,26	Nivel sintomático (1ª Sesión)	BR	30	1,43	0,54	0,14	2,14	0,04*	MR	30	1,13	0,53	Nivel sintomático (2ª Sesión)	BR	30	1,26	0,62	0,70	1,10	0,28	MR	30	1,09	0,55	Nivel sintomático (3ª Sesión)	BR	30	1,12	0,63	0,01	-0,24	0,81	MR	29	1,16	0,71																																																																				
Alianza terapéutica (8ª Sesión)	BR	25	76,88	1,83	15,48	7,43	0**																																																																																																																				
	MR	28	71,39	3,26				Nivel sintomático (1ª Sesión)	BR	30	1,43	0,54	0,14	2,14	0,04*	MR	30	1,13	0,53	Nivel sintomático (2ª Sesión)	BR	30	1,26	0,62	0,70	1,10	0,28	MR	30	1,09	0,55	Nivel sintomático (3ª Sesión)	BR	30	1,12	0,63	0,01	-0,24	0,81	MR	29	1,16	0,71																																																																																
Nivel sintomático (1ª Sesión)	BR	30	1,43	0,54	0,14	2,14	0,04*																																																																																																																				
	MR	30	1,13	0,53				Nivel sintomático (2ª Sesión)	BR	30	1,26	0,62	0,70	1,10	0,28	MR	30	1,09	0,55	Nivel sintomático (3ª Sesión)	BR	30	1,12	0,63	0,01	-0,24	0,81	MR	29	1,16	0,71																																																																																												
Nivel sintomático (2ª Sesión)	BR	30	1,26	0,62	0,70	1,10	0,28																																																																																																																				
	MR	30	1,09	0,55				Nivel sintomático (3ª Sesión)	BR	30	1,12	0,63	0,01	-0,24	0,81	MR	29	1,16	0,71																																																																																																								
Nivel sintomático (3ª Sesión)	BR	30	1,12	0,63	0,01	-0,24	0,81																																																																																																																				
	MR	29	1,16	0,71																																																																																																																							

Nivel sintomático (4ª Sesión)	BR	29	0,99	0,66			
	MR	29	1,16	0,70	0,07	-0,96	0,34
Nivel sintomático (8ª Sesión)	BR	25	0,97	0,68			
	MR	28	1,05	0,66	0,10	-0,47	0,64

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Análisis Factorial de las Variables Iniciales, de Resultado y de Proceso

Se realizó un Análisis de Componentes Principales de la matriz de correlación de las variables iniciales, de resultado y de proceso (método de rotación Varimax con Normalización Kaiser; convergencia en tres rotaciones).

El Análisis de Componentes Principales produjo dos factores con valores propios superiores a 1. Estos dos factores explicaron un 52,18% de la varianza en la matriz de correlación y, como se ha discutido antes, se les aplicó una rotación Varimax. Los patrones de los factores rotados se presentan en la Tabla 9.

El Componente 1 (32,81% de la varianza) estaba compuesto sobre todo por el número total de sesiones de terapia (con una carga factorial negativa); la motivación; la reducción sintomática pre-post total y el promedio de la alianza terapéutica.

El Componente 2 (19,37% de la varianza) estaba compuesto sobre todo por el número total de sesiones de terapia; el funcionamiento psicosocial (con una carga factorial negativa); el inicio del problema; los síntomas pre-terapia; la reducción sintomática pre-post total (con una carga factorial más baja que en el Componente 1) y el promedio de alianza terapéutica (también con una carga factorial más baja que en el Componente 1).

Tabla 9. Patrón de componentes rotados para las variables iniciales, de resultado y de proceso. Sólo se han incluido las cargas factoriales superiores a 0,30.

Variable	C1 (32,81%)	C2 (19,37%)
Número total de sesiones de terapia	-0,74	0,38
Funcionamiento psicosocial		-0,60
Inicio del problema		0,57
Motivación	0,75	
Síntomas pre-terapia		0,48
Reducción sintomática pre-post total	0,80	0,37
Promedio de alianza terapéutica	0,64	0,45

Diferencias entre Buen y Mal Resultado en las Variables Narrativas

La Tabla 10 presenta los resultados de la prueba t de Student para cada variable narrativa en cada uno de los tres momentos de evaluación (Narrativa #1, Narrativa #2 y Narrativa #3) comparando los grupos BR y MR.

Tabla 10. Resultados de la prueba t de Student para cada variable narrativa en cada uno de los tres momentos de evaluación (Narrativa #1, Narrativa #2 y Narrativa #3) comparando los grupos BR y MR.

Variable Narrativa	BR		MR		F	Diferencia de Medias	t (58)
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE			
OG1	2,03	0,32	1,53	0,51	47,33	0,50	4,57**
SE1	2,17	0,65	1,50	0,74	2	0,67	3,74**
IE1	2,24	0,43	2,74	0,52	0,51	-0,50	-4**
IG1	2,17	0,46	1,54	0,73	13,60	0,64	4**
CG1	2,15	0,31	1,80	0,44	1,45	0,33	3,30*
VT1	1,47	0,58	1,30	0,60	0,82	0,17	1,10

VA1	2,10	0,48	1,40	0,72	8	0,70	4,41**
VE1	1,84	0,60	1,37	0,56	0,29	0,47	5,22**
VP1	2,30	0,53	1,30	0,60	0,01	1	6,83**
O1	1,84	0,38	1,64	0,32	23	0,20	1,35
SE1	2,03	0,50	1,40	0,55	5,35	0,70	5,30**
SC1	2,27	0,70	1,60	0,72	0,39	0,67	3,65**
M1	2,47	0,48	1,27	0,52	3,57	1,20	8,50**
C1	2,27	0,52	1,70	0,84	14,52	0,57	3,15*
Co1	1,20	0,48	1,57	0,57	7,50	-0,37	-2,70*
R1	2,20	0,76	1,57	0,72	0,001	0,64	3,30*
Re1	2,30	0,47	1,80	0,83	14,4	0,47	2,70*
SE'1	2,14	0,50	1,60	0,72	11,05	0,54	3,30*
EC1	2	0,52	1,60	0,62	8	0,34	2,25*
In1	2,27	0,52	1,74	0,58	0,44	0,54	3,74**
FN1	1,40	0,50	1,60	0,50	0,26	-0,17	-1,30
PNS1	1,80	1,30	1,60	1,25	0,65	0,17	0,50
OG2	2,37	0,50	1,54	0,51	1,82	0,84	6,50**
SE2	2,37	0,71	1,50	0,73	0	0,87	4,70**
IE2	2,40	0,48	2,84	0,46	4,80	-0,50	-4**
IG2	2,40	0,50	1,64	0,71	6,40	0,77	4,80**
CG2	2,34	0,32	1,70	0,22	6,50	0,64	9**
VT2	1,70	0,53	1,30	0,60	0,01	0,40	2,74*
VA2	2,40	0,56	1,44	0,70	0,65	1	6**
VE2	2,24	0,68	1,60	0,56	0,31	0,64	4**
VP2	2,60	0,50	1,50	0,62	1,60	0,15	7,23**
O2	1,84	0,38	1,80	0,67	9,20	0,04	0,24
SE2	2,40	0,55	1,60	0,57	0,56	0,77	5,32**
SC2	2,60	0,50	1,70	0,71	5,26	1	5,90**
M2	2,70	0,48	1,37	0,56	0,68	1,30	3,56**
C2	2,47	0,50	1,70	0,83	15	0,77	4,30**

Co2	1,07	0,26	1,66	0,57	60	-0,50	-4,40**
R2	2,40	0,80	1,64	0,71	0,82	0,70	3,56*
Re2	2,60	0,50	1,84	0,84	10,62	0,77	4,32**
SE'2	2,40	0,56	1,60	0,72	3,13	0,80	4,80**
EC2	2,24	0,50	1,70	0,60	2	0,14	3,75**
In2	2,54	0,50	1,80	0,56	1,30	0,74	5,36**
FN2	1,77	0,43	1,57	0,50	9,30	0,20	1,65
PNS2	2,47	0,68	1,64	1,25	8,71	0,84	3,22*
OG3	2,37	0,50	1,54	0,50	1,83	0,84	6,50**
SE3	2,80	0,61	1,50	0,73	6,26	1,3	7,48**
IE3	2,70	0,47	2,84	0,47	3,20	-0,14	-1,10
IG3	2,70	0,47	1,64	0,72	10,05	1,07	6,82**
CG3	2,64	0,35	1,88	0,43	1,15	0,10	0,29**
VT3	2,80	0,49	1,37	0,61	4,31	1,44	10,03**
VA3	2,70	0,53	1,47	0,68	3,62	1,24	7,80**
VE3	2,64	0,61	1,70	0,55	0,11	0,97	6,43**
VP3	2,70	0,48	1,60	0,62	4,60	1,07	7,44**
O3	2,47	0,62	1,84	0,65	0,64	0,64	3,84**
SE3	2,70	0,47	1,60	0,57	4,50	1,10	8,24**
SC3	2,94	0,26	1,70	0,70	43,40	1,24	9,04**
M3	2,87	0,35	1,44	0,57	23,28	1,44	11,8**
C3	2,80	0,40	1,77	0,81	23,74	1,04	6,20**
Co3	1,04	0,18	1,70	0,55	67,02	-0,64	-6,02**
R3	2,74	0,64	1,87	0,62	0,02	0,87	5,30**
Re3	2,84	0,38	1,84	0,84	27	1	6**
SE'3	2,90	0,35	1,77	0,68	16,60	1,10	8**
EC3	2,87	0,35	1,80	0,56	6,40	1,07	9**
In3	3	0,30	2	0,37	0,36	0,90	0,55**
FN3	2	0	1,60	0,50	1602,20	0,44	4,70**
PNS3	4	0,30	1,64	1,25	37	2,27	9,70**

Nuestros resultados indicaron que:

(a) Al inicio de su proceso terapéutico (Narrativa #1) los clientes del grupo BR diferían significativamente de los del MR en todas las variables narrativas (véase Tabla 10) excepto en Variedad Temática, Objetivación, Estabilidad de los Características de los Personajes, Forma Narrativa y Posición Narrativa del *Self*.

(b) En la mitad de su proceso terapéutico (Narrativa #2) los clientes del grupo BR diferían significativamente de los del MR en todas las variables narrativas (véase Tabla 10) excepto en Objetivación y Forma Narrativa.

(c) En la fase final de su proceso terapéutico (Narrativa #3) los clientes del grupo BR diferían significativamente de los del MR en todas las variables narrativas (véase Tabla 10) excepto en Implicación Evaluativa General de la Narrativa.

La Figura 13 **sintetiza e ilustra gráficamente el curso general de ambos grupos en términos de los cambios en todas las variables narrativas.**

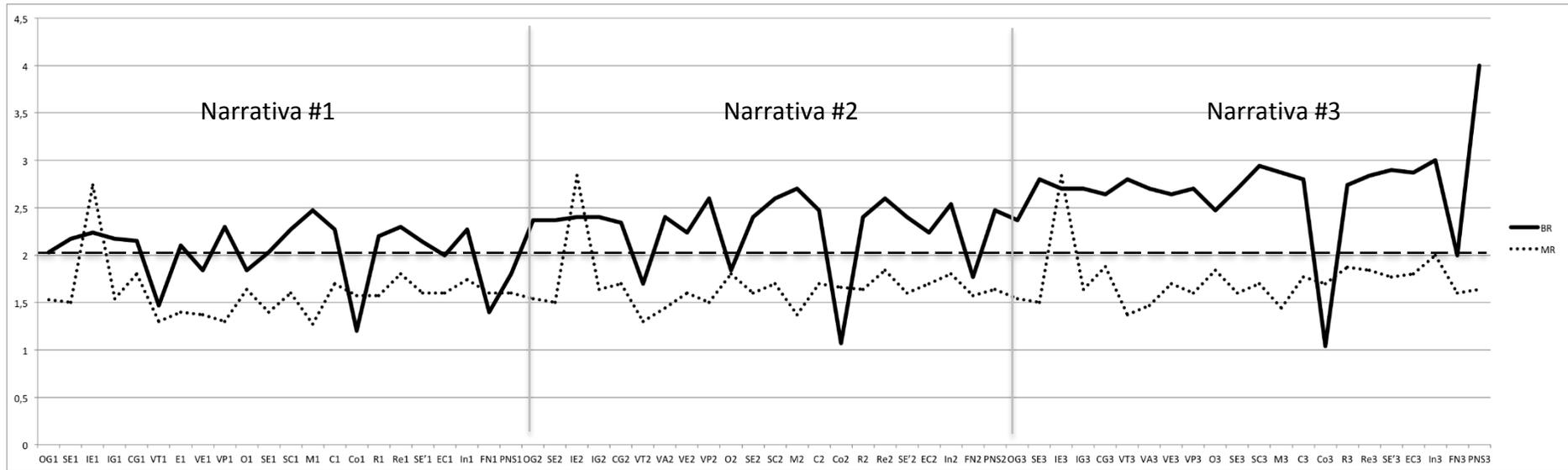


Figura 13. Curso general de ambos grupos en términos de los cambios en todas las variables narrativas.

Discusión

Tomados en conjunto, nuestros resultados indicaron que ni el motivo de demanda inicial ni el tiempo desde el inicio del problema predijeron el resultado de la terapia. Sin embargo, la mayor motivación del grupo BR (con un tamaño del efecto elevado), su mejor funcionamiento psicosocial y su mayor nivel de síntomas pre-terapia (con un tamaño del efecto ligeramente por encima de medio) sí lo distinguieron del MR.

La mejor alianza terapéutica discriminó el grupo BR del MR, tanto promediada como desde después (pero no antes) de la segunda sesión, con un tamaño del efecto moderado en la tercera y elevado en la cuarta y octava. A pesar del hecho de que los casos del grupo BR se caracterizaron por puntuaciones significativamente más altas en los síntomas pre-terapia en la sesión inicial, esto no fue así durante el resto de las sesiones incluidas en este estudio. Esto puede parecer sorprendente, pero una mirada detallada a los datos indica la razón. La diferencia entre ambos grupos disminuyó después de la primera sesión de terapia porque el grupo BR disminuyó su nivel sintomático; sin embargo, esto no sucedió con el grupo MR, que no disminuyó su nivel sintomático--de hecho, esa fue uno de los criterios de inclusión en el grupo MR.

Como era de esperar, el número total de sesiones de terapia fue menor en el grupo BR, mientras que la alianza terapéutica promediada, la reducción total de los síntomas pre-post y la media de puntuación de la alianza terapéutica total en las sesiones de 3, 4 y 8 fueron mayores—en este caso todos los tamaños de los efectos fueron grandes excepto el primero, que fue próximo a grande.

Hasta aquí nuestros resultados indicaban que el grupo BR (a diferencia del MR) se componía de clientes que en la sesión inicial presentaban cualquier tipo de demanda de las que se daban en nuestra muestra y que la habían estado experimentando durante no importaba cuanto tiempo, pero con un mayor nivel sintomático de malestar que el MR. Su funcionamiento psicosocial autoinformado era menor; es decir, decían tener más

dificultades para hacer frente a la vida cotidiana con su problema que los del MR. Asimismo, informaban de estar más motivados para el cambio terapéutico.

Durante el curso de la terapia construían una alianza terapéutica más fuerte con sus terapeutas ya desde después de la segunda sesión y mantenían esta alianza más fuerte tanto en promedio como sesión por sesión durante la totalidad de su proceso terapéutico. Su nivel sintomático de malestar, a pesar de ser superior a la del grupo MR en la sesión inicial, dejaba de serlo dado que los síntomas mejoraban ya desde después de la primera sesión, mientras que el grupo MR no--es decir, la diferencia entre ambos disminuyó asimétricamente. Conseguir sus metas les llevó menos sesiones en total y durante esas sesiones consiguieron más.

Esta imagen global se confirmó mediante el análisis de componentes, que indicó lo siguiente. Emergió un primer factor compuesto por indicadores de éxito terapéutico y buen resultado en general (es decir, pocas sesiones, alta motivación, reducción de los síntomas y buena alianza terapéutica durante todo el proceso). Este componente podría llamarse "Proceso Terapéutico Óptimo" y reflejó los resultados descritos anteriormente como definitorios del grupo BR. También surgió un segundo factor que explicaba la varianza de los datos y que se compuso de indicadores con mal resultado terapéutico, es decir, un elevado número de sesiones, mal funcionamiento psicosocial, inicio temprano del problema y síntomas pre-terapia. Este componente podría llamarse "Proceso Terapéutico Complicado". Curiosamente, la reducción total de los síntomas pre-post y el promedio de la alianza terapéutica también se incluían en este componente, aunque con una carga factorial más baja que en el Componente 1. Esto indicaba la relevancia del resultado y el proceso terapéutico con independencia de si es óptimo o complicado.

Estos resultados son coherentes con las investigaciones revisadas en la sección anterior de esta tesis, especialmente por lo que se refiere a la relevancia de las variables del cliente (motivación y funcionamiento psicosocial en nuestro caso) y del proceso terapéutico (alianza terapéutica) en cuanto a su capacidad para discriminar el buen

resultado del malo—véase también Botella y Corbella (2011), Soares, Botella y Corbella (2010),

En cuanto a la exploración más profunda de cuáles fueron las dimensiones de las NGCPs que potencialmente podrían explicar tanto los resultados como el proceso, además de lo que ya sabemos, los clientes con buen resultado llegaban a terapia con una narrativa significativamente mejor que los clientes con mal resultado en términos de estructura, proceso y contenido—nótese en la Figura 13 como la mayoría de puntuaciones de las narrativas del grupo BR están por encima de la línea de puntos que señala las que son superiores a la media, y como esto es cada vez más así a medida que se avanza de la Narrativa #1 a la #3. Sin embargo, algunos aspectos concretos de estas dimensiones narrativas (Variedad Temática, Objetivación, Estabilidad de las Características de los Personajes, Forma Narrativa y Posición Narrativa del *Self*) no discriminaban entre los grupos de clientes al inicio. Otras variables narrativas (Implicación Evaluativa General de la Narrativa y Grado de Conflicto entre Metas Diferentes) tenían puntuaciones más bajas en los clientes con buen resultado desde el principio y a medida que la terapia avanzaba hacia su punto medio. El conflicto entre las diferentes metas seguía siendo bajo para los clientes con buen resultado durante todo el proceso terapéutico, mientras que la Implicación Evaluativa General de la Narrativa dejaba de ser menor para convertirse en no-discriminativa en la etapa final de la terapia.

A medida que la terapia avanzaba, tres de las cinco variables narrativas que no eran discriminativas en el principio pasaban a serlo (Variedad Temática, Estabilidad de las Características de los Personajes y Posición Narrativa del *Self*).

En la etapa final de su proceso terapéutico las narrativas de los clientes con buen resultado se volvían significativamente diferentes de las de los del grupo MR en todas las variables, excepto en Implicación Evaluativa General de la Narrativa.

Dada la complejidad de los resultados en esta sección sobre variables narrativas, hemos creído de ayuda resumirlos gráficamente en la Tabla 11. En ella se puede observar

en forma de flecha ascendente o descendente cómo cada dimensión de análisis narrativo discrimina el grupo BR del MR en cada fase del proceso terapéutico. Si no aparece ninguna flecha significa que no discrimina.

Tabla 11. Resumen de las dimensiones narrativas que discriminan el grupo BR del MR en cada fase del proceso terapéutico.

		Inicio	Etapa Intermedia	Final
Estructura y Coherencia	Orientación General	↑	↑	↑
	Secuencia Estructural	↑	↑	↑
	Implicación evaluativa	↓	↓	
	Integración general	↑	↑	↑
	Coherencia general	↑	↑	↑
Complejidad	Variedad de temas		↑	↑
	Variedad de acontecimientos	↑	↑	↑
	Variedad de escenarios	↑	↑	↑
	Variedad de personajes	↑	↑	↑
Proceso	Objetivación			↑
	Subjetivación emocional	↑	↑	↑
	Subjetivación cognitiva	↑	↑	↑
	Metaforización	↑	↑	↑
Inteligibilidad	Claridad de la meta final	↑	↑	↑
	Conflicto entre metas	↓	↓	↓
	Razonabilidad de la meta final	↑	↑	↑
	Relevancia de los episodios narrados	↑	↑	↑
	Secuencia estructural general de la narrativa	↑	↑	↑
	Estabilidad de las características de los personajes		↑	↑

Inteligibilidad de los vínculos causales	↑	↑	↑
Forma narrativa			↑
<hr/>			
Posición Narrativa del <i>Self</i>		↑	↑

Por lo tanto, como se discutió en la sección introductoria de esta tesis, las dimensiones narrativas del discurso de los pacientes son relevantes para su bienestar y, en consecuencia, se ven afectadas por el resultado y el proceso psicoterapéutico. Una vez más, como comenta Angus (2012), nuestros datos demuestran que los cambios en el proceso narrativo son la clave del cambio de los clientes. También coherentemente con los trabajos de M. Gonçalves *et al.* (2011, 2012); Mendes *et al.* (2010, 2011) y Matos *et al.* (2009), el cambio terapéutico correlaciona con cambios no sólo en el proceso narrativo, sino también en su contenido.

Más específicamente, la comparación de los resultados del estudio de Moreira, Beutler y Gonçalves (2008), el nuestro anterior (Botella y Gámiz, 2011) y los obtenidos en este estudio, confirman una vez más que los cambios en la coherencia narrativa estructural de los pacientes se dan durante todo el proceso terapéutico y parecen permitir diferenciar los casos con buen resultados de los casos con mal resultado. No podemos afirmar sin embargo, como hacían Moreira, Beutler y Gonçalves (2008) que la integración sea la subdimensión más discriminativa entre los casos de resultados positivos y negativos, ni que la multiplicidad del contenido sea la dimensión para la que se obtiene el nivel de cambio más alto mientras que el más bajo es el de la complejidad del proceso. Nuestro estudio no incorpora un método matemático para calcular una única medida de discriminación. De hecho, como ya hemos comentado, nuestros datos confirman que no hay una sola sub-dimensión que supere a todas las demás, sino un grupo de ellas que muestran sensibilidad al proceso y resultado terapéutico. Nuestros resultados en este estudio confirman una vez más que (como ya se encontró en Botella y Gámiz, 2011) dos dimensiones narrativas no incluidas en el estudio de Moreira, Beutler y Gonçalves (2008) (es decir, las secuencias de redención y la posición narrativa del *self* como víctima) distinguían las narrativas de los pacientes con buen y mal resultado.

Estos resultados pueden ser utilizados para sugerir algunas implicaciones para la práctica de la psicoterapia desde una posición integradora. En primer lugar, nuestro estudio confirma una vez más que los clientes con buen resultado terapéutico cambian la estructura, el proceso y el contenido de sus narrativas, lo cual demuestra que se trata de un potente factor común, tal como se ha comentado en una sección anterior de esta tesi. El análisis de estos cambios puede ser útil para fomentarlos desde el principio del proceso terapéutico.

Incluso si las narrativas de los clientes cambian a lo largo de todo el proceso terapéutico, no lo hacen por igual en todas las dimensiones, y esto sugiere tres puntos:

(1) Los clientes con buen resultado entran en terapia con algunos factores de "resiliencia" que hacen sus narrativas más propensas al cambio terapéutico;

(2) Con independencia de su estado inicial, todos los clientes movilizan una serie de procesos (sean aprendidos durante el propio proceso terapéutico o activados por él) que les ayudan a mejorar;

(3) Dado que las narrativas de los clientes con buen resultado ya son mejores desde el principio, el mismo nivel de cambio narrativo les lleva a un punto más alto.

Las vicisitudes divergentes de las dimensiones narrativas a lo largo del proceso terapéutico, y específicamente sus patrones diferenciales entre los clientes de resultado bueno y malo sugiere lo siguiente:

(1) Los clientes con buen resultado son capaces de distanciarse emocionalmente de sus narrativas saturadas de problemas lo suficiente como para permitirles adoptar una postura reflexiva hacia ellas pero involucrarse emocionalmente en ellas de nuevo al final del proceso terapéutico una vez que sus narraciones han sido reconstruidas a través de la terapia.

(2) Durante todo el proceso terapéutico las narrativas de los clientes con buen resultado no son tan conflictivas y dilemáticas como las de los clientes con mal resultado.

(3) A medida que avanza la terapia desde la etapa inicial hasta la intermedia la variedad de temas que los clientes incluyen en sus narraciones, la estabilidad que atribuyen a las características de los otros y el nivel de reflexividad de sus narraciones se vuelve cada vez más discriminativo del buen resultado. Esto sugiere que los clientes con buen resultado se vuelven cada vez más capaces de ampliar el foco de sus relatos a fin de abarcar una gama más amplia de temas relevantes. También que se vuelven más reflexivos y menos distanciados de sus narrativas y que perciben una mayor coherencia y estabilidad en sus vidas y en las de las otras personas importantes para ellos.

La imagen de la terapia exitosa que transmiten estos resultados es la de un cliente que accede a ella con una narrativa del *self* cuya estructura, proceso y contenido le hace más propenso a la reconstrucción terapéutica. Debido a esto y a los procesos de cambio que desencadena la terapia los clientes con buen resultado son cada vez más capaces (a) de reconstruir sus narrativas a través de una actitud reflexiva hacia ellas y (b) de implicarse activamente en ellas de nuevo una vez reconstruidas. También son cada vez más capaces de resolver los dilemas internos y conflictos de sus narrativas, de incluir más temas y de ser más reflexivos respecto a ellas. Tal combinación de procesos reconstructivos conduce a una narrativa más adaptativa a medida que avanza el proceso terapéutico.

Las narrativas del *self* no son un subproducto de nuestra vida y nuestros actos; son *nuestra vida* y *nuestros actos*. En palabras de Bertha Mook (1992) la vida se vive al ser narrada y se narra al ser vivida.

3. Estudio 2

Integración en Psicoterapia en

Terapeutas en Formación:

Atribución de Factores Comunes e

Ingredientes Específicos en

Casos Prototípicos de Cinco

Orientaciones Psicoterapéuticas

Estudio 2

Integración en Psicoterapia en Terapeutas en Formación:

Atribución de Factores Comunes e Ingredientes Específicos en

Casos Prototípicos de Cinco Orientaciones Psicoterapéuticas

El objetivo de este estudio fue comprobar qué factores comunes e ingredientes específicos diferenciaban un grupo de terapeutas en formación en cinco casos clínicos prototípicos (Bas, 1997; Herr y Weekland, 1979; Pérez Sánchez, 1992; Rogers, 1997; Caballo, 1991) de las principales orientaciones teóricas de la psicoterapia que han recibido apoyo empírico en cuanto a su eficacia. En los apartados siguientes se detallan dichos factores en cuanto a su utilización como parte del método de este estudio. El estudio se centró en terapeutas en formación dado que aún no estaban adscritos a ninguna orientación teórica específica y por tanto eran más ajenos a los intereses creados de cada una de ellas que los más veteranos. Por otra parte, se eligió un programa de formación con una base generalista no adscrita a una sola orientación sino que incluyese módulos con base psicodinámica, cognitiva, conductual, constructivista y sistémica (además de los fundamentos de terapias humanistas propios del trabajo sobre la alianza terapéutica).

Método

Participantes

Los participantes de este estudio fueron 65 estudiantes de un programa de formación en psicología clínica y de la salud de tercer ciclo universitario. Sus edades estaban comprendidas entre 23 y 45 años (con una media de 25,7 y una desviación típica de 5,4). Un 80% eran mujeres y un 90% no tenían experiencia clínica. Un 25% de los participantes procedían de diferentes universidades españolas y extranjeras y un 75% de la misma en que se impartía el programa. La formación básica de los participantes

era de Licenciado/da en Psicología, e incluía una formación generalista pero amplia en las diferentes orientaciones y formas de psicoterapia.

Instrumentos y Procedimiento

Después de una sesión expositiva centrada en (a) un recordatorio de los principales enfoques terapéuticos, (b) sus ingredientes específicos y (c) los factores comunes propuestos por los autores más representativos del ámbito (véase Tabla 4) se repartió a cada participante un dossier de casos prototípicos de las orientaciones psicodinámica, humanista, cognitiva, conductual y sistémica extraídos de manuales clínicos propios de cada una (Bas,1997; Herr y Weakland, 1979; Rogers, 1957; Pérez, 1992). La finalidad de dicho dossier era que cada participante lo leyera como tarea para casa.

Junto con este material se entregó a cada participante una rejilla (véase Anexo A) en la cual aparecían los factores comunes en una primera parte y, en una segunda, los ingredientes específicos que cada orientación propone como propios. La idea era que los participantes consideraran si en los casos prototípicos se había detectado la presencia tanto de factores comunes a todas las orientaciones como de ingredientes específicos propios de cada orientación que pudieran estar presentes en las otras. Los ingredientes específicos propuestos (véase Tabla 12) fueron: para la terapia psicoanalítica el *insight*, para la terapia conductual el recondicionamiento, para la humanista el crecimiento del *self*, para la terapia cognitiva la reestructuración cognitiva y para la terapia sistémica los cambios relacionales.

Para evaluar hasta qué punto estaba presente cada factor común e ingrediente específico en cada caso de los incluidos en el dossier se utilizó una escala tipo Likert de 0 (nada en absoluto) a 4 (muchísimo).

Tabla 12. Cuadro resumen de los ingredientes de cada orientación.

<i>Orientación</i>	<i>Ingrediente específico</i>
<i>Psicoanálisis</i>	<i>Insight</i>
<i>Conductual</i>	<i>Recondicionamiento</i>
<i>Humanista</i>	<i>Crecimiento del Self</i>
<i>Cognitiva</i>	<i>Reestructuración Cognitiva</i>
<i>Sistémica</i>	<i>Cambios relacionales</i>

Resultados

Los resultados de este estudio se analizarán agrupados de la siguiente forma:

Análisis de factores comunes

Análisis Genérico: Análisis de la significación de las diferencias de las medias entre factores comunes atribuidos a las diferentes orientaciones.

Análisis Específico: Análisis de la significación de las diferencias entre cada uno de los factores comunes atribuidos a cada una de las orientaciones.

Análisis Factorial de la distribución de puntuaciones de los factores comunes.

Análisis Correlacional entre los casos prototípicos de cada una de las orientaciones.

Análisis de ingredientes específicos

Análisis Genérico: Contraste de la significación de las diferencias de las medias de cada ingrediente específico identificados en todos los casos prototípicos en general.

Análisis Específico:

Por ingrediente específico: Contraste de la significación de las diferencias de las medias de cada uno de los ingredientes específicos identificados en todos los casos prototípicos en general.

Por caso prototípico: Contraste de la significación de las diferencias de las medias de cada ingrediente específico identificado en cada uno de los casos prototípicos en particular.

Análisis de Factores Comunes

Análisis Genérico

En la Tabla 13 se presentan la mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de factores comunes atribuidas por los participantes del estudio a cada uno de los casos analizados. En la Figura 14 aparecen esos datos en un gráfico de dispersión con barras de error correspondientes a un intervalo de confianza del 95%.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de puntuaciones promedio de factores comunes.

	N	Mínima	Máxima	Media	DE
Psicodinámica (P)	65	2,58	3,58	3,05	0,24
Conductual (CN)	65	2,26	3,58	2,99	0,29
Cognitiva (CG)	65	2,21	3,53	3,13	0,28
Humanista (H)	65	2,74	3,63	3,14	0,24
Sistémica (S)	65	2,58	3,63	3,08	0,25

Media FFCC

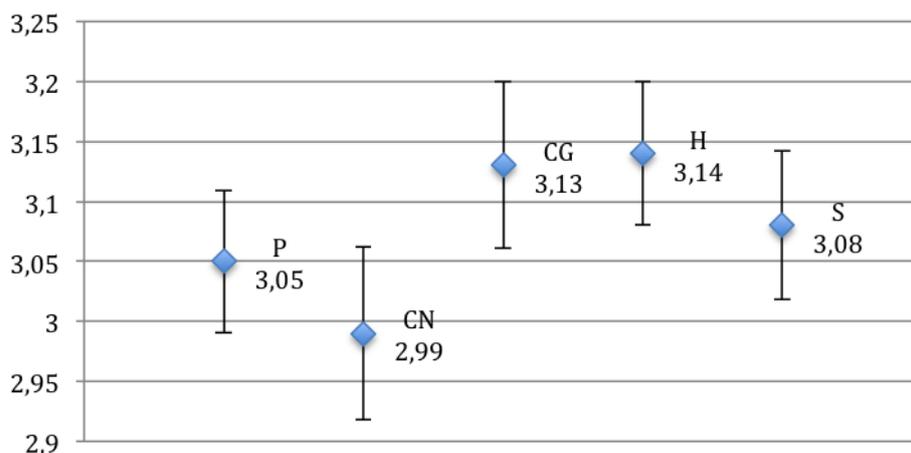


Figura 14. Gráfico de dispersión con barras de error correspondientes a un intervalo de confianza del 95% para los estadísticos descriptivos de puntuaciones promedio de factores comunes.

La distribución de los intervalos de confianza de medias en la Figura 14 hace evidente visualmente (a) que en los cinco casos es elevada (la más baja es de 2,99 sobre 4) y (b) que no hay diferencias significativas entre el promedio de la puntuación de factores comunes atribuido a cada uno de los casos. Esta impresión se confirma al realizar un Análisis de Varianza de un factor (véase Tabla 14).

Tabla 14. Análisis de Varianza de un factor.

		Suma cuadrática	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Media P	Intergrupos	3,74	63	0,06	5,13	0,34
	Intragrupos	0,01	1	0,01		
	Total	3,75	64			
Media CN	Intergrupos	5,31	63	0,08	6,76	0,30
	Intragrupos	0,01	1	0,01		
	Total	5,32	64			

Media CG	Intergrupos	4,82	63	0,08	0,46	0,86
	Intragrupos	0,17	1	0,17		
	Total	4,99	64			
Media H	Intergrupos	3,66	63	0,06	10,49	0,24
	Intragrupos	0,006	1	0,01		
	Total	3,67	64			
Media S	Intergrupos	3,91	63	0,06	44,88	0,12
	Intragrupos	0,001	1	0,001		
	Total	3,917	64			

Los resultados del análisis de varianza demuestran que no hay diferencias significativas entre ninguna puntuación de factores comunes atribuida a cada uno de los casos.

Análisis Específico

Con respecto al análisis de la significación de las diferencias entre cada uno de los factores comunes atribuidos a cada una de las orientaciones, en las cinco tablas siguientes se presentan la mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común atribuidas por los participantes del estudio a cada uno de los casos analizados.

Tabla 15. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Psicodinámico.

	N	Mínima	Máxima	Media	DE
P1	65	1	4	2,91	0,91
P2	65	1	5	2,78	0,93
P3	64	1	4	2,77	0,99
P4	65	1	4	2,97	0,86
P5	65	1	4	3,09	0,90
P6	65	1	4	2,77	0,84
P7	65	2	4	3,20	0,85
P8	65	1	4	3,31	0,85
P9	65	1	4	2,66	0,78
P10	65	2	4	3,34	0,83
P11	65	2	4	3,48	0,56
P12	65	1	4	2,91	0,93
P13	65	1	4	2,97	0,85
P14	65	1	4	3,20	0,83
P15	65	1	4	3,11	0,92
P16	65	1	4	3,06	0,90
P17	65	1	4	3,09	0,78
P18	65	2	4	3,25	0,68
P19	64	1	4	3,11	0,80

Tabla 16. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Conductual.

	N	Mínima	Máxima	Media	DE
CN1	65	1	5	2,77	1,01
CN2	64	0	4	2,48	1,13
CN3	65	1	4	3,02	0,87
CN4	65	0	4	2,91	0,99
CN5	65	1	4	3,00	0,85
CN6	65	1	4	2,88	0,96
CN7	65	1	4	3,03	1
CN8	65	1	4	2,91	1,028
CN9	65	1	4	3,05	0,82
CN10	65	0	4	3,42	0,86
CN11	65	1	4	2,94	0,92
CN12	65	1	4	3,06	0,85
CN13	65	0	4	2,94	1,07
CN14	65	1	4	2,82	1,03
CN15	65	2	4	3,35	0,74
CN16	65	1	4	2,83	0,86
CN17	65	1	4	3,05	0,87
CN18	65	2	4	3,32	0,77
CN19	65	1	4	3,05	0,78

Tabla 17. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Cognitivo.

	N	Mínima	Màxima	Media	DE
CG1	65	1	5	2,85	0,96
CG2	64	1	5	2,63	0,98
CG3	65	1	4	2,83	0,99
CG4	65	1	4	2,98	0,99
CG5	65	1	4	3,09	0,84
CG6	65	1	4	3,12	0,82
CG7	65	1	4	3,18	0,92
CG8	65	1	4	3,17	1,01
CG9	65	1	4	3,03	0,95
CG10	65	2	4	3,51	0,73
CG11	65	1	4	3,20	1
CG12	65	1	4	3,15	0,85
CG13	65	2	4	3,29	0,78
CG14	65	1	4	3,11	1,02
CG15	65	1	4	3,35	0,78
CG16	65	1	4	3,40	0,63
CG17	65	1	4	3,12	0,76
CG18	65	2	4	3,22	0,78
CG19	65	1	4	3,19	0,87

Tabla 18. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Humanista.

	N	Mínima	Màxima	Media	DE
H1	65	2	4	3,08	0,78
H2	65	2	5	2,89	0,77
H3	63	2	4	2,90	0,78
H4	65	2	4	3,02	0,82
H5	65	2	4	3,15	0,77
H6	65	2	4	3,06	0,63
H7	65	2	4	3,23	0,84
H8	65	2	4	3,28	0,84
H9	65	2	4	2,68	0,56
H10	65	2	4	3,32	0,83
H11	65	2	4	3,66	0,51
H12	65	2	4	3,09	0,72
H13	65	2	4	3,14	0,75
H14	65	2	4	3,26	0,81
H15	65	2	4	3,12	0,86
H16	65	2	4	3,43	0,61
H17	65	2	4	3,11	0,62
H18	65	2	4	3,11	0,73
H19	65	2	4	3,17	0,81

Tabla 19. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Sistémico.

	N	Mínima	Màxima	Media	DE
S1	65	1	4	2,88	0,91
S2	65	1	5	2,91	0,78
S3	65	1	4	3,08	0,82
S4	65	2	4	3,12	0,82
S5	65	1	4	3,17	0,84
S6	65	1	4	2,80	0,87
S7	65	2	4	3,15	0,83
S8	65	2	4	3,38	0,76
S9	65	1	3	2,54	0,69
S10	65	2	4	3,26	0,87
S11	65	3	4	3,46	0,50
S12	65	1	4	3,12	0,80
S13	65	1	4	2,92	0,83
S14	65	1	4	3,15	0,81
S15	65	2	4	3,26	0,81
S16	65	1	4	2,95	0,96
S17	65	2	4	3,17	0,72
S18	65	2	4	3,28	0,74
S19	65	1	4	2,97	0,76

Los resultados de los cinco análisis de varianza para cada una de las cinco tablas anteriores (véase Tabla 20) demostraron que no había diferencias significativas en las puntuaciones de cada factor común atribuida a cada uno de los casos.

Tabla 20. **Resultados resumidos de los cinco análisis de variancia para cada una de las cinco tablas anteriores.**

Factor Común	Psicoanalítico		Conductual		Cognitivo		Humanista		Sistémico	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
1	1	0,47	1,16	0,33	2,04	0,43	1,72	0,42	1,88	0,22
2	1,98	0,03	1,45	0,15	1,81	0,22	1,34	0,21	0,65	0,85
3	1,18	0,03	1,25	0,26	1,06	0,42	2,039	0,33	1,01	0,47
4	1,27	0,25	1,33	0,21	1,47	0,14	3,31	0,23	0,84	0,65
5	0,85	0,64	1,30	0,23	0,78	0,73	1,71	0,22	1,73	0,23
6	0,81	0,68	1,58	0,10	2,61	0,67	1,009	0,47	0,92	0,57
7	1,59	0,10	1,88	0,04	3,51	0,78	6,50	0,23	2,21	0,24
8	2,24	0,15	2,80	0,32	1,61	0,34	3,23	0,34	1,75	0,33
9	0,96	0,52	1,22	0,28	1,47	0,14	3,99	0,33	1,56	0,11
10	2,95	0,45	1,75	0,06	1,92	0,32	4,07	0,45	2,22	0,45
11	2,06	0,56	2,81	0,34	1,17	0,32	2,38	0,44	1,73	0,33
12	0,82	0,68	2,05	0,33	1,67	0,45	2,84	0,33	1,41	0,17
13	1,64	0,09	1,03	0,45	0,82	0,68	1,70	0,44	1,08	0,40
14	1,66	0,08	2,17	0,44	1,17	0,32	4,83	0,32	2,00	0,21
15	0,95	0,53	0,59	0,89	1,37	0,18	3,59	0,42	1,90	0,22
16	1,54	0,12	0,67	0,89	1,40	0,17	1,40	0,17	1,53	0,12
17	1,81	0,05	1,72	0,07	1,20	0,30	1,35	0,20	1,47	0,14
18	0,44	0,97	0,65	0,85	0,90	0,59	1,65	0,33	1,33	0,21
19	0,61	0,87	0,94	0,55	0,71	0,80	1,34	0,21	0,83	0,65

Con el fin de comprobar si había algún patrón subyacente a la distribución de puntuaciones de los factores comunes atribuidas a los casos prototípicos, se llevó a cabo un Análisis Factorial exploratorio mediante un análisis de componentes principales. Los resultados del Análisis Factorial (véase Tabla 21) indicaron que no había una estructura

factorial clara subyacente a los datos de la distribución de puntuaciones. De hecho, eran necesarios 29 factores para llegar a explicar un 88,04% de la varianza de los datos.

Tabla 21. **Análisis Factorial exploratorio de la distribución de puntuaciones de los factores comunes atribuidos a los casos prototípicos mediante un análisis de componentes principales.**

Componente	Valores Propios		
	Total	% de Variancia	% Acumulado
1	7,31	7,69	7,69
2	5,92	6,23	13,92
3	5,11	5,38	19,30
4	4,81	5,07	24,37
5	4,59	4,83	29,20
6	4,19	4,41	33,61
7	3,87	4,08	37,68
8	3,78	3,98	41,67
9	3,67	3,86	45,53
10	3,49	3,67	49,20
11	3,28	3,46	52,66
12	3,17	3,33	55,99
13	2,77	2,91	58,90
14	2,56	2,70	61,60
15	2,43	2,56	64,16
16	2,41	2,53	66,69
17	2,08	2,19	68,87
18	2,06	2,17	71,04
19	1,96	2,07	73,10
20	1,84	1,94	75,04
21	1,79	1,88	76,92
22	1,68	1,76	78,68
23	1,59	1,67	80,36
24	1,42	1,49	81,85
25	1,31	1,38	83,23
26	1,26	1,32	84,55
27	1,15	1,21	85,76
28	1,10	1,16	86,92

29	1,07	1,13	88,04
30	0,98	1,03	89,07
31	0,91	0,96	90,03
32	0,86	0,90	90,93
33	0,82	0,86	91,80
34	0,75	0,79	92,59
35	0,72	0,75	93,34
36	0,68	0,72	94,06
37	0,59	0,62	94,68
38	0,58	0,61	95,29
39	0,52	0,54	95,83
40	0,50	0,52	96,36
41	0,45	0,47	96,83
42	0,41	0,43	97,26
43	0,38	0,40	97,66
44	0,34	0,36	98,01
45	0,30	0,32	98,33
46	0,28	0,29	98,62
47	0,26	0,27	98,90
48	0,22	0,24	99,13
49	0,21	0,23	99,36
50	0,17	0,18	99,54
51	0,15	0,16	99,70
52	0,13	0,14	99,83
53	0,09	0,09	99,93
54	0,07	0,07	100,00
55	1,398E-15	1,472E-15	100
56	1,334E-15	1,404E-15	100
57	1,135E-15	1,194E-15	100
58	1,000E-15	1,053E-15	100

59	9,453E-16	9,951E-16	100
60	8,107E-16	8,533E-16	100
61	7,450E-16	7,842E-16	100
62	6,403E-16	6,741E-16	100
63	6,150E-16	6,474E-16	100
64	5,885E-16	6,195E-16	100
65	4,980E-16	5,243E-16	100
66	4,315E-16	4,542E-16	100
67	3,780E-16	3,979E-16	100
68	3,480E-16	3,663E-16	100
69	2,774E-16	2,920E-16	100
70	2,208E-16	2,324E-16	100
71	2,098E-16	2,209E-16	100
72	5,467E-17	5,755E-17	100
73	3,399E-17	3,578E-17	100
74	8,838E-18	9,303E-18	100
75	-4,700E-17	-4,947E-17	100
76	-8,266E-17	-8,701E-17	100
77	-1,452E-16	-1,528E-16	100
78	-2,159E-16	-2,273E-16	100
79	-2,509E-16	-2,642E-16	100
80	-2,872E-16	-3,023E-16	100
81	-3,029E-16	-3,188E-16	100
82	-3,572E-16	-3,760E-16	100
83	-4,080E-16	-4,295E-16	100
84	-4,329E-16	-4,557E-16	100
85	-4,920E-16	-5,179E-16	100
86	-5,526E-16	-5,817E-16	100
87	-6,426E-16	-6,764E-16	100
88	-7,519E-16	-7,915E-16	100

89	-7,648E-16	-8,051E-16	100
90	-8,404E-16	-8,846E-16	100
91	-8,653E-16	-9,109E-16	100
92	-1,057E-15	-1,113E-15	100
93	-1,075E-15	-1,131E-15	100
94	-1,255E-15	-1,321E-15	100
95	-1,489E-15	-1,567E-15	100

Con la finalidad de analizar posibles similitudes en el patrón de la distribución de puntuaciones de los factores comunes atribuidas a los casos prototípicos, se llevó a cabo un análisis de la matriz de correlaciones de Pearson entre los casos comparados dos a dos. La matriz de correlaciones (véase Tabla 22) indicó que sólo había una correlación significativa ($r=-0,30$; $p<0,005$ bilateral) entre los casos de terapia Humanista y Conductual. El caso de terapia humanista y el de terapia conductual presentaban un patrón de factores comunes opuesto.

Tabla 22. **Matriz de correlaciones de Pearson entre los casos prototípicos comparados a dos.**

			Media CN	Media CG	Media H	Media S
Media P	Correlación de					
	Pearson		0,024	0,093	-0,054	0,078
	Sig. (bilateral)		0,853	0,461	0,667	0,538
	N		65	65	65	65
Media CN	Correlación de					
	Pearson			-0,098	-0,298*	0,138
	Sig. (bilateral)			0,435	0,016	0,273
	N			65	65	65
Media CG	Correlación de					
	Pearson				0,172	-0,027
	Sig. (bilateral)				0,170	0,832
	N				65	65
Media H	Correlación de					
	Pearson					-0,061
	Sig. (bilateral)					,627
	N					65

*. Significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Análisis de Ingredientes Específicos

Análisis Genérico

Con respecto al contraste de la significación de las diferencias de las medias de cada ingrediente específico identificados en todos los casos prototípicos en general, los resultados del análisis de varianza (véase Tabla 23) demostraron que no había

diferencias significativas entre las medias de ninguna puntuación de ingrediente específico identificado en todos los casos prototípicos en general.

Tabla 23. **Contraste de la significación de las medias de cada ingrediente específico.**

		Suma	gl	Media	F	Sig.
		cuadrática		cuadrática		
Media Insight	Intergrupos	12,60	63	0,20	2,50	0,47
	Intragrupos	0,08	1	0,08		
	Total	12,67	64			
Media Conducta	Intergrupos	13,42	63	0,21	1,18	0,64
	Intragrupos	0,18	1	0,18		
	Total	13,60	64			
Media Experiencia	Intergrupos	6,26	63	0,01	4,97	0,35
	Intragrupos	0,02	1	0,02		
	Total	6,28	64			
Media Distorsiones	Intergrupos	7,16	63	0,11	2,68	0,25
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	7,16	64			
Media Familia	Intergrupos	11,79	63	0,19	1,04	0,68
	Intragrupos	0,18	1	0,18		
	Total	11,97	64			

Análisis Específico

Por Ingrediente Específico

En referencia al contraste de la significación de las diferencias de las medias de cada uno de los ingredientes específicos identificados en todos los casos prototípicos en general, los resultados del análisis de varianza (véanse Tablas 24 a 28) demostraron que

no había diferencias significativas entre las medias de ninguna puntuación de ninguno de los ingredientes específicos identificados en todos los casos prototípicos en general.

Tabla 24. **Contraste de la significación de las diferencias de las medias para el ingrediente específico *insight*.**

		Suma	gl	Media	F	Sig.
		Cuadrática		cuadrática		
Insight PD	Intergrupos	33,72	63	0,54	1,07	0,67
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	34,22	64			
Insight CN	Intergrupos	47,44	63	0,75	1,50	0,58
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	47,93	64			
Insight CG	Intergrupos	50,95	63	0,81	1,62	0,57
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	51,45	64			
Insight H	Intergrupos	45,54	63	0,72	1,45	0,55
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	45,54	64			
Insight S	Intergrupos	45,90	63	0,73	1,46	0,59
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	46,40	64			

Tabla 25. **Contraste de la significación de las diferencias de las medias para el ingrediente específico *conducta*.**

		Suma cuadrática	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Conducta PD	Intergrupos	97,44	63	1,55	3,09	0,43
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	97,94	64			
Conducta CN	Intergrupos	39,56	63	0,63	1,26	0,62
	Intragrupos	0,500	1	0,50		
	Total	40,06	64			
Conducta CG	Intergrupos	52,25	63	0,83	0,42	0,88
	Intragrupos	2,00	1	2,00		
	Total	54,25	64			
Conducta H	Intergrupos	49,75	63	0,80	0,40	0,88
	Intragrupos	2,00	1	2,00		
	Total	51,75	64			
Conducta S	Intergrupos	38,95	63	0,62	1,24	0,63
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	39,45	64			

Tabla 26. **Contraste de la significación de las diferencias de las medias para el ingrediente específico *experiencia*.**

		Suma cuadrática	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Experiencia PD	Intergrupos	30,06	63	0,48	1,25	0,23
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	30,06	64			
Experiencia CN	Intergrupos	39,73	62	0,64	1,28	0,62
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	40,23	63			
Experiencia CG	Intergrupos	79,98	62	1,29	1,24	0,54
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	79,98	63			
Experiencia H	Intergrupos	24,36	63	0,39	0,78	0,74
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	24,86	64			
Experiencia S	Intergrupos	45,50	63	0,72	1,44	0,60
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	46,00	64			

Tabla 27. **Contraste de la significación de las diferencias de las medias para el ingrediente específico *distorsiones*.**

		Suma cuadrática	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Distorsiones PD	Intergrupos	42,86	63	0,68	3,25	0,25
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	42,86	64			
Distorsiones CN	Intergrupos	47,79	63	0,76	2,25	0,41
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	47,79	64			
Distorsiones CG	Intergrupos	28,06	63	0,45	1,05	0,14
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	28,06	64			
Distorsiones H	Intergrupos	53,75	63	0,85	2,56	0,65
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	53,75	64			
Distorsiones S	Intergrupos	45,75	63	0,73	1,24	0,12
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	45,75	64			

Tabla 28. **Contraste de la significación de las diferencias de las medias para el ingrediente específico familia.**

		Suma Cuadrática	gl	Media cuadrática	F	Sig.
	Intergrupos	73,75	63	1,17	1,15	0,52
Familia PD	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	73,75	64			
	Intergrupos	67,79	63	1,08	2,01	0,25
Familia CN	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	67,79	64			
	Intergrupos	32,86	63	0,52	0,26	0,95
Familia CG	Intragrupos	2,00	1	2,00		
	Total	34,86	64			
	Intergrupos	47,14	63	0,75	2,25	0,21
Familia H	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	47,14	64			
	Intergrupos	15,44	63	0,25	0,49	0,84
Familia S	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	15,94	64			

Por Caso Prototípico

En cuanto al contraste de la significación de las diferencias de las medias de cada ingrediente específico identificado en cada uno de los casos prototípicos en particular, los resultados del análisis de varianza (véanse Tablas 29 a 33) demostraron que no hay diferencias significativas entre las medias de ninguna puntuación de ninguno de los ingredientes específicos identificados en cada uno de los casos prototípicos en particular.

Tabla 29. **Contraste de la significación de las diferencias de cada ingrediente específico identificado en el caso psicoanalítico.**

		Suma cuadrática	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Insight PD	Intergrupos	33,72	63	0,54	1,07	0,66
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	34,22	64			
Conducta PD	Intergrupos	97,44	63	1,55	3,09	0,43
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	97,94	64			
Experiencia PD	Intergrupos	30,06	63	0,48	1,20	0,25
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	30,06	64			
Distorsiones PD	Intergrupos	42,86	63	0,68	1,30	0,45
	Intragrupos	0,000	1	0,00		
	Total	42,86	64			
Familia PD	Intergrupos	73,75	63	1,17	1,25	0,57
	Intragrupos	0,000	1	0,00		
	Total	73,75	64			

Tabla 30. **Contraste de la significación de las diferencias de cada ingrediente específico identificado en el caso conductual.**

		Suma cuadrática	gl	Media cuadráticas	F	Sig.
Insight CN	Intergrupos	47,44	63	0,75	1,51	0,58
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	47,94	64			
Conducta CN	Intergrupos	39,56	63	0,63	1,26	0,62
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	40,06	64			
Experiencia CN	Intergrupos	39,73	62	0,64	1,28	0,62
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	40,23	63			
Distorsiones CN	Intergrupos	47,79	63	0,76	1,25	0,25
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	47,79	64			
Familia CN	Intergrupos	67,79	63	1,08	2,25	0,45
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	67,79	64			

Tabla 31. **Contraste de la significación de las diferencias de cada ingrediente específico identificado en el caso cognitivo.**

		Suma cuadrática	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Insight CG	Intergrupos	50,95	63	0,81	1,62	0,57
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	51,45	64			
Conducta CG	Intergrupos	52,25	63	0,83	0,42	0,88
	Intragrupos	2,00	1	2,000		
	Total	54,25	64			
Experiencia CG	Intergrupos	79,98	62	1,29	1,24	0,25
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	79,98	63			
Distorsiones CG	Intergrupos	28,06	63	0,45	1,45	0,26
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	28,06	64			
Familia CG	Intergrupos	32,86	63	0,52	0,26	0,95
	Intragrupos	2,00	1	2,00		
	Total	34,86	64			

Tabla 32. **Contraste de la significación de las diferencias de cada ingrediente específico identificado en el caso humanista.**

		Suma cuadrática	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Insight H	Intergrupos	45,54	63	0,72	1,25	0,25
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	45,54	64			
Conducta H	Intergrupos	49,75	63	0,79	0,40	0,88
	Intergrupos	2,00	1	2,00		
	Total	51,75	64			
Experiencia H	Intergrupos	24,36	63	0,39	0,77	0,74
	Intergrupos	0,50	1	0,50		
	Total	24,86	64			
Distorsiones H	Intergrupos	53,75	63	0,85	1,24	0,65
	Intergrupos	0,00	1	0,00		
	Total	53,75	64			
Familia H	Intergrupos	47,14	63	0,75	1,35	0,45
	Intergrupos	0,00	1	0,00		
	Total	47,14	64			

Tabla 33. **Contraste de la significación de las diferencias de cada ingrediente específico identificado en el caso sistémico.**

		Suma cuadrática	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Insight S	Intergrupos	45,90	63	0,73	1,46	0,59
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	46,40	64			
Conducta S	Intergrupos	38,95	63	0,62	1,24	0,63
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	39,45	64			
Experiencia S	Intergrupos	45,50	63	0,72	1,44	0,59
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	46,00	64			
Distorsiones S	Intergrupos	45,75	63	0,73	1,25	0,45
	Intragrupos	0,00	1	0,00		
	Total	45,75	64			
Familia S	Intergrupos	15,44	63	0,25	0,49	0,84
	Intragrupos	0,50	1	0,50		
	Total	15,94	64			

Discusión

Análisis de Factores Comunes

Análisis Genérico:

Análisis de la significación de las diferencias de las medias entre factores comunes atribuidos a las diferentes orientaciones

El hecho de que las medias de las puntuaciones de los factores comunes atribuidas a las diferentes orientaciones no muestren diferencias entre sí demuestra no sólo que todos los factores comunes son percibidos en todas las orientaciones sino que además lo son en igual proporción (sin diferencias significativas), por lo tanto se puede concluir que los terapeutas en formación identifican aspectos comunes de procedimiento y práctica terapéutica en todos los casos del estudio (pese a sus aparentes diferencias teóricas debidas a ser casos ejemplares).

Esto podría ser debido (a) a que todos los participantes del estudio se equivoquen y no sean capaces de ver que los casos son mucho más diferentes que similares, o (b) a que subyacente a la aparente discrepancia entre los casos haya factores comunes mucho más supraordenados que los participantes del estudio saben identificar debido precisamente a tener una formación no ortodoxa ni exclusiva de ninguna orientación específica. La conclusión más plausible parece ser la (b), pues cuesta creer que 65 licenciados estudiantes de un programa de tercer ciclo universitario y provenientes de universidades diferentes se equivoquen todos ellos en el mismo sentido.

Este resultado, añadido a la constatación del dato ya comentado de que los factores comunes explican un 30% del resultado terapéutico (Lambert, 1986) y de que son compartidos por todas las orientaciones en igual medida, haría aconsejable dar más relevancia a estos factores en la formación de futuros terapeutas. Resulta sorprendente que tradicionalmente se haya dado más importancia en la formación de psicoterapeutas a “factores específicos” que resultan no ser únicos de una sola forma de terapia y de los que en muchos casos se desconoce el porcentaje del resultado final de la terapia que explican (Lambert y Bergin, 1992; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980). En la medida en que este resultado sea correcto, parece evidente que los puntos en común entre todas las orientaciones deberían recibir más atención que las diferencias entre las diversas formas de terapia.

Bajo otro punto de vista, los participantes del estudio no identifican ninguna orientación como caracterizada por más ni por menos factores comunes que las otras. Las cinco orientaciones comparadas son percibidas como igualmente cargadas de factores comunes en proporciones muy parecidas. Esta ausencia de perfil diferencial resulta curiosamente similar a los resultados de ausencia de eficacia diferencial. Esta podría ser otra versión diferente del veredicto del Pájaro Dodo (Singer & Luborsky, 1975). Si bien en la versión adaptada por Singer y Luborsky (1975) de la fuente original de Lewis Carroll el Pájaro Dodo declara que “todas han ganado y todas tienen derecho a su premio”, los resultados del presente estudio le podrían hacer sentenciar que “todas son más similares que diferentes”.

Análisis Específico:

Análisis de la significación de las diferencias entre cada uno de los factores comunes atribuidos a cada una de las orientaciones.

Por otra parte, los participantes de la muestra no identifican ninguno de los 19 factores comunes como más predominante que ningún otro. Los 19 se distribuyen de manera similar al ser aplicados a los cinco casos prototípicos. Ninguno de los factores comunes es más “común” que los demás, sino no se distribuirían igual.

Este resultado podría ser debido a que diferentes orientaciones usan diferentes nombres para un mismo proceso de cambio psicoterapéutico. Es decir, si los 19 factores comunes se distribuyen de igual manera en los cinco casos prototípicos es que están presentes en los cinco casos y en proporción similar, por lo tanto podría ser que los factores comunes reciban denominaciones diferentes en cada una de las cinco orientaciones (e incluso que a raíz de esa diferencia nominal sean etiquetados en alguna de ellas como factores específicos), pero que el proceso psicológico o el concepto en sí sea el mismo.

Análisis Factorial de la Distribución de Puntuaciones de los Factores Comunes

Los 19 factores comunes estudiados, tal como los perciben los participantes de nuestro estudio, no tienen una estructura jerárquica diferencial clara y el Análisis Factorial no es capaz de agruparlos en factores matemáticos, es decir, no parecen representar subcategorías de factores de orden superior. Este hecho indica que no forman conglomerados que se puedan reducir fácilmente a dimensiones supraordenadas. Esto se debe probablemente a que los factores se extraen de planteamientos de 12 autores diferentes que ya hicieron una abstracción del nivel más alto posible a la hora de hacer sus propuestas. Debido a este alto nivel de abstracción, sería explicable que no se encuentren “metafactores” comunes.

Análisis Correlacional de los Casos Prototípicos

Aun cuando no hay diferencia en las puntuaciones medias de factores comunes atribuidas a las diferentes orientaciones, sí que se evidencia que los participantes del estudio perciben una discrepancia significativa entre los patrones de factores comunes de dos casos: el de terapia Humanista y el de terapia Conductual. Estos dos casos presentan un patrón de puntuaciones inverso entre ellos, es decir, todo lo que caracteriza a una orientación no caracteriza a la otra. Con respecto a factores comunes, las puntuaciones altas de uno corresponden a puntuaciones bajas del otro y viceversa. Este hecho no implicaría que una forma de terapia fuera más o menos integradora que la otra, sino que las dos son integradoras en aspectos sistemáticamente opuestos.

Estos resultados sugieren las ventajas potenciales de la Selección Sistemática de Tratamientos (SST). La SST se basa fundamentalmente en la evaluación tanto de las variables del paciente como del tratamiento para que la interacción entre las dos sea lo más acertada posible. Para esta finalidad se tienen en cuenta unos niveles de decisión (variables del paciente, contexto, procedimientos terapéuticos y adecuación de las intervenciones). Si bien la SST se basa en la implementación de terapias conceptualmente “puras” (es decir, de modelos no integradores), a partir de los datos

del presente estudio se abre la posibilidad de plantear una propuesta de SSFC (Selección Sistemática de Factores Comunes) que podría funcionar adaptada al paciente, según su problemática, estilo de afrontamiento y cualquier otra variable psicológica relevante.

Análisis de Ingredientes Específicos

En este caso la discusión se hará de forma conjunta para los resultados correspondientes al análisis genérico (es decir, contraste de la significación de las diferencias de las medias de cada ingrediente específico identificado en todos los casos prototípicos en general) y específica (es decir, contraste de la significación de las diferencias de las medias de cada uno de los ingredientes específicos identificados en todos los casos prototípicos en general y de las diferencias de cada ingrediente específico identificado en cada uno de los casos prototípicos en particular).

Los datos demuestran que no hay diferencias significativas entre las medias de ninguna puntuación de los ingredientes específicos identificados en todos los casos prototípicos en general y además no hay diferencias significativas entre las medias de ninguna puntuación de ninguno de los ingredientes específicos identificados en todos los casos prototípicos en general.

Esto indica que las orientaciones contrastadas no sólo se caracterizan por tener mucho en común (como ya se ha discutido en párrafos anteriores) sino también por tener ingredientes específicos de las otras. Pese a la insistencia de cada orientación en su supuesta unicidad y diferencia radical con las otras debido al uso de técnicas propias, parece que los participantes en este estudio identifican ejemplos de factores específicos (no necesariamente técnicas) de todas las orientaciones en todas ellas.

Esto indica que el cambio humano en terapia no se puede reducir fácilmente a una sola finalidad dado que los propios pacientes cambian en múltiples dimensiones a la vez (cognitiva, conductual, emocional, relacional, autobiográfica...). Puede que el terapeuta, si es ortodoxo de una orientación, no lo reconozca explícitamente, pero hay

mucha investigación que indica que el paciente sí lo hace (véase, por ejemplo, la documentada revisión de Bohart y Tallman, 1999) y este estudio además demuestra que un grupo de observadores externos con conocimiento avanzado del tema también identifican todas las dimensiones del cambio psicológico humano en cada caso de terapia exitosa, sea esta de la orientación que sea.

Los resultados obtenidos aportan nuevas evidencias que refuerzan los argumentos de la introducción de esta tesis, estas evidencias se sintetizan en la siguiente tabla-resumen:

Tabla 34. **Argumento para explicar el interés por la integración en psicoterapia y conclusiones relevantes.**

Argumento para explicar el interés por la integración en psicoterapia	Conclusiones relevantes de los datos de este estudio
Proliferación de enfoques psicoterapéuticos.	Podría resultar exagerada si se tiene en cuenta que los procesos de cambio subyacentes a todas ellas pueden ser más similares que diferentes.
Inadecuación de una forma única de psicoterapia para todos los casos.	Comprensible si se tiene en cuenta que todas las dimensiones de cambio humano se movilizan en todas las orientaciones (lo reconozcan ellas o no).
Ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias.	Justificada si se tiene en cuenta que tienen más ingredientes comunes que específicos.
Existencia de factores comunes a las diferentes psicoterapias.	Identificada por los participantes de este estudio en todos los resultados obtenidos.

Énfasis en las características del paciente y de la relación terapéutica como principales ingredientes del cambio.	Identificada por los participantes de este estudio pues la mayoría, sino todos, los factores comunes que perciben hacen referencia directa a variables del paciente y/o de la relación terapéutica.
Factores socio-políticos y económicos.	No objeto de este estudio, pero justificable pues la proliferación de enfoques no responde a diferencias profundas en los factores de cambio implícitos en las orientaciones.

Posibilidades de Integración e Intereses Creados

Al principio del estudio se formulaban una serie de preguntas que surgían ante el hecho de que algunos terapeutas de algunas orientaciones continuaban enfatizando la importancia de los factores específicos de su enfoque terapéutico por encima del resto a pesar de que la investigación, al menos por el momento, no ha encontrado ninguna evidencia de que ninguna orientación psicoterapéutica sea superior a ninguna otra. Los resultados obtenidos en este estudio ponen de manifiesto: (a) que los factores comunes son percibidos, precisamente, como muy comunes a todas las formas de psicoterapia y en la misma proporción y (b) que los factores específicos no son percibidos como tan únicos de cada forma de terapia y más bien parecen ser identificados como presentes en todas las orientaciones y en igual proporción (sin diferencias significativas).

Dados estos resultados, ¿por qué no se promocionan más los factores comunes, si realmente son tan determinantes del éxito terapéutico?, ¿por qué tanta preocupación en destacar los ingredientes específicos de una forma de psicoterapia cuando se ha demostrado que el cambio terapéutico está influido más por las características del paciente y de la relación terapéutica que por ningún factor específico?, ¿por qué no tienen más peso estas variables en la formación de terapeutas, si son tan importantes

para el cambio terapéutico? Parece que los únicos argumentos que aquí tienen cierto sentido son los de los intereses creados, ya sean comerciales, económicos y/o sociales.

Si realmente estos argumentos (comerciales, políticos y sociales) son los que tienen el peso suficiente como para continuar sobrevalorando los ingredientes específicos, cuando en realidad no son tan específicos, esto representaría:

(a) un impedimento innecesario para el avance de la integración que resultaría el más acertado y el más enriquecedor para nuestra disciplina;

(b) una actitud dogmática y fragmentaria respecto a las orientaciones terapéuticas que no sean la propia, que podrían ser igualmente válidas y efectivas;

(c) un desprestigio para la disciplina, ya que desde la visión del usuario se relaciona a menudo la multiplicidad de orientaciones con la fragmentación disciplinaria, con el resultado de que se considera a nuestra disciplina como incoherente e inconsistente;

(d) una desventaja para el cliente, puesto que los psicoterapeutas estarían preocupados por las variables de cambio (ingredientes específicos) que realmente no tienen tanto peso en el cambio terapéutico (variables del paciente y relación terapéutica), y

(e) que los profesionales de nuestra disciplina estarían exageradamente interesados en pertenecer a un grupo socio-académico determinado (identificado por determinadas revistas, congresos y asociaciones).

Teniendo en cuenta estas constataciones sería interesante continuar investigando estos intereses creados; sobre si realmente son tan importantes como para que continúen dando lugar a la fragmentación del conocimiento y a discrepancias entre orientaciones; sobre si realmente es todavía necesaria la defensa de los ingredientes específicos porque realmente son específicos o si, por el contrario, estos ingredientes se

encuentran en todas las orientaciones y son procesos de cambio que pueden ser activados por cualquier tratamiento de cualquier orientación.

Por otra parte sería aconsejable continuar investigando también sobre la integración como intento de construcción de un marco dialógico cooperativo de exploración que pueda beneficiar tanto a nuestra disciplina como a nuestros clientes, en un intento de comprensión más holístico de sus procesos de cambio y de sus experiencias, para que nuestra ayuda sea lo más efectiva posible.

En palabras de uno de los terapeutas más influyentes en su día y con una clara actitud integradora y rigurosamente científica a la vez:

Como aquellos a quienes intentamos servir, investigadores y terapeutas a la vez deberíamos ser lo bastante sensatos como para reconocer tanto los límites como las potencialidades de nuestra comprensión. Aquellos de nosotros que buscamos comprender, confortar y ayudar a cambiar las vidas en progreso de nuestros clientes hemos de estar dispuestos a mantener nuestras esperanzas así como a aprender las lecciones de nuestros miedos y fracasos. Nuestras palabras deben ser más que una retórica racional o estratégica; nuestra razón se debe guiar por un corazón informado. (Mahoney, 1991).

4. Conclusiones Generales

Conclusiones Generales

El ser humano es complejo y multidimensional. Dicha complejidad se expresa en las producciones, infraestructuras, cultura, sociedad y relaciones humanas; todas ellas producto de sus experiencias, de sus necesidades y de sus aprendizajes. No podemos negar que es emoción y sentimiento (tal y como defienden las orientaciones humanistas), racionalidad (defendida por las terapias cognitivas), conductas (escuelas conductuales), inconsciente (orientaciones psicoanalíticas) y relación (terapias sistémicas). Es todo ello en conjunto y sin detrimento de ninguna dimensión por encima de otra.

Cuando recibimos a nuestros clientes en consulta, presentan una problemática a veces centrada en una de esas dimensiones, a veces en más de una. Resultaría fácil pensar que todas las problemáticas se alojan siempre en la/s misma/s dimensión/es y, que el cambio ha de venir dado por el trabajo y/o reconstrucción en esa/a dimensión/es. Pero no todos los clientes presentaran dificultades en las mismas dimensiones y entonces ¿por qué deberíamos trabajar siempre con la misma?, ¿podemos separar el trabajo en una única dimensión sin afectar a las otras?, ¿o nuestro trabajo, aunque enfocado en una dimensión, si está bien hecho, provocará una acomodación a todas las dimensiones? Y por tanto, ¿qué es aquello por necesidad común, con lo que realmente trabajamos?

Nos encontramos con todos estos interrogantes al investigar el papel del clínico, pero no olvidemos el papel más importante, el del cliente: sus relaciones, su funcionamiento, sus motivaciones, la calidad de sus vínculos emocionales... (Sobre este tema hay una vasta investigación). Pero, ¿y si además de esto, el cliente tuviera una dimensión más desarrollada que otra? Es decir, fuera una persona predominantemente pragmática, o emocional, o racional... ¿no sería interesante de igual manera aprovechar esa predominancia en beneficio del proceso y del éxito terapéutico? Además de los factores y variables que la investigación ya ha demostrado que son importantes y determinantes para el éxito terapéutico.

Asumiendo esta multidimensionalidad, esta complejidad y la gran cantidad de variables aportadas por un lado (a) por el clínico (b) por el cliente y (c) por la relación que se establece entre los dos ¿cómo es posible, todavía, seguir defendiendo una única forma de terapia por encima de todas las otras? ¿No sería este un argumento (y de peso) más a favor de la investigación para la integración en psicoterapia?

La investigación y, más concretamente, la investigación en psicoterapia, muestra continuamente (y los estudios aquí presentados lo vuelven a demostrar) que no existe una orientación que esté por encima de todas las demás en general en lo que efectividad se refiere. Este hecho muestra como por un lado (a) seguir defendiendo la exclusividad de una escuela por encima de la otra resulta infundado; (b) nuestros esfuerzos a nivel teórico (investigación) y práctico (clínica) deberían concentrarse en un campo más fructífero, como por ejemplo la integración y, concretamente en los factores comunes a todas las formas de psicoterapia.

Hemos comprobado como el campo de la integración es también extenso y a la vez complejo, aunque una de las posibilidades que más resultados nos ofrece es la investigación en factores comunes. Presentes en todas las formas de psicoterapia, explican la mayor cantidad del éxito terapéutico, son supraordenados a las técnicas, la orientación e incluso la patología.

Analizando los factores que influyen en el surgimiento del movimiento integrador⁸, resulta evidente que aquello relevante para el proceso y el cambio terapéutico no se encuentra en las diferencias, sino en las similitudes entre diferentes escuelas y, que aquellos supuestos ingredientes específicos que muchas escuelas y, por ende sus representantes, defienden tan acérrimamente además de ser comunes a otras formas de psicoterapia, no son tan discriminantes entre escuelas.

⁸ Proliferación de enfoques psicoterapéuticos, inadecuación de una forma única de psicoterapia para todos los casos, ausencia de eficacia diferencial entre las psicoterapias, reconocimiento de la existencia de factores comunes a las distintas psicoterapias, énfasis en las características de los clientes y en la relación terapéutica cómo principales ingredientes del cambio.

Parece claro, que los esfuerzos en investigación y en la práctica clínica deben centrarse en estos factores comunes, que además de poder explicar el porcentaje más elevado de cambio, a la vez aportan más ayuda a los clínicos durante el proceso, que cualquier técnica propia u originaria de ninguna orientación concreta.

Tal y como se intentaba abordar anteriormente en esta tesis con la parábola del elefante, el conocimiento humano es complejo y depende de la perspectiva del observador y de qué parte del elefante está estudiando. ¿Y si nuestra disciplina estuviera empeñada estudiando cada escuela una parte del elefante olvidándonos de la globalidad? La integración podría representar la mirada externa que ve al elefante en todo su conjunto.

Es por esta razón, que desde esta perspectiva hemos querido aportar un posible factor común más: las narrativas. Se ha demostrado como las narrativas pueden ayudar al clínico a: (a) anticipar antes de iniciar la terapia si un cliente puede ser susceptible de tener un mejor o peor pronóstico, (b) inducir cambios trabajando en sus narrativas y con sus narrativas que ayuden a la reconstrucción de significado que a su vez se manifestará en las diferentes dimensiones (relacional, cognitiva, conductual y emocional), (c) facilitar cambios en el cliente al facilitarlos en la estructura, proceso y contenido de sus narrativas.

Todo ello teniendo en cuenta las *“variables para un proceso terapéutico óptimo”* (motivación para el cambio, funcionamiento psicosocial, nivel de sintomatología y relación y alianza terapéutica); una vez más, factores supraordenados a las técnicas o a cualquier orientación terapéutica.

Las implicaciones para la práctica clínica son extensas: para obtener buenos resultados en un proceso psicoterapéutico, se pueden monitorizar las variables del proceso terapéutico óptimo mediante las y, de esta manera hacer posible el cambio y, por ende el éxito terapéutico.

En palabras de Angus (2012), *los cambios en el proceso narrativo son la clave del cambio de los clientes.*

5-. Referencias Bibliográficas

5-. Referencias Bibliográficas

- Al-Darmaki, F. & Kivlighan, D. M. (1993). Congruence in client-counselor expectations for relationship and the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 40*(4), 379-384.
- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. New York: Ronald.
- American Psychiatric Association (1982). *Psychotherapy research: Methodological and efficacy issues*. Washington, DC: Author.
- Angus, L. (2012). An integrative understanding of narrative and emotion processes in Emotion Focused Therapy of depression: Implications for theory, research and practice. *Psychotherapy Research, 22*(4), 367–380.
- Angus, L., Lewin, J., Boufard, B., & Rotondi-Trevisan, D. (2004). "What's the story?": Working with narrative in experiential psychotherapy. En L. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 87–101). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Angus, L. & McLeod, J. (Eds.) (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Arnkoff, D. B. (1995). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an integrative cognitive therapy. *In Session-Psychotherapy in Practice, 1*(1), 33-46.
- Baardseth, T., Goldberg, S., Pace, B., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., & Wampold, B. W. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review, 33*, 395–405.

- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 28, 534-539.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. En M. Hubble, B. Duncan & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, M., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027-1032.
- Barber, J. P., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1992, June). "Purified" helping alliance, early symptomatic improvement and outcome in dynamic psychotherapy for depression. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Onken, L. & Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 1, 54-73.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., et al (2001). de perfiles de servicio y los resultados de la evaluación comparativa con el CORE-OM: Hacia la evidencia basada en la práctica de las terapias psicológicas *Diario de Consultoría y Psicología Clínica*, 69, 184 - ciento noventa y seis.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869-878.

- Bas, F. (1997). *El proceso terapéutico en el tratamiento de una depresión unipolar*. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Benish, S., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2007). The relative efficacy of bona fide psychotherapies of post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review, 28*, 746–758.
- Benjamin, L. S. (1994). SASB: A bridge between personality theory and clinical psychology. *Psychological Inquiry, 2*, 273–316.
- 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.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited: Correction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 125-132.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow, C. A., III & Pilkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(2), 423-428.

- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Pilkonis, P. A. (1996). Interpersonal factors in brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 162- 171.
- Bohart, A., Tallman, K. (1999) *How Clients Make Therapy Work. The Process of Active Self Healing*. American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16*, 252-260.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory research and practice, 16*, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Botella, L. (1997). Reconstrucción narrativa y ciclo vital: una aproximación desde la psicoterapia constructivista. En J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (Comps.), *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia* (pp. 181-201). Madrid: Fundamentos.
- Botella, L. (1999). Constructivismo y construccionismo en terapia familiar: pragmática, semántica y retórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 1*, 23-35.
- Botella, L. (2007). *Potential uses of fuzzy logic: Applying Fuzzy Cognitive Maps (FCMs) in psychotherapy*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16*, 103-119.

- Botella, L. (2008). Resultado y proceso en Psicoterapia Cognitivo-Constructivista Integradora. *Apuntes de Psicología*, Vol. 26, Nº. 2.
- Botella, L. y Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33.
- Botella, L., & Gámiz, M., (2011). *Narrative assessment in psychotherapy: A constructivist approach*. In P. Caputi, L.L. Viney, B.M. Walker, & N. Crittenden (Eds.) *Personal Construct Methodology*. New York: Wiley.
- Botella, L., Corbella, S., Belles, L. Pacheco, M., Gómez A.M., Herrero, O. Ribas, E., & Pedro, N. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18(5): 535-542.
- Botella, L., y Feixas, G. (1990). El grupo autobiográfico: un instrumento para la reconstrucción de la experiencia con personas de edad avanzada. *Anuario de Psicología*, 44, 47-60.
- Botella, L., y Feixas, G. (1992). The autobiographical group: A tool for the reconstruction of past life experience with the aged. *International Journal of Aging and Human Development*, 36(4), 303-319.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Botella, L. y Herrero, O. (2000): A relational constructivist approach to narrative therapy. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 3(3), 407-418.
- Botella, L., Herrero, O., Pacheco, M., & Corbella, S. (2004). *Working with narrative in psychotherapy: a relational constructivist approach*. En L. E. Angus & J. McLeod, (Eds.). *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory, and Research*. California: Sage.

- Bourgeois, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(5), 608-613.
- Bozarth, J. D. & Shanks, A. (1989). Person-centered family therapy with couples. *Person-Centered Review, 4*(3), 280-294.
- Caballo, V. (Comp.) (1991) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Caspar, F. (2008). The current status of psychotherapy integration in Germany and Switzerland. *Journal of Psychotherapy Integration, 18*, 7–78.
- Castonguay, L. G. (2011). Psychotherapy, psychopathology, research and practice: Pathways of connections and integration. *Psychotherapy Research, 21*, 125–140.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research, 25* (3), 1-18.
- Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1994). Psychotherapy integration: An idea whose time has come. *Applied & Preventive Psychology, 3*, 159–172.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.). (2007). *Insight in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.). (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Constantino, M. J., & Westra, H. A. (2012). An expectancy-based approach to facilitating corrective experiences in psychotherapy. En L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches* (pp. 121–139). Washington, DC: American Psychological Association.
- Corbella, S. (2003). Compatibilidad entre el Estilo Personal del Terapeuta y el Perfil Personal del Paciente. Tesis doctoral
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). *Investigación en Psicoterapia: Proceso, Resultado y Factores Comunes*. Madrid: Vision Net.
- Corbella, S. y Botella, L. (2004). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, 16, 702-705.
- Crowley, M. J. (2001). *Patient and therapist pre-treatment characteristics as predictors of the therapeutic alliance*. Tesis doctoral no publicada, Ohio University.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 280–291.

- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 909–922.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1991). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 469-482.
- Desviat, M., Fernández Liria, A., y Mas Hesse, J. (1990). Técnica y prácticas psiquiátricas. En M. Desviat (Comp.). *Epistemología y práctica psiquiátrica*. Madrid: AEN.
- Dimaggio, G., & Semerari, A. (2001). Psychopathological narrative forms. *Journal of Constructivist Psychology, 14*(1), 1–23.
- Dollard, J. & Miller, N. E. (1950). *Personality and Psychotherapy*. New York: McGraw Hill.
- Duan, C. & Kivlighan, D. M., Jr. (2002). Relationships among therapist pre-session mood, therapist empathy, and session evaluation. *Psychotherapy Research, 12*(1), 23-37.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. (2004). *The Heroic Client: A revolutionary way to improve effectiveness through client directed outcome informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Eames, V. & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10*, 421-434.

- Eaton, T. T., Abeles, N., & Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy, 25*(4), 536-542.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., *et al* (2002). Hacia una breve medida de resultado estandarizada: propiedades psicométricas y utilidad del CORE-OM. *British Journal of Psychiatry, 180*, cincuenta y un - 60 años.
- Feixas, G. y Neimeyer, R. (1991). La perspectiva constructivista: Un marco integrador para la psicoterapia. *Boletín de Psicología, 30*, 7-33.
- Fiedler, F. E. (1950). A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective, and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology, 14*, 436-445.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*(1), 10-17.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- French, T. M. (1933). Interrelations between psychoanalysis and the experimental work of Pavlov. *American Journal of Psychiatry, 89*, 1165-1203.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1989). Impact of confirming patient expectations of change processes in behavioral, cognitive, and brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 26*(3), 296-302.

- Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W., & Gallagher, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(4), 483-489.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W. & Gallagher, D. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy progresses. *Psychotherapy Research, 1*, 104-112.
- Gaston, L., Piper, W. E., Debbane, E. G. & Bienvenu, J. P. (1994). Alliance and technique for predicting outcome in short- and long-term analytic psychotherapy. *Psychotherapy Research, 4*(2), 121-135.
- Gaudiano, B. A., (2013, September 30). Psychotherapy's Image Problem. *The New York Times*, p. A25.
- Gelso, C. J. & Carter, J. A. (1985). The Relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155-244.
- Gergen, K.J. (1994) *Reality and relationships, soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.
- Golden, B. R. y Robbins, S. B. (1990). The working alliance within time-limited therapy: A case analysis. *Professional Psychology-Research and Practice, 21*(6), 476-481.
- Goldfried, M. R. (1982). *Converging themes in psychotherapy*. New York: Springfield.
- Goldfried, M. R. & Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy*. New York: John Wiley and Sons.

- Goldfried, M. R., Raue, P. J., & Castonguay, L. G. (1998). The therapeutic focus in significant sessions of master therapists: A comparison of cognitive-behavioral and psychodynamic interpersonal interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 803–810.
- Gonçalves, M. M. & Henriques, M. R. (2000). *Terapia narrativa de ansiedade*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, MM, y Ribeiro, AP (2012). Procesos narrativos de la innovación y la estabilidad dentro del yo dialógico. En HJM Hermans y T. Gieser (Eds.), *Manual del yo dialógico* (pp. 301-318). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gonçalves, O., & Machado, P. (1999). Cognitive narrative psychotherapy: Research foundations. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 1179–1191.
- Gonçalves, O. F. (2000). *Vivir narrativamente: La psicoterapia como adjectivación de experiencia*. Coimbra: Quarteto.
- Greenberg, L. S., & Adler, J. (June 1989). *The working alliance and outcome: A client report study*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research. Toronto, Ontario.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly, 34*, 158-181.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Gurman, A. S. & Razin, A. M. (1977). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.

- Hatcher, R. (1999). Therapists' views of treatment alliance and collaboration in therapy. *Psychotherapy Research*, 4, 405-423.
- Hayes, A. M., Beevers, C. G., Feldman, G. C., Laurenceau, J. P., & Perlman, C. (2005). Avoidance and processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 111-122.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1990). Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 768-774.
- Henry, W. P. & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: theory, research, and practice* (pp. 51-84). New York: John Wiley and Sons.
- Herr, J., y Weakland, J. (1979). *Terapia Interaccional y tercera edad*. Buenos Aires: Nahir.
- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E. & Hoglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1), 18-27.
- Horvath, A. O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome*. Vancouver: British Columbia University.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance: the Working Alliance Inventory perspective. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: theory, research, and practice* (pp. 259-286). New York: Wiley.

- Horvath, A. O. (2001, junio). *Psychotherapy relationships that work*. Paper presented at the 17 Annual Meeting of the Society for the exploration of psychotherapy integration. Santiago de Chile, Chile.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.), pp. 25–69. New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York, NY: 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 Psychology*, 61(4), 561-573.
- Horvath, A. O. & Marx, R. W. (1990): The development and decay of the working alliance during time-limited counselling. *Canadian Journal of Counselling*, 24(4), 240-260.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working 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.

- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Fleming, R. R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Journal of Addictive Behaviors, 22*, 533–543.
- Jones, S. S. (1988). *An exploration of the relationship between client expectations and the working alliance*. Unpublished doctoral dissertation, University of Mississippi.
- Kazantzis, N., & Deane, F. P. (1998). Theoretical orientations of New Zealand psychologists: An international comparison. *Journal of Psychotherapy Integration, 8*, 97–113.
- Kelly, G. A. (1964/1969). The strategy of psychological research. En B. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly* (pp. 114-132). New York: Wiley.
- Kelly, G. A. (1965/1969). The psychotherapeutic relationship. En B. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly* (pp. 216-223). New York: Wiley.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 33*, 763–771.
- Kiesler, D. J. & Goldston, C. S. (1988). Client-therapist complementarity: An analysis of the Gloria films. *Journal of Counseling Psychology, 35*(2), 127-133.
- Kiesler, D. J. & Watkins, L. M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy, 26*(2), 183-194.

- Klee, M. R., Abeles, N. & Muller, R. T. (1990). Therapeutic alliance: Early indicators, course, and outcome. *Psychotherapy, 27*(2), 166-174.
- Kleinke, C. L. (1994). *Common principles of psychotherapy*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Kokotovic, A. M. & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 16-21.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., Moyer, J., *et al.* (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 532-539.
- Kung, W. W. (2001). Consideration of cultural factors in working with Chinese American families with a mentally ill patient. *Families in Society, 82*(1), 97-107.
- LaCrosse, M. B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the Counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology, 27*, 320-327.
- Lambert, M. J. (1986). Implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. En J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner- Mazel.
- Lambert, M. J. (1991). Introduction to psychotherapy research. En 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. En J. C. Norcross & M. V. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy, 50*, 42–51.
- 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. En A.E. Bergin and S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 143- 189). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. En S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 157-212). New York: Wiley.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*, 467–481.
- Laska, K. M., & Wampold, B. E. (2014). Ten things to remember about common factor theory. *Psychotherapy, 51*(4), 519–524.
- Lazarus, A. A. (1967). In support of technical eclecticism. *Psychological Reports, 21*, 415-416.

- Lazarus, A. A. (2005). Multimodal therapy. En J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration (2nd ed.)*, pp. 105–120. New York, NY: Oxford University Press.
- Lazarus, A. A. & Messer, S. B. (1991). Does chaos prevail? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration* 1(2), 143-158.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223–1231.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38-50). New York: Wiley.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy research*, 1, 17-29.
- Luborsky, L., Barber, J. P. & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 281-287.
- Luborsky, L., Barber, J. P., & Diguier, L. (1993). The meanings of the narratives told during psychotherapy: The fruits of a new operational unit. *Psychotherapy Research*, 2, 277–290.

- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Alexander, L., Margolis, M. & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(8), 480-491.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- 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.
- Lupini, L. N. (2001), *Counselor-client value similarity and dissimilarity, the working alliance, and counseling outcome*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 61(8-B), 4415.
- McAdams, D. P. (2006). *The redemptive self: Stories Americans live by*. New York: Oxford University Press.
- Mahoney, M. J. (1988). Constructive metatheory II: Implications for psychotherapy. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1, 299-317.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38(4), 401-409.

- Mallinckrodt, B. Coble, H. M. & Gantt, D. L. (1995). Working alliance, attachment memories, and social competencies of women in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology, 42*, 79-84.
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review, 34*(7), 519–530.
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., Weiss, D. S. & Marziali, E. (1986). The development of the Therapeutic Alliance Rating System. En L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 367-390). New York: The Guilford Press.
- Martin, D. J., Garske, J. P., Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438–450.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research, 19*, 68-80.
- Marziali, E. (1984). Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172*(7), 417-423.
- Marziali, E., Munroe-Blum, H., & McCleary, L. (1999). The effects of the therapeutic alliance on the outcomes of individual and group psychotherapy with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research, 9*(4), 424-436.
- McAleavey, A. A. & Castonguay, L. G. (2014). Insight as a common and specific impact of psychotherapy: Therapist reported exploratory, directive, and common factor interventions. *Psychotherapy, 51*, 283–294.

- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L. E., Greenberg, L. S., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system? *Psychotherapy Research, 20*, 692-701.
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L., Gonçalves, M. M. (2011). Narrative change in emotion-focused psychotherapy: A study on the evolution of reflection and protest innovative moments. *Psychotherapy Research, 21*, 304-315.
- Messer, S. B. (1986). Behavioral and psychoanalytic perspectives at therapeutic choice points. *American Psychologist, 41*, 1261-1272.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. New York: W.W. Norton.
- Mohl, P. C., Martinez, D., Ticknor, C., Huang, M. & Cordell, J. (1991). Early dropouts from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*(8), 478-481.
- Mongrain, M. (1998). Parental representations and support-seeking behaviors related to dependency and self-criticism. *Journal of Personality, 66*(2), 151-173.
- Mook, B. (1992). Intersubjetividad y estructura narrativa en la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia, 10-11*, 13-22.
- Moreira, P., Beutler, L. E., & Gonçalves, O. F. (2008). Narrative change in psychotherapy: Differences between good and bad outcome cases in cognitive, narrative, and prescriptive therapies. *Journal of Clinical Psychology, 64*(10), 1181-1194.

- Morrison, A. P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, R., Dudley, N., Chapman, P., Callcott, T., Grace, V., Lumley, L., Drage, S., Tully, K., Irving, A., Cummings, R., Byrne, L.M., Davies, P., & Hutton (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, *383*, 1395–1403.
- Moseley, D. (1983). *The therapeutic relationship and its association with outcome*. Unpublished master's thesis, University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- Muller, F. J. (2008). Psychotherapy in Argentina: Theoretical orientation and clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, *18*, 410–420.
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W. & Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(1), 185-190.
- Neimeyer, R. A. (1992). Hacia una integración teóricamente progresiva de la psicoterapia: Una contribución constructivista. *Revista de Psicoterapia*, *3*(9), 23-48.
- Neimeyer, R. A. (1995). Constructivist psychotherapies: Features, foundations, and future directions. En R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 11–38). Washington, DC: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). Constructivist contributions to psychotherapy integration. *Journal of Eclectic and Integrative Psychotherapy*, *9*, 4-20.

- Neimeyer, R. A. (2006). Widowhood, grief and the quest for meaning. In D. Carr, R. Nesse, & C. B. Wortman (Eds.), *Spousal bereavement in late life* (pp. 227–252). New York: Springer.
- Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short term cognitive therapy. En J. D. Safran & J. C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 95-122). Washington: American Psychiatric Association.
- Norcross, J. C. (Ed.). (1986). *Handbook of Eclectic Psychotherapy*. New York: Brunner Mazel.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. En J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration (2nd ed.)*, pp. 3–23. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Karpiak, C. P., & Santoro, S. O. (2005). Clinical psychologists across the years: The division of clinical psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1467–1483.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Adapting psychotherapy to the individual patient. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2).

- 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, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Orlinky, D., Grawe, K., & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy--Noch ein mal. En A. Bergin & J. S. Garfield, (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th Edition) (pp. 270-378). New York: Wiley and Sons.
- Orlinsky, D. & Howard, K. (1986). Process and outcome in psychotherapy. En S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(6), 846-851.
- Paul, G. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Pérez-Sánchez, A. (1992). *Elementos de psicoterapia breve psicoanalítica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer.
- Peschken, W. E. & Johnson, M. E. (1997). Therapist and client trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 7(4), 439-447.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040.

- Pinheiro, R. T., Botella, L., de Avila Quevedo, L., Pinheiro, K. A. T., Jansen, K., Osório, C. M., Farias, A., D., da Silva, R. A. (2013). Maintenance of the effects of cognitive behavioral and relational constructivist psychotherapies in the treatment of women with postpartum depression: A randomized clinical trial. *Journal of Constructivist Psychology, 27*(1), 59-68.
- Pinsof, W. M. (1988). The therapist-client relationship: An integrative systems perspective. *International Journal of Eclectic Psychotherapy, 7*(3), 303-313.
- Pinsof, W. B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. (pp. 173-195). New York: Wiley & Sons.
- Pinsof, W. M. & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*(2), 137-151.
- Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S., & McCallum, M. (1991). Transference Interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 28*, 946-953.
- Pizer, S. A. (1992). The negotiation of paradox in the analytic process. *Psychoanalytic Dialogues, 2*(2), 76-80.
- Plotnicov, K. H. (1990). *Early termination from counseling: The client's perspective*. Unpublished doctoral dissertation, University of Pittsburgh, PA.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 30*, 635-641.

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. En J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration (2nd ed.)*, pp. 147–171. New York, NY: Oxford University Press.
- Quality Assurance Project. (1983). A treatment outline for depressive disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 129-146.
- Quinn, W. H., Dotson, D. & Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*, 7(4), 429-438.
- Quintana, S. M. & Meara, N. M. (1990). Internalization of therapeutic relationships in short-term psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 37(2), 123-130.
- Rait, D. S. (1995). The therapeutic alliance in couples and family therapy: Theory in practice. *In Session-Psychotherapy in Practice*, 1(1), 59-72.
- Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 211-224.
- 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.
- Read, J., Cartwright, C., & Gibson, K. (2014). Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 New Zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Research*, 216 (1), 67-73.

- Reandeu, S. G. & Wampold, B. E. (1991). Relationship of power and involvement of working alliance: A multiple case sequential analysis of brief therapy. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 107-114.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Rogers, C. (1997). Comentarios al proceso de cambio a través de una entrevista. *Revista de psicoterapia, 8*, 49-60.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*, 412-415.
- Rotondi-Trevisan, D. L. (2002). *Autobiographical memory analysis and micro-narrative coherence in brief experiential psychotherapy for depression: An exploratory analysis*. Unpublished master's thesis, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Safran, J. D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Safran, J. D. & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment, 3*(2), 188-195.

- Santos, A., Matos, M., y Martins, C. (2011). El papel de mútua en la alimentación en el mantenimiento de problemáticas auto-narrativas: Exploración de un camino al fracaso terapéutico. *Psicoterapia Investigación*, 21, 27-40.
- Satterfield, W. A. & Lyddon, W. J. (1998). Client attachment and the working alliance. *Counselling Psychology Quarterly*, 11(4), 407-415.
- Saunders, S. M., Howard, K. I. & Orlinsky, D. E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment*, 1(4), 323-330.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.
- Shonfeld-Ringel, S. (2001). *The effect of culture on the working alliance between Asian American clients and Western therapists*. Tesis doctoral no publicada. Smith College School For Social Work, USA.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Soares, L., Botella, L. & Corbella, S. (2010) The co-constructed therapy alliance and the technical and tactical quality of the therapist interventions in psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 12 (2), 173-187.
- Soares, L., Botella, L., Corbella, S., De Lemos, M. S., & Fernández, M. (2013). Diferentes estilos de clientes y construcción de la alianza con un terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 27-36.
- Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research*, 21, 367-384.

- Stiles, W. B., Agnew-Davies, R., Hardy, G. E., Barkham, M. & Shapiro, D. A. (1998). Relations of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(5), 791-802.
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology, 15*, 215-224.
- Strupp, H. H. & Hadley, S. W. (1979). Specific vs nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry, 36*(10), 1125-1136.
- Sturm, L. & Dawson, P. (1999). Working with families: An overview for providers. En D. B. Kessler, P. & Dawson (Eds). *Failure to thrive and pediatric undernutrition: A transdisciplinary approach*. (pp. 65-76). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Svartberg, D. & Stiles, W. B. (1992). Predicting patient change from therapist competence and patient-therapist complementarity in short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 304-307.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 710-720.
- Tracey, T. J. (1987). Stage differences in the dependence of topic initiation and topic following behavior. *Journal of Counseling Psychology, 34*, 123-131.
- Tracey, T. J. & Hays, K. (1989). Therapist complementarity as a function of experience and client stimuli. *Psychotherapy, 26*, 462-468.

- Tracey, T. J., y Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 207-210.
- Tryon, G.S. & Kane, A.S. (1995): Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research*, 5(3), 189-198.
- Vall, B., & Botella, L. (2014). Narrative assessment: Differences between anxious and depressed patients. *Narrative Inquiry*, 24(1), 132-152.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and Behavior Therapy. Toward an Integration*. New York: Basic Books.
- Wachtel, P.L. (1992). *Therapeutic communication: Principles and effective practice*. New York: Guilford.
- Wachtel, P. L. (2014). *Cyclical psychodynamics and the contextual self: The inner world, the intimate world, and the world of culture and society*. New York: Routledge.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work (2nd ed.)*. New York, NY: Routledge.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159–165.
- 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. & Greenberg, L. S. (1994). The alliance in experiential therapy: Enacting the relationship conditions. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 153-172). New York: Wiley.
- Weerasekera, P., Linder, B., Greenberg, L. & Watson, J. (2001). The working alliance in client-centered and process-experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 11(2), 221-233.
- Weinberger, J., & Rasco, C. (2007). Empirically supported common factors. En S. G. Hofmann & J. Weinberger (Eds.), *The art and science of psychotherapy* (pp. 103–129). New York: Routledge.
- 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.
- Winston, B. G. (1994). *Change in level of defense: Its relationship to therapist intervention and therapy outcome in short-term dynamic psychotherapy*. Tesis doctoral no publicada. New York University, US.
- Wong, P. S. (2001). Psychotherapy and ethnic diversity: Working with Americans of Asian ancestry. *New York State Psychologist*, 13(1), 17-20.
- Yin, K., Huang, X., & Fu, Y. (2009). The present situation of the research on psychotherapy and counseling methods in China: Through a content analysis of articles in Chinese psychological journals. *Psychological Science (China)*, 32, 783–787.

Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow III, C. A. & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 114-124.

6. Anexos

Annexo A***Rejilla de evaluación de Ingredientes Específicos y Factores Comunes.***

Nombre y Apellidos:

A continuación encontrarás, en primer lugar, una lista de factores comunes a las diferentes orientaciones terapéuticas propuestos por varios autores. En segundo lugar aparecen diferentes ingredientes específicos de cada orientación.

Evalúa en la escala que se incluye en cada factor el grado en que se aplica a cada uno de los casos del material de la asignatura.

(Piensa por qué le has atribuido dicha puntuación basándote en algún ejemplo del propio caso.)

En absoluto
Un poco
Bastante
Mucho

Factores comunes propuestos por Jerome Frank

1. El cliente establece una relación de confianza emocionalmente significativa con una figura de ayuda (el terapeuta).	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P1
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN1
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG1
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H1
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S1
2. El terapeuta establece un marco de curación (encuadre, horario, periodicidad, honorarios...)	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P2
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN2
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG2
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H2
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S2
3. El terapeuta aporta un fundamento racional, esquema conceptual o mito que sirve para explicar el proceso terapéutico.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P3
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN3
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG3
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H3
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S3
4. El terapeuta sigue algún tipo de ritual que diferencia la relación terapéutica de otras que no lo son.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P4
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN4
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG4
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H4
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S4

Factores comunes propuestos por Judd Marmor (diferentes de los anteriores)

5. El cliente confía en el terapeuta y le expresa libremente sus emociones.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P5
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN5
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG5
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H5
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S5
6. El cliente aprende nuevas habilidades cognitivas.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P6
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN6
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG6
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H6
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S6
7. El cliente aprende nuevas conductas mediante un proceso de aprendizaje operante.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P7
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN7
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG7
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H7
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S7
8. El cliente vivencia una experiencia emocional correctiva.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P8
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN8
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG8
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H8
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S8
9. El cliente utiliza al terapeuta como modelo a seguir.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P9
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN9
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG9

	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H9
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S9

10. Entre terapeuta y cliente se dan procesos de sugestión y persuasión.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P10
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN10
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG10
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H10
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S10

11. El cliente utiliza la terapia para ensayar y poner en práctica nuevas competencias.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P11
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN11
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG11
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H11
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S11

12. En la terapia se da una atmósfera de apoyo.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P12
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN12
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG12
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H12
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S12

Factores comunes propuestos por Nicholas Hobbs (diferentes de los anteriores)

13. La terapia contribuye a descondicionar la ansiedad generada por otras figuras de la vida del cliente.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P13
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN13
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG13
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H13
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S13

14. En la terapia se dan fenómenos de transferencia entre cliente y terapeuta.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P14
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN14
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG14
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H14
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S14

15. Durante la terapia el cliente desarrolla progresivamente un sentido más aceptable de la vida.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P15
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN15
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG15
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H15
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S15

Factores comunes propuestos por John Paul Brady (diferentes de los anteriores)

16. Durante la terapia el cliente incrementa sus expectativas de éxito.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P16
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN16
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG16
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H16
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S16

17. Durante la terapia el cliente incrementa su grado de control sobre su vida y sus circunstancias.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P17
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN17
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG17
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H17
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S17

18. Durante la terapia el cliente incrementa sus conductas adaptativas.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P18
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN18

	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG18
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H18
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S18

19. Durante la terapia el cliente incrementa sus capacidades de autocontrol.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	P19
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CN19
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	CG19
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	H19
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	S19

Calcula la puntuación media de cada terapia en los factores comunes. Para ello suma las puntuaciones directas tal como se indica a continuación y divide el total en cada caso por 19.

Total terapia **psicodinámica**
 $P1+P2+P3+P4+P5+P6+P7+P8+P9+P10+P11+P12+P13+P14+P15+P16+P17+P18+P19=$

Media terapia psicodinámica= $\text{total}/19=$

Total terapia **conductual**
 $CN1+CN2+CN3+CN4+CN5+CN6+CN7+CN8+CN9+CN10+CN11+CN12+CN13+CN14+CN15+CN16+CN17+CN18+CN19=$

Media terapia conductual= $\text{total}/19=$

Total terapia **cognitiva**
 $CG1+CG2+CG3+CG4+CG5+CG6+CG7+CG8+CG9+CG10+CG11+CG12+CG13+CG14+CG15+CG16+CG17+CG18+CG19=$

Media terapia cognitiva=total/19=

Total terapia **humanista**

H1+H2+H3+H4+H5+H6+H7+H8+H9+H10+H11+H12+H13+H14+H15+H16+H17+H18+H19=

Media terapia humanista=total/19=

Total terapia **sistémica**

S1+S2+S3+S4+S5+S6+S7+S8+S9+S10+S11+S12+S13+S14+S15+S16+S17+S18+S19=

Media terapia sistémica=total/19=

Ingredientes específicos

20. Durante la terapia el cliente se hace consciente de los conflictos inconscientes que dificultan su adaptación a la realidad.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Durante la terapia el cliente aprende a dar nuevas respuestas a estímulos que antes provocaban conductas no deseables.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

22. Durante la terapia el cliente entra más en contacto con su experiencia y llega a aceptar más plenamente su propio yo.	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Durante la terapia el cliente se hace más consciente de sus distorsiones cognitivas y más capaz de contrarrestarlas.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Durante la terapia el cliente lleva a cabo cambios significativos en la dinámica o la estructura de su sistema familiar.	Caso de terapia psicodinámica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia conductual	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia cognitiva	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia humanista	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	Caso de terapia sistémica	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

