



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Efecto en los resultados del tratamiento psicológico de la
competencia y adherencia del terapeuta a los protocolos de
tratamiento. Un meta-análisis.**

Dña. M^a Dolores Alarcón Soriano

2014

Directores de Tesis: Dr. Pablo J. Olivares Olivares

Dr. José Olivares Rodríguez

Dr. Julio Sánchez Meca

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis abuelos, Vicenta, José María, Antonio y María, por el cariño que me habéis dado y por todo lo que me habéis enseñado.

Gracias a mis padres, Pedro Antonio y M^a Dolores, que con humildad y sencillez me habéis transmitido vuestro cariño e ilusión por estudiar y aprender, dejándome siempre la libertad y el espacio necesarios para que yo decidiera mi vocación y andadura profesional. Gracias por proporcionarme en todo momento el sostén que me permitiría concentrarme en estudiar sin tener que preocuparme por nada más. Gracias por darme el amor necesario que me ha permitido buscar mi autonomía y no tener miedo a perder vuestro afecto.

Gracias a mis dos hermanos mayores, Pedro Antonio y José Manuel, por ser personas inteligentes y brillantes. Mi motivación por estudiar comenzó porque quería llegar a ser como vosotros.

Gracias a Gabriel, por tu apoyo, tus consejos y por motivarme a sacar adelante este proyecto y a seguir avanzando y progresando profesionalmente.

Gracias a los compañeros y amigos que he conocido durante la formación en mi profesión. Vosotros me habéis dado otro espacio para pensar y seguir ilusionándome con continuar aprendiendo.

Gracias, cómo no, a mis directores de Tesis, el Doctor Pablo José Olivares Olivares y el Doctor Julio Sánchez Meca, por lo mucho que me habéis ayudado en la elaboración de este trabajo con dedicación y esfuerzo. Siempre os estaré agradecida por vuestra ayuda y apoyo.

Y en especial, mencionar mi profundo agradecimiento hacia mi director de Tesis, el Doctor José Olivares Rodríguez, por haber confiado siempre en mí. Decirte que el mayor impulso motivacional de este trabajo me lo diste tú, con tu confianza y tus ánimos para que continuara.

Por último, mis agradecimientos no van orientados a ninguna persona en concreto sino hacia todas aquellas circunstancias adversas en mi vida en estos recientes años, que han motivado transformar todo lo negativo vivido en esta etapa en algo positivo: un proyecto intelectual y cuyo resultado es esta Tesis Doctoral.

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	17
1.1. Orígenes y desarrollo de la investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos	19
1.1.1. Primera fase: El cuestionamiento de la eficacia	19
1.1.2. Segunda fase: El desarrollo de la investigación para la mejora de los tratamientos psicológicos	21
1.1.2.1. Los manuales de tratamiento	22
1.1.2.1.1. Características de los manuales de tratamiento	23
1.1.2.2. Tratamiento Psicológico Basado en la Evidencia (<i>Therapy Based Evidence, TBE</i>)	25
1.1.2.3. Respuesta a la Terapia Basada en la Evidencia y los ECAs	29
1.1.2.4. Variables o factores relevantes en la eficacia de las intervenciones psicológicas	31
1.2 Investigación acerca de los factores no específicos del tratamiento psicológico o “factores comunes”	34
1.2.1. Variables del paciente	34
1.2.2. Variables del terapeuta	35
1.2.2.1. Estudios sobre los efectos del terapeuta	36
1.2.2.2. Estudios sobre el grado de entrenamiento de los terapeutas	40
1.2.2.3. Estudios sobre la experiencia del terapeuta	41
1.2.2.4. Conclusiones sobre la diversidad de resultados en los estudios que analizan la influencia de las variables del terapeuta	44

	<i><u>Pág.</u></i>
1.2.3. Variables de interacción: la Alianza Terapéutica	45
1.2.4. Investigaciones sobre variables implicadas en el proceso de tratamiento psicológico: La investigación focalizada en el paciente	50
1.3. Las variables Adherencia y Competencia del terapeuta	52
1.3.1. Conceptos de adherencia y competencia del terapeuta	52
1.3.2. Instrumentos de medida	53
1.3.3. Principales estudios que han analizado la relación entre Adherencia y Competencia del terapeuta sobre los resultados del tratamiento psicológico	59
1.4. Justificación de nuestro estudio	69
CAPÍTULO 2: OBJETIVOS Y METODOLOGÍA	73
2.1. Objetivos e hipótesis	75
2.2. Metodología	76
2.2.1. Criterios de selección de los estudios	77
2.2.2. Procedimientos de búsqueda	77
2.2.3. Codificación de los estudios	81
2.2.3.1. Variables sustantivas	82
2.2.3.1.1. Variables de tratamiento	82
2.2.3.1.2. Características del terapeuta	84
2.2.3.1.3. Variables de contexto	86
2.2.3.1.4. Variables de sujeto	86

	<u>Pág.</u>
2.2.3.2. Variables metodológicas	88
2.2.3.3. Variables extrínsecas	92
2.2.3.4. Análisis de la fiabilidad de la codificación de las variables moderadoras	92
2.2.4. Índice del tamaño del efecto	95
2.2.5. Análisis estadísticos	97
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	103
3.1. Meta-análisis de la “adherencia del terapeuta al tratamiento”	105
3.1.1. Análisis descriptivo	105
3.1.1.1. Variables sustantivas	105
3.1.1.1.1. Variables de tratamiento	105
3.1.1.1.2. Características del terapeuta	107
3.1.1.1.3. Variables de contexto	109
3.1.1.1.4. Variables de sujeto	110
3.1.1.2. Variables metodológicas	112
3.1.1.3. Variables extrínsecas	116
3.1.2. Distribución de los tamaños del efecto	117
3.1.3. Análisis del sesgo de publicación	118
3.1.4. Análisis de las variables moderadoras	120

	<i>Pág.</i>
3.1.4.1. Variables de tratamiento	120
3.1.4. 2. Variables de sujeto	121
3.1.4.3. Variables de contexto	122
3.1.4.4. Variables de método	124
3.1.4.5. Variables extrínsecas	126
3.1.5. Modelo explicativo	127
3.2. Meta-análisis de la “competencia del terapeuta”	132
3.2.1. Análisis descriptivo	132
3.2.1.1. Variables sustantivas	132
3.2.1.1.1. Variables de tratamiento	132
3.2.1.1.2. Características del terapeuta	134
3.2.1.1.3. Variables de contexto	136
3.2.1.1.4. Variables de sujeto	137
3.2.1.2. Variables metodológicas	139
3.2.1.3. Variables extrínsecas	143
3.2.2. Distribución de los tamaños del efecto	144
3.2.3. Análisis del sesgo de publicación	146
3.2.4. Análisis de las variables moderadoras	147

	<u>Pág.</u>
3.2.4.1. Variables de tratamiento	147
3.2.4.2. Variables de sujeto	148
3.2.4.3. Variables de contexto	150
3.2.4.4. Variables de método	150
3.2.4.5. Variables extrínsecas	153
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	155
4.1. Discusión de resultados de la adherencia del terapeuta	157
4.2. Discusión de resultados de la competencia del terapeuta	161
4.3. Conclusiones	165
4.4. Implicaciones clínicas de los resultados del estudio	166
4.5. Limitaciones del estudio	166
4.6. Líneas de investigación futuras	167
REFERENCIAS	169
ANEXO 1. Guía PRISMA	195
ANEXO 2. Referencia de artículos incluidos en el meta-análisis	197
ANEXO 3. Manual de codificación de variables moderadoras	201
ANEXO 4. Protocolo de codificación de variables moderadoras	217
ANEXO 5. Tablas resumen de características de los 31 estudios incluidos en el meta-análisis	225

ÍNDICE DE TABLAS

	<u><i>Pág.</i></u>
Tabla 1. Instrumentos de medida de la Adherencia y la Competencia (Adaptada de Barber, Sharpless, Klostermann y McCarthy, 2007)	57
Tabla 2. Tabla de contingencia para el examen de la concordancia entre los dos evaluadores en la fase de preselección	80
Tabla 3. Valoración del acuerdo interevaluadores en la fase de preselección	80
Tabla 4. Tabla de contingencia para el examen de la concordancia entre los dos evaluadores en la fase de selección	81
Tabla 5. Valoración del acuerdo interevaluadores en la fase selección	81
Tabla 6. Fiabilidad de la codificación de las variables moderadoras cuantitativas	93
Tabla 7. Fiabilidad de codificación de variables cualitativas	94
Tabla 8. Análisis de variables de tratamiento cualitativas de los estudios de adherencia del terapeuta	106
Tabla 9. Análisis de variables de tratamiento cuantitativas de los estudios de adherencia del terapeuta	107
Tabla 10. Análisis de características del terapeuta cualitativas de los estudios de adherencia del terapeuta	108
Tabla 11. Análisis de características del terapeuta cuantitativas de los estudios de adherencia del terapeuta	109
Tabla 12. Análisis de las variables de contexto de los estudios de adherencia del terapeuta	110
Tabla 13. Análisis de las variables de sujeto cualitativas de los estudios de adherencia del terapeuta	111
Tabla 14. Análisis de las variables de sujeto cuantitativas de los estudios de adherencia del terapeuta	112
Tabla 15. Análisis de las variables cualitativas metodológicas de los estudios de adherencia del terapeuta	113
Tabla 16. Análisis de las variables cuantitativas metodológicas de los estudios de adherencia del terapeuta	115
Tabla 17. Análisis de las variables extrínsecas de los estudios de adherencia del terapeuta	116

	<i>Pág.</i>
Tabla 18. Tamaño del efecto medio e intervalo de confianza para la variable de resultado ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’	118
Tabla 19. Resultados del análisis de la heterogeneidad de los tamaños del efecto para las variables de resultado ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’	118
Tabla 20. Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas de tratamiento sobre la correlación entre ‘adherencia al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’	121
Tabla 21. Resultados de los modelos de meta-regresión simple ponderada aplicados sobre las variables moderadoras continuas de tratamiento para la correlación entre ‘adherencia al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’	121
Tabla 22. Resultados del ANOVA ponderado aplicado para comprobar el influjo de la variable moderadora cualitativa ‘tipo de trastorno psicológico investigado en el estudio’ sobre las correlaciones entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’	122
Tabla 23. Resultados de los modelos de meta-regresión simple ponderada aplicados sobre las variables moderadoras continuas de sujeto para la correlación entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’	123
Tabla 24. Resultados del ANOVA ponderado aplicado para comprobar el influjo de las variables moderadoras cualitativas ‘lugar de realización del estudio’ sobre las correlaciones entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’	123
Tabla 25. Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas de método sobre las correlaciones entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’	125
Tabla 26. Resultados de los modelos de meta-regresión simple ponderada aplicados sobre las variables moderadoras continuas de método para las correlaciones entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’	126
Tabla 27. Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas extrínsecas sobre las correlaciones entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’	126
Tabla 28. Resultados del modelo de meta-regresión simple ponderada aplicado sobre la variable moderadora extrínseca ‘fecha de publicación del estudio’ para las correlaciones entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’	127
Tabla 29. Resultados de los modelos de meta-regresión múltiple ponderada aplicados sobre cada cluster de predictores y para el modelo predictivo completo	130

	<i><u>Pág.</u></i>
Tabla 30. Resultados de los modelos de meta-regresión jerárquica aplicados sobre los dos clusters de predictores	131
Tabla 31. Análisis de las variables cualitativas de tratamiento de los estudios sobre competencia del terapeuta	133
Tabla 32. Análisis de variables cuantitativas de tratamiento de los estudios de competencia del terapeuta	134
Tabla 33. Análisis de características del terapeuta cualitativas de los estudios	135
Tabla 34. Análisis de características del terapeuta cuantitativas de los estudios de competencia del terapeuta	136
Tabla 35. Análisis de las variables de contexto de los estudios de competencia del terapeuta	137
Tabla 36. Análisis de las variables de sujeto cualitativas de los estudios de la competencia del terapeuta	138
Tabla 37. Análisis de las variables de sujeto cuantitativas de los estudios de competencia del terapeuta	139
Tabla 38. Análisis de las variables cualitativas metodológicas de los estudios de competencia del terapeuta	140
Tabla 39. Análisis de las variables cuantitativas metodológicas de los estudios de competencia del terapeuta	142
Tabla 40. Análisis de las variables extrínsecas de los estudios de la competencia del terapeuta	143
Tabla 41. Tamaño del efecto medio e intervalo de confianza para la variable de resultado ‘competencia del terapeuta’	144
Tabla 42. Resultados del análisis de la heterogeneidad de los tamaños del efecto para la variable de resultado ‘competencia del terapeuta’	145
Tabla 43. Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas de tratamiento sobre la correlación entre ‘competencia del terapeuta y ‘eficacia del tratamiento’	148
Tabla 44. Resultados de los modelos de meta-regresión simple ponderada aplicados sobre las variables moderadoras continuas de tratamiento para la correlación entre ‘competencia del terapeuta’ y ‘eficacia del tratamiento’	148
Tabla 45. Resultados del ANOVA ponderado aplicado para comprobar el influjo de la variable moderadora cualitativa ‘tipo de trastorno psicológico investigado en el estudio’ sobre las correlaciones entre ‘competencia del terapeuta’ y ‘eficacia del tratamiento’	149

	<u>Pág.</u>
Tabla 46. Resultados de los modelos de meta-regresión simple ponderada aplicados sobre las variables moderadoras continuas de sujeto para la correlación entre ‘competencia del terapeuta y ‘eficacia del tratamiento’	149
Tabla 47. Resultados del ANOVA ponderado aplicado para comprobar el influjo de la variables moderadoras cualitativas ‘lugar de realización del estudio’ sobre las correlaciones entre ‘competencia del terapeuta y ‘eficacia del tratamiento’	150
Tabla 48. Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas de método sobre las correlaciones entre ‘competencia del terapeuta’ y ‘eficacia del tratamiento’	151
Tabla 49. Resultados de los modelos de meta-regresión simple ponderada aplicados sobre las variables moderadoras continuas de método para las correlaciones entre ‘competencia del terapeuta’ y ‘eficacia del tratamiento’	152
Tabla 50. Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas extrínsecas sobre las correlaciones entre ‘competencia del terapeuta y ‘eficacia del tratamiento’	153
Tabla 51. Resultados del modelo de meta-regresión simple ponderada aplicado sobre la variable moderadora extrínseca ‘fecha de publicación del estudio’ para las correlaciones entre ‘competencia del terapeuta y ‘eficacia del tratamiento’	154

ÍNDICE DE FIGURAS

	<u>Pág.</u>
Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de estudios para el meta-análisis	79
Figura 2. <i>Forest plot</i> de las correlaciones entre eficacia del tratamiento y adherencia del terapeuta	119
Figura 3. <i>Funnel plot</i> de las correlaciones entre eficacia del tratamiento y adherencia del terapeuta	120
Figura 4. <i>Forest plot</i> de las correlaciones entre eficacia del tratamiento y competencia del terapeuta	145
Figura 5. <i>Funnel plot</i> de las correlaciones entre eficacia del tratamiento y competencia del terapeuta	146

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Orígenes y desarrollo de la investigación sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos

Desde la primera descripción estadística de los resultados del tratamiento psicoanalítico realizada en 1917 (Bachrach, 1994) hasta 1952, pasaron 35 años durante los cuales el panorama de la investigación en los tratamientos psicológicos se caracterizó, en general, por la ausencia de dudas sobre su eficacia. Los investigadores de la época, asumiendo que el tratamiento psicológico era eficaz, se centraron en el estudio de sus mecanismos de acción, y los escasos informes sobre eficacia terapéutica publicados durante estos años (que se referían casi exclusivamente al psicoanálisis), vistos con la perspectiva actual, carecían de rigor metodológico.

Fue a partir del artículo de Eysenck (1952) *“Los efectos de la psicoterapia: una evaluación”* cuando empezó la polémica sobre la misma. Con el fin de manifestar su oposición a una propuesta de la *American Psychological Association* (APA, en adelante), que consistía en mejorar y ampliar la formación de los psicólogos clínicos americanos en técnicas de intervención psicológica, publicó una revisión de estudios de evaluación de los tratamientos psicológicos publicados hasta entonces, concluyendo que: (a) no había pruebas de que los tratamientos psicoanalíticos facilitasen la recuperación de pacientes neuróticos; (b) no existían evidencias de mejora entre los neuróticos tratados en relación a los no tratados; y (c) alrededor de dos tercios de los pacientes se recuperaron o mejoraron ostensiblemente a los dos años de iniciarse el trastorno psicológico, hubieran seguido un tratamiento o no. Los resultados de este estudio causaron un gran impacto en el ámbito académico psicoanalítico. A partir de ese momento, se puso en duda la certeza que se tenía sobre la eficacia de los tratamientos psicodinámicos.

Tras esta revisión de Eysenck pueden distinguirse dos fases en el desarrollo de la investigación de la eficacia de los tratamientos psicológicos: (i) el cuestionamiento de la eficacia y (ii) el desarrollo de una línea de investigación para la mejora de los tratamientos psicológicos en general.

1.1.1 Primera fase: El cuestionamiento de la eficacia

En una primera fase, la investigación se centró en intentar responder a la pregunta: ¿Tienen alguna utilidad los tratamientos psicológicos? Desde que en 1952 Eysenck

pusiera en duda si el tratamiento psicodinámico proporcionaban resultados o si la mejoría clínica se debía a factores ajenos al tratamiento (“remisión espontánea”), los esfuerzos de los investigadores se centraron en constatar que el tratamiento psicológico provocaba efectos frente a no recibir tratamiento. Un ejemplo de ello fueron los tres estudios que a continuación se describen y que surgieron poco después de las conclusiones de Eysenck en 1952. En el primero de ellos, Barron y Leary (1955) no obtuvieron datos que apoyaran la eficacia del tratamiento psicológico, ya que tras el cuidadoso estudio de los cambios en las puntuaciones del MMPI, llegaron a la conclusión de que los pacientes que recibieron tratamiento psicológico no mejoraron significativamente respecto de los controles que estaban en lista de espera. Sin embargo, ese mismo año Dymond (1955) obtuvo resultados contrarios al concluir, tras la comparación de resultados entre el grupo tratado y el grupo control (lista de espera), que había una mejoría significativamente mayor en el grupo tratado. Así mismo, un año después Cartwright (1956) señaló en su estudio que, a pesar de que el tratamiento no hizo que los pacientes mejorasen más, sí hubo, y de forma significativa, más regularidad en los cambios que se produjeron en ellos. A esta conclusión se llegó ante la evidencia de diferencias entre las varianzas de los cambios para el grupo tratado frente al control (no tratado).

De este modo, a partir de estos tres estudios realizados con escasa diferencia temporal se podía intuir la disparidad de resultados que se obtendrían en las siguientes décadas. Así, en este periodo se realizaron cientos de estudios que no consiguieron aportar datos esclarecedores sobre la eficacia del tratamiento psicológico. Por fin, en 1980 Smith y Glass publicaron un estudio meta-analítico analizando los resultados de 475 estudios para intentar arrojar algo de luz ante tanta disparidad. En él hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupo tratado y grupo control, concluyendo que el tratamiento psicodinámico era, al menos, superior en eficacia a la ausencia de éste. A pesar de los serios defectos conceptuales y metodológicos de que adoleció el estudio de Smith y Glass, años más tarde otros estudios pudieron evidenciar de forma convincente que los pacientes que seguían un tratamiento psicológico, fuese éste psicodinámico, conductual o cognitivo-conductual, mejoraban más que aquellos que no lo recibían (Bergin y Lambert, 1978; Shapiro y Shapiro, 1982). Así pues, tras 40 años y centenares de estudios realizados, se podía afirmar la utilidad del tratamiento psicodinámico, conductual, cognitivo-conductual y *counseling* (Asay y Lambert, 1999; citado en Hubble

et. al, 1999). Una reflexión respecto de los resultados de este gran número de estudios llevaría a Lebow (1997; citado en Hubble et. al., 1999) a afirmar que “el tratamiento psicológico está entre las intervenciones en salud más sometidas a pruebas y validaciones empíricas” (p. 85).

Hacia el final de esta primera fase, en la que comentábamos que la investigación sobre los tratamientos psicológicos se focalizaba principalmente en mostrar su eficacia, se inició en 1975, con el estudio de Luborsky et al. (1975) la investigación acerca de qué tratamientos psicológicos eran los más eficaces.

1.1.2 Segunda fase: El desarrollo de la investigación para la mejora de los tratamientos psicológicos

Una vez verificada la eficacia del tratamiento psicológico la discusión se centró en hallar los factores o variables que actuarían como agentes del cambio en los pacientes. En este contexto, Luborsky, Singer, y Luborsky (1975) hicieron una revisión de estudios controlados sobre los resultados del tratamiento psicológico comparando la eficacia obtenida por los distintos tipos de tratamiento. Sin embargo, encontraron poca evidencia de que una forma de tratamiento fuera más eficaz que otra. Luborsky et al. (1975) resumieron estos resultados con una referencia de la decisión de Dodo en “*Las Aventuras de Alicia en el país Maravillas*”. Como se recordará, cuando se le pidió a Dodo que se pronunciase sobre quién había sido el ganador de la carrera, él respondió: “*Todos han ganado y todos deben recibir un premio*”. En aquella etapa la respuesta de Dodo fue una metáfora precisa de la evidencia empírica relativa a la eficacia de los tratamientos psicológicos, ya que el que dos tratamientos resultaran eficaces frente a sus respectivos controles no clarificaba cuál de los dos era más eficiente. Por ello algunos investigadores abogaron por clarificar esta cuestión, verificando y fundamentando empíricamente la eficacia diferencial de los tratamientos, es decir, su eficiencia. Un ejemplo de ello son los estudios recopilados en el meta-análisis de Berman y Norton (1985), los cuales en la mayoría de los casos compararon los resultados obtenidos por tratamientos psicológicos integrados por una sola técnica (entrenamiento en relajación o desensibilización sistemática). Los autores obtuvieron resultados positivos a favor de ciertas técnicas, sin embargo acabaron concluyendo que esta evidencia no indicaba necesariamente la utilidad de los programas de tratamiento específicos, puesto que desconocían qué parte de la

mejora era atribuible a cada variable de las múltiples que se dan en el contexto del tratamiento psicológico. Por tanto, se hacía necesaria una investigación más detallada respecto a qué variables implicadas en la intervención psicológica y qué componentes del tratamiento son relevantes para que un tratamiento psicológico sea eficaz.

Todo ello llevó, en primer lugar, al diseño y uso de manuales para guiar la aplicación de los tratamientos y analizar con rigurosidad su eficacia; en segundo lugar, al desarrollo del movimiento metodológico que se conoce como la Práctica Basada en la Evidencia, cuyos orígenes hay que situarlos en los estudios meta-analíticos realizados en el campo de la psicología científica; en tercer lugar, al desarrollo de tratamientos específicos para trastornos concretos que fueron criticados por algunos investigadores debido a la metodología utilizada en su validación (Terapia basada en la evidencia, *Therapy Based Evidence*); y en cuarto lugar, el estudio de las variables o factores relevantes en la eficacia de los tratamientos psicológicos. A continuación abordaremos cada uno de estos aspectos.

1.1.2.1 Los manuales de tratamiento

En un principio los manuales de tratamiento se desarrollaron para terapias del comportamiento (por ejemplo, Wolpe, 1969). Los contextos históricos y culturales de este tiempo reflejan varios supuestos formulados por los neoconductistas. A saber, los terapeutas que aplicaban la terapia de conducta, en el marco de los enfoques operante y neoconductista, sostenían que las variables del terapeuta eran menos relevantes que los procedimientos de tratamiento. Además, los teóricos del comportamiento defendían que las intervenciones psicológicas debían ser ejecutadas con precisión para obtener la cuantificación necesaria que permitiera investigar las intervenciones psicológicas que eran administradas. El uso y desarrollo de manuales de tratamiento se generalizó a otras modalidades de tratamiento no conductuales que reconsideraban sus posiciones previas y enfatizaban así la habilidad del terapeuta para adquirir y aplicar las intervenciones. De este modo, en la década de los ochenta del pasado siglo XX, se generaron en la comunidad clínica una serie de expectativas acerca del papel que los manuales de tratamiento podrían jugar en los terapeutas en formación y en la sistematización de los distintos tratamientos psicológicos (por ejemplo, Luborsky y DeRubeis, 1984; Strupp, Butler, y Rosser, 1988). Muchos creían que los manuales de tratamiento podían ofrecer

un enfoque sistemático para la investigación de los tratamientos por la especificación y seguimiento de las intervenciones utilizadas (Luborsky y DeRubeis, 1984). De hecho, la supervisión del cumplimiento del tratamiento, también conocida como la *fidelidad al tratamiento* o *Adherencia al tratamiento*, puede proporcionar información adicional acerca de cómo se implementan éstos. Por ello, en las últimas décadas, los manuales de tratamiento se han convertido en un estándar para la formación clínica y su uso es ahora un requisito previo para los estudios financiados. Además, es necesario que los investigadores realicen una prueba de manipulación con el fin de evaluar en qué medida se adhieren los terapeutas al protocolo y también el grado en el que se realiza la intervención de una manera competente. Comprobando la Adherencia del terapeuta, se pueden descartar los efectos debido a que el tratamiento no se aplique adecuadamente. De hecho, se trata de una de las variables moderadoras más importantes en la eficacia del tratamiento, según los hallazgos de algunos investigadores (Beck y Emery, 1986; Klerman y Nezu, 1976; Klerman, Weissman, Rounsaville, y Chevron, 1984; Luborsky, 1976, 1984; Strupp y Binder, 1982).

En el próximo apartado describimos las características de los manuales de tratamiento, sus ventajas e inconvenientes.

1.1.2.1.1 Características de los manuales de tratamiento

Los manuales de tratamiento requieren procedimientos técnicos identificables que se aplican para facilitar el cambio. Aunque esto es necesario que un tratamiento sea escrito en forma de manual, también es esencial para especificar el proceso general del mismo. Por lo tanto, el manual proporciona técnicas concretas y una estructura general, dando lugar a la disponibilidad de un modelo altamente desarrollado y articulado. En otras palabras, el manual debe proporcionar un conjunto de intervenciones que los terapeutas en formación tienen que conocer y aprender a aplicar como paso previo para su uso posterior con los pacientes (Shaw y Dobson, 1988).

Ventajas de los manuales de tratamiento

Validez interna. Los manuales de tratamiento proporcionan un enfoque sistemático para la investigación de los tratamientos mediante la especificación de un conjunto de procedimientos y permitiendo que se pueda verificar su aplicación durante el

desarrollo del tratamiento psicológico, lo que posibilita su réplica y con ello la validación del procedimiento utilizado (Luborsky y DeRubeis, 1984).

Integridad y diferenciación del tratamiento. La función principal de los manuales de tratamiento es asegurar que las intervenciones y procedimientos prescritos bajo investigación son empleados por el terapeuta tal como se describen, permitiendo así diferenciar claramente unas modalidades de tratamiento de otras. Por lo tanto, dos aspectos fundamentales para lograr una adecuada validez interna serían: a) la integridad del tratamiento; y b) la diferenciación de éste respecto a otros (Kazdin, 1986).

a) La integridad del tratamiento se refiere a la medida en que el terapeuta lo lleva a cabo de acuerdo con las descripciones y las demandas del manual. Un aspecto importante tiene que ver con el grado en que ciertas intervenciones son tanto prescritas (intervenciones adecuadas) como proscritas (intervenciones contrarias a las especificadas o inadecuadas). La mayoría de los manuales de tratamiento describen las respuestas que han de dar los terapeutas. Es igualmente importante que los investigadores de los tratamientos psicológicos estén al tanto de ciertas intervenciones que pueden ser incompatibles con el enfoque de tratamiento que se recoge en el manual.

b) La diferenciación del tratamiento se refiere a las características únicas de éste que permiten distinguirlo de otros. Ello conlleva que el manual describa un tratamiento que es único y que puede ser identificado por sus intervenciones y técnicas, además haber sido probado rigurosamente (Bergin y Suinn, 1975; Beutler, 1979).

Fiabilidad del tratamiento. Antes de que cualquier tratamiento pueda ser ampliamente aceptado, es imperativo que otros investigadores repliquen los hallazgos de los resultados originales. Por lo tanto, una de las ventajas fundamentales de los manuales de tratamiento es que faciliten la replicación directa de los tratamientos psicológicos.

Difusión del tratamiento. Otra de las ventajas se produce en el ámbito de la formación. Los tratamientos psicológicos protocolizados permiten una mejor difusión de las técnicas de intervención. Desde una perspectiva investigadora, los manuales de tratamiento permiten que la tarea de entrenamiento sea más clara y concisa (Shaw, 1984).

Inconvenientes de los manuales de tratamiento

Tal como hemos indicado, los manuales para el tratamiento psicológico también presentan inconvenientes entre los que destacan las amenazas a la validez interna y el incremento de los gastos durante la investigación. Veámoslos con algún detalle.

Amenazas a la validez interna. Debido a la complejidad y las exigencias de la práctica clínica, los terapeutas a menudo adaptan su enfoque a las necesidades particulares del paciente y, por lo tanto, la mayoría de los terapeutas no administran el tratamiento "siguiendo un libro" (Garfield, 1996) . Teniendo en cuenta estas realidades clínicas, muy pocos terapeutas administran los tratamientos siguiendo fielmente las instrucciones y observaciones que recogen los manuales durante el desarrollo de la práctica clínica (Norcross y Goldfried, 1992).

Gastos de investigación. La confección de manuales de tratamiento encarece la investigación (Dobson y Shaw, 1988). Los costos de desarrollo incluyen el tiempo requerido para la especificación de las técnicas de tratamiento, el tiempo para preparar el manual, y el tiempo para el desarrollo de medidas que evalúen la fidelidad con la que se aplica. Una vez que los métodos se han establecido, hay ciertos costos asociados con su uso: la rigurosa formación, el seguimiento y la supervisión de los terapeutas.

1.1.2.2 Tratamiento Psicológico Basado en la Evidencia (*Therapy Based Evidence, TBE*)

Gracias a la existencia de los manuales de tratamiento desarrollados inicialmente en el marco de la terapia de conducta se facilitó el comienzo de la aplicación de los criterios propuestos por la *Task Force*. Como hemos visto, la investigación de los resultados de la intervención psicológica tiene una larga historia y, en alguna medida, ha sido pionera en la investigación empírica frente a la psiquiatría y la medicina (por ejemplo, con la aplicación del procedimiento estadístico de los meta-análisis). En las últimas décadas, la investigación psicológica ha confluído con el movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia en una sola corriente que busca acumular apoyo empírico que justifique, frente a las agencias públicas y privadas de salud, la financiación de los tratamientos psicológicos. El deseo de probar su eficacia ha posibilitado la

aparición del movimiento conocido como Terapia Basada en la Evidencia (*Empirically Supported Therapy*, EST), el cual se desarrolló en EE.UU para justificar la aplicación de intervenciones psicológicas en el tratamiento de los trastornos mentales (Task Force, 1995; Kendall, 1986). La APA define la práctica de la psicología basada en la evidencia (*Evidence-based practice in psychotherapy*, EBPP) como: “la integración de los mejores estudios disponibles, aplicados con pericia clínica, en el contexto de las características, cultura y preferencias de los pacientes” (APA, 2006, p. 273).

La comunidad científica reconoce actualmente al Ensayo Controlado Aleatorizado (ECA, en adelante) como el ‘estándar de oro’, es decir, como el diseño de investigación que más garantías de validez interna ofrece para evaluar la eficacia de un tratamiento (psicológico o de otra naturaleza) en comparación con otro tratamiento o con un grupo de control (Shadish, Cook y Campbell, 2002). La pregunta formulada por los investigadores para valorar la eficacia es: ¿Qué tratamiento psicológico y qué condiciones experimentales son las idóneas para abordar con éxito un trastorno psicológico concreto? Para contestar a esta pregunta se ha generalizado al campo psicológico el enfoque metodológico aplicado en el modelo biomédico (“Medicina Basada en la Evidencia”). Los pacientes generalmente se seleccionan de acuerdo con criterios predeterminados para el trastorno particular, excluyendo aquellos que presenten comorbilidad, para evitar variables de confundido que interfieran en los resultados del estudio experimental y garantizar la validez interna.

Las diferentes formas de tratamiento psicológico para diferentes diagnósticos en problemas de salud mental fueron revisadas por Roth y Fonagy (2005), determinando la efectividad de cada tratamiento psicológico en cada uno de los diagnósticos revisados. Un trastorno se define de acuerdo con un esquema de clasificación como el propuesto por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la APA o las recomendaciones de la Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE), de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para poder estudiar empírica y adecuadamente los tratamientos éstos deben ser administrados siguiendo los manuales de tratamiento, en un número de sesiones predeterminado, y controlando la Adherencia y Competencia del terapeuta respecto al tratamiento. En los ECAs, los pacientes se asignan de forma aleatoria tanto al grupo control como al grupo de

tratamiento. Al final del tratamiento se evalúan aquellas variables cuyos valores pretendemos incrementar. Se pueden cuantificar a través de diversos formatos para la recogida la información relevante: autoinformes, autorregistros, informes de terceros, entrevistas estructuradas o semiestructuradas, que pueden informar tanto de variables subjetivas como objetivas. A veces se administran cuestionarios sobre la Alianza Terapéutica para controlar la influencia de este factor, y en los estudios a largo plazo se realizan normalmente estimaciones de tasas de recuperación y de recaídas.

Para mostrar la complejidad de la metodología de investigación utilizada en el estudio de la eficacia de los tratamientos psicológicos, a continuación se describe un estudio de gran relevancia en este campo: el Programa de Investigación de Tratamiento Colaborativo para la Depresión (*Treatment Depression Collaborative Research Program*, TDCRP). Éste fue establecido por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, Elkin, 1994). Se llevó a cabo en tres centros de investigación e incluyeron cuatro condiciones de tratamiento, con 250 pacientes y 16 semanas de duración. Las cuatro condiciones experimentales fueron: 1) tratamiento cognitivo-conductual (TCC); 2) Terapia Interpersonal (TIP); 3) tratamiento farmacológico (imipramina) y manejo clínico, (*clinical managment* -un tipo de grupo control activo-; IMI-CM); y 4) fármaco placebo y manejo clínico (PLA- CM). Diez terapeutas aplicaron TIP y ocho aplicaron TCC.

Los resultados del TDCRP mostraron una mejoría para las respuestas cuantificadas en todos los grupos de tratamiento, incluyendo el grupo PLA-CM, aunque había algunas variaciones. Todos los pacientes que comenzaron el tratamiento TIP e IMI-CM, tuvieron mejores resultados y tasas de recuperación que los pacientes del grupo PLA-CM. La TIP fue más efectiva que la TCC (Elkin, 1994). Sin embargo, las tasas de recaída fueron más bajas en la TCC y PLA-CM. Por otra parte, en los grupos TIP e IMI-CM, los participantes mostraron mayores tasas de búsqueda de ayuda en la fase de seguimiento. En conclusión, los grupos IMI-CM y TIP tuvieron mejores resultados y el grupo TCC tuvo resultados semejantes al grupo PLA-CM para los pacientes con depresión severa. Sin embargo, todos los tratamientos, incluyendo el grupo control activo, fueron igualmente efectivos para los pacientes con depresión leve o moderada.

Los investigadores se sorprendieron de que los pacientes en el grupo PLA-CM tuvieran tan buenos resultados (Elkin, 1994). Es necesario destacar que a los psicólogos y

psiquiatras que aplicaron el “Clinical Management” (CM) se les dio indicaciones para crear un contexto de apoyo interpersonal (psicoeducación y apoyo al aumento de la actividad física) y habilidades sociales (Elkin, 1994). La intensidad de la formación para estos terapeutas (horas de entrenamiento) fue comparable a la intensidad de formación de los terapeutas en TIP y TCC. Otra razón para el éxito del grupo PLA-CM residió en el hecho de que un terapeuta en particular que proporcionó la PLA-CM e IMI-CM fue el más eficaz de todos los terapeutas cuando se compararon los resultados de cada uno de ellos tras la finalización del tratamiento.

Más adelante, en otro estudio, estos resultados se volvieron a analizar para examinarlos en relación con el proceso de tratamiento y la eficacia del terapeuta (Blatt, Sanislow, Zuroff y Pilkonis, 1996). Se utilizó un agregado de puntuaciones de los resultados del paciente para evaluar su mejoría y la eficacia del terapeuta. De este modo los terapeutas fueron asignados a grupos de baja, media y alta eficacia en función de la mejoría de los pacientes tratados. Los autores observaron que los pacientes que fueron tratados por los terapeutas clasificados como de “alta eficacia” mejoraron más, obtuvieron resultados más homogéneos, prescindían del uso de fármacos con más frecuencia, la mejoría del paciente se obtenía en pocas sesiones y tenían Alianzas Terapéuticas más intensas (según la información facilitada por los pacientes). Observaron que los terapeutas más eficaces no diferían significativamente de los terapeutas menos eficaces en sus datos demográficos (sexo, edad) o experiencia clínica (medida en años). Sin embargo, sí diferían de forma significativa en cuanto al tipo de entrenamiento recibido, ya que los terapeutas más eficaces habían recibido previamente mayor entrenamiento en la modalidad de tratamiento que estaban aplicando. También obtuvieron que la Alianza Terapéutica explicaba el 21% de la varianza de resultados en todas las condiciones de tratamiento, siendo ésta superior a la obtenida por el tipo de tratamiento aplicado (Blatt et al., 1996).

Por tanto, la metodología empleada en los ECAs resulta compleja y a pesar del rigor utilizado se obtienen resultados dispares cuando distintos investigadores persiguen unos objetivos de estudio comunes. Por ello, como veremos en el siguiente subapartado, algunos autores criticaron que esta metodología ignora aspectos relevantes para la investigación de la eficacia de los tratamientos psicológicos.

1.1.2.3 Respuesta a la Terapia Basada en la Evidencia y los ECAs

En el contexto anteriormente descrito sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos hubo resultados muy dispares. Así, en 1999, la División de Psicoterapia de la APA, solicitó a la *Task Force* identificar, definir operativamente y diseminar información sobre las relaciones entre la Terapia Basada en la Evidencia (TBE, en adelante) y otros factores (véase Norcross, 2002).

De nuevo en 2009 la *Task Force* solicitó que se investigaran los estudios llevados a cabo a partir de la TBE sobre la práctica clínica y las relaciones entre paciente y terapeuta (Norcross, 2009). Dos años después, en 2011 Norcross da a conocer los resultados obtenidos, en los cuales se muestra la relevancia de tener presente el valor de la relación terapéutica con el paciente y de adaptarla a las características de éste una vez conocido el diagnóstico.

Los propósitos de la *Task Force*, en relación con la TBE y los estudios experimentales controlados, fueron identificar los elementos efectivos de la relación y determinar cuáles eran los más convenientes para adaptar y confeccionar el tratamiento psicológico al paciente concreto en base a su diagnóstico. Una de las lagunas reconocidas por autores pertenecientes a la *Task Force* es haber ignorado la importante contribución del cliente al tratamiento (Norcross, 2011). Los datos de estudios en condiciones “naturales” sugieren que de hecho la mayoría de pacientes cumplen criterios relativos a otros trastornos o alteraciones del comportamiento. La psicopatología variada de los pacientes en la práctica clínica sugiere que focalizarse exclusivamente en un único diagnóstico del eje I (los trastornos clínicos) no puede ser apropiado en la mayoría de casos (Westen et al., 2004). Así, estos mismos autores realizaron una revisión crítica del abordaje de las Terapias Basadas en la Evidencia (TBE) señalando sus graves problemas metodológicos. De este modo, en primer lugar señalan que las TBE y la metodología de estudio utilizada para validarlas, comparten un número de características que pueden no ser adecuadas para la investigación de la eficacia de los tratamientos psicológicos:

- Los tratamientos psicológicos están normalmente referidos a trastornos del Eje I - del correspondiente Manual de Psicopatología de la APA- y los pacientes son evaluados para maximizar la homogeneidad del diagnóstico y minimizar la co-

ocurrencia de condiciones que pudieran incrementar la variabilidad en la respuesta al tratamiento.

- Los tratamientos son protocolizados y establecidos para un periodo breve y fijo de tiempo con el fin de minimizar la variabilidad intragrupo.
- Los resultados del estudio se centran principalmente (aunque no necesariamente de forma exclusiva) en las respuestas desadaptativas o desadaptadoras que son el foco del estudio.

Estas características van orientadas a maximizar la validez interna del estudio, dada la “limpieza” del diseño. De hecho, un experimento válido es aquel en el cual el experimentador asigna a los sujetos aleatoriamente, manipula una pequeña parte de las variables, controla las potenciales variables extrañas y estandariza los procedimientos para poder estar en disposición de plantear unas conclusiones con la menor ambigüedad posible sobre la relación causa-efecto. Westen et al. (2004) no ponen en duda que estas características sean valiosas, sino que argumentan que no son válidas de forma generalizada y no deben aplicarse de forma indiscriminada. Ellos plantean que los efectos de estos tratamientos breves protocolizados son altamente variables entre los distintos trastornos psicológicos. De hecho, en un repaso meta-analítico de las TBE, estos autores concluyeron que, con la excepción del tratamiento cognitivo-conductual para el Trastorno de Pánico, la mayoría de pacientes que los recibieron para el resto de trastornos revisados (Depresión, TOC, Bulimia Nerviosa y TEPT) no se recuperaron. Seguían presentando las respuestas desadaptadas aunque hubieran mostrado una reducción en la frecuencia, duración e intensidad las mismas. Por ello, los pacientes tuvieron que continuar en tratamiento e incluso algunos de ellos volvieron al mismo punto dentro del primer o segundo año de seguimiento. Estos resultados no fueron atribuibles a variables del terapeuta, ya que el tratamiento fue llevado a cabo por psicólogos y psiquiatras expertos bajo supervisión, que además estaban altamente convencidos del éxito del tratamiento que aplicaban.

En resumen, Westen et al. (2004) no tratan de argumentar en contra el uso de los ECA para establecer la eficacia de los tratamientos psicológicos, sino que defienden que se debe hacer un uso adecuado de ellos. Y es precisamente este interés por hacer un uso adecuado de los ECAs para validar los tratamientos psicológicos el que hizo que los

investigadores se centraran en averiguar cuáles eran los factores relevantes en la eficacia de las intervenciones psicológicas, lo que veremos en el siguiente apartado.

1.1.2.4 Variables o factores relevantes en la eficacia de las intervenciones psicológicas

Ya entre 1977 y 1982 se observó un relativo consenso de distintos autores aportando indicadores similares de efectividad terapéutica entre los distintos tratamientos (Bergin y Lambert, 1978; Shapiro y Shapiro, 1982; Smith y Glass, 1977; Strupp, 1978). Por ello, simultáneamente al desarrollo de los manuales de tratamiento y la investigación en TBE, se inició una línea de investigación adicional en el área de los tratamientos psicológicos que consistió en averiguar los factores o variables que podían influir en la eficacia de las intervenciones psicológicas. Sin embargo, para ello era necesario investigar el proceso terapéutico.

El seguimiento de la evolución de un paciente en tratamiento, es seguramente uno de los aspectos más importantes y a su vez más complejo dentro del proceso terapéutico. Sin embargo, la validez de la evaluación del tratamiento psicológico ha planteado desafíos que requieren incluir múltiples variables que influyen en este proceso, desarrollar constructos cuantificables y disponer de muestras de pacientes que permitan obtener resultados significativos (Valdivieso, 1994). En este contexto, la observación clínica ha sido una técnica muy utilizada, aunque tiene sesgos importantes (Sanz, 2001). Sin embargo, los tests psicológicos pueden ser herramientas útiles para complementar la detección de cambios en las respuestas de los pacientes durante un tratamiento. Aportan las ventajas de estandarización, disminución del sesgo y recolección de información, siendo relevante su *sensibilidad al cambio*, entendida como la capacidad del instrumento para reflejar los cambios consecuentes a un avance terapéutico (Lambert y Hill, 1994). De este modo, en la investigación de proceso del tratamiento psicológico, la información es obtenida principalmente a través de un enfoque experimental y cuantitativo para determinar el monto de los cambios terapéuticos (Cáceres, Fernández y Sanhueza, 1990). En esta área de estudio, una discusión importante se refiere a la consideración del cambio terapéutico como estadísticamente significativo versus clínicamente significativo. Jacobson y Truax (1991) planteaban que el *efecto estadístico* se refiere a una diferencia real como opuesta a una que es ilusoria, cuestionable o poco fiable y cuyo valor, que es

netamente probabilístico, no considera su importancia clínica. Estos autores sugirieron integrar a la significación estadística algunos criterios para evaluar la significación clínica de los resultados experimentados por el paciente, llegando a proponer la construcción de un *índice de cambio confiable*, basado en parámetros estadísticos previamente definidos en la población y que permitieran reflejar el paso del paciente desde una población que reunía los criterios diagnósticos para un trastorno psicológico a una población que no los cumplía.

Inevitablemente, la investigación de los factores que influyen en la eficacia de los tratamientos psicológicos va asociada al estudio de la eficacia de los tratamientos, que según Seligman (1995) debiera tener las siguientes características:

- a) Los pacientes son asignados al azar a las condiciones de tratamiento o control.
- b) Los controles son rigurosos. No solamente son incluidos los pacientes que no reciben tratamientos, sino que son usados los placebos que contienen ingredientes terapéuticos creíbles para el paciente y el terapeuta, para controlar la influencia del *rapport*, las expectativas de ganancia y atención empática (factores no específicos).
- c) Hay un manual de tratamiento, con descripciones muy explícitas y detalladas de tratamiento. La fidelidad al manual es evaluada a través del uso de grabaciones en video.
- d) Los pacientes son vistos en un número fijo de sesiones.
- e) Los resultados esperados están bien delimitados operativamente.
- f) Los jueces y quienes diagnostican no saben de qué grupo proviene el paciente.
- g) Los pacientes cumplen los criterios diagnósticos de un solo trastorno y los pacientes con múltiples trastornos son excluidos.
- h) Se hace un seguimiento de los pacientes durante un período fijo después del término del tratamiento mediante una batería de evaluación.

Por lo tanto, la comparación de la eficacia de diferentes formas de tratamientos psicológicos tiene implicaciones importantes para nuestra comprensión de cómo funciona. Una explicación a que diferentes tipos de tratamiento psicológico obtengan una eficacia semejante sería que cada uno de ellos tiene sus propios mecanismos específicos para lograr el cambio y que éstos tienen aproximadamente la misma eficacia. A partir de

diferentes estudios de proceso de los tratamientos, muchos investigadores llegaron a la conclusión de que el cambio del paciente en el proceso deriva de la acción de variables inespecíficas o factores comunes compartidos por los diferentes enfoques (Opazo, 2001). Por supuesto, la explicación más parsimoniosa sería que los tratamientos psicológicos no difieren significativamente en su eficacia porque los ingredientes que funcionan son los factores comunes a todas las formas de tratamiento psicológico. Estas variables o factores serían entendidas como aquellos aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, que son comunes a cualquier tratamiento psicológico, independientemente de las técnicas o marco teórico empleado (Frances, 1985; Omer, 1989, citados ambos en Bagladi, Carrasco y Li-ra, 1992). El énfasis en las características comunes de los tratamientos psicológicos fue sugerido hace tiempo por Frank (por ejemplo, 1973, 1982), así como por otros investigadores mucho antes (por ejemplo, Rosenzweig, 1936; Schofield, 1964). Si diferentes tratamientos psicológicos conducen al mismo nivel de mejora, entonces en investigaciones futuras sería necesario no centrarse en la diferenciación entre éstos (por ejemplo, Beutler, 1979), sino más bien en la identificación de los factores terapéuticos comunes a todos ellos.

En línea con esto Russell (1994), como crítica a la TBE y refiriéndose al modelo conceptual que le subyace y al que denomina «la metáfora de la psicoterapia como medicamento», argumentó que el proceso terapéutico no se puede separar del resultado final, tal como se hace en el ensayo clínico controlado, ya que existiría entre ambos, proceso y resultado, una relación de causalidad recíproca, de forma que en distintos momentos de la secuencia causal el resultado podría ser causa de cambios en las variables del proceso y viceversa. Del mismo modo defendió que tampoco se podría asumir, como ocurre en el caso del ensayo clínico, que el paciente sea un recipiente pasivo de la respuesta del terapeuta, ya que ambos, terapeuta y paciente, se implicarían en una interacción que gobernaría sus comportamientos en cada momento. Por ello, no se podría afirmar que el tratamiento psicológico sea un ingrediente puro.

También Garfield (1981) planteó que el cambio terapéutico se relacionaba con aspectos del paciente, del terapeuta, y de la relación que se establecía entre ambos. Por ello, bajo estos argumentos el objetivo de la investigación del proceso de tratamiento psicológico sería establecer los aspectos comunes a cualquier procedimiento de intervención psicológica, independientemente de las técnicas utilizadas. Chatoor y

Krupnick, (2001) apuntaron que los factores no específicos variaban según los terapeutas y la modalidad de tratamiento. Afirmaban también que dichos factores contribuían significativamente, ya que aportaban una cantidad mayor de la varianza de resultados que la aproximación de tratamiento específica utilizada. Consecuentemente, ellos concluían que era necesario que estos factores fueran incluidos en el diseño de investigación de la eficacia de los tratamientos psicológicos. Dentro de estos factores inespecíficos señalados por Chatoor y Krupnick (2001), se diferenciaron tres tipos: (a) Variables del Paciente; (b) Variables del Terapeuta; y (c) Variables de la interacción entre paciente y terapeuta, que incluirían la Alianza Terapéutica y la relación terapéutica. Posteriormente, se sumó a la investigación sobre los factores comunes de los tratamientos psicológicos, la investigación sobre variables implicadas en el proceso de tratamiento (Hubble et al., 1999; Lambert et al.; 2001; Miller, Duncan, Johnson y Hubble, 2004). En el siguiente apartado de la introducción teórica de nuestro estudio se expondrá una revisión de la literatura científica respecto a estos factores.

1.2 Investigación acerca de los factores no específicos del tratamiento psicológico o “factores comunes”

1.2.1 Variables del paciente

Respecto a las variables del paciente, dada la variabilidad interpersonal resulta difícil establecer aspectos comunes y hacer generalizables características personales que puedan condicionar el proceso de intervención psicológica. Posiblemente por esta razón la mayoría de hallazgos en este campo no presenta la suficiente evidencia como para ser confirmados en términos concluyentes. Por ejemplo, entre las variables del paciente más frecuentemente estudiadas se encuentran: las variables demográficas (sexo, edad y clase social), sin resultados significativos (Garfield, 1978); características de personalidad, con cierto apoyo empírico al constructo del “locus de control” (Schwartz y Higgins, 1979); y tipo de trastorno psicológico, siendo ésta, si se mide su nivel al inicio del tratamiento, la variable más consistentemente relacionada con los resultados del mismo (Bergin y Lambert, 1978; Beutler, 1983). Por ejemplo, en el estudio de Truax y Carkhuff (1967) se obtuvo que aquellos pacientes con Trastornos afectivos leves mostraron mayor mejoría que los pacientes con otro tipo de trastorno de mayor gravedad. Por esta razón, es importante controlar en las investigaciones de eficacia que los sujetos de los distintos

grupos de tratamiento no tengan diferencias estadísticamente significativas respecto a la gravedad de la psicopatología que presentan al inicio del tratamiento psicológico, ya que ésta es una variable ajena a los componentes del tratamiento que puede influir sobre los resultados del mismo.

1.2.2 Variables del terapeuta

En el tratamiento psicológico las respuestas de los terapeutas pueden ser variables, incluso perteneciendo a una misma escuela y habiendo sido entrenados para aplicar la misma técnica. Se sabe que esta variabilidad está determinada en parte por su forma de aplicar la técnica y por su experiencia, y ambas variables pueden relacionarse con el resultado del tratamiento. Para homogeneizar el comportamiento de los terapeutas en los estudios de investigación se ha generalizado el uso de manuales, como hemos comentado anteriormente. Ésta sería una buena estrategia para garantizar que todos los terapeutas que apliquen un mismo tipo de tratamiento psicológico emplearan la técnica de la misma forma. Sin embargo algunos autores como Testani (1993) argumentaron que el tratamiento psicológico administrado por medio de un manual es rígido e incapaz de responder a las necesidades cambiantes del paciente, mientras que si es aplicado sin manual el tratamiento puede ser abundante en recursos y adaptable a las necesidades de cada momento. Así, hay opiniones contrapuestas entre los investigadores, siendo necesario un estudio más profundo de qué variables del terapeuta son relevantes en los resultados del tratamiento psicológico.

En los próximos subapartados se recogen estudios referentes a distintos campos en investigación acerca de la influencia del terapeuta sobre la eficacia del tratamiento: (i) estudios sobre los efectos del terapeuta, que incluye análisis de la varianza de resultados atribuible a éste como factor que influye en la mejoría del paciente; (ii) estudios sobre el grado de entrenamiento del terapeuta, que examina este aspecto particular como factor del terapeuta que puede influir sobre los resultados del tratamiento; (iii) estudios sobre la experiencia del terapeuta, que recoge los estudios realizados acerca de la influencia que el nivel de experiencia de los terapeutas puede tener sobre el éxito obtenido tras la aplicación de un tratamiento psicológico; y (iv) conclusiones de los investigadores acerca de la diversidad de los resultados obtenidos.

1.2.2.1 Estudios sobre los efectos del terapeuta

Los estudios que han tenido en cuenta las características del terapeuta confirman que los terapeutas varían sustancialmente en su éxito incluso cuando tratan a pacientes que tienen el mismo trastorno y con el mismo protocolo de tratamiento (Blatt, Sanislow, Zuroff, y Pilkonis, 1996). En 2005 Wampold y Brown llevaron a cabo un estudio, en contexto clínico, para obtener el porcentaje de la varianza de los resultados debidos al terapeuta y hallaron, tomando en cuenta el nivel inicial de severidad de la clínica del paciente, un 5%. Un año más tarde, Wampold, Kim y Bolt (2006) encontraron que el 8% de la varianza de resultados se podía atribuir al terapeuta, mientras que el 0% era debido al tratamiento particular desarrollado. Sin embargo, ya en 1987, con el estudio de Shapiro y Firth, la importancia de las diferencias individuales entre terapeutas quedó patente: estos autores encontraron diferencias significativas en los resultados del tratamiento psicológico entre dos terapeutas que habían estado usando el mismo manual. Lo más curioso de estos resultados era que el estudio fue diseñado específicamente para reducir las diferencias individuales entre terapeutas. Algo semejante había ocurrido en el estudio de Luborsky, McClellan, Woody, O'Brien y Auerbach (1985), en el que se había aplicado un protocolo de tratamiento de adicción a opiáceos. En él compararon terapia conductual, tratamiento de apoyo-expresión emocional y *counseling*. Los tamaños del efecto variaron entre los 9 terapeutas, en un rango de .13 a .79, a pesar del intento de minimizar la varianza entre ellos. Los autores concluyeron que “se encontraron profundas diferencias entre los terapeutas” (p. 602).

Más recientemente, Okiishi, Lambert, Nielsen y Ogles (2003) realizaron la que se considera hasta la fecha la mejor estimación de la magnitud de las diferencias entre terapeutas en un contexto ecológico. Realizaron el estudio con el fin de analizar las diferencias entre terapeutas respecto a la mejoría de sus pacientes. Para ello, los datos se analizaron mediante un modelo lineal jerárquico, procedimiento con el que se pueden representar los patrones de crecimiento individuales y que es utilizado en diversos estudios sobre los efectos del terapeuta en los resultados del tratamiento psicológico (por ejemplo, Anderson et al. 2009 o Dinger et al., 2008). Este tipo de metodología estadística permite determinar si algunas variables de los terapeutas o si los terapeutas mismos podrían ser responsables de las diferencias en los resultados de sus clientes. Encontraron una variabilidad significativa en los resultados de los 1.841 clientes que fueron tratados

en un centro universitario de orientación. Los análisis indicaron que los clientes diferían significativamente en su porcentaje de cambio, mostrando un amplio rango de variabilidad. Sin embargo, estas diferencias no se debieron a las cuatro características de los terapeutas que fueron examinadas: grado de entrenamiento (licenciado, máster o doctor), tipo de entrenamiento (psicólogo clínico, *counseling* y trabajador social); sexo (hombre o mujer); y orientación teórica predilecta (cognitivo-conductual/conductual, humanista/existencial y psicodinámica/experiencial). En análisis posteriores, en una actualización de este estudio, Okiishi et al. (2006) hallaron que los efectos del terapeuta representaban la principal causa de variación en los resultados del cliente. Sin embargo, los intentos de identificar el origen de estos efectos del terapeuta no fueron informativos. Los resultados indicaron que estos efectos no eran atribuibles a una variedad de rasgos del terapeuta, como: sexo, tipo de formación u orientación teórica. Por lo tanto, la fuente de estos efectos en los estudios en contexto ecológico sigue siendo desconocida. Esto apoyó la idea de que incluso aunque el entrenamiento de los terapeutas se centrara en enseñar técnicas específicas, quizás su propia individualidad fuera la responsable de la variación en los resultados del tratamiento.

Sin embargo ¿en qué variables residen estas diferencias? Okiishi et al. (2006) no hallaron diferencias significativas en los resultados de sus clientes teniendo en cuenta las cuatro variables anteriormente nombradas, obteniendo así resultados consistentes con otras investigaciones al respecto (por ejemplo, Beutler, Machado, y Neufeldt, 1994). Por otra parte, Burns y Nolen-Hoeksema (1992) hallaron que los pacientes depresivos que fueron tratados por terapeutas más cálidos y empáticos (a partir de medición con la escala “*The Empathy Scale*”- ES; Persons y Burns, 1985) mejoraron significativamente más que los pacientes de terapeutas con puntuaciones menores en esta escala, habiendo controlado previamente el nivel inicial de depresión de los pacientes y el cumplimiento de tareas para casa, en el contexto de un tratamiento cognitivo-conductual. Esto indicó que incluso en una forma de tratamiento estructurado como fue éste, la calidad de la relación terapéutica tuvo un impacto sustancial en el grado de mejoría del paciente. Sin embargo, al ser datos provenientes de un estudio correlacional no se pudo establecer una relación causa efecto entre el nivel de empatía de los terapeutas y los resultados en este tratamiento psicológico para la depresión. También Huppert et al. (2001) hallaron en sus resultados efectos del tratamiento atribuibles al terapeuta. Realizaron un ensayo donde participaron varios

centros de intervención, aplicando un tratamiento cognitivo-conductual para el Trastorno de Pánico, y encontraron que los tamaños para las diferentes medidas de los efectos del terapeuta iban desde el 1% al 18%.

De nuevo, ante estudios con resultados tan dispares entre sí, era necesario realizar un estudio que comparara estos hallazgos con el fin de obtener algunas conclusiones clarificadoras. En 1991 Crits-Christoph et al. realizaron un importante meta-análisis que ha sido durante muchos años el estudio referente sobre los efectos del terapeuta. Los autores pretendían examinar los factores que podrían explicar las diferencias en la eficacia del terapeuta que ya habían sido evidenciados en resultados de investigaciones anteriores. Las variables investigadas fueron: (1) el uso de un manual de tratamiento; (2) el nivel medio de la experiencia del terapeuta; (3) la duración del tratamiento; y (4) el tipo de tratamiento (cognitivo-conductual frente a psicodinámico). El meta-análisis se realizó con los datos provenientes de un total de 15 estudios, que produjeron un total de 27 grupos de tratamiento. Para cada grupo de tratamiento, la cantidad de varianza de resultados debido a las diferencias entre terapeutas se calculó y sirvió como variable dependiente para el estudio. Para cada grupo de tratamiento individual se codificaron las anteriores cuatro variables y se realizó un análisis de regresión múltiple donde se relacionaron las variables independientes y la magnitud de los efectos del terapeuta. Un hallazgo importante fue que las diferencias entre los terapeutas respecto a los resultados obtuvieron un tamaño del efecto medio de magnitud media (.30), según el criterio de Cohen (1988). Los resultados indicaron que el uso de un manual de tratamiento y la experiencia de los terapeutas (medida según años de experiencia) eran las variables del terapeuta que más se asociaban a los resultados del tratamiento. Estas variables dieron las mayores correlaciones parciales con un tamaño del efecto alto (.50) y medio (.30). Este meta-análisis tuvo una serie de limitaciones que es necesario mencionar. En primer lugar, el relativamente pequeño tamaño de la muestra ($k = 27$) limitó su poder estadístico. En segundo lugar, que se agrupara el tipo de tratamiento en dos grandes categorías (cognitivo-conductuales frente a psicodinámica) pudo haber ocultado los resultados significativos que podrían haberse obtenido en un análisis más detallado del tratamiento específico aplicado. Una tercera limitación fue que se analizaron los resultados a partir de todas las medidas disponibles sin ningún tipo de atención a las diferencias entre las mismas, sin que se considerara su papel en la interpretación de los resultados. En cuarto

lugar, otra limitación fue que las características de la muestra de los pacientes (sexo, edad, diagnóstico), no fueron examinadas, pudiendo ser un factor importante en la estimación de los efectos del terapeuta. En cuanto a esta última limitación, Crits-Christoph et al. (1991) citan el estudio de Woody, McLellan, Luborsky y O'Brien (1985). Estos autores defendieron que los pacientes con ciertos trastornos psicológicos (por ejemplo, Depresión y Trastorno de Pánico) puede que respondan al tratamiento de manera más uniforme, mientras que otros tales como el Trastorno de Personalidad Antisocial, puede que no respondan al tratamiento en absoluto, por lo que no se reflejarían las diferencias en eficacia de los terapeutas.

Otro aspecto a tener en cuenta a la luz de los resultados del meta-análisis de Crits-Christoph et al. (1991) es que la experiencia del terapeuta puede interactuar con las características del paciente. Por ejemplo, con los pacientes difíciles, tales como aquellos con un Trastorno Límite de la Personalidad, la experiencia del terapeuta puede ser crucial. Por otro lado, en el tratamiento de Fobias simples o Fobia social, con un enfoque cognitivo-conductual, se pueden alcanzar buenos resultados independientemente de la experiencia del terapeuta (Olivares-Olivares, 2011; Olivares-Olivares, Montesinos, Rosa-Alcázar, y Macià, aceptado para su publicación). También el número de años de experiencia del terapeuta trabajando con una población en particular (por ejemplo, pacientes ancianos deprimidos) puede ser más importante que el número total de años de experiencia, como se midió en el meta-análisis de Crits-Christoph et al. (1991). Por último, sus resultados apoyaron el movimiento en el campo de la investigación de resultados de los tratamientos psicológicos hacia la estandarización de las variables de tratamiento mediante la utilización de manuales y el uso de terapeutas experimentados sometidos a criterios de rendimiento antes del inicio de los estudios. Estos procedimientos, según los autores, podrían reducir la variabilidad debido a las diferencias entre los terapeutas.

En cuanto a los hallazgos de otros estudios publicados (Crits-Christoph y Mintz, 1991), estas dos variables mencionadas (experiencia del terapeuta y utilización de manual de tratamiento) fueron relevantes en los estudios donde se obtuvieron mayores diferencias en los resultados del tratamiento, posiblemente porque fueron menos controladas. De hecho se habían realizado con terapeutas menos experimentados y no se utilizaron manuales de tratamiento. Crits-Christoph y Mintz (1991) argumentaron que al ignorar los

factores asociados al terapeuta, algunos investigadores pudieron haber aportado diferencias entre tratamientos que se debieron a las diferencias *inter*-terapeutas.

Aunque respecto al terapeuta se han estudiado tanto sus características demográficas (edad, sexo, raza) como sus características de personalidad (Brammer, 1979; Bergin y Lambert, 1978; Lerner, 1974; Rogers, 1957), las variables más frecuentemente estudiadas por la rigurosidad alcanzable en su metodología de investigación y por la importancia de los resultados hallados son: el grado de Adherencia y Competencia del terapeuta respecto a un protocolo de tratamiento; el grado de entrenamiento del terapeuta; y el nivel de experiencia del terapeuta. A continuación, se hará una exposición de los estudios y resultados hallados más importantes de las dos últimas variables mencionadas, ya que las dos primeras (Adherencia y Competencia del terapeuta) serán expuestas con mayor profundidad en apartados posteriores por ser las dos variables objeto de este estudio meta-analítico.

1.2.2.2 Estudios sobre el grado de entrenamiento de los terapeutas

Los estudios sobre las actitudes y habilidades del terapeuta y su relación con la eficacia del tratamiento comenzaron en la década de 1950, época en la que se inició el abordaje de la terapia centrada en el cliente y la utilización de dispositivos de grabación audiovisual en las sesiones de tratamiento. Muchas de estas formulaciones culminaron con la elaboración de entrenamientos “didáctico-experimentales”, que combinaban la instrucción didáctica en una teoría, ideas de instrucción programada, modificación del comportamiento, teoría de aprendizaje social, y grupos de tratamiento psicológico para ayudar a los entrenados a desarrollar habilidades terapéuticas.

Para estudiar la importancia del entrenamiento recibido sobre los resultados terapéuticos, el diseño de los estudios ha consistido en comparar a terapeutas profesionales y no profesionales que han sido entrenados en la aplicación de tratamientos concretos (por ejemplo, Olivares-Olivares, 2011; Olivares-Olivares, Montesinos, Rosa-Alcázar, y Macià, aceptado para su publicación). En el trabajo de Berman y Norton (1985) se recogieron 31 estudios en los que se compararon terapeutas profesionales y no profesionales entrenados en una técnica específica (relajación o desensibilización sistemática). Los autores no hallaron diferencias significativas en la eficacia de ambos

grupos. Este meta-análisis se realizó tras eliminar estudios de dudosa validez experimental, y que estaban incluidos en un anterior estudio meta-analítico (Hattie, Sharpley y Rogers, 1984) en el que se obtenían mejores resultados por parte de los no profesionales entrenados.

Otros resultados han sido los de Devol (1976), Stein y Lambert (1995) o Burlingame et al. (1989). Devol (1976) encontró que a más nivel de entrenamiento en el tratamiento psicodinámico de tiempo limitado, mayor cambio clínico significativo. Stein y Lambert (1995) hallaron un tamaño del efecto medio-bajo positivo entre resultados del tratamiento psicológico y nivel de entrenamiento. Este efecto fue más fuerte para los informes de satisfacción de los clientes que para las medidas pre- y post- de los test psicológicos y otras medidas de cambio. Este modesto efecto a favor de los terapeutas más entrenados también se observó a partir de la variable “número de abandonos del tratamiento”, que se halló que era menor en estos terapeutas. Por el contrario, no ocurrió así en el estudio de Burlingame et al. (1989), donde el nivel de entrenamiento no estaba relacionado con la efectividad de un tratamiento *counseling* en el contexto de intervención en crisis.

Por lo tanto, no se observa una evidencia clara respecto a que el nivel de entrenamiento de los terapeutas sea una variable que influya de manera positiva y significativamente en los resultados del tratamiento psicológico. El meta-análisis de Berman y Norton (1985) y el estudio de Devol (1976) mostraron resultados a favor de los terapeutas con más nivel de entrenamiento, mientras que los estudios de Stein y Lambert (1995) y Burlingame et al. (1989) no aportaron diferencias estadísticamente significativas en los resultados obtenidos por los terapeutas según su nivel de entrenamiento.

1.2.2.3 Estudios sobre la experiencia del terapeuta

La dificultad del estudio de esta variable está en que es complicada de definir operativamente. Beutler (1997) por ejemplo argumentó que el número de años que transcurren desde que un terapeuta obtiene su título profesional hasta que ejerce no es una variable representativa de su nivel de experiencia. Este autor sugirió que los años transcurridos desde la graduación podría ser una medida apropiada de la experiencia sólo si: (a) lo que ocurre en el periodo de tiempo estimado es lo mismo para todos aquellos

terapeutas incluidos dentro de este periodo de tiempo; y (b) la naturaleza de los eventos a los cuales los terapeutas han sido expuestos durante el paso de ese tiempo es relevante para el tipo de actividades que han sido designadas en el estudio. La propuesta que Leon et al. (2005) hicieron para el estudio de la influencia de esta variable del terapeuta sobre los resultados del tratamiento, fue examinar la experiencia de éste respecto a haber tratado un determinado tipo de paciente y evaluar su eficacia posterior al tratar a otro paciente de características semejantes. En su estudio Leon et al. (2005) encontraron que los terapeutas pudieron hacer uso de la experiencia previa al tratar tiempo después a pacientes de características clínicas (diagnóstico clínico) y demográficas (edad, sexo y raza) parecidas, aunque para que este beneficio pudiera ser aprovechado no debían transcurrir más de dos meses y medio entre un paciente y otro.

Sin embargo, aunque finalmente la mayoría de investigadores se han basado en el número de años de ejercicio profesional para clasificar la experiencia del terapeuta como alta, media o baja, el número de años que han considerado para clasificar a los terapeutas dentro de cada una de estas categorías varía entre los diferentes estudios. Probablemente por ello los resultados obtenidos respecto al efecto de esta variable sobre la eficacia del tratamiento psicológico hayan sido tan heterogéneos. A continuación se citan algunos:

- Orlinsky y Howard (1980) hallaron que la experiencia estaba fuertemente asociada a mejores resultados; concretamente, a partir de seis años de ejercicio profesional.
- También Burlingame (1989) observó, en un programa de tiempo limitado, que los clientes con terapeutas de más experiencia demostraban estimaciones de resultado superiores a aquellos que estaban siendo tratados por terapeutas con menos experiencia. Esta supremacía en los resultados para terapeutas con más experiencia se repitió en estudios realizados aplicando tratamiento cognitivo-conductual (Burns et al., 1992), *counseling* (Scher, 1975) y técnicas de reducción de la activación (Carey y Burish, 1987); hallando incluso en esta variable un potente predictor de los resultados del tratamiento psicológico (Bush et al., 1986).
- En cambio Vocisano et al. (2004) no hallaron resultados positivos. Estos autores aplicaron tres tipos de tratamiento (cognitivo-conductual, farmacológico o ambos) a pacientes depresivos crónicos, no encontrando relación entre el cambio en las puntuaciones de la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD) y las variables:

sexo, edad y años de experiencia del terapeuta. Tampoco Piacentini et al. (2002) encontraron relación entre la experiencia del terapeuta y las respuestas al tratamiento cognitivo-conductual en niños diagnosticados de Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Hace algunos años, Tuma et al. (1978) hallaron que la experiencia del terapeuta y su habilidad clínica no parecían relacionadas significativamente con los resultados en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia, conclusiones a las que llegaron otros autores (Halweg et al., 2001; Shelton y Madrazo-Peterson, 1978).

- Crits-Christoph et al. (1991) analizaron la relación de la experiencia del terapeuta con los “efectos del terapeuta”. Los autores concluyeron que los resultados obtenidos mostraron que los terapeutas con más experiencia producían resultados más homogéneos entre terapeutas, comparado con los terapeutas con menos experiencia.
- Winkler et al. (1989) apuntaron que la evidencia sugería que la experiencia es un factor que se asocia indirectamente con el éxito del tratamiento a través del grado de entrenamiento del terapeuta, la edad y el tipo de pacientes que recibe, existiendo diferencias en estos aspectos entre terapeutas tengan más o menos nivel de experiencia. Por lo tanto, concluyen que paralelamente al estudio de la influencia del nivel de experiencia de los terapeutas, había que controlar estas variables.

En síntesis, la revisión de las investigaciones al respecto nos muestra la ausencia de conclusiones coherentes acerca de cómo la experiencia del terapeuta influye sobre los resultados del tratamiento psicológico. Probablemente esta falta de homogeneidad, como ya hemos dicho, se deba en parte a la dificultad para definir operativamente esta variable. En definitiva, sirvan estos resultados para que ante la ausencia de conclusiones claras, no se pueda afirmar que un terapeuta con experiencia es un terapeuta experto. El término “experto” alude a tres características: habilidad, competencia y experiencia; pero no sólo a esta última. Erróneamente, se ha asumido que un terapeuta experto es un terapeuta con varios años de ejercicio profesional en la práctica clínica, sin embargo éste todavía tendrá que mostrar su competencia (nivel de conocimientos teóricos) y de su habilidad (grado de pericia en la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos) para poder ser considerado un experto en su ejercicio profesional. Los años de experiencia no son más

que el escenario temporal en el que un experto habrá podido llegar a serlo, pero en este escenario no todos llegan a conseguirlo, y menos aún en un periodo determinado de tiempo. Por ello probablemente los años de experiencia no serán por sí solos un indicador fiable de lo experto que resulte un terapeuta (véase Olivares-Olivares, 2011).

Finalmente, en el siguiente subapartado mostramos las conclusiones extraídas por los investigadores acerca de la influencia de las variables del terapeuta en los resultados del tratamiento psicológico.

1.2.2.4 Conclusiones sobre la diversidad de resultados en los estudios que analizan la influencia de las variables del terapeuta

Como hemos visto, aunque los investigadores realicen estudios para controlar los efectos debidos al terapeuta, hasta ahora los resultados parecen seguir estando influidos por esta variable. Si en algo han coincidido muchas de estas investigaciones ha sido en señalar al terapeuta como una variable que explica un porcentaje importante de la varianza de resultados.

Sin embargo, un problema a la hora de comparar los resultados de los distintos estudios realizados ha sido que se han utilizado diversos modelos estadísticos para determinar los efectos del terapeuta, teniendo cada modelo una conceptualización diferente de la varianza del terapeuta. Así, el modo de analizar estadísticamente esta variable también ha sido cuestión de debate: algunos investigadores recomiendan utilizar un diseño estadístico de efectos fijos. Sin embargo, otros muchos investigadores han acordado que la variable “terapeuta” debería ser tratada como un factor variable en un modelo multivariado para generalizar adecuadamente los resultados. Utilizar un modelo de efectos fijos significaría “asumir que hay una homogeneidad subyacente en los efectos del tratamiento para todos los estudios, lo que podría llevar a disminuir la validez de los resultados” (National Research Council, 1992, p.187). Los modelos de efectos fijos, además de requerir menores supuestos, conllevan una estimación más conservadora y por tanto conducen a conclusiones más seguras (Cooper, Hedges, y Valentine, 2009; Hunter y Schmidt, 2004). Un modelo de efectos aleatorios asume que los estudios analizados son seleccionados de una población de estudios y que los resultados son generalizables al universo de estudios.

Analizados de un modo u otro, los resultados hallados coinciden también, paradójicamente, en su disparidad. Puede ser que esta diversidad de resultados respecto a las variables del terapeuta se deba a las conclusiones ya extraídas por Lafferty et al. (1989), quienes indicaron que las variables del terapeuta más relacionadas con la mejoría del paciente son aquellas que tienen que ver con lo que hace el terapeuta en consulta, más allá de sus características personales como ajuste personal u orientación teórica. En sus conclusiones estos autores dieron mayor importancia a la empatía y la capacidad de influencia del terapeuta, lo que se observó en los terapeutas más efectivos. Para llegar a estos resultados se aseguraron de controlar estadísticamente la ausencia de diferencias significativas entre la gravedad del trastorno psicológico y las características de la muestra de pacientes asignados. Es decir, que controlaron las variables del sujeto que hemos comentado en subapartados anteriores.

Ante la falta de conclusiones firmes sobre variables del sujeto y variables del terapeuta, muchos investigadores empezaron a estudiar la influencia que la interacción entre ambos tipos de variables podía obtener sobre los resultados del tratamiento (por ejemplo, Horvath y Bedi, 2002; Horvath y Symonds, 1991; Martin et al., 2000). De este modo, en 1970 Bordin definiría el constructo “Alianza Terapéutica”, alrededor del cual surgirían diversas investigaciones que han sido recogidas en el meta-análisis de Horvath et al. (2011), y que comentaremos en el siguiente apartado.

1.2.3 Variables de interacción: la Alianza Terapéutica

Las variables del paciente y del terapeuta covarían en el espacio y tiempo del tratamiento psicológico, por lo que resulta interesante analizar la interacción que puede haber entre ellas. De hecho, dado que el tratamiento psicológico tiene lugar en el contexto de una relación entre dos personas, existen una serie de características peculiares que pueden facilitar el inicio de un proceso de cambio que sea terapéutico para el paciente. Más concretamente, Brammer (1979) plantea que el medio que posibilita el cambio en el proceso dinámico es la relación terapéutica.

En este marco de discusión y tras una década de trabajo Bordin (1975, 1976, 1989, 1994) presentó una definición transteórica que postulaba que la Alianza Terapéutica sería una relación explícita que involucra acuerdos y colaboración entre terapeuta y paciente

integrada por tres componentes: *metas*, *tareas* y *vínculo* que en combinación definirían la calidad y fuerza de toda Alianza. De este modo, para Bordin la Alianza es principalmente el alcance de un estado de colaboración en el tratamiento que se construye en base a estos tres componentes: (1) los acuerdos en las metas terapéuticas; (2) el consenso sobre las tareas que realizar en el tratamiento; y (3) el vínculo entre cliente y terapeuta. Él predijo que diferentes tratamientos darían lugar a diferentes tipos o formas de relación, además de que el tipo de Alianza de trabajo más adecuada sería diferente según las distintas orientaciones teóricas.

A partir de entonces el concepto de Alianza Terapéutica (AT) fue usado en términos generales para explicar la relación existente entre terapeuta y paciente durante el proceso terapéutico (Hartley, 1985). Según Gaston (1990) la Alianza Terapéutica ha sido considerada para incluir tanto la influencia de las experiencias pasadas del paciente y terapeuta como los distintos aspectos de la relación existente entre ellos. Del mismo modo, para Gelso y Carter (1994) este concepto tiene su origen en la terapia psicodinámica y se refiere a la compleja transacción entre terapeuta y paciente, en la cual cada uno lleva consigo al tratamiento sus características, personalidad e historia.

Así, ha habido un creciente interés por esta variable a la vez que ha emergido como un predictor importante en los resultados terapéuticos (Horvath y Bedi, 2002; Horvath y Simons, 1991; Martin et al., 2000). Lo que más motivó el aumento en el interés del estudio de la Alianza Terapéutica fueron los consistentes hallazgos de una moderada relación entre ésta y los resultados del tratamiento psicológico en diversos trastornos, técnicas y contextos de aplicación (Horvath y Bedi, 2002; Horvath y Symonds, 1991; Martin, Ganske, y Davis, 2000). Horvath (2005) planteó que la correlación entre ambas variables (Alianza Terapéutica y resultados) era moderada pero significativa (correlaciones entre .22 y .68, según el tipo de resultado estudiado).

Sin embargo, debemos tener en cuenta que lo que sabemos sobre la Alianza y su relación con los resultados y otras variables del tratamiento psicológico ha sido recogido de los estudios que, en la práctica, definen la Alianza por el instrumento de medida utilizado. De este modo, el instrumento definiría al constructo.

Un detallado estudio que recoge este aspecto y analiza la relación entre Alianza Terapéutica y resultados del tratamiento psicológico, ha sido realizado recientemente por Horvath et al. (2011). Estos autores han publicado un meta-análisis en el que incluyeron 190 estudios entre los cuales hallaron alrededor de 30 instrumentos diferentes para la medida de la Alianza, habiendo excluido las diferentes versiones del mismo instrumento. De forma similar a estudios previos, hallaron que las cuatro principales medidas eran:

- ✓ *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS, Gaston y Marmar, 1994)
- ✓ *Helping Alliance Questionnaires* (HAq, Alexander y Luborsky, 1987)
- ✓ *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* (VPPS, O'Mally, Suh y Strupp, 1983)
- ✓ *Working Alliance Inventory* (WAI, Horvath y Greenberg, 1986)

Estas cuatro medidas explicaron aproximadamente dos tercios de los datos. Examinando la estructura factorial compartida entre WAI, CALPAS, y HAq, el concepto de “relación de colaboración confidencial” fue el aspecto central en común (Hatcher et al., 1995; Hatcher y Barends, 1996). Cada uno de estos cuatro instrumentos ha sido utilizado a lo largo de unos 20 años y ha demostrado niveles aceptables de consistencia interna. Se consideró que las estimaciones de la Alianza entre clientes y terapeutas utilizadas para estas cuatro medidas principales estaban en un rango de .81 a .87 (índice alfa de Cronbach). Sin embargo la varianza compartida, incluso entre estas cuatro medidas bien establecidas, mostró ser inferior al 50% (Horvath, 2009).

Horvath et al. (2011) se basaron en tres meta-análisis previos (Horvath y Bedi, 2002; Horvath y Symonds, 1991; Martin, Garske, y Davis, 2000) para localizar los estudios entre 1973 y 2000, mientras que los estudios desde 2000 a 2009 fueron hallados en la base de datos PsycINFO, utilizando los mismos parámetros que Horvath y Bedi (2002). Los autores se centraron en estudiar la relación entre Alianza Terapéutica y resultados en el tratamiento psicológico individual. Utilizaron un modelo de efectos aleatorios para estimar los resultados, obteniendo que el tamaño del efecto medio fue estadísticamente significativo, lo que indicaba una moderada relación entre Alianza y resultados ($r = .275$, $p < .001$), con un intervalo de confianza al 95% entre .249 y .301. También encontraron que la variable Alianza Terapéutica explicaba aproximadamente un

7,5% de la varianza de los resultados en el tratamiento. La magnitud de la relación hallada en este meta-análisis fue un poco mayor pero similar a los valores obtenidos por estudios previos (Horvath y Bedi, 2002, $r = .22$, $k = 26$; Martin, Graske y Davis, 2000, $r = .22$, $k = 79$). Este dato es similar al que obtuvieron Horvath y Symonds (1991), en el que los autores hallaron un tamaño del efecto con un valor de $r = .26$.

Horvath et al. (2011) también exploraron la hipótesis de Bordin (1976, 1994) que predecía que distintos tipos de tratamiento darían lugar a distintos tipos de Alianza. Para ello, compararon los tamaños del efecto obtenidos por los estudios según si el tratamiento psicológico aplicado era cognitivo-conductual, terapia interpersonal, terapia psicodinámica o tratamiento en contextos de abuso de sustancias. Los tamaños del efecto para cada tipo de tratamiento fueron altamente significativos, aunque un análisis comparativo entre las categorías de tratamiento indicó que las diferencias entre ellas no eran estadísticamente significativas ($Q_B = 4,85$, $GL = 3$, $p = .183$). Estos datos apoyan los hallazgos de Marmar, Gaston, Gallagher y Thomson (1989), quienes utilizando la escala CALPAS como instrumento de medida de la Alianza Terapéutica, obtuvieron que ésta se relacionaba positivamente con los resultados en los tres tipos de tratamiento psicológico (conductual, cognitivo y terapia psicodinámica breve).

En resumen, Horvath et al. (2011) condensan en los siguientes puntos algunos de los aspectos más importantes de esta variable para la práctica terapéutica:

- “Alianza” no es lo mismo que “relación terapéutica”. La relación terapéutica se construye a partir de una serie de elementos indivisibles (empatía, responsividad, crear un lugar seguro de desarrollo, etc.). La Alianza es un modo de conceptualizar una buena relación terapéutica que ha sido conseguida por un uso apropiado de los elementos presentes en la relación.
- El fomento de la Alianza no es independiente de las intervenciones del terapeuta para ayudar a los clientes. Está influenciado por éstas y es una parte esencial e inseparable de todo lo que ocurre en el tratamiento.
- El desarrollo temprano de una buena Alianza en el tratamiento psicológico es fundamental para el éxito terapéutico. Un marco de colaboración permite crear un escenario más favorable para la implementación del tratamiento.

- La Alianza es importante en todas las formas de tratamiento, incluyendo tratamientos que utilizan algún medio de comunicación (por ejemplo, Internet, teléfono). Diferentes formas de tratamiento lleva a distintas fuentes relacionales y diferentes niveles de intensidad e intimidad. Terapeuta y cliente deben encontrar el nivel de colaboración adecuado para lograr el trabajo terapéutico.
- En las fases iniciales del tratamiento, y modulando los métodos de intervención (tareas), es importante adaptar las necesidades específicas, expectativas, y capacidades de los clientes para construir la Alianza. Los clientes con frecuencia no son consciente de sus expectativas respecto al tratamiento y de cómo ellos tienen que participar en el proceso.
- Los terapeutas necesitan una estrecha monitorización de la perspectiva del cliente respecto a la Alianza durante el tratamiento. Es frecuente que las percepciones de clientes y terapeutas, particularmente en las fases iniciales del tratamiento, no coincidan. No tener en cuenta las percepciones del cliente sobre la Alianza puede llevar a que las intervenciones terapéuticas sean menos efectivas.
- Los clientes que presentan una elevada ansiedad interpersonal o con Trastornos de Personalidad tienden a ser particularmente cambiantes en términos del desarrollo y mantenimiento de la Alianza.

En este contexto Horvath et al. (2011) concluyen una relación significativa entre Alianza terapéutica y resultados del tratamiento psicológico. Matizan una serie de aspectos sobre la Alianza a tener en cuenta y a cuyas conclusiones han llegado a través del estudio de variables moderadoras que podrían estar influyendo en esta relación, pero cuya revisión no ha sido incluida en el presente trabajo por exceder los objetivos de nuestro estudio.

Como hemos visto, entre los aspectos más importantes recogidos por Horvath et al. (2011) se incluyen la importancia de que el terapeuta reciba información acerca de la Alianza percibida por el paciente y que tenga en cuenta las expectativas de éste sobre el tratamiento psicológico que va a recibir. Por lo tanto, aunque cuando se comenzó a investigar sobre la interacción entre variables del sujeto y variables del terapeuta ésta se centró en el constructo Alianza Terapéutica y los tres componentes indicados por Bordin (1975), el interés por las variables que tienen lugar en el proceso del tratamiento psicológico ha progresado hacia otros aspectos que pueden jugar un importante papel en

los resultados, en concreto: (a) la importancia de la teoría de cambio del paciente; y (b) proporcionar retroalimentación sobre la evolución del paciente tanto a éste como al terapeuta.

En el siguiente subapartado recogemos algunas de las investigaciones realizadas sobre estos dos aspectos.

1.2.4 Investigaciones sobre variables implicadas en el proceso de tratamiento psicológico: La investigación focalizada en el paciente

La investigación focalizada en el paciente pretende resolver la cuestión: ¿funciona este tratamiento para este paciente? Un estudio conocido como el “Proyecto casos imposibles” (Duncan, Hubble, y Miller, 1997; citado en Hubble et. al., 1999) realizado por el Instituto para el Estudio del Cambio Terapéutico (*Institute of Study for Therapeutic Change*, I.S.T.C., en adelante) trató de responder a este interrogante. Los autores concluyeron que la relación terapéutica era mucho más importante para los resultados que el tratamiento psicológico. Sin embargo para los autores el hallazgo más importante fue que la probabilidad de una mejoría significativa, incluso en los casos pronosticados como más difíciles, era adaptar el tratamiento psicológico a la teoría del paciente acerca del problema, sus soluciones potenciales y el proceso de cambio.

De este modo, en un intento por enfatizar la relevancia del paciente en todos los aspectos del tratamiento, así como también para prestar atención al uso formal de las percepciones del mismo y guiar el proceso de tratamiento, el equipo del I.S.T.C denominó a esta forma de organizar el tratamiento “trabajo clínico dirigido por el paciente al que se informa de los resultados” (Miller, Duncan, Johnson y Hubble, 2004). Esta manera de organizar el tratamiento era una forma de optimizar los resultados construyendo el tratamiento psicológico de acuerdo a las expectativas y creencias del paciente. Según Duncan y Miller (2000), en los estudios en los cuales se utilizaron intencionalmente las preferencias de los pacientes en la selección e integración de enfoques de tratamiento, aumentó la participación de los mismos y obtuvieron mejorías significativas. La clave sería asegurar que el contenido de las conversaciones terapéuticas, y el grado de participación del terapeuta fuese aceptable para el paciente. Tener en cuenta la “Teoría de cambio del paciente” se refiere a que el terapeuta debe trabajar en ella según

la forma en que puede ser definida operativamente (Duncan, et. al., 1997 en Hubble et al., 1999).

En un estudio posterior realizado por Hubble et al. (1999) estos investigadores subrayaron la importancia que las percepciones y la experiencia del paciente acerca del proceso de tratamiento tenían sobre los resultados. Por ejemplo, con respecto a esto último, la evidencia de una variedad de estudios (Brown, Dreis, y Nace, 1999 en Hubble, et al., 1999; Garfield, 1994 en Bergin y Garfield, 2005; Howard, Moras, Brill, Mortinovich, y Lutz, 1996; Lebow, 1997 en Hubble et al., 1999) señala a la experiencia subjetiva del paciente acerca del cambio en las primeras sesiones del tratamiento psicológico como uno de los mejores predictores de resultados positivos estadísticamente significativos. Sin embargo, ya en 1996 Howard et al habían introducido un nuevo paradigma para la “investigación focalizada en el paciente”, que consistió en la monitorización del progreso individual de los sujetos a lo largo del tratamiento. Sin embargo, si bien durante los siguientes años se habían desarrollado varios sistemas para monitorear y devolver información acerca de la respuesta del paciente al tratamiento, pocos habían sido sometidos a contraste empírico. Por ello, Lambert et al. (2001) realizaron un estudio en el que se asignaron 609 pacientes a cuatro grupos (dos experimentales y dos controles) con el fin de determinar si la información suministrada al terapeuta sobre el progreso del paciente afectaba al desempeño de este último y modificaba el número de sesiones a las que acudía. En el grupo de retroalimentación, el número de pacientes que logró un cambio clínico significativo o fiable fue el doble que el que logró este cambio en el grupo que no recibía retroalimentación.

Otra investigación posterior realizada por Whipple, Lambert, Vermeersch, Smart, Nielsen, y Hawkins (2003) fue desarrollada con el objetivo disminuir el abandono y mejorar la efectividad utilizando técnicas de monitorización de la evolución del paciente. Los resultados mostraron que los pacientes que recibieron retroalimentación sobre su evolución y que utilizaron técnicas psicológicas aprendidas en las sesiones tuvieron una mejoría estadísticamente significativa.

En este mismo sentido Hawkins, Lambert, Vermeersh, Slate y Tuttle (2004) estudiaron los efectos de proveer información sobre el progreso del paciente durante el curso del tratamiento. Los pacientes (N= 201) se asignaron al azar a tres grupos de

tratamiento psicológico: a) sin retroalimentación; b) con retroalimentación al terapeuta; c) con retroalimentación al paciente y al terapeuta. Al finalizar el tratamiento los pacientes de los dos últimos grupos mostraron una mejoría estadísticamente significativa respecto a los del primero, habiendo asistido al mismo número de sesiones. Estos hallazgos sugirieron que proporcionar retroalimentación a los pacientes y a los terapeutas puede ser útil para mejorar los resultados.

Hasta ahora hemos visto las variables del sujeto, del terapeuta y de la interacción entre ambos (Alianza Terapéutica) que pueden influir sobre los resultados del tratamiento psicológico. En el último subapartado acabamos de hacer un repaso respecto a algunas variables del proceso de tratamiento que también pueden tener su repercusión sobre la eficacia de éste. En el siguiente apartado revisaremos las dos variables del terapeuta objeto de nuestro estudio: Adherencia y Competencia.

1.3 Las variables Adherencia y Competencia del terapeuta

La revisión teórica de estas dos variables incluye los siguientes aspectos: (i) definición conceptual; (ii) principales instrumentos de medida; y (iii) estudios previos realizados sobre la relación entre ambas variables y los resultados del tratamiento psicológico. Todo ello se desarrollará en los tres siguientes subapartados.

1.3.1 Conceptos de adherencia y competencia del terapeuta

Como hemos visto al hablar de los manuales de tratamiento, su integridad está en función de la medida en que la intervención psicológica es implementada fidedignamente respecto al protocolo o manual de tratamiento. Por ello es de primordial importancia en los ensayos clínicos que los terapeutas que apliquen el programa de tratamiento sean fieles a éste, ya que sólo de esta forma se podrán establecer conclusiones significativas a partir de los resultados. La aparición de manuales de tratamiento generó la necesidad de evaluar en qué medida su aplicación era fiel, lo que se ha denominado “adherencia del terapeuta”, y que es un constructo distinto al de “competencia del terapeuta”. Adherencia y competencia son conceptos muy relacionados entre sí, por lo que es necesaria su diferenciación:

El significado de la Adherencia en el contexto de un tratamiento protocolizado es el grado en que un terapeuta utiliza procedimientos especificados por el manual y reduce al mínimo el uso de componentes terapéuticos ajenos a éste. La Adherencia es un requisito previo y condición *sine qua non* para la Competencia, ya que no es posible aplicar competentemente un tratamiento sin adhesión al protocolo o programa que lo estructura (Perepletchikova y Kazdin, 2005). Por lo tanto, la Competencia se evalúa conforme a unas pautas para aplicar el tratamiento; sin embargo la Adherencia se cuantifica según las respuestas de intervención terapéutica realizadas.

La Competencia, por su parte, puede ser considerada como la aplicación meticulosa en la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la comprensión contextual para el beneficio del individuo o del grupo al que se aplica el tratamiento psicológico (Barber et al., 2007).

En cuanto a las diferencias entre ambos conceptos Barber et al. (2007) sugirieron que la clave distintiva entre la Adherencia y la Competencia es el tipo de conocimiento que muestra el terapeuta. La Adherencia muestra que uno sabe "cómo" debe intervenir mientras que la Competencia es siempre dependiente del contexto y requiere un conocimiento de "cuándo" intervenir. Se basa en la idoneidad, capacidad de respuesta, buen juicio y perspicacia clínica. En la Competencia también se incluyen la apreciación y adecuación a cuestiones que atienden a la diversidad de los pacientes, como por ejemplo: el género, la etnia, el trastorno psicológico, los valores y/o los conocimientos (Barber, Sharpless, Klostermann y McCarthy, 2007)

En síntesis, la literatura sugiere que el terapeuta competente muestra las siguientes características: (a) adhesión a un marco teórico o conceptual para orientar las intervenciones terapéuticas; (b) capacidad para involucrar al cliente en una relación terapéutica constructiva; (c) uso hábil de tratamiento diseñado para promover las condiciones deseadas necesarias para el cambio de acuerdo con su respectivo manual; y (d) conocimiento de cuándo aplicar las intervenciones terapéuticas (Yeaton y Sechrest, 1981). Una verdadera definición operativa del constructo Competencia incluiría un alto grado de especificidad con respecto al uso del tratamiento diseñado con el fin de promover el cambio y también requeriría un esquema claro de los comportamientos

particulares, las técnicas y las estrategias que son consideradas necesarias para el modelo teórico (Kazantis, 2003).

Por otra parte Barber, Sharpless, Klostermann y McCarthy, (2007) distinguen dos significados dentro del constructo "Competencia". Ellos defienden que aunque la Competencia pueda estar ligada a la Adherencia en un nivel conceptual, la Competencia dentro de un contexto de tratamiento psicológico posee al menos dos significados: Competencia global y Competencia limitada de dominio.

Competencia global se refiere a que un terapeuta posee perspicacia clínica y sus intervenciones son competentes, consiguiendo gestionar las dificultades que surjan y ayudando adecuadamente a los pacientes a alcanzar sus metas de tratamiento. Este es el tipo de Competencia requerida a los terapeutas que reciben entrenamiento para la práctica clínica. Aunque este es un significado importante del concepto, la mayoría (si no todas) las investigaciones empíricas del constructo Competencia se han realizado respecto al segundo significado, Competencia limitada al dominio. La Competencia limitada al dominio es un subconjunto de la Competencia global que se presenta exclusivamente en el contexto de una intervención específica o modalidad de tratamiento y puede ser deseable evaluarla cuando se pretende investigar el grado de especialización del terapeuta.

Por otra parte existe un continuo en la variable Competencia, pero los umbrales en esta continuidad no son claros ni carecen de ambigüedades. El concepto Competencia puede tener un matiz diferente en los ECA que en la práctica clínica general ya que en los primeros existen potentes controles experimentales, mientras que en la práctica clínica los terapeutas tienen más libertad para orientarse de manera flexible en la particularidad del problema clínico de un individuo. Por ello Beutler (1999) introduce un formato de entrenamiento del terapeuta en la flexibilidad al protocolo, ya que considera necesario capacitar a los terapeutas en ello.

En el siguiente subapartado veremos los instrumentos de medida más utilizados para cuantificar las variables Adherencia y Competencia del terapeuta.

1.3.2 Instrumentos de medida

En las últimas dos décadas la medida de la Adherencia y Competencia del terapeuta en la intervención psicológica ha recibido cada vez más atención (Barlow, 1994, 1996; Nathan y Gorman, 1998, y ver Kendall y Chambless, 1998). Esta medida obliga a disponer de (a) escalas de calificación que identifiquen los elementos importantes; (b) registro de sesiones de tratamiento para la investigación; (c) formación de evaluadores objetivos que no apliquen el tratamiento y que evalúen el grado en que los terapeutas son competentes y se adhieren al protocolo de tratamiento; y d) evaluación interjueces. Existe un claro consenso de que los mejores jueces respecto de la Adherencia y la Competencia son observadores independientes que han sido “ciegos” respecto de la asignación de los terapeutas, la evolución del paciente y la identidad del terapeuta (Barber, Triffleman y Marmar, 2007)

Hay varias estrategias para evaluar la Adherencia del terapeuta. La estrategia más sencilla es el uso de una lista de verificación donde se califica la ocurrencia o no de técnicas que se prescriben o que son prohibidas por el manual de tratamiento (Waltz et al., 1993). Una forma más detallada de evaluar/medir la Adherencia es utilizar puntuaciones de frecuencia. Éstas indican la frecuencia de las técnicas utilizadas durante la sesión (Strunk, Brotman, y DeRubeis, 2010). Así mismo Barber, Triffleman, y Marmar, (2007) recomiendan que se clarifique si la medida de esta variable se realizó durante el curso de la aplicación del tratamiento psicológico y si los jueces fueron ciegos respecto de los resultados de los pacientes.

En la Tabla 1 se recogen algunos instrumentos de medida de la Adherencia y Competencia siguiendo la revisión de Barber, Sharpless, Klostermann y McCarthy (2007). Esta lista no es exhaustiva. Los instrumentos de medida que se presentan incluyen la evaluación del rendimiento de los terapeutas durante la sesión de tratamiento, representan un amplio elenco de enfoques terapéuticos y pueden ser utilizadas por observadores independientes. Además, son muy diferentes en estructura. Por ejemplo, el número de elementos que los integran varía de 1 en el *Multicenter Collaborative Study for Treatment of Panic Disorder- Global Competence Investigation*, (MCSTPD-GCI, Huppert et al., 2001) a 82 en la *Adherence-Competence Scale for Supportive-Expressive Psychotherapy for Cocaine Dependence*, (ACS-SEC; Barber, Krakauer, Calvo, Badgio, y

Faude, 1997). Esto probablemente refleja los diferentes enfoques para definir lo que un terapeuta competente haría (o podría) hacer en la sesión y muestra la heterogeneidad de las medidas.

Varias escalas, como por ejemplo, la *Yale Adherence/Competence Scale* (YACS, Carroll et al, 2000), la *Contextual Assessment of Therapist Adherence/Competence*, (CATAC, Hogue et al, 2007) y la *Penn Adherence/Competence Scale for Supportive-Expressive Psychotherapy*, (PACS-SET, Barber y Crits-Christoph, 1996) también poseen un estructura modular que permite la evaluación de la Competencia en aspectos específicos. Este enfoque modular combina la flexibilidad y especificidad, y puede ser útil en el seguimiento de las medidas posteriores. Algunos instrumentos parecen evaluar la Competencia que está vinculada con elementos de la Adherencia, como por ejemplo, el Formulario de valoración *Short-Term Anxiety Provoking Psychotherapy Rating Form*, (STCRF, Svartberg, 1989) y la *Cognitive Therapy Scale*, (CTS, Young y Beck, 1980). En otros instrumentos las medidas de la Adherencia y los ámbitos de Competencia son más específicos respecto a la idoneidad y calidad de las intervenciones, como por ejemplo, la PACS-SET. Además, todas las medidas revisadas evalúan la Competencia limitada al dominio, concepto que veíamos anteriormente.

Los coeficientes de consistencia interna para cada medida fueron generalmente altos (véase la Tabla 1), lo que indica que si un terapeuta fue evaluado como altamente adherente y/o competente en una intervención es probable que también lo fuera en gran medida en las intervenciones relacionadas. Las estimaciones de fiabilidad entre evaluadores para estas medidas tendieron a ser bajas, especialmente cuando las calificaciones de los jueces fueron el promedio de la estimación (por ejemplo, Vallis, Shaw, y Dobson, 1986). La poca fiabilidad entre evaluadores pudo deberse a cuatro aspectos: (a) diferencias en los jueces respecto a la comprensión de los conceptos; (b) diferencias de los jueces en la importancia dada a los diferentes aspectos de la administración del tratamiento; (c) las dificultades de operativización de los constructos; y (d) el uso de manera uniforme del manual de tratamiento por parte de los terapeutas en un ECA.

Tabla 1. Instrumentos de medida de la Adherencia y la Competencia (Adaptada de Barber, Sharpless, Klostermann y McCarthy, 2007)

Instrumento de medida (Autor, año, n° ítems)	Tipo de trata- miento	Fiabilidad		Validez
		Interna ⁽²²⁾	Inter- evaluadores ⁽²³⁾	
UNIMODALES				
CTS (Young y Beck, 1980; 11)¹	TCC ¹⁴	.95	.74	Discrimina entre sesiones aceptables vs no aceptables (Vallis et al., 1986) y predice mejoría en T. Personalidad (Hoffart et al., 2005 ^{24,25}) y mejora en depresión (Kindon et al., 1996-24, 25-; Shaw et al., 1999-24; Trepka et al., 2004 ²⁵) pero no mejoría en sintomatología global estimada por el paciente (Shaw et al., 1999 ²⁴).
CSPRS (Hollon et al., 1988;11)²	TCC ¹⁴		.63, .75 (ICC; Feeley et al., 1999)	Fue diseñada para diferenciar entre terapia conductual, psicoterapia interpersonal (Klerman, Rounsaville, Chevron, Neu, y Weissman, 1979) y farmacoterapia (Fawcett y Epstein, 1980), basado en los comportamientos del terapeuta observados en sesiones grabadas audiovisualmente. El CSPRS es considerado una medida de la Adherencia del terapeuta, establecida para evaluar en qué medida los terapeutas aplican procedimientos prescritos para una determinada modalidad de tratamiento.
CTACS (Barber et al., 2003; 25)³	TCC ¹⁴	.93	.80	Sesiones en TCC puntúan más alto que sesiones en terapia dinámica o de <i>counseling</i> para tratamiento de dependencia a sustancias (Barber et al., 2003)
MACT-RS (Davidson et al., 2004; 11)⁴	TCC ¹⁴		.66 ⁽²⁶⁾	Predice la mejoría en sintomatología global (Davidson et al., 2004 ^{24, 25})
MCSTPD- GCI (Huppert et al., 2001)⁵	TCC ¹⁴			Competencia moderada (no alta o baja) en TCC, predice resultados en múltiples medidas (Huppert et al., 2001)
PACS-SET (Barber y Crits-Christoph, 1996;45)⁶	SE ¹⁵	.95	.73	Sesiones en T. apoyo-expresiva puntúan más alto que en TCC; terapeutas expertos puntúan más alto que terapeutas con menos experiencia (Barber y Crits-Christoph, y Luborsky, 1996); predice la mejoría en depresión (Barber, Crits-Christoph, y Luborsky, 1996)
ACS-SEC (Barber et al., 1997; 82)⁷	SE ¹⁵	.97	.43	Sesiones en T. apoyo-expresiva puntúan más alto que TCC o sesiones en <i>counseling</i> en dependencia a sustancias (Barber et al., 1997); predice menos la mejoría en dependencia a sustancias (Barber et al., en prensa)
STCRF (Svartberg, 1989;11)⁸	STAPP 16	.71	.70	Correlaciona con Competencia estimada por el terapeuta, sesiones de STAPP puntúan más alto que sesiones no directivas (Svartberg, 1989); escala predice menos la mejoría global (Svartberg y Stiles, 1994 ²⁴).

Tabla 1 (Cont.). Instrumentos de medida de la Adherencia y la Competencia (Adaptada de Barber, Sharpless, Klostermann y McCarthy, 2007)

Instrumento de medida (Autor, año, n° ítems)	Tipo de trata- miento	Fiabilidad		Validez
		Interna ⁽²²⁾	Inter- evaluadores (23)	
ACS-IDC for Cocaine Dependence (Barber, Mercer, et al., 1996; 43)⁹	IDC ²¹	.84 ⁽²⁸⁾	.93	Sesiones en IDC puntúan más alto que sesiones en T. apoyo- expresiva o TCC (Barber, Mercer, et al., 1996): Competencia no predice resultados (Barber et al., 2006 ²⁴)
TFS (Paivio et al., 2004;1)¹⁰	EFT ¹⁷		.87 ⁽²⁹⁾	No predice mejoría sintomática (Paivio et al., 2004 ^{24,30})
TSRF (Chevron y Rousanville, 1983; 14)¹¹	TIP ¹⁸		.88 ⁽²⁷⁾	Correlaciona con cuatro medidas de la Competencia en TIP; predice la mejoría estimada por el paciente (O'Malley et al., 1988 ²⁴),
MULTIMODALES				
CATAC (Hogue et al., 2007; 9)¹²	TCC ¹⁴ , FT ¹⁹ ,		.38 ⁽²⁸⁾	
YACS (Carroll et al., 2000; 55)¹³	TCC ¹⁴ , CM ²⁰ , IDC ²¹		.87 ⁽²⁸⁾	

Nota: (1)CTS= Cognitive Therapy Scale; (2)CSPRS= Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale; (3)CTACS= Cognitive Therapy Adherence/ Competence Scale; (4)MACT- RS= Manual- Assisted Cognitive Behavior Therapy Rating Scale; (5)MCSTPD- GCI= Multicenter Collaborative Study for the Treatment of Panic Disorder Global Competence Item; (6)PACS- SET= Penn Adherence/Competence Scale for Supportive- Expressive Psychotherapy; (7)ACS-SEC= Adherence- Competence; (8) STCRF= Short-Term Anxiety Provoking Psychotherapy Rating Form; (9)ACS-IDC= Adherence/ Competence Scale for Independent Drug Counseling; (10)TFS= Therapist Facilitating Scale; (11)TSRF= Therapist Strategy Rating Form; (12)CATAC= Contextual Assessment of Therapist Adherence/ Competence; (13)YACS= Yale Adherence/ Competence Scale. (14)TCC= Tratamiento cognitivo- conductual; (15)SE= Supportive- expressive psychotherapy (Psicoterapia de apoyo- expresiva); (16)STAPP= Short- term anxiety provoking psychotherapy (Psicoterapia de tiempo limitado de provocación de la ansiedad); (17)EFT= Emotion- focused therapy (Terapia focalizada en la emoción); (18)TIP= Terapia Interpersonal; (19)FT= Family therapy (Terapia de familia); (20)CM= Clinical management (Manejo clínico);(21)IDC= Individual Drug Counseling (*Counseling* individual para drogas).(22)= Todos los valores son alfa de Cronbach para la puntuación total de la escala excepto si hay otra anotación. (23)= Todos los valores son coeficientes de correlación intra-clase para la puntuación total de la escala y han sido recalculados para dos jueces salvo que haya otra anotación informando otro dato. (24)= Terapeutas con otro nivel diferente a psicólogos con el título de doctor, fueron incluidos. (25)= los resultados determinan la post-terminación. (26)= Número de jueces requieren obtener este estadístico no aportado. (27)= Producto del coeficiente de Pearson. (28)= Mediana de subescalas. (29)= El estadístico *k* fue utilizado para las primeras sesiones. (30)= Competencia fue juzgada por psicólogos.

Además de revisar estos instrumentos, Barber, Sharpless, Klostermann y McCarthy (2007) ofrecieron una serie de recomendaciones tanto para la futura construcción de pruebas como para evaluar si estas medidas son adecuadas en función de los objetivos. Para aumentar la probabilidad de obtener medidas fiables recomiendan: (a) la agregación de puntuaciones múltiples de varios jueces; (b) la formación de jueces en el uso de medidas de Adherencia y Competencia para estandarizar mejor sus definiciones de Competencia y sus interpretaciones de temas específicos; y (c) capacitar a los jueces en el conocimiento de cómo pueden surgir diferencias sistemáticas entre grupos de evaluadores que reciben una formación diferente.

Respecto a la validez de estas medidas, la cuantía de la consistencia interna obtenida respecto de su validez dio cierto apoyo a su validez de criterio. Sin embargo, también sería importante incluir otras medidas que evaluaran el conocimiento y aceptación de los terapeutas de las diferencias multiculturales. Tampoco está definido operativamente cómo se podrían utilizar estas escalas para la evaluación de la Competencia cuando se aplica el mismo tratamiento para un trastorno psicológico distinto. Por ejemplo, el CTS puede ser utilizado para evaluar la Competencia de los terapeutas en la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual en Depresión, pero quizá no sea adecuado para evaluarla si éste es aplicado en el tratamiento de un Trastorno de Ansiedad.

1.3.3 Principales estudios que han analizado la relación entre Adherencia y Competencia del terapeuta sobre los resultados del tratamiento psicológico

Como hemos visto, el estudio de las variables del terapeuta “Adherencia” y “Competencia” surgió de la necesidad de analizar y concretar “el peso” o “efecto” que puede atribuirse al profesional en los resultados que se obtienen. Sin embargo, la mayoría de estudios que las incluyen no analizan la relación entre estas dos variables y los resultados, sino que las utilizan como variables de control. Un ejemplo de estudio en el que se examinan ambos aspectos es el de Strunk et al. (2010). En él analizan la influencia de la Adherencia a los elementos de la TCC para la depresión y su relación con los resultados como un modo de estudiar cuáles de estos elementos del tratamiento son más eficaces. Los autores concluyeron que el predictor de cambio más potente para las respuestas depresivas (medidas sesión a sesión), fue la Adherencia del terapeuta a los

tratamientos cognitivos. De hecho, la Adherencia del terapeuta constituyó casi un tercio de la magnitud total de la mejoría que pudo constatarse en las respuestas que se produjeron en las dos primeras semanas de tratamiento, tiempo durante el cual los pacientes habían participado en cuatro sesiones. Por lo tanto, los autores concluyeron que la Adherencia del terapeuta era una variable relevante y que se relacionaba de manera positiva con la mejoría del paciente.

Algo semejante ocurrió en el reciente estudio de Webb et al. (2012). En los pacientes del ensayo CPT-II que recibieron TCC siguiendo un manual de tratamiento, el factor TC-Concreto fue un predictor significativo del desarrollo de habilidades en el paciente, lo que se relacionaba con mejores resultados del tratamiento. Este factor TC-Concreto se refería a la evaluación de la Adherencia del terapeuta a técnicas específicas del tratamiento cognitivo-conductual, como por ejemplo: establecimiento de la agenda de la sesión, discusión cognitiva, tareas para casa, etc. Así, este estudio apoyó el supuesto de que la Adherencia del terapeuta a las técnicas específicas de la TCC puede contribuir a que los pacientes adquieran y utilicen las destrezas aprendidas durante el tratamiento. De este modo, una vez más la Adherencia del terapeuta se utilizó como variable de control para asegurar la eficacia de un tipo de tratamiento.

También el estudio de Huppert et al. (2006) apoyó la importancia de la Adherencia del terapeuta al tratamiento como un factor que influyó positivamente en los resultados. Los datos recogidos respecto a la Adherencia del terapeuta no fueron el objetivo principal del estudio. El objetivo principal fue, en el tratamiento del Trastorno de Pánico, la comparación entre la TCC y un grupo control (fármaco placebo). Sin embargo, dada la importancia atribuida a analizar las variables del terapeuta (por ejemplo, Wampold, 2001), los autores creyeron conveniente hacerlo con el fin de poder contribuir a la discusión acerca de la relación entre los factores específicos y no específicos del tratamiento. Sus resultados preliminares fueron consistentes con otros anteriores, sugiriendo que la motivación puede estar relacionada con el resultado de la TCC para el Trastorno de Pánico (Keijsers et al., 1994), aunque también sugirieron que ésta pudo interactuar con la Adherencia del terapeuta. Sus resultados mostraron que entre los pacientes con mayores puntuaciones en motivación para el cambio al principio del tratamiento, la mayor Adherencia del terapeuta tenía una baja correlación con la eficacia. Sin embargo, entre los pacientes con menores puntuaciones en motivación al

cambio, la mayor Adherencia del terapeuta correlacionaba significativamente con peores resultados en el tratamiento. Es importante tener en cuenta que aun cuando los terapeutas puntuaron menos en la variable Adherencia, ésta cumplía los criterios para ser definida como "buena" o "aceptable" por los jueces supervisores del tratamiento. Curiosamente, sus resultados tuvieron cierta semejanza con los de Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue, y Hayes (1996), que informaron que en la TCC para la Depresión los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos cuando la Alianza Terapéutica fue baja y ello condujo a que los terapeutas mostraran mayor Adherencia al manual de tratamiento. En línea con esta conclusión, ya en 1993 Waltz et al. concluyeron que una Adherencia más estricta a un modelo de tratamiento con pacientes más difíciles de tratar (por ejemplo, aquellos menos motivados para el tratamiento) estaba relacionada con una peor evolución. Este autor hipotetizó que tal vez los terapeutas mantenían su Adherencia al manual de tratamiento cuando los pacientes no mejoraban porque éstos centraban su atención al trastorno psicológico concreto. Sin embargo, era posible que cuando los pacientes comenzaran a mejorar plantearan otras cuestiones no relacionadas con las respuestas del trastorno en cuestión, lo que llevaría al terapeuta a seguir menos estrictamente el manual.

Del mismo modo, Bright et al. (1999) encontraron que los análisis de las variables relacionadas con la aplicación del tratamiento revelaban que los terapeutas generalmente aplicaron el tratamiento cognitivo-conductual tal como se especificaba en el manual, de modo que la Adherencia del terapeuta al tratamiento correlacionaba significativamente con la mejora de las respuestas depresivas, medida por las calificaciones en la escala *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD). Los autores indicaron que aunque no pudo inferirse una relación causal, estos hallazgos sugerían que los descensos más sustanciales en las respuestas depresivas estaban relacionados con una mayor precisión y fidelidad en la aplicación del tratamiento por parte de los terapeutas. Tales hallazgos sugerían que los participantes con un mayor dominio de las habilidades básicas de reestructuración cognitiva conseguían mejores resultados en la reducción de las respuestas depresivas (medidas por el terapeuta que les trataba) en comparación con aquellos cuyo nivel de habilidad fue inferior.

También Feeley et al. (1999) aportaron resultados que apoyaban la importancia de la Adherencia del terapeuta y de los factores específicos del tratamiento. Encontraron que

a mayor Adherencia del terapeuta en el inicio del tratamiento, mayor era la reducción de las respuestas asociadas al trastorno. Estos hallazgos sugerían que los aspectos de la TCC centrados en Depresión jugaron un papel importante en la reducción de las respuestas depresivas.

Por otra parte, como ya hemos comentado, la Adherencia del terapeuta es una variable muy relacionada con la Competencia del terapeuta de modo que a menudo se han estudiado conjuntamente para evaluar su contribución relativa a la eficacia de un tratamiento. Un ejemplo de ello es el reciente estudio de Boswell et al. (2013). Estos autores consideran que Adherencia y Competencia son variables que han sido tratadas como factores que no varían en los terapeutas durante la aplicación de un tratamiento psicológico protocolizado. Además, consideran que la investigación hasta la fecha se ha centrado en gran medida en indicadores que pueden ser menos sensibles a las variaciones en la Adherencia y la Competencia durante la sesión. Así, este estudio tuvo como objetivo (a) estudiar los predictores que examinan la variabilidad en las calificaciones en Adherencia y Competencia (gravedad del paciente antes del tratamiento, y rasgos interpersonales o de la personalidad del paciente); y (b) comprobar si la Adherencia y la Competencia se asociaron con la consiguiente gravedad de las respuestas en el Trastorno de Pánico y la incapacidad relacionada. De acuerdo con sus expectativas, las calificaciones en Adherencia y Competencia variaron significativamente a nivel *inter* e *intra*-terapeutas. El mayor índice de correlación *intra*-clase (ICC) fue obtenido en las calificaciones de Adherencia *intra*-terapeuta (.31), que se refería a la evaluación de la Adherencia del terapeuta a técnicas específicas del tratamiento cognitivo-conductual, como por ejemplo: establecimiento de la agenda de la sesión, discusión cognitiva, tareas para casa, etc. Éste es un resultado bajo, lo que muestra que la Adherencia observada durante el tratamiento de un terapeuta difería sustancialmente dependiendo del caso tratado. La calificación *inter*-terapeutas (.19) también puso de relieve diferencias significativas entre los terapeutas respecto al nivel medio de Adherencia evaluado. El nivel de variabilidad *inter* e *intra*-terapeutas observado en este estudio para el Trastorno de Pánico es consistente con lo que se ha hallado en otros ECA (por ejemplo, Barber et al., 2006 o Imel et al., 2011).

En este mismo estudio de Boswell et al. (2013), las calificaciones de Adherencia y Competencia también se asociaron negativamente con la variable o factor “agresión

interpersonal”. Los niveles más altos de agresión interpersonal auto-registrados se asociaron con menores calificaciones en Adherencia y Competencia del terapeuta, ya que aunque los protocolos de TCC para el Trastorno de Pánico (por ejemplo, Barlow y Craske, 2007) proporcionan a los terapeutas estrategias para abordar las manifestaciones de resistencia, como por ejemplo el incumplimiento de tareas, los manuales de tratamiento no incluyen estrategias para el manejo de altos niveles de agresión interpersonal por parte de los pacientes. Por ello, en cuanto a la medida, una conclusión importante de los resultados de Boswell et al. (2013) es que no es adecuado conceptualizar la Adherencia y Competencia del terapeuta como rasgos estáticos o suponer que cumpliendo un criterio determinado tras cierto periodo de entrenamiento será suficiente para que ambas variables se mantengan en esos niveles aceptables durante todo el tratamiento. Dado que gran parte de la variabilidad de la Adherencia y Competencia se explica por el momento puntual de la evaluación, Boswell et al. (2013) abogan por medir la influencia de las diferencias individuales de los terapeutas y los pacientes que puedan afectar al comportamiento del primero, al proceso de tratamiento y al resultado. Además, será importante evaluar la Adherencia de forma longitudinal para examinar qué indicadores influyen sobre los resultados.

También Gibbons et al. (2010) se preocuparon por controlar la Adherencia y Competencia del terapeuta y su relación con los resultados. El tratamiento aplicado fue la Entrevista Motivacional (*Motivational Interview*, MI, en adelante) en pacientes con Trastorno por Dependencia a Sustancias. Obtuvieron que a mayor Adherencia del terapeuta a la MI y mayor Competencia en su aplicación, mayor era la motivación del paciente para reducir o detener el consumo de sustancias. También es posible que los terapeutas que aplicaron la MI con mayor Adherencia y Competencia consiguieran que sus pacientes expresaran más motivación para el cambio en lugar de oponerse a él. Por otra parte, no hubo correlación estadísticamente significativa entre las variables Adherencia y Competencia del terapeuta respecto al mantenimiento del paciente en el tratamiento ni respecto a los días de abstinencia en el consumo de sustancias durante el periodo de seguimiento.

Hasta ahora hemos hablado más de la influencia de la Adherencia sobre los resultados o del estudio de esta variable junto con la Competencia. Sin embargo, muchos

estudios se han centrado específicamente en esta última, intentando comprobar la eficacia de un tratamiento concreto y valorando el peso de esta variable sobre los resultados.

Un buen ejemplo de ello es el estudio de Kuyken et al. (2009). Estos autores obtuvieron resultados que sugirieron que el 15% de la varianza de resultados era atribuible a la Competencia del terapeuta. También obtuvieron que los terapeutas más competentes consiguieron mejores resultados independientemente del grado de comorbilidad de los pacientes. Por otra parte, según estos autores la Competencia del terapeuta cambia con el tiempo y varía según los pacientes, siendo importante examinar de qué manera la gravedad de los trastornos que presentan influye en el desempeño de los terapeutas.

También Strunk et al. (2010) obtuvieron resultados a favor de la importancia de la Competencia. Sus hallazgos mostraron que las calificaciones en Competencia del terapeuta predijeron sesión a sesión el cambio en las respuestas depresivas al inicio del tratamiento, que fue cuando los pacientes mostraron una mejora más rápida. Las calificaciones iniciales de la Competencia también predijeron el grado de remisión del trastorno al final del tratamiento. En cambio, las diferencias *inter*-terapeutas en la mejoría de sus pacientes al final del tratamiento medidas con *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD), no tenían relación significativa con las calificaciones de los terapeutas en la variable Competencia. Del mismo modo, la relación entre Competencia y resultados del tratamiento no se explicó por diferencias *inter*-terapeutas. Así, en estos datos, el valor predictivo de las calificaciones en Competencia respecto a los resultados, provenía de los datos *intra*-terapeuta. En el análisis realizado sesión a sesión encontraron una tendencia muy significativa de la Competencia para predecir la mejoría de los pacientes con Distimia o Depresión crónica.

Por su parte, el estudio realizado por O' Malley et al. (1988) trató de determinar si la Competencia de los terapeutas en la realización de la terapia interpersonal (TIP, en adelante) se asociaba con una mejoría del paciente. Debido a que las variables del paciente han demostrado ser buenas predictoras en algunos estudios (Garfield, 1978; Sotsky, Cristal, Shea, y Pilkonis, 1986), se controlaron las características iniciales de los pacientes, incluyendo el nivel de Depresión, ajuste social, y las expectativas de tratamiento, con el objetivo de incluirlas como variables de control. Los terapeutas fueron

obligados a cumplir con un cierto nivel de Competencia antes de ser aceptados en el programa de formación TIP. Los elegidos fueron psiquiatras o psicólogos clínicos cualificados y experimentados con grado de doctor. Además, fueron seleccionados sobre la base de una muestra en video de su conducta con un paciente deprimido en una sesión de tratamiento o entrevista de evaluación. Estas cintas se utilizaron para evaluar la empatía del terapeuta y el uso de estrategias de la TIP (incluyendo el uso de una postura terapéutica y de otras técnicas compatibles con este tratamiento). Los terapeutas seleccionados debían desempeñar competentemente la TIP con su primer caso y mantener este nivel de Competencia en los casos restantes (Rounsaville, Chevron, Weissman, Prusoff y Frank, 1986). Finalmente, el conjunto de variables del terapeuta explicó el 11% de la varianza de las puntuaciones totales obtenidas en la *Hamilton Rating Scale for Depression* (HRSD). En este estudio el nivel de Competencia del terapeuta se asoció con una mejoría en los factores sobre los que incidía la TIP. De hecho, el conjunto de medidas sobre la Competencia del terapeuta contribuyeron significativamente a la predicción de las puntuaciones en la terminación del tratamiento.

Sin embargo, Svartberg y Stiles (1992) obtuvieron en su estudio que la validez predictiva de la Competencia no fue estadísticamente significativa, estando en desacuerdo con los resultados aportados O' Malley et al. (1988) para la TIP. Los autores sugirieron que el bajo poder predictivo hallado para la variable Competencia del terapeuta, pudo informar de que la forma de evaluarla fue insuficiente y que el grado en el que los pacientes integran las estrategias aprendidas durante el tratamiento debe ser incluido en futuros instrumentos de medida de la Competencia. Por otra parte, una limitación del estudio sería que los terapeutas no se incluyeron en la muestra de acuerdo a sus puntuaciones en Competencia, sino en base a su aceptación del tipo de tratamiento psicológico aplicado.

Tampoco en el estudio de Trepka et al. (2004) se obtuvieron correlaciones significativas entre Competencia y resultados en la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual. Estos investigadores hallaron que la correlación entre Alianza Terapéutica y resultados era algo más fuerte que la obtenida entre Competencia del terapeuta y resultados. Los hallazgos de este estudio se vieron limitados por el tamaño de la muestra y por el uso de un solo evaluador. También por basarse en una sola sesión para representar la evolución del tratamiento. En conclusión, los resultados de este estudio

ecológico de los efectos de un tratamiento cognitivo-conductual para la Depresión, parecieron indicar que tanto la Alianza como la Competencia estaban relacionadas con los resultados.

Del mismo modo Barber et al. (1996) analizaron la relación entre las variables Competencia y Alianza Terapéutica respecto a los resultados. Los autores mostraron que la aplicación competente de técnicas psicodinámicas predijo el cambio de las puntuaciones en Depresión de los pacientes, habiendo controlado la influencia de otras variables "no específicas" (por ejemplo, habilidades terapéuticas generales). Estos resultados preliminares sugirieron que las habilidades teóricamente relevantes fueron más importantes en la aplicación de la terapia psicodinámica breve que las habilidades "no específicas" y la Alianza Terapéutica.

Sin embargo, a pesar de los estudios que hemos mencionado que apoyaban la hipótesis de una relación positiva entre puntuaciones en Competencia en la aplicación de la TCC en Depresión y mejores resultados, el estudio de Shaw et al. (1999) no apoyó tal hipótesis. Sus análisis proporcionaron un apoyo limitado para la relación entre la Competencia del terapeuta (medida por el CTS) y la reducción de las respuestas asociadas a la Depresión en los pacientes que recibieron la TCC en el *Treatment for Depression Collaborative Research Program* (TDCRP). Los autores consideraron que los resultados en general fueron decepcionantes porque se esperaba que la Competencia del terapeuta tuviera una relación más fuerte y consistente con la evolución del paciente. El punto débil de la investigación fue que puede que no se midiera adecuadamente si el tratamiento era llevado a cabo consistentemente bajo niveles aceptables de Competencia durante todo el estudio.

Como hemos podido constatar, los resultados informados por los investigadores son dispares pese a que se han aplicado una misma modalidad de tratamiento (TCC) para abordar generalmente un mismo trastorno (Depresión). Ante estos resultados, Webb et al. (2010) realizaron un meta-análisis con la intención de clarificar la relación entre la Adherencia y la Competencia del terapeuta y los resultados del tratamiento psicológico. Como es el único estudio previo que comparte objetivos con la presente Tesis vamos a detenernos en su exposición, ya que marca los antecedentes y apoya la justificación de este trabajo. En su meta-análisis incluyeron un total de 49 estimaciones distintas del

tamaño del efecto: 32 relativas a la variable “Adherencia del terapeuta” y 17 respecto a la variable “Competencia del terapeuta”.

Los resultados obtenidos indicaron una correlación prácticamente nula, cuyos intervalos de confianza (I.C.) incluyeron el valor 0, tanto para la relación entre la variable Adherencia del terapeuta y resultados del tratamiento psicológico ($r = .02$; I.C. 95% = -.069, .100) como para la relación entre la variable Competencia del terapeuta y resultados ($r = .07$; I.C. 95% = -.069, .201). Por otra parte, dado que hubo una heterogeneidad significativa entre los tamaños del efecto hallados, se analizaron cinco variables moderadoras y se obtuvieron los siguientes resultados:

(a) Modalidad de tratamiento. Con respecto a los hallazgos obtenidos entre la variable Adherencia y los resultados, los tamaños del efecto no fueron significativamente diferentes a través de las distintas modalidades de tratamiento. Sin embargo, resultó ser una variable moderadora significativa en el caso de la variable Competencia y su correlación con los resultados del tratamiento.

(b) Trastorno específico. Con respecto a los hallazgos en Adherencia, los autores concluyeron que los tamaños del efecto no fueron significativamente diferentes entre sí en función del tipo de problema para el cual se aplicó el tratamiento. Sin embargo respecto a los hallazgos en la variable Competencia sí que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, siendo los estudios que trataban Depresión Mayor los que obtuvieron la media ponderada que mostró un mayor tamaño del efecto.

(c) Momento de realizar la medida como variable de confundido. Esta variable se incluyó para examinar si los estudios controlaron factores de confusión temporales, es decir, si el subsecuente cambio en la respuesta estaba siendo predicho. No hallaron diferencias estadísticamente significativas en los tamaños del efecto en los estudios que examinaban la relación entre Adherencia del terapeuta y resultados, ni tampoco en aquellos que estudiaron la relación entre Competencia del terapeuta y resultados.

(d) Alianza como variable de confundido. Once estudios examinaron la relación entre la Adherencia y los resultados obtenidos en el tratamiento, siendo la influencia de la Alianza Terapéutica una variable sometida a control. Al igual que ocurrió en la variable moderadora anterior, no hallaron diferencias estadísticamente significativas en los

tamaños del efecto de los estudios que examinaron la variable Adherencia ni tampoco en aquellos que estudiaron la variable Competencia.

(e) Comparación *intra*-estudio. Se realizó un análisis para examinar el grado en el que controlar estadísticamente la Alianza Terapéutica pudiera influir en los tamaños del efecto de la relación entre Adherencia y resultados, y respecto a los de la Competencia y los resultados. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Así, en la discusión de resultados Webb et al. (2010) plantearon que el hallazgo más llamativo fue que ni la Adherencia ni la Competencia estaban relacionadas con la evolución del paciente. Una explicación para estos resultados fue que la Adherencia y Competencia del terapeuta son variables relativamente inertes que apenas tienen relevancia a la hora de explicar la mejoría del paciente. Sin embargo, dado que se observó una heterogeneidad significativa en los tamaños del efecto tanto en los estudios sobre la variable Adherencia como en los estudios sobre la Competencia, las estimaciones del efecto medio deben ser interpretadas con cautela. Además, para la mayoría de los estudios incluidos en estas puntuaciones, la Adherencia y Competencia se basaron en las calificaciones de una o pocas sesiones de tratamiento y éstas correlacionaron con puntuaciones en una medida de resultado obtenida tras varias semanas o meses. Este déficit implicó que las relaciones causales pudieron quedar ocultas por los procesos que ocurrieron en el período de tiempo intermedio. De hecho, Strunk et al. (2010) encontraron que en el mismo conjunto de díadas terapeuta-paciente, la Adherencia se relacionó significativamente con los resultados a corto plazo, pero no con aquellos a largo plazo. Específicamente, se informó de que las calificaciones de Adherencia a técnicas cognitivas concretas en las primeras sesiones predijeron los cambios en las respuestas relativas a la Depresión de una sesión a otra; sin embargo, las calificaciones promedio de Adherencia en las cuatro primeras sesiones no se relacionaron significativamente con el cambio de las respuestas desde la cuarta sesión hasta la finalización del tratamiento. En este tipo de estudios está implícito el supuesto de que las calificaciones en la Adherencia y Competencia del terapeuta al inicio del tratamiento representan el nivel en el que estas variables son recibidas por los pacientes durante todo el tratamiento. Sin embargo, si la Adherencia y la Competencia son relativamente inestables en el transcurso del tratamiento (es decir, baja fiabilidad test-retest), las calificaciones con base a sólo una o pocas sesiones del inicio del tratamiento aportarían estimaciones poco fiables y en

consecuencia no sería de esperar que correlacionasen significativamente con el resultado después del tratamiento.

Por otra parte, los resultados de algunos de los estudios revisados (por ejemplo, Barber et al., 2006, 2008; Hogue et al., 2008; Piper et al., 1991) sugirieron que, al menos en algunos contextos, la relación entre la Adherencia y/o Competencia y los resultados puede no ser lineal (por ejemplo, cuadrática). En la mayoría de los estudios incluidos en el meta-análisis de Webb et al. (2010) sólo fueron examinadas las relaciones lineales entre Adherencia o Competencia del terapeuta con los resultados. Por lo tanto, los efectos no lineales subyacentes no pudieron ser detectados. Los autores concluyen que es probable que surjan hallazgos a partir de los estudios que investiguen la contribución conjunta y la interacción entre las múltiples variables de proceso (tanto comunes como específicas) a través de varias medidas en el tiempo (Barber, 2009), lo que proporcionaría una imagen más precisa de cómo cambian e interactúan estas variables.

Por lo tanto, tras la revisión de los resultados obtenidos por los estudios previos que han investigado la relación entre las variables del terapeuta Adherencia y Competencia respecto a los resultados del tratamiento, en el siguiente apartado se expone la justificación de nuestro estudio, que está fundamentada en la ausencia de resultados concluyentes al respecto, tal como hemos ido viendo.

1.4 Justificación de nuestro estudio

La revisión realizada en esta parte teórica nos ha permitido constatar la relevancia de la investigación científica en torno a qué tratamientos psicológicos obtienen mejores resultados y cuáles de sus componentes son los que resultan más eficaces y eficientes. Muchos de nuestros pacientes son atendidos por los servicios sanitarios públicos, donde el tiempo y los recursos son limitados. Por ello, tras estos objetivos de eficacia y eficiencia también hay razones económicas. De este modo, con el fin de detallar una serie de intervenciones para ser puestas en marcha con orden y rigor, surgió la necesidad de diseñar, confeccionar, validar y aplicar protocolos manualizados de tratamiento psicológico. Este hecho requirió poner a prueba la eficacia y eficiencia de tales protocolos con el fin de conocer qué es lo que realmente hace mejorar a nuestros pacientes: ¿Es la experiencia del terapeuta? ¿Es la Adherencia del terapeuta al manual de tratamiento que

aplica? ¿Es el modo competente en el que el terapeuta lo aplica? ¿Es la relación que se establece entre terapeuta y paciente? ¿Es la gravedad previa del trastorno psicológico que padece el paciente? ¿O es la interacción entre todas estas variables? Estas preguntas y muchas otras han sido formuladas ya por los investigadores de la eficacia de los tratamientos psicológicos con el fin de intentar llegar a diferenciar qué variables son las que actúan y de qué modo lo hacen para que un tratamiento psicológico resulte eficaz.

De los “factores comunes”, la Adherencia y la Competencia son las variables del terapeuta más relacionadas con el tratamiento psicológico. Éstas no se pueden medir si el terapeuta no sigue un manual o directrices básicas de un tratamiento psicológico, a diferencia de como ocurre con otras variables del terapeuta (por ejemplo, el nivel de experiencia). Del mismo modo, la Adherencia y la Competencia del terapeuta son necesarias de medir cuando se investiga sobre la eficacia de un tratamiento psicológico, ya que es preciso tener en cuenta en qué medida el terapeuta ha sido fiel o no a los preceptos del protocolo aplicado, además de contar con los conocimientos, las habilidades y las destrezas que le han permitido afrontar competentemente las circunstancias no previstas durante el desarrollo de la intervención psicológica.

Como hemos visto, han sido numerosos los estudios que han analizado el papel de la Adherencia y la Competencia del terapeuta utilizando distintas modalidades de tratamiento (cognitivo-conductual, psicodinámico, *counseling*, etc.) en distintos trastornos (Depresión, Trastorno de Pánico, Trastorno por Estrés Postraumático, etc.), siendo los resultados muy dispares. En toda esta investigación el trabajo de Webb et al. (2010) ha sido el primer meta-análisis que se ha realizado con el fin de obtener datos esclarecedores acerca de la relación entre la Adherencia y Competencia del terapeuta respecto a los resultados del tratamiento. Sus hallazgos concluyen que estas variables no tienen relación con la mejoría del paciente tras el tratamiento. Sin embargo, los tamaños del efecto arrojados por los estudios primarios eran muy heterogéneos entre sí, por lo que se hacía necesario un estudio de variables moderadoras que explicaran esta variabilidad. Webb et al. (2010) sólo analizaron el influjo de cinco variables, sin resultados relevantes. Por lo tanto, ante la importancia del estudio de estas dos variables del terapeuta y la ausencia de resultados esclarecedores, nos planteamos la conveniencia de intentar obtener resultados más concluyentes sobre la influencia de estas dos variables en los resultados de los tratamientos. Para ello se ampliaría la búsqueda de estudios primarios y se añadiría un

estudio más detallado de variables moderadoras que pudieran dar cuenta de la diversidad de resultados encontrados.

CAPITULO 2

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

2.1 Objetivos e hipótesis

El objetivo general de este meta-análisis fue analizar la evidencia sobre la relación entre las variables “adherencia del terapeuta” y “competencia del terapeuta” y los resultados del tratamiento psicológico aplicado.

Este objetivo general se subdividió en seis objetivos específicos a partir de los cuales se plantearon dos hipótesis:

1. Estimar el sentido y la fuerza de la relación entre la variable “adherencia del terapeuta” y los resultados del tratamiento psicológico aplicado. En relación a este objetivo, formulamos la hipótesis de que existe una correlación positiva, aunque probablemente estadísticamente no significativa, entre el grado de adherencia del terapeuta y la eficacia del tratamiento. Esta hipótesis se sustenta en los resultados obtenidos en el meta-análisis de Webb et al. (2010) y en estudios primarios, en los que algunos han obtenido datos que correlacionan significativamente y de forma positiva ambas variables (e.g., De Rubeis & Feeley, 1990; Strunk et al, 2010) mientras que otros han obtenido resultados estadísticamente no significativos (e.g., Gaston, 1998; Loeb et al., 2005).
2. Estimar el sentido y la fuerza de la relación entre la variable “competencia del terapeuta” y los resultados del tratamiento psicológico aplicado. Partiendo de este objetivo, planteamos la hipótesis de que existe una correlación positiva, aunque probablemente estadísticamente no significativa, entre la competencia del terapeuta y la eficacia del tratamiento. En la misma línea que la anterior, esta hipótesis se apoya en los resultados obtenidos en el meta-análisis de Webb et al. (2010) y por estudios primarios, en los que algunos han obtenido datos que correlacionan significativamente y de forma positiva ambas variables (e.g., Kuyken, 2009; O’Malley et al., 1988), mientras que otros han obtenido resultados estadísticamente no significativos (e.g., Hoffart, 2005; Shaw et al., 1999).
3. Examinar la potencial influencia de variables moderadoras, recogidas en nuestro manual de codificación, en el tamaño del efecto encontrado entre “adherencia del terapeuta” y resultados del tratamiento psicológico aplicado. Estas variables moderadoras quedan clasificadas en características de los tratamientos, de los

sujetos, de los terapeutas, del contexto de la intervención, metodológicas y extrínsecas.

4. Examinar la potencial influencia de variables moderadoras, recogidas en nuestro manual de codificación, en el tamaño del efecto encontrado entre “competencia del terapeuta” y resultados del tratamiento psicológico aplicado. Estas variables moderadoras quedan clasificadas en características de los tratamientos, de los sujetos, de los terapeutas, del contexto de la intervención, metodológicas y extrínsecas.
5. Construir un modelo explicativo y predictivo sobre la relación entre “adherencia del terapeuta” y resultados del tratamiento psicológico, que identifique el subconjunto de variables moderadoras que mejor den cuenta de la variabilidad exhibida por los tamaños del efecto.
6. Construir un modelo explicativo y predictivo sobre la relación entre “competencia del terapeuta” y resultados del tratamiento psicológico, que identifique el subconjunto de variables moderadoras que mejor den cuenta de la variabilidad exhibida por los tamaños del efecto.

2.2 Metodología

El diseño utilizado fue un meta-análisis (Sánchez-Meca, 2008, 2010; Sánchez-Meca y Botella, 2010). Para el diseño metodológico y la redacción del presente documento se han seguido las indicaciones de la guía PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y The PRISMA Group, 2009). En el Anexo 1 se adjunta la lista de comprobación correspondiente traducida por Urrutia y Bonfill (2010).

Cabe señalar que este estudio no ha recibido financiación específica y no se ha considerado su valoración por un Comité de Ética de Investigación Sanitaria, ya que no lo requieren los elementos integrantes de nuestro estudio, por tratarse de investigaciones publicadas.

2.2.1 Criterios de selección de los estudios

En el proceso de selección de los estudios, se tomaron en consideración los siguientes criterios:

- Se aceptaron tanto estudios publicados como no publicados, tomando como año de inicio aquel que conste en las bases de datos electrónicas (en torno a 1950) y como fecha final septiembre de 2013.
- Los estudios podían ser tanto experimentales como cuasi-experimentales.
- Se seleccionaron sólo estudios realizados en población adulta, con objeto de homogeneizar las muestras de pacientes.
- La muestra de pacientes tenía que pertenecer a población clínica, de forma que se excluyeron los estudios que utilizaron muestras subclínicas o comunitarias.
- Se seleccionaron estudios que aportaran datos cuantitativos que midieran las variables adherencia y/o competencia del terapeuta (medidas de manera objetiva y con instrumentos debidamente validados), y que incluyeran también alguna medida de la psicopatología del paciente, obtenida mediante algún cuestionario empíricamente validado, que hubiera sido aplicado al menos después del tratamiento.
- Se incluyeron estudios que analizaran la relación entre la adherencia del terapeuta y los resultados, y/o sobre la competencia del terapeuta y los resultados.
- Los estudios tenían que aportar alguna correlación entre adherencia y resultados del tratamiento y/o entre competencia y resultados del tratamiento.
- Finalmente, los estudios podían estar escritos en inglés o español.

2.2.2 Procedimientos de búsqueda

La búsqueda informatizada fue llevada a cabo inicialmente en diciembre de 2012, siendo posteriormente actualizada en septiembre de 2013. Las bases de datos electrónicas consultadas fueron: *Medline*, *PsycINFO*, *PubMed*, *PsycARTICLES*, *PSICODOC*, *ERIC*, *ISI Web of Knowledge*, *Academic Search Premier*, *Biblioteca Cochrane Plus* y *Google Académico*. Se abarcó el periodo comprendido entre los años 1950 y 2013, ambos incluidos, y se utilizaron los descriptores en inglés “*therapist adherence AND outcome*” y “*therapist competence AND outcome*” y en castellano “*adherencia del terapeuta AND*

resultados” y “*competencia el terapeuta AND resultados*”; que debían aparecer en el título, resumen o en ambas partes del trabajo.

La búsqueda en las bases de datos con las palabras clave “*therapist adherence AND outcome*”, dio lugar a 198 referencias iniciales, de las cuales se eliminaron 88 referencias por estar duplicadas. Con las palabras clave “*therapist competence AND outcome*”, se obtuvieron 141 referencias iniciales, de las cuales 52 eran repetidas. El resultado inicial de la búsqueda electrónica fue de 199 referencias. A su vez, se enviaron 12 e-mails a autores que habían publicado sobre el tema, solicitando estudios no publicados. Dos e-mails fueron respondidos, cinco no lo fueron, y otros cuatro no llegaron a destino. No se obtuvo ningún estudio no publicado por esta vía. La estrategia de búsqueda dio lugar a 199 artículos identificados (ver Figura 1).

La selección de los estudios se llevó a cabo en dos fases. En la primera valoración, se revisaron los artículos identificados, clasificándolos en función del *título* y *abstract*, seleccionándolos si cumplían los criterios de inclusión o descartándolos en caso de que no los cumplieran o no se pudiera comprobar que los incumplieran. Para asegurar la objetividad de esta clasificación, el 85,42% de los artículos (170 de los 199) fueron clasificados por dos evaluadores independientes. La fiabilidad inter-jueces se calculó con el coeficiente kappa de Cohen, siendo igual a .841 (ver Tablas 2 y 3). Los desacuerdos se resolvieron por consenso, siguiendo el criterio más conservador. De las 199 referencias, 88 artículos pasaron a la siguiente fase de clasificación y 111 fueron descartados.

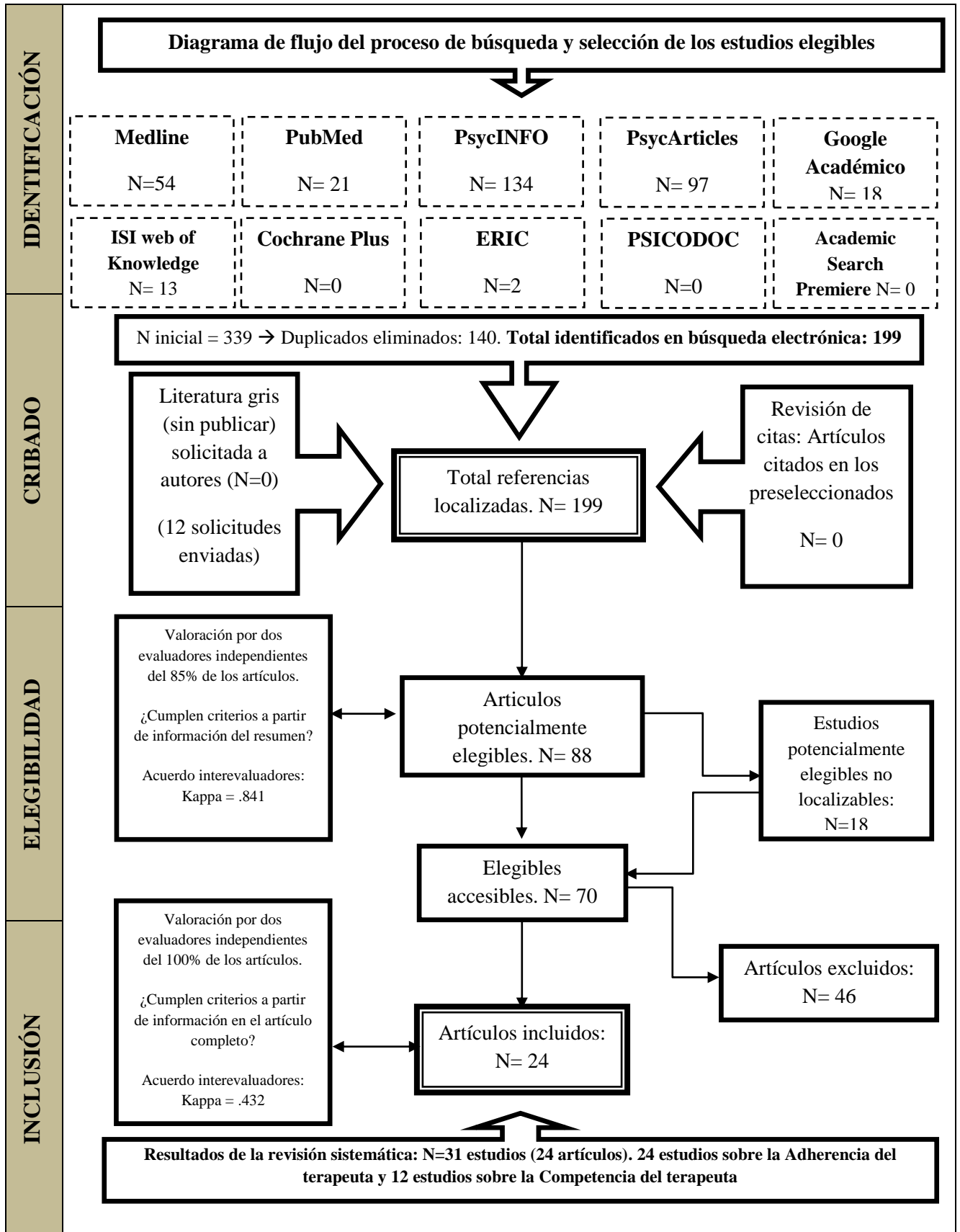


Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de estudios para el meta-análisis.

Tabla 2. Tabla de contingencia para el examen de la concordancia entre los dos evaluadores en la fase de preselección.

RECUENTO		EVALUADOR 2		TOTAL
		INCLUIDO	DESCARTADO	
EVALUADOR 1	INCLUIDO	81	7	88
	DESCARTADO	6	76	82
TOTAL		87	83	170

Tabla 3. Valoración del acuerdo interevaluadores en la fase de preselección.

	Valor	Error típico Asínt*	T aproximada**	Sig. Aproximada
Medida de acuerdo Kappa	.841	.041	11,043	<.001
N casos válidos	170			

* Asumiendo la hipótesis alternativa.

** Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

De estos 88 artículos, 18 resultaron ilocalizables, al no poder conseguirlos por las bases de datos accesibles ni a través de los autores. Una vez conseguidos los 70 artículos restantes, en la segunda etapa de valoración se seleccionaron aquéllos para los que se confirmó que cumplían con todos los criterios de inclusión, revisando el texto completo. Esta segunda valoración dio como resultado la inclusión de 24 artículos (31 estudios). El Anexo 2 recoge las referencias de los 24 artículos incluidos en el meta-análisis. Para comprobar la fiabilidad del proceso de selección, dos evaluadores independientes clasificaron el 100% de los estudios preseleccionados, arrojando un acuerdo inter-jueces, medido con el coeficiente kappa de Cohen, de .432 (Tablas 4 y 5). Los 47 artículos excluidos lo fueron debido, bien a que no cumplían todos los criterios de inclusión, bien a que utilizaban muestras repetidas de otros artículos que reportaban los datos de una manera más clara, o bien porque faltaban datos que no fueron aportados por los autores aún después de solicitárselos por e-mail (ver Figura 1).

Tabla 4. Tabla de contingencia para el examen de la concordancia entre los dos evaluadores en la fase de selección.

RECuento		EVALUADOR 2		TOTAL
		INCLUIDO	DESCARTADO	
EVALUADOR 1	INCLUIDO	24	13	37
	DESCARTADO	7	26	33
TOTAL		31	39	70

Tabla 5. Valoración del acuerdo interevaluadores en la fase selección.

	Valor	Error típico Asínt*	T aproximada**	Sig. Aproximada
Medida de acuerdo Kappa	.432	.106	3,670	<.001
N casos válidos	70			

* Asumiendo la hipótesis alternativa.
** Empleando el error típico asíntótico basado en la hipótesis nula.

Observamos que los resultados obtenidos en el primer proceso de selección alcanzaron un índice de acuerdo muy alto, mientras que en el segundo proceso de selección este índice fue bajo, siendo ambos resultados estadísticamente significativos. Las discrepancias entre los dos evaluadores se resolvieron por consenso, siguiendo el criterio más conservador que garantizara la inclusión de todos los artículos relevantes para esta investigación y que cumplieran con los criterios establecidos previamente.

2.2.3 Codificación de los estudios

Para codificar las características de los diferentes estudios, se elaboró una plantilla y un manual de codificación que incluyó 74 ítems, divididos en tres grandes apartados (Lipsey, 1994; Sánchez-Meca, 1996): (1) variables sustantivas (de tratamiento, sujeto y contexto), (2) metodológicas y (3) extrínsecas. En el *Manual o Libro de Codificación* se especificaron las normas que los codificadores debían seguir durante el proceso de codificación de los estudios. En la plantilla o *Protocolo de Registro de Variables* se registraron todos los datos referentes a las variables codificadas en los estudios de una forma estandarizada.

Ambos documentos fueron puestos a prueba mediante la codificación preliminar de una muestra aleatoria del 20% de los trabajos para corregir posibles deficiencias. Asimismo, durante el proceso de codificación se fueron realizando las revisiones y modificaciones necesarias hasta llegar a los modelos utilizados en la creación de la base de datos, los cuales se incluyen en los Anexos 3 y 4, respectivamente. A continuación se muestran las variables moderadoras consideradas.

2.2.3.1 Variables sustantivas

Las variables sustantivas están relacionadas con las características de los tratamientos, de los pacientes que reciben la intervención y con el contexto en el que se están aplicando las intervenciones.

2.2.3.1.1 Variables de tratamiento

Se incluyeron en este bloque las variables moderadoras relacionadas con las características del tratamiento en su sentido más amplio. Se tuvo en cuenta la naturaleza diversa de las intervenciones psicológicas y sus principales características. Además, se incorporaron aspectos relacionados con los terapeutas que llevaron a cabo la intervención.

- *Tipo de tratamiento.* Esta primera variable permitió identificar el tipo de intervención que recibía el grupo tratado, distinguiendo entre los distintos tipos de tratamiento psicológico llevados a cabo por los estudios codificados:
 - Terapia cognitivo-conductual
 - Terapias psicodinámicas
 - *Counseling*
 - Otros
- *Manual de tratamiento.* Se registró si el tratamiento aplicado seguía un manual o protocolo de tratamiento.
- *Adherencia.* En este ítem se especificaba si el estudio realizaba un control objetivo de la adherencia de los terapeutas al protocolo de tratamiento, mediante la grabación en audio o audiovisual de las sesiones de tratamiento que después serían evaluadas según un instrumento psicométrico elaborado para tal fin y por jueces entrenados para ello.

- *Competencia.* En este ítem se especificaba si el estudio realizaba un control objetivo de la competencia de los terapeutas al aplicar el protocolo de tratamiento. Al igual que en el ítem anterior, los autores tendrían que haber realizado una grabación en audio o audiovisual de las sesiones de tratamiento que después serían evaluadas según un instrumento psicométrico elaborado para evaluar esta variable y por jueces entrenados en este protocolo de evaluación.
- *Duración.* Duración del tratamiento definida como el número de semanas que duró la intervención, sin tener en cuenta el seguimiento. Si cada paciente recibió períodos de tratamiento diferentes, se consignó la duración media (número de semanas) si estaba disponible en el artículo. En caso contrario, esta variable se codificó como dato ausente.
- *Intensidad.* Se codificó la intensidad del tratamiento, definida como el número de horas por semana de tratamiento que recibió cada paciente. No se tuvo en cuenta el seguimiento. Si cada paciente recibió una intensidad diferente, se consignó la intensidad media, si estaba disponible este dato en el artículo. En caso contrario, esta variable se codificó como dato ausente.
- *Magnitud.* Se consignó en esta variable la magnitud del tratamiento, definida como el número total de horas de tratamiento que recibió cada paciente. No se tuvo en cuenta el seguimiento. Si cada paciente recibió un número diferente de horas, se consignó el número medio de horas recibidas, si este dato estuvo disponible. En caso contrario, esta variable se codificó como dato ausente.
- *Sesiones.* Se consignó en esta variable el número total de sesiones (si las reportaba el estudio) independientemente de su duración e intensidad.

Se codificaron también otras características de los tratamientos, que pudieran ejercer cierto influjo sobre la magnitud del tamaño del efecto. Entre ellas estaban:

- *Tareas para casa.* Se consignó en esta variable si el tratamiento incluía la realización de tareas terapéuticas para casa o si, por el contrario, no se incluían.
- *Programa de seguimiento.* Se codificó en esta variable el hecho de que el tratamiento incluyera o no algún programa de seguimiento. Se entiende por programa de seguimiento el establecimiento previo de tareas, consultas, etc., que debía realizar el paciente una vez finalizada la fase de tratamiento propiamente

dicho, hasta pasado el tiempo fijado por el terapeuta en el que debían ser nuevamente convocados y evaluados.

- *Tipo de programa de seguimiento*: Cuando el tratamiento incluía programa de seguimiento, se codificó en esta variable el tipo de programa con las siguientes categorías:
 - Seguimiento telefónico.
 - Seguimiento por *email*.
 - Seguimiento mediante visita al terapeuta.
 - Seguimiento mediante asistencia a domicilio.
 - Seguimiento mixto (combinación de varios de los anteriores).
 - Otros programas de seguimiento (y se especificará cuál/es).
- *Contrato terapéutico*. En esta variable se consignó el uso o no de un contrato terapéutico con el paciente.
- *Duración de las sesiones*. En él se codificaban el número de minutos de duración de las sesiones de tratamiento.

2.2.3.1.2 Características del terapeuta

En este apartado se codificaron las variables referentes al terapeuta o terapeutas que llevaron a cabo la intervención, consignándose las siguientes:

- *Coincidencia autores-terapeuta*. En esta variable se consignó el hecho de que los autores del trabajo hubieran sido los terapeutas que ejecutaron directamente el programa de intervención o si, por el contrario, no lo habían hecho.
- *Coincidencia evaluador-terapeutas*. En esta variable se consignó el hecho de que los terapeutas que aplicaron el tratamiento eran los evaluadores de los resultados del mismo (mediante la aplicación de las pruebas psicométricas pertinentes) o si por el contrario, se utilizaron evaluadores externos a la aplicación del tratamiento.
- *Formación*. En esta variable se consignó la cualificación profesional de los terapeutas, distinguiendo entre:
 - Psicólogo.
 - Psiquiatra.
 - Médico.
 - Trabajador social.

- Enfermero.
- *Sexo de los terapeutas.* En esta variable codificó el porcentaje de terapeutas varones que aplicaban el tratamiento.
- *Experiencia.* Se indicó el grado de experiencia de los profesionales en la realización de este tipo de tareas. Se distinguieron las siguientes categorías:
 - *Experiencia alta:* Profesionales con tres o más años de experiencia en el campo.
 - *Experiencia media:* Estudiantes de Postgrado con uno o dos años de experiencia y con entrenamiento en el área de investigación.
 - *Experiencia baja:* Licenciados/Diplomados sin experiencia y sin entrenamiento, estudiantes de Pregrado.
 - *Experiencia mixta:* Combinación de algunas de las categorías anteriores.
- *Experiencia 2:* En esta variable se consignó el promedio del número de años de experiencia de los terapeutas que habían aplicado el tratamiento.
- *Grado de entrenamiento1:* Se consignó la máxima titulación académica alcanzada por los terapeutas. Se distinguieron las siguientes categorías:
 - Licenciado.
 - Máster.
 - Doctor.
 - Mixto (si el grupo se compuso por terapeutas que habían alcanzado distinto grado de titulación).
- *Grado de entrenamiento2.* En esta variable se consignó el número total de horas que los terapeutas habían tenido en el protocolo o manual de tratamiento aplicado.
- *Entrenamiento de los terapeutas:* En esta variable se consignó el tipo de tratamiento psicológico en el que los terapeutas habían sido entrenados previamente a la participación en el estudio.
 - Terapia cognitivo-conductual
 - Terapias psicodinámicas
 - Otros
- *Supervisión:* En esta variable se consignó el promedio de horas semanales de supervisión que los terapeutas habían recibido en el protocolo o manual de tratamiento aplicado.

- *Experiencia de los jueces-observadores.* En esta variable se consignó el promedio de años de trabajo en el contexto clínico de los evaluadores de la adherencia y/o competencia.
- *Entrenamiento de los jueces-observadores.* En esta variable se consignó el número total de horas de entrenamiento que los evaluadores o jueces de la adherencia y/o competencia habían recibido para realizar esta tarea de observación, registro y cuantificación.

2.2.3.1.3 Variables de contexto

En este bloque se incluyeron aquellas variables que estaban relacionadas con el contexto o el ambiente en el que había tenido lugar la intervención psicológica.

- *País.* En esta variable se consignó el país en el que tuvo lugar la intervención.
- *Lugar.* Se especificó el lugar en el que se llevó a cabo la intervención psicológica, distinguiendo entre:
 - Universidad o centro dependiente de la misma.
 - Clínica/centro de salud/hospital.
 - Mixto.

2.2.3.1.4 Variables de sujeto

Se incluyeron en este bloque aquellas variables relacionadas con las características de las muestras de pacientes sometidas a estudio. Se registraron los datos correspondientes a la muestra de sujetos del grupo analizado.

- *Edad.* En este caso se consignó la edad media (en años) de los pacientes de la muestra.
- *Sexo.* Se registró el sexo de forma cualitativa, distinguiendo entre:
 - Sólo hombres.
 - Sólo mujeres.
 - Mixto.
- *Sexo2.* En esta variable se consignó el porcentaje de hombres en la muestra, o bien, de la muestra total del artículo, o bien, del grupo del que aporte datos.

- *Criterio Diagnóstico.* En esta variable se indicó el criterio diagnóstico utilizado en el estudio, distinguiendo entre:
 - DSM-III.
 - DSM-III-R.
 - DSM-IV.
 - DSM-IV-R (TR)
 - CIE-9. (ICD-9)
 - CIE-9-MC (ICD-9)
 - CIE-10 (ICD-9)
 - RCT (*Research Diagnostic Criteria*)
- *Criterio Diagnóstico 2.* Se consignó el instrumento psicométrico utilizado para evaluar la sintomatología del paciente. Se recogieron los siguientes:
 - Beck Depression Inventory (BDI)
 - SCL-90
 - Otros
- *Tipo de trastorno.* Se consignó el tipo de problema o diagnóstico clínico principal por el que el paciente recibía tratamiento. Se recogieron los siguientes trastornos psicológicos:
 - Depresión
 - Dependencia a sustancias
 - Trastorno adaptativo
 - Otros
- *Historia del problema.* En esta variable se consignaría, en años, la duración media del trastorno psicológico, contabilizado desde su origen hasta el inicio del tratamiento informado en el estudio.
- *Tratamiento(s) previo(s).* Se consideró que los pacientes recibieron tratamientos previos cuando así ocurrió en la mitad o más de la mitad de la muestra de estudio. Se consideró que no recibieron tratamientos previos cuando todos los pacientes habían sido tratados por primera vez en el estudio. Una tercera opción fue que un porcentaje inferior a la mitad recibieran tratamientos previos.
- *Porcentaje de pacientes con medicación previa.* Se consignó en esta variable el porcentaje de pacientes con medicación previa al tratamiento.

- *Porcentaje de pacientes con medicación durante el tratamiento.* Porcentaje de pacientes que tomaron medicación durante el tratamiento.
- *Comorbilidad.* En esta variable se consignó la existencia de comorbilidad en la muestra, es decir, la presencia de otros trastornos aparte del trastorno principal por el que el paciente había sido incluido en el estudio. Si al menos la mitad de la muestra presentaba otros trastornos, se consignó positivamente esta variable.
- *Comorbilidad2.* En el caso de presencia de otros trastornos comórbidos se indicó el tipo de problema y el porcentaje de pacientes que los presentaban. Las categorías diagnósticas identificadas fueron:
 - Depresión.
 - Trastorno de pánico con agorafobia.
 - Trastorno de pánico sin agorafobia.
 - TEPT
 - TOC
 - Trastornos alimentarios
 - Trastornos de personalidad.

Al no ser mutuamente excluyentes se dicotomizaron cada uno de los apartados, pudiendo indicarse los diferentes tipos de trastorno (si había varios se consignaron todos ellos).

2.2.3.2 Variables metodológicas

Se incluyeron en este bloque un conjunto de variables que tenían que ver con el diseño y la metodología aplicada en la investigación. Se describen a continuación las variables codificadas.

- *Pretest.* En esta variable se indicó si el estudio incluyó o no medidas de evaluación pretest.
- *Asignación 1.* Esta variable hacía referencia al modo de asignación de los sujetos a los grupos de tratamiento o control, con dos categorías:
 - (a) *Asignación no aleatoria:* Los sujetos no se asignaron de forma estrictamente aleatoria a los grupos. Téngase en cuenta que esto incluye la creación de grupos de control de lista de espera, la asignación de sujetos a uno u

otro grupo en semanas alternativas, la auto-selección del sujeto a uno u otro grupo, la asignación de forma alternante según llegada del sujeto a la consulta, etc.

(b) *Asignación aleatoria*: Los sujetos se asignaron de forma estrictamente aleatoria a los grupos.

➤ *Asignación 2*. Esta variable hacía referencia al modo de asignación de los sujetos a los terapeutas, con dos categorías:

(a) *Asignación no aleatoria*: Los sujetos no se asignaron de forma estrictamente aleatoria a los terapeutas.

(b) *Asignación aleatoria*: Los sujetos se asignaron de forma estrictamente aleatoria a los terapeutas.

➤ *Control*. En esta variable se consignó de forma dicotómica el nivel de la actividad del grupo de control, siendo aplicable este ítem exclusivamente a los estudios con grupos de este tipo. Se distinguieron dos categorías:

(a) *Grupo de control activo*: Los sujetos del grupo de control recibieron algún tipo de atención alternativa al grupo de intervención.

(b) *Grupo de control inactivo*: Los sujetos del grupo de control no recibieron ningún tipo de atención alternativa al grupo de intervención.

➤ *Fiabilidad de la codificación de la adherencia*. En este ítem se recogía el índice de fiabilidad interjueces respecto a la valoración de la adherencia del terapeuta al protocolo de tratamiento.

➤ *Fiabilidad de la codificación de la competencia*. En este ítem se recogía el índice de fiabilidad interjueces respecto a la valoración de la competencia del terapeuta en la aplicación del protocolo de tratamiento.

➤ *Instrumentos de medida de la adherencia*. En este ítem se recogió el instrumento de medida para evaluar la adherencia del terapeuta al protocolo de tratamiento, distinguiéndose las siguientes posibilidades:

- *Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS)*
- Otros instrumentos validados.
- Instrumentos no validados.

➤ *Instrumentos de medida de la competencia*. En este ítem se recogió el instrumento de medida para evaluar la competencia del terapeuta en la aplicación del protocolo de tratamiento, distinguiéndose las siguientes posibilidades:

- *Cognitive Therapy Scale (CTS)*

- Otros instrumentos validados.
 - Instrumentos no validados.
- *Seguimiento.* Si el estudio incluía registros de seguimiento de los resultados se consignó en meses el tiempo transcurrido entre la finalización del tratamiento y el momento del registro de seguimiento. Si el estudio informó de varios seguimientos se consignó el más largo. Si el seguimiento no fue uniforme para todos los sujetos, se consignó la media de los seguimientos o el promedio del rango (seguimientos máximo y mínimo).
- *Tamaño muestral del grupo tratado en el pretest.*
- *Tamaño muestral del grupo de control en el pretest.*
- *Tamaño muestral del grupo tratado en el postest.*
- *Tamaño muestral del grupo de control en el postest.*
- *Tamaño muestral del grupo tratado en el seguimiento más largo.*
- *Tamaño muestral del grupo de control en el seguimiento más largo.*
- *Índice de mortalidad del grupo tratado en el postest.* Se ha obtenido dividiendo el número de sujetos que abandonaron antes de llegar al postest por el número de sujetos de la muestra en el pretest.
- *Índice de mortalidad del grupo tratado en el seguimiento más largo.* Se ha obtenido dividiendo el número de sujetos que abandonaron antes de llegar al seguimiento por el número de sujetos de la muestra en el pretest.
- *Azar.* Se consignó que los sujetos se hubieran asignado aleatoriamente a los grupos o si, en caso contrario, se había controlado el influjo de posibles variables de confundido. Para la valoración de este ítem se atendió a la globalidad del estudio y no al grupo particular que se estaba codificando. Si los sujetos se habían asignado aleatoriamente a los grupos se consignaría 1. Todos los estudios pertenecientes a la categoría de “diseños experimentales” recibieron esta puntuación. Si los sujetos no se habían asignado aleatoriamente a los grupos, pero se había aplicado algún procedimiento de control de variables extrañas (emparejamiento, bloqueo o estratificación), se consignaron .5 puntos. Los estudios cuasi-experimentales que habían aplicado alguno de estos procedimientos de control recibieron esta puntuación. Si los sujetos no se habían asignado aleatoriamente a los grupos y no se aplicó ningún procedimiento de control de variables extrañas se consignó 0.

- *Adecuación del grupo de control.* Se valoró en este ítem la validez interna del diseño utilizado. Así, recibieron la puntuación 1 los grupos de control activo/ placebo psicológico; .5 otros grupos de control (básicamente, placebo farmacológico) y 0 cuando no había ningún grupo de control.
- *Tamaño de la muestra en el postest.* Se valoró en este ítem el tamaño muestral de los grupos, con el siguiente sistema de puntuación:
 - Si el tamaño muestral total en el postest era igual o superior a 15 sujetos se consignó 1.
 - Si el tamaño muestral total de los grupos en el postest estaba entre 8 y 14 se consignó .5.
 - Si el tamaño muestral total de los grupos en el postest era inferior a 8 se consignó 0.
- *Mortalidad.* En realidad, este ítem se definió como lo contrario de la mortalidad. Su cálculo consistió en computar 1 menos la mortalidad del grupo tratado. Por tanto, cuanto menor era la mortalidad el grupo tratado, tanto mayor fue la puntuación en este ítem.
- *Análisis por intención de tratamiento.* Se valoró si el estudio realizó análisis estadísticos con los sujetos con intención de recibir tratamiento (todos los del pretest) -*Intention to treat analysis*- (1 punto) o si sólo realizó los análisis estadísticos con los que completaron el tratamiento (sólo los que llegaron al postest) -los '*Completers*'- (0 puntos). Si no había pérdida de sujetos del pretest al postest se puntuó con 1.
- *Enmascaramiento del evaluador.* Se consignó con 1 si el evaluador no sabía el tratamiento recibido por el sujeto y con 0 si lo sabía o en el estudio no se informaba acerca de ello.
- *Calidad.* En esta variable se consignó la suma de las puntuaciones que el estudio alcanzó en los 6 ítems anteriores, evaluando la calidad del diseño. Las puntuaciones mínima y máxima en este ítem serían 0 y 6, respectivamente. Se entiende que a mayor puntuación, mayor calidad metodológica del estudio.

2.2.3.3 Variables extrínsecas

En este subapartado se incluyeron aquellas variables que, pese a no estar directamente relacionadas con nuestro objeto de estudio ni con la metodología de los estudios, podrían presentar alguna relación estadística con los tamaños del efecto de nuestra investigación.

- *Fecha*. En esta variable se consignó el año en que el estudio fue publicado (para los estudios publicados) o escrito (para los estudios no publicados).
- *Formación del investigador principal*. Se consignó la preparación profesional del primer autor que firmaba el estudio, distinguiendo entre:
 - Psicólogo.
 - Psiquiatra.
 - Médico.
 - Otros. En este caso, se especificó la formación.
- *Estatus de publicación*. En esta variable se consignó el *estatus* de publicación del trabajo, distinguiendo entre:
 - Trabajo no publicado.
 - Trabajo publicado: El trabajo tiene ISBN o ISSN.

2.2.3.4 Análisis de la fiabilidad de la codificación de las variables moderadoras

Para asegurar la adecuación de las decisiones tomadas en el proceso de registro y extracción de los datos de los estudios, se llevó a cabo un estudio de la fiabilidad de la codificación, a través del análisis de la consistencia entre dos codificadores independientes. Para las variables moderadoras cualitativas se calculó el coeficiente *kappa* de Cohen, mientras que para las variables moderadoras continuas se calculó el coeficiente de correlación *intra-clase*. Se estimó que, en ambos casos, índices de fiabilidad de .60 o superiores serían indicio de una fiabilidad inter-codificadores satisfactoria. El nivel de concordancia para la mayoría de las variables estudiadas fue satisfactorio, con coeficientes de acuerdo *inter-jueces* mayores de .60 en todas las variables cuantitativas (véase Tabla 6) y cualitativas (véase Tabla 7). Hubo algunas variables moderadoras cuya fiabilidad no fue posible calcular por tener datos sólo en un estudio o en ninguno. Los desacuerdos entre los codificadores se resolvieron por

consenso y el Manual de Codificación fue corregido cuando las inconsistencias se debieron a una descripción incompleta de las variables.

Tabla 6. Fiabilidad de la codificación de las variables moderadoras cuantitativas.

Fiabilidad de codificación interevaluadores de las variables cuantitativas			
Variable	Nº estudios	Coef. Correlación intra-clase	Significación estadística
Item 5: Duración de las sesiones	21	.998	<.001
Item 6: Intensidad del tratamiento	17	.999	<.001
Item 7: Magnitud del tratamiento	17	.998	<.001
Item 8: Número total de sesiones	31	1	<.001
Item 13: Duración (en minutos) de las sesiones	9	.997	<.001
Item 15b: Sexo terapeutas (% varones)	10	.866	<.001
Ítem 17: Promedio años experiencia del terapeuta	15	1	<.001
Item 19: Número horas de entrenamiento en el protocolo de los jueces.	6	1	<.001
Item 21: Promedio de número de horas semanales de supervisión de los jueces en el protocolo de tratamiento.	8	.900	<.001
Ítem 22: Promedio de número de años de experiencia de los jueces.	1	-	-
Ítem 23: Promedio de horas de entrenamiento de los jueces en el protocolo de tratamiento.	5	.784	<.001
Item 25: Promedio de años de edad de la muestra de sujetos.	27	1	<.001
Ítem 27: Porcentaje de varones de la muestra	31	1	<.001
Ítem 31: Promedio de años de antigüedad del problema.	2	.998	<.001
Ítem 33: Porcentaje de pacientes con medicación previa al tratamiento.	2	.995	<.001
Ítem 34: Porcentaje de pacientes que toman medicación durante el tratamiento	12	.875	<.001
Ítem 41: Índice de fiabilidad interjueces para la estimación de la variable adherencia.	12	1	<.001

Tabla 6 (Cont.). Fiabilidad de la codificación de las variables moderadoras cuantitativas.

Variable	Nº estudios	Coef. Correlación intra-clase	Significación estadística
Ítem 41b: Índice de fiabilidad interjueces para la estimación de la variable competencia	10	1	<.001
Ítem 42: Seguimiento más largo en número de meses	8	1	<.001
Ítem 43a: N de pacientes pre-tratamiento para grupo tratado.	7	.998	<.001
Ítem 43b: N de pacientes pre-tratamiento para grupo control.	7	.998	<.001
Ítem 43c: N de pacientes pre- tratamiento total.	31	.785	<.001
Ítem 44a: N de pacientes post- tratamiento para grupo tratado.	31	.658	<.001
Ítem 44b: N de pacientes post- tratamiento para grupo control.	3	1	<.001
Ítem 44c: N de pacientes post- tratamiento total.	31	.578	<.001
Ítem 45a: N de pacientes en seguimiento para grupo tratado.	3	1	<.001
Ítem 45b: N de pacientes en seguimiento para grupo control.	0	-	-
Ítem 45c: N de pacientes en seguimiento total.	0	-	-
Ítem 46a: Mortalidad de postest para grupo tratado.	31	.675	<.001
Ítem 46b: Mortalidad de postest para grupo control.	12	.998	<.001
Ítem 46c: Mortalidad de postest diferencial.	0	-	-
Ítem 47a: Mortalidad de seguimiento para grupo tratado.	1	-	-
Ítem 47b: Mortalidad de seguimiento para grupo control.	0	-	-
Ítem 47c: Mortalidad de seguimiento diferencial.	0	-	-
Item 51: Mortalidad.	31	.684	<.001
Item 54: Calidad del diseño.	31	.879	<.001
Item 59: Correlación adherencia-resultados	24	.901	<.001
Item 60: Correlación competencia-resultados	12	.997	<.001

Tabla 7. Fiabilidad de codificación de variables cualitativas.

Fiabilidad de codificación interevaluadores de las variables cualitativas			
Variable	Nº estudios	Coef. Kappa de Cohen	Significación estadística
Ítem 1: Tipo de tratamiento.	31	.897	<.001
Ítem 2: Manual.	31	.994	<.001
Ítem 3: Adherencia.	31	.854	<.001

Tabla 7 (Cont.). Fiabilidad de codificación de variables cualitativas.

Variable	Nº estudios	Coef. Kappa de Cohen	Significación estadística
Ítem 4: Competencia	31	.841	<.001
Item 9: Tareas	31	.997	<.001
Item 10: Seguimiento.	31	.865	<.001
Item 11: Tipo de seguimiento.	31	.965	<.001
Ítem 12: Contrato terapéutico.	31	1	<.001
Ítem 14: Coincidencia autores-terapeutas	31	.854	<.001
Ítem 14b: Coincidencia evaluador-terapeutas	31	.654	<.001
Ítem 15: Formación	31	.785	<.001
Item 16: Grado de experiencia	31	.642	<.001
Ítem 18: Grado de entrenamiento	30	.658	<.001
Item 20: Entrenamiento de los terapeutas	28	.854	<.001
Item 24: País.	31	1	<.001
Item 24b: Lugar	31	.998	<.001
Item 26: Sexo	29	1	<.001
Item 28: Diagnóstico	30	.998	<.001
Item 29: Instrumento diagnóstico	31	.654	<.001
Item 30: Tipo de problema	31	.995	<.001
Item 32: Tratamiento previo	5	.856	<.001
Item 35: Comorbilidad	31	.895	<.001
Item 36: Comorbilidad 2 (tipo de trastorno)	14	.754	<.001
Ítem 37: Pretest.	31	1	<.001
Item 38: Asignación aleatoria al pretest.	9	.998	<.001
Item 39: Asignación aleatoria a los terapeutas	31	.785	<.001
Item 40: Control	8	.890	<.001
Item 41c: Instrumento medida adherencia	31	1	<.001
Item 41d: Instrumento medida competencia	31	1	<.001
Item 48: Azar	31	.998	<.001
Item 49: Control	31	.998	<.001
Item 50: Muestra	31	.998	<.001
Item 52: Análisis	31	.998	<.001
Item 53: Enmascaramiento del evaluador	31	.875	<.001
Item 55: Fecha	31	1	<.001
Item 56: Formación	30	.998	<.001
Item 57: Publicación	31	1	<.001
Item 58: Fuente	31	1	<.001

2.2.4 Índice del tamaño del efecto

Nuestra investigación tenía dos objetivos principales claramente diferenciados: por una parte, estimar la relación existente entre adherencia del terapeuta al tratamiento y

eficacia del tratamiento y, por otra, estimar la relación entre competencia del terapeuta y eficacia del tratamiento. Esta circunstancia nos llevó a definir dos índices del tamaño del efecto, uno para cada objetivo prioritario. La variable de resultado identificada en cada estudio fue aquella que reflejaba el tamaño del efecto de la relación directa encontrada entre las variables: (a) “adherencia del terapeuta al protocolo de tratamiento” y eficacia del tratamiento (reducción de la intensidad del trastorno según los resultados de los cuestionarios aplicados antes y después del tratamiento) y (b) “competencia del terapeuta” y eficacia del tratamiento. El estadístico aportado por los estudios que estimaba el tamaño del efecto objeto de nuestros análisis, fue el coeficiente de correlación de Pearson. Este dato era aportado directamente por los estudios y no fue necesario realizar cálculos para su obtención. Dado que esta correlación hablaba de las relaciones entre adherencia-eficacia y competencia-eficacia, el signo de la misma fue observado con detenimiento en función de cuál había sido la medida de mejoría tomada para la correlación. Si la medida tomada como mejoría era la diferencia entre la medida pretest y posttest en el mismo instrumento psicométrico aplicado, entonces una correlación positiva con la adherencia o la competencia indicaría una relación directa entre las dos variables. Es decir, a mayor adherencia o competencia del terapeuta se presentaría mayor reducción de la intensidad del trastorno psicológico y se habrían obtenido mejores resultados. En consecuencia, un signo negativo indicaría una relación inversa. Lo contrario ocurriría si la medida de mejoría fuera la puntuación en el posttest. En este caso, si hay mejoría, la puntuación del posttest sería menor que la obtenida en el pretest. Por tanto, a menor puntuación, mejores resultados del tratamiento aplicado. De este modo, una correlación negativa entre adherencia o competencia del terapeuta y eficacia, sería un resultado favorable a estas variables. Ello indicaría que a mayor medida de ambas, mejores habrían sido los resultados, puesto que disminuyeron las puntuaciones en el posttest. Sin embargo, una correlación positiva indicaría que a mayor medida de estas variables, también habrían sido mayores las puntuaciones en el posttest, mostrando que el tratamiento no había sido eficaz.

Acordamos que si un estudio no aportaba la correlación de Pearson entre las variables adherencia y/o competencia del terapeuta y resultados, ni tampoco los datos suficientes para calcularlo, entonces sería descartado en la segunda fase de selección de estudios. Así mismo, si algún estudio aportaba más de un coeficiente de correlación de

Pearson porque habían correlacionado la adherencia y/o competencia del terapeuta con más de una medida de resultados (e.g., Gaston et al., 1998; Huppert et al., 2006; Luborsky et al., 1985; Paivio et al., 2004; Shaw et al., 1999; Specktor, 2008; Strunk et al., 2010 y Svartberg et al., 1992), acordamos seleccionar la correlación obtenida de la prueba diagnóstica más relacionada con el trastorno psicológico tratado y que también fuera más frecuentemente aplicada en el resto de estudios. Por ejemplo, si en un estudio en el que se aplicó un tratamiento para pacientes con trastorno depresivo mayor se administraron dos medidas de evaluación del trastorno, se seleccionó la correlación aportada por el instrumento que con más frecuencia fue utilizado en los demás estudios. Por otra parte, si un estudio que también aplicó un tratamiento para pacientes con Depresión Mayor utilizó como medidas de resultado instrumentos de evaluación para este trastorno y para la evaluación de la ansiedad, se seleccionó la correlación entre adherencia y/o competencia del terapeuta respecto al instrumento de medida de Depresión, por estar directamente relacionado con el trastorno objeto de tratamiento.

Con el fin de asegurar la mayor objetividad posible, dos evaluadores independientes registraron la correlación de Pearson aportada por los estudios entre las variables adherencia y competencia del terapeuta y resultados. Se llevó a cabo un estudio de la fiabilidad de la codificación a través del análisis del grado de acuerdo entre los dos codificadores, calculando el coeficiente de correlación *intra-clase* (véase Tabla 6). Tanto la correlación *intra-clase* para el registro de las correlaciones entre adherencia y eficacia como la de las correlaciones entre competencia y eficacia fueron altamente satisfactorias (.901 y .997, respectivamente)

2.2.5 Análisis estadístico

Se realizaron dos meta-análisis por separado: uno para la correlación entre adherencia del terapeuta y eficacia del tratamiento y otro para la correlación entre competencia del terapeuta y eficacia del tratamiento. En cada uno de ellos se siguieron los mismos pasos. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las características de los estudios. Con este propósito se construyeron distribuciones de frecuencias para las variables moderadoras cualitativas y se calcularon los estadísticos descriptivos básicos para las continuas (media, desviación típica, mínimo, máximo, etc.). Posteriormente, se llevó a cabo la estrategia meta-analítica para examinar la asociación entre adherencia del

terapeuta y resultados, y competencia del terapeuta y resultados, realizando así dos estudios meta-analíticos distintos. En ambos meta-análisis las correlaciones de Pearson fueron transformadas a Z de Fisher para normalizar la distribución de los tamaños del efecto y homogeneizar sus varianzas (Hedges & Olkin, 1985). La fórmula de transformación de cada correlación de Pearson a Z de Fisher fue la siguiente:

$$Z_r = \frac{1}{2} \text{Log}_e \left(\frac{1+r}{1-r} \right).$$

La varianza de cada Z de Fisher se calcula mediante la ecuación:

$$V(Z_r) = \frac{1}{N-3},$$

siendo N el tamaño muestral sobre el que se calculó la correlación de Pearson. Tomando cada Z de Fisher se construyó también un intervalo de confianza (IC) al 95% para cada estudio. Valores positivos, tanto de r como de Z , reflejaron que a mayor nivel de adherencia del terapeuta, mayor nivel de mejoría del paciente (medida en función de la reducción de sintomatología al final de tratamiento), y lo mismo en el meta-análisis para la relación entre competencia del terapeuta y eficacia. No obstante, para facilitar su interpretación, todos los valores Z de Fisher y los límites confidenciales de los correspondientes intervalos de confianza al 95% que se presentan en las tablas del capítulo de Resultados (véase Capítulo 3), fueron retransformados a la métrica del coeficiente de correlación de Pearson mediante la ecuación,

$$r = \frac{e^{2Zr} - 1}{e^{2Zr} + 1}.$$

En esta fase del análisis de los tamaños del efecto se calculó el tamaño del efecto medio, su intervalo de confianza al 95% y el contraste de su significación estadística con la prueba Z . Si el intervalo de confianza no contenía el efecto nulo (el valor 0) se puede asumir que el tamaño del efecto medio no es nulo. Para facilitar una interpretación sustantiva de la correlación media nos servimos de la guía orientativa propuesta por Cohen (1988), según la cual, coeficientes de correlación en torno a .10, .30 y .50 pueden

considerarse como reflejando una magnitud del efecto baja, media y alta, respectivamente.

Todos estos análisis se realizaron asumiendo un modelo de efectos aleatorios, ya que se esperaba una elevada heterogeneidad entre los diferentes estudios, y los resultados pretendían ser generalizados a una población mayor de estudios, de la que los estudios actuales eran una muestra representativa de aquélla. Esto implicó ponderar cada tamaño del efecto por la inversa de su varianza, la cual es la suma de la varianza *intra*-estudio de cada tamaño del efecto, $V(Z_r)$, y la varianza *inter*-estudios, τ^2 . La varianza *inter*-estudios fue estimada a partir del método de los momentos (Borenstein, Hedges, Higgins & Rothstein, 2009).

Para examinar la heterogeneidad de los tamaños del efecto se construyó un *forest plot*, que representa de forma gráfica el tamaño del efecto de cada estudio con su IC al 95%, así como el tamaño del efecto medio y su IC al 95%. También se calculó el estadístico Q de Cochran y el índice I^2 (Higgins y Thompson, 2002). Cuando los tamaños del efecto de los estudios son homogéneos, el estadístico Q sigue una distribución chi-cuadrado de Pearson con $k - 1$ grados de libertad (siendo k el número de estudios). Cuando resulta estadísticamente significativo, es indicativo de que existe heterogeneidad entre los tamaños del efecto. El grado de heterogeneidad fue estimado a su vez con el índice I^2 : $I^2 = 100\% \times [Q - (k-1)] / Q$, que puede interpretarse como el porcentaje total de varianza entre los estudios debido a sus características diferentes. Valores de I^2 entre 25%, 50% y 75%, refieren bajos, moderados y altos niveles de heterogeneidad, respectivamente.

Para valorar si el sesgo de publicación podía amenazar la validez del tamaño del efecto global encontrado, se construyó un *funnel plot* con el método '*trim-and-fill*' de Duval y Tweedie (2000), y se aplicó el test de Egger (Sterne y Egger, 2005). La evidencia de un *funnel plot* que no se aleje mucho de la simetría y un resultado estadísticamente no significativo para la intercepción del modelo de regresión propuesto por el procedimiento de Egger, son indicativos de que el sesgo de publicación no es una amenaza contra la validez de los resultados del meta-análisis.

Una vez comprobado que existía heterogeneidad entre los tamaños del efecto, se pasó a la siguiente fase de análisis, consistente en examinar el posible influjo de variables moderadoras categóricas y cuantitativas. Para examinar si una variable moderadora categórica podía estar estadísticamente asociada a los tamaños del efecto de los estudios, se aplicaron ANOVAs de efectos mixtos. Para el meta-análisis sobre la correlación entre adherencia del terapeuta y eficacia, se tomaron como variables potencialmente moderadoras: el tipo de tratamiento empleado, la formación de los terapeutas, el tipo de trastorno tratado, el lugar de realización del estudio, si el investigador principal intervenía en la aplicación del tratamiento, si el evaluador coincidía con el terapeuta que aplicaba el tratamiento, el tipo de instrumento diagnóstico utilizado, el instrumento de medida de la adherencia, las variables categóricas de los ítems de calidad (“azar”, “muestra”, “análisis” y “enmascaramiento”), formación de investigador principal y fuente de publicación. Y para la competencia se tomaron estas mismas variables, incluyendo además la variable “manual”, que se refería a si el tratamiento aplicado seguía un protocolo de tratamiento o no, y excluimos las variables “formación de terapeutas”, “fuente de publicación”, por ausencia de heterogeneidad entre los datos de estos estudios. Por otra parte, en lugar de analizar el instrumento de medida de la adherencia, se analizó el influjo de la variable “instrumento de medida de la competencia”.

Para valorar si existían diferencias estadísticamente significativas entre los tamaños del efecto medios de las diferentes categorías de una variable moderadora se aplicó la prueba Q_B . Por otra parte, para valorar si el modelo estaba bien especificado, se aplicó la prueba Q_W . Cuando el modelo no está bien especificado ello se debe a que hay otras variables moderadoras influyendo en la variabilidad de los tamaños del efecto. Para cada categoría de la variable moderadora también se obtuvo el valor del estadístico Q_{Wj} individual, a fin de valorar si había heterogeneidad en los tamaños del efecto encontrados dentro de cada categoría. La proporción de varianza explicada por cada variable moderadora se calculó mediante el índice R^2 :

$$R^2 = 1 - \frac{\tau_{res}^2}{\tau^2},$$

siendo τ^2 la varianza inter-estudios total y τ_{res}^2 la varianza inter-estudios que queda por explicar una vez analizado el influjo de la variable moderadora. Valores negativos de R^2 se igualan a 0.

Para el análisis de las variables moderadoras continuas se aplicaron modelos lineales de meta-regresión simples asumiendo un modelo de efectos mixtos. Las variables moderadoras continuas que se analizaron para el meta-análisis de la adherencia del terapeuta fueron: la duración de las sesiones, el número de sesiones, la intensidad del tratamiento, el promedio de años de experiencia de los terapeutas, el porcentaje de varones de la muestra de terapeutas, la edad media de la muestra de sujetos, el porcentaje de varones de la muestra de sujetos, el coeficiente de fiabilidad interjueces para medir la variable adherencia, el tamaño muestral en el postest, la mortalidad experimental en el postest en el grupo tratado, el ítem de calidad “mortalidad” (operacionalizado como 1- el valor de la mortalidad experimental en el postest), la puntuación total de “calidad” del estudio y la fecha de realización. Para la variable competencia, se analizaron las mismas variables, salvo el “porcentaje de terapeutas de la muestra”.

Por otra parte, en lugar de analizar el coeficiente de fiabilidad interjueces para la medida de la adherencia se analizó este mismo coeficiente para la medida de la competencia. En cada meta-regresión se calculó el coeficiente de regresión y su significación estadística mediante la prueba Z. A su vez, se calculó el estadístico Q_E , que permite comprobar si el modelo de meta-regresión está bien especificado, es decir, si contiene todos los predictores relevantes para explicar la variabilidad de los tamaños del efecto o si, por el contrario, se han dejado fuera otros predictores relevantes. También se calculó el valor de R^2 para estimar la proporción de varianza explicada por el modelo.

Finalmente, se aplicó un modelo de meta-regresión múltiple a fin de incluir el subconjunto de variables moderadoras más relevantes para explicar la variabilidad de los tamaños del efecto. Este modelo de meta-regresión múltiple pretendía explicar una elevada parte de la variabilidad de los tamaños del efecto mediante la identificación de los predictores más relevantes. No obstante, impusimos como condición previa al ajuste de un modelo de regresión múltiple el que hubieran al menos 20 tamaños del efecto en el meta-análisis, ya que aplicar este tipo de modelos con un número de estudios menor no es recomendable debido a la inestabilidad de los resultados.

Todas las pruebas estadísticas se interpretaron asumiendo un nivel de significación del 5% ($p = .05$), asumiendo un contraste bilateral. Los intervalos de confianza se construyeron para un *n.c.* del 95%. Los análisis estadísticos se realizaron con las macros elaboradas por David B. Wilson para el paquete estadístico SPSS y con el programa Comprehensive Meta-analysis 2.0 (Borenstein, Hedges, Higgins y Rothstein, 2005).

CAPITULO 3

RESULTADOS

3.1 Meta-análisis de la “adherencia del terapeuta al tratamiento”

3.1.1 Análisis descriptivo

Los estudios incluidos en el meta-análisis figuran en el Anexo 5. En dicho Anexo se recogen algunas características individuales de los estudios meta-analizados. Antes de mostrar los resultados de los análisis estadísticos obtenidos con los tamaños del efecto y su relación con las variables moderadoras codificadas, en este apartado se recoge un análisis descriptivo de todas las variables (sustantivas, metodológicas y extrínsecas) recogidas en este estudio para el meta-análisis de la relación entre “adherencia del terapeuta” y “eficacia del tratamiento”.

3.1.1.1 Variables sustantivas

Como hemos visto anteriormente, las variables sustantivas incluyen: variables de tratamiento, características del terapeuta, variables de contexto y características de los sujetos. Para su análisis dividimos entre variables cualitativas y cuantitativas.

3.1.1.1.1 Variables de tratamiento

La Tabla 8 recoge las variables de tratamiento cualitativas. Una de ellas fue el tipo de tratamiento utilizado, donde vemos que predominó la utilización de la terapia cognitivo-conductual, aplicada por casi la mitad de los estudios recogidos (54,2%). El segundo tipo de tratamiento más utilizado fueron las terapias psicodinámicas, englobando el 29,2% de los estudios. La mayoría de estudios utilizó un manual de tratamiento, aunque no todos (95,8%). Éstos basan la adherencia del terapeuta en una serie de directrices clave del tratamiento utilizado, por lo que, aunque no utilizan un protocolo, la variable “adherencia” sí es estudiada. Vemos que el 29,2% de estos estudios incluyen también medidas de la competencia del terapeuta. Sólo el 25% de los estudios utilizó tareas para casa, a pesar de que, como hemos visto, más de la mitad aplicó técnicas cognitivo-conductuales. Muy pocos estudios realizaron medidas de seguimiento (12,5%), y en caso de hacerlo, consistieron en llamadas telefónicas (4,2%) o visitas al terapeuta (8,3%). Ninguno de los estudios que medían la adherencia del terapeuta utilizó contrato terapéutico.

Tabla 8. Análisis de variables de tratamiento cualitativas de los estudios de adherencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Tipo de tratamiento psicológico		
	Terapia cognitivo-conductual	13	54,2
	Terapias psicodinámicas	7	29,2
	<i>Counseling</i>	3	12,5
	Otros	1	4,2
2	Manual de tratamiento		
	Sí utiliza	23	95,8
	No utiliza	1	4,2
4	Competencia del terapeuta		
	Sí lo miden	7	29,2
	No lo miden	17	70,8
9	Tareas para casa		
	Sí las incluyen	6	25
	No las incluyen	18	75
10	Seguimiento		
	Sí lo incluye	3	12,5
	No lo incluye	21	87,5
11	Tipo de seguimiento		
	Telefónico	1	4,2
	Visita al terapeuta	2	8,3
12	Contrato terapéutico		
	Sí utiliza	0	0
	No utiliza	24	100

Entre las variables cuantitativas del tratamiento, se incluyen aquellas referidas a la duración del mismo: en semanas, horas por semana, horas en total, número de sesiones en total y duración de las sesiones en minutos. La Tabla 9 recoge los estadísticos descriptivos de estas variables. Vemos que, en promedio, de los estudios que aportan datos ($k = 16$), la duración del tratamiento es de aproximadamente 17 semanas, recibiendo los pacientes un promedio de 1,11 horas de tratamiento a la semana, y un total de casi 21

horas; siendo el número total de sesiones 21, en promedio. La duración de las sesiones en promedio, es de 61,5 minutos.

Tabla 9. Análisis de variables de tratamiento cuantitativas de los estudios de adherencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	<i>k</i>	Min.	Máx.	Media	Mediana	DT
5	Duración (semanas)	16	10	50	17,37	15	9,5
6	Intensidad del tratam. (horas a la semana)	12	.86	1,5	1,11	1	.24
7	Magnitud el tratamiento (horas en total)	12	9,63	55	20,63	15,5	12,7
8	Número de sesiones	21	10	50	20,88	18	9,6
13	Duración de las sesiones (en minutos)	5	50	90	61,5	55	16,35

k: número de estudios. DT: desviación típica.

3.1.1.1.2 Características del terapeuta

La Tabla 10 recoge las características cualitativas de los terapeutas. Puede apreciarse cómo en un alto porcentaje (83,3%) el terapeuta no coincide con el investigador principal. Sin embargo, sí que es frecuente (79,2%) que el terapeuta que se encarga de aplicar el tratamiento sea el mismo que se encarga de la evaluación del paciente, tanto antes como después del tratamiento.

El 70,8% de los terapeutas fueron psicólogos, mientras que el porcentaje restante lo componían psiquiatras. La experiencia de los terapeutas fue media (57,1%) o alta (42,9%), en la mayoría de los casos con un grado de formación mixta (70,8%), que osciló de licenciado a doctor en más de la mitad de los grupos de terapeutas que aplicaron el tratamiento en los estudios. Casi la mitad de ellos (47,6%) habían recibido formación previa al estudio, principalmente en terapia cognitivo-conductual, seguido del 33,3% que había recibido formación en terapias psicodinámicas. Puesto que, como hemos visto, más de la mitad de los estudios utilizaron terapia cognitivo-conductual, algunos de los terapeutas que la aplicaron debieron haber recibido entrenamiento en otro tipo de terapia antes de participar en el estudio.

Tabla 10. Análisis de características del terapeuta cualitativas de los estudios de adherencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
14	Coincidencia autores-terapeutas		
	Coinciden	4	16,7
	No coinciden	20	83,3
14b	Coincidencia terapeuta-evaluador		
	Coinciden	19	79,2
	No coinciden	5	20,8
15	Formación del terapeuta		
	Psicólogo	17	70,8
	Psiquiatra	7	29,2
16	Grado de experiencia de los terapeutas		
	Experiencia alta	9	42,9
	Experiencia media	12	57,1
	Experiencia baja	0	0
	No aportan datos	3	12,5
18	Grado de formación		
	Licenciado	1	4,2
	Máster	0	0
	Doctor	6	25
	Mixto	17	70,8
20	Tipo de entrenamiento		
	Terapia cognitivo-conductual	10	47,6
	Terapias Psicodinámicas	7	33,3
	Otros	4	16,7
	No aportan datos	3	12,5

Respecto a las variables cuantitativas, la Tabla 11 recoge sus estadísticos descriptivos. Diez de los estudios aportaron datos sobre el sexo de los terapeutas, siendo de 61,6% el porcentaje promedio de terapeutas varones. Más de la mitad de los estudios (54,1%) aportaron datos sobre la media en años de experiencia de la muestra de terapeutas que aplicaba el tratamiento, arrojando un promedio de 8,83 años de experiencia. Los siguientes ítems hicieron referencia al protocolo de tratamiento y a los jueces que evaluaban la adherencia del terapeuta a ese protocolo. Vemos que la mayoría

de estudios no aportaron datos sobre estas variables. Sólo 6 de los estudios informaron del total de horas de entrenamiento de los terapeutas en el protocolo (con un promedio de casi 18 horas). De los 8 estudios que informaron sobre las horas de supervisión semanales que los terapeutas tuvieron durante la aplicación del tratamiento, se encontró que en promedio, éstos recibieron 1,55 horas de supervisión a la semana. Sólo un estudio refirió los años de experiencia clínica del/los supervisor/es, que fue de 8 años. Cuatro estudios informaron del promedio total de horas que los jueces fueron entrenados en su tarea, obteniendo una media de 31 horas.

Tabla 11. Análisis de características del terapeuta cuantitativas de los estudios de adherencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	<i>k</i>	Min.	Máx.	Media	Mediana	DT
15	Sexo terapeutas (% varones)	10	30	100	61,6	67,0	21,56
17	Experiencia del terapeuta (años)	13	3,5	14	8,83	10	3,44
19	Horas de entrenamiento en protocolo	6	1	54	17,67	13	18,64
21	Promedio horas de supervisión (semanales)	5	0	3	1,55	1,5	1,037
22	Promedio de años de experiencia jueces	1	8	8	8	8	-
23	Promedio horas total de entrenamiento jueces	4	20	44	31	30	9,86

3.1.1.1.3 Variables de contexto

Se registró el país de procedencia del estudio y lugar de realización del mismo. La Tabla 12 recoge los resultados. Los 24 estudios se realizaron en América del Norte, con más de la mitad de éstos (67%) realizados en EE.UU. y el 33% restante en Canadá. Respecto al lugar de realización, sólo se registraron dos contextos: “universidad” y “clínica”, siendo exactamente la mitad de los estudios realizados en cada uno de ellos.

Tabla 12. Análisis de las variables de contexto de los estudios de adherencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
24	País		
	EE.UU	16	67
	Canadá	8	33
24b	Lugar		
	Universidad	12	50
	Clínica	12	50

k: número de estudios. DT: desviación típica.

3.1.1.1.4 Variables de sujeto

En la Tabla 13 se muestran las variables cualitativas de sujeto. Observamos que en la mayoría de estudios se utilizaron criterios del DSM de distintas versiones para diagnosticar a los pacientes, siendo la tercera versión revisada la más utilizada (25%). El instrumento diagnóstico principalmente utilizado fue el BDI (54,2%), ya que el principal trastorno tratado fue Depresión (50%). Muy pocos sujetos habían recibido tratamiento previamente (8,3%). La mayoría de pacientes no presentaban comorbilidad (28,3%) -ya que la presencia de otros trastornos había sido criterio de exclusión de los pacientes en algunos estudios-, y los trastornos de personalidad fueron el trastorno comórbido más frecuente (70%).

En la Tabla 14 se recogen las variables cuantitativas de sujeto. Observamos que el 86,4% de la muestra de los estudios fueron mixtos, siendo varones en promedio el 43,69% de los sujetos. La edad media de los pacientes de los estudios fue de 40,57 años. Sólo dos estudios aportaron datos sobre el número medio de años que los pacientes llevaban padeciendo el problema, siendo en promedio de un año. Ningún estudio informó de que los pacientes hubieran recibido medicación previa al inicio del tratamiento ni durante el mismo.

Tabla 13. Análisis de las variables de sujeto cualitativas de los estudios de adherencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
26	Sexo		
	Sólo hombres	3	13,6
	Sólo mujeres	0	0
	Mixto	19	86,4
	No aportan datos	2	8,3
28	Criterio diagnóstico utilizado		
	DSM-III	4	16,7
	DSM-III-R	6	25
	DSM-IV	4	16,7
	DSM-IV-R (TR)	2	8,3
	RCT (<i>Research Diagnostic Criteria</i>)	8	33,3
29	Instrumento diagnóstico		
	<i>Beck Depression Inventory</i> (BDI I y II)	13	54,2
	SCL-90	4	16,7
	Otros	7	29,2
30	Tipo de trastorno psicológico		
	Depresión	12	50
	Dependencia a sustancias	5	20,8
	Trastorno adaptativo	4	16,7
	Otros	3	12,5
32	¿Había recibido tratamiento previo?		
	Sí (la mitad o más de la mitad)	2	8,3
	No (ninguno había recibido tratamiento previo)	22	91,7
35	Comorbilidad		
	Presencia de otros trastornos	10	41,7
	Ausencia de otros trastornos	14	58,3
36	Tipo de comorbilidad		
	T. Pánico	3	30
	T. Personalidad	7	70
	No aportan datos	14	-

Tabla 14. Análisis de las variables de sujeto cuantitativas de los estudios de adherencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	<i>k</i>	Min.	Máx.	Media	Mediana	DT
25	Edad (media)	21	57	67,07	40,57	37	11,95
27	Sexo (% varones)	21	5	100	43,69	35	29,40
31	Historia (media en años)	2	1	1	1	1	-
33	% pacientes con medicación previa	0	-	-	-	-	-
34	% pacientes medicados durante el tratamiento	0	-	-	-	-	-

k: número de estudios. DT: desviación típica.

3.1.1.2 Variables metodológicas

En la Tabla 15 se recogen las variables cualitativas metodológicas. Observamos que todos los estudios presentaban medidas pretest, ya que su ausencia era un criterio de exclusión. Más de la mitad de los estudios ($k = 15$) no aportaron datos acerca de su asignación aleatoria a los grupos de tratamiento. De los 9 que sí lo hicieron, la mayoría (88,9%) informaron de una asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de tratamiento. Por otra parte, todos los estudios informaron del método de asignación de los pacientes a los terapeutas, siendo aleatoria en el 87,5% de los estudios.

La mayoría de estudios que informaron de tener grupo control (66,7%) no aportaron datos sobre el tipo de grupo control llevado a cabo. De los que sí que informaron (33,3%), éstos refirieron un tipo de grupo control inactivo. Observamos también que respecto al instrumento de medida utilizado para evaluar la adherencia del terapeuta al protocolo de tratamiento, más de la mitad de los estudios (54,2%) utilizaron instrumentos validados distintos al *Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale* (CSPRS), mientras que un 25% utilizó instrumentos no validados (aunque sí sometidos a análisis de fiabilidad interna).

En este apartado fueron incluidos seis “ítems de calidad”. Cinco de ellos eran categóricos, ya que se asignaba una puntuación de 1, .5 y 0 al estudio en función de las características que presentara en el ítem en cuestión. En la primera variable, “azar”,

puesto que la “adherencia del terapeuta al tratamiento” es una variable dependiente del terapeuta, este ítem se puntuó según la asignación aleatoria de los sujetos a los terapeutas. Así, el 87,5% de la muestra recibió 1 punto en esta variable porque realizó una asignación aleatoria de los sujetos a los terapeutas. En el segundo ítem de calidad, “adecuación del grupo control”, el 66,7% de los estudios no aportaron grupo control, y en el resto que sí lo aportaron, se trató de un control de tipo “inactivo”. Respecto al “tamaño muestral total en el postest”, el 66,7% de los estudios superó los 15 sujetos. En el ítem “análisis por intención de tratar”, el 8,3% de los estudios incluyó en sus análisis los sujetos “con intención de tratar”, mientras que en el 87,5% los estudios informaron de pérdida de pacientes. En el ítem “enmascaramiento”, el 87,5% sí que utilizó medidas de enmascaramiento del evaluador.

Tabla 15. Análisis de las variables cualitativas metodológicas de los estudios de adherencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
37	Pretest		
	Estudio incluye medidas pretest	24	100
	Estudio no incluye medidas postest	0	0
38	Asignación aleatoria de los grupos		
	Asignación aleatoria	8	88,9
	No asignación aleatoria	1	11,1
	No aportan datos	15	-
39	Asignación aleatoria de pacientes a los terapeutas		
	Asignación aleatoria	21	87,5
	No asignación aleatoria	3	12,5
40	Tipo de grupo control		
	Control inactivo	8	33,3
	No grupo de control	16	66,7
41c	Medida de la adherencia		
	CSPRS	5	20,8
	Otros instrumentos validados	13	54,2
	Instrumentos no validados	6	25

Tabla 15 (Cont.). Análisis de las variables cualitativas metodológicas de los estudios de adherencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ítems de calidad del estudio			
48	¿Asignación aleatoria?		
	Si	21	87,5
	No, pero con equiparación de grupos	2	8,3
	No	1	4,2
49	Adecuación del grupo control		
	Grupo control activo/ placebo	0	0
	Grupo control inactivo	8	33,3
	Sin grupo control	16	66,7
50	Tamaño de muestra total en el postest		
	Mayor de 15	18	66,7
	Entre 8 y 14	6	33,3
52	¿Análisis por intención de tratamiento?		
	No hubo pérdida de pacientes	1	4,2
	Sí	2	8,3
	No	21	87,5
53	Enmascaramiento del evaluador		
	Sí hubo enmascaramiento	21	87,5
	No hubo enmascaramiento	3	12,5

En la Tabla 16 se muestran las variables cuantitativas metodológicas. En primer lugar observamos que los coeficientes de fiabilidad inter-jueces para adherencia del terapeuta, en promedio arrojaron buenos resultados (.74) y también para los que incluyeron la variable competencia (.69). De los 3 estudios que aportaron datos de seguimiento, el más largo fue de casi 38 meses en promedio.

Todos los estudios aportaron datos sobre la muestra total en el pretest para el grupo tratado, que en promedio fue de aproximadamente 91 sujetos. Y también de todos ellos se pudo codificar el tamaño muestral en el postest, ya que aquellos que no lo aportaban, indicaban que habían incluido en sus análisis a los sujetos con intención de tratar. En tal caso, se asignó como tamaño muestral del postest el número de sujetos dado en el pretest; es decir, a los sujetos que habían comenzado el tratamiento. El tamaño

muestral promedio en el postest fue de 112 sujetos, aproximadamente. De los tamaños muestrales del seguimiento apenas hay datos. Sólo tres estudios aportaron datos de la muestra del grupo tratado y uno de la muestra total. El promedio de mortalidad experimental para el grupo tratado fue de .08. En el ítem de calidad “mortalidad” (que es la resultante de calcular 1 menos la proporción de mortalidad total), el promedio fue de .11. Por último, en el ítem “calidad”, cuyo rango es de 0 a 6 puntos, los 24 estudios obtuvieron un promedio de 3,94 en la puntuación total.

Tabla 16. Análisis de las variables cuantitativas metodológicas de los estudios de adherencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	<i>k</i>	Min.	Máx.	Media	Mediana	DT
41	Coefficiente fiabilidad interjueces adherencia	12	.51	.93	.74	.75	.107
41b	Coefficiente fiabilidad interjueces competencia	3	.5	.81	.69	.77	.16
42	Seguimiento más largo (meses)	8	3	91	37,75	7	44,11
43a	N de G. Tratado pretest	24	14	423	91,13	60	103,31
43b	N de G. Control pretest	7	22	120	71,29	39	45,96
43c	N total pretest	24	14	423	111,91	60	109,05
44a	N de G. Tratado postest	24	11	377	83,17	55,5	94,32
44b	N de G. Control postest	3	102	102	102	102	0
44c	N total postest	24	11	377	107,17	55,5	113,45
45a	N de G. Tratado seguim.	3	25	25	25	25	0
45b	N de G. Control seguim.	0	-	-	-	-	-
45c	N total seguimiento	0	-	-	-	-	-
46a	Mortalidad GT postest	24	0	.39	.08	.02	.10
46b	Mortalidad GC postest	0	-	-	-	-	-
46c	Mortalidad diferencial postest	0	-	-	-	-	-
47a	Mortalidad GT seguim.	0	-	-	-	-	-
47b	Mortalidad GC seguim.	0	-	-	-	-	-

Tabla 16 (Cont.). Análisis de las variables cuantitativas metodológicas de los estudios de adherencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	<i>k</i>	Min.	Máx.	Media	Mediana	DT
47c	Mortalidad diferencial seguimiento	0	-	-	-	-	-
Ítems de calidad del estudio							
51	Mortalidad (1-mortalidad grupo considerado)	24	.61	1	.11	.91	.97
54	Calidad (Suma ítems 48 al 53; máx=6)	24	1,95	5,35	3,94	3,94	.85

k: número de estudios. DT: desviación típica.

3.1.1.3 Variables extrínsecas

Por último, las variables extrínsecas incluyeron fecha de publicación, la formación del investigador principal, la publicación del estudio y la fuente de publicación, cuyos datos se recogen en la Tabla 17. Como podemos observar, la mayoría de estudios que compusieron este meta-análisis fueron relativamente recientes, ya que el 41,6% fueron realizados en la última década. El estudio más antiguo data de 1983 (véase Anexo 5).

El investigador principal tenía formación como psicólogo en el 62,5% de los estudios, siguiéndole con el 29,2% la formación como psiquiatra. Casi todos los estudios, fueron publicados: el 87,5% de ellos como artículos en revistas científicas y el 9% restante (tres estudios) pertenecían a una Tesis Doctoral que no está publicada.

Tabla 17. Análisis de las variables extrínsecas de los estudios de adherencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
55	Fecha		
	1980- 1990	7	29,2
	1991- 2000	7	29,2
	2001- 2013	10	41,6

Tabla 17 (Cont.). Análisis de las variables extrínsecas de los estudios de adherencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
56	Formación del investigador principal		
	Psicólogo	15	62,5
	Psiquiatra	7	29,2
	Médico	2	8,3
57	Publicación		
	Publicado	21	87,5
	No publicado	3	12,5
58	Fuente		
	Artículo de revista	21	87,5
	Tesis Doctoral	3	12,5

3.1.2 Distribución de los tamaños del efecto

En la Tabla 18 se recogen los resultados del tamaño del efecto medio para la correlación entre la variable “adherencia del terapeuta al tratamiento” y los resultados del tratamiento (eficacia). Se obtuvo una *correlación media* positiva ($r_+ = .232$) y estadísticamente significativa, ya que en el I.C. no incluye el valor nulo. Según, Cohen (1988), un resultado de .10, .30 y .50 se correspondería con magnitudes baja, media y alta, respectivamente. Así, la magnitud de la significación de este resultado sería media-baja.

Observamos también que hay una gran heterogeneidad, ya que la correlación mínima obtenida es negativa ($r_{\text{Min}} = -.36$) y la máxima es alta y de signo positivo ($r_{\text{Max}} = .60$). Por ello, se procedió al análisis de heterogeneidad (véase Tabla 19). En ella, obtuvimos un estadístico Q que resultó estadísticamente significativo [$Q(23) = 99,323, p < .0001$], y un índice $I^2 = 76,8\%$. Según Higgins et al. (2003), valores de I^2 del 25% son considerados bajos; valores de 50% son considerados moderados; y del 75% son valores altos. Por tanto, en nuestro estudio se confirma una alta heterogeneidad en las correlaciones obtenidas por los 24 estudios incluidos en el meta-análisis.

Tabla 18. Tamaño del efecto medio e intervalo de confianza para la variable de resultado ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’.

Variable dependiente	k	$r_{\text{Mín}}$	$r_{\text{Máx}}$	r_+	I. C. al 95%	
					r_i	r_s
Adherencia	24	-.360	.600	.232	.131	.327

k : número de estudios. $r_{\text{Mín}}$ y $r_{\text{Máx}}$: tamaños del efecto mínimo y máximo, respectivamente. r_+ : tamaño del efecto medio. r_i y r_s : límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al tamaño del efecto medio.

Tabla 19. Resultados del análisis de la heterogeneidad de los tamaños del efecto para las variables de resultado ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’.

Variable dependiente	k	Q	p	I^2	Tau^2
Adherencia	24	99,323	< .0001	76,8%	.0439

k : número de estudios. Q : estadístico de heterogeneidad. p : nivel crítico de probabilidad asociado al estadístico Q de heterogeneidad. I^2 : índice I^2 de heterogeneidad. Tau^2 : varianza inter-estudios.

Se construyó un *forest plot* (Figura 2) con los 24 estudios incluidos en el meta-análisis, donde se muestran las correlaciones obtenidas por cada uno de ellos y sus intervalos de confianza. Se observa una gran dispersión, aunque con tendencia positiva, ya que 20 estudios aportaron correlaciones superiores a 0. De los cuatro restantes, Gaston et al. (1984) aportó una correlación nula, y los estudios de Huppert et al. (2009), Specktor (2008a) y Strunk (2010) informaron de correlaciones negativas entre adherencia del terapeuta y eficacia.

En consecuencia, dada la elevada variabilidad entre los tamaños del efecto, se hizo necesario examinar el posible influjo de variables moderadoras (o características de los estudios) que pudieran explicar la variabilidad exhibida por los tamaños del efecto. Pero antes de abordar esta tarea, realizamos un estudio del sesgo de publicación.

3.1.3 Análisis del sesgo de publicación

Para comprobar si el sesgo de publicación podía ser una amenaza contra la validez del coeficiente de correlación medio obtenido, se llevaron a cabo tres análisis. En primer lugar, se construyó un *funnel plot* de los tamaños del efecto contra sus errores típicos para observar si el aspecto del gráfico resultante se alejaba notablemente de la simetría. La Figura 3 muestra dicho gráfico, el cual no parece alejarse mucho de la simetría. En segundo lugar, se aplicó la técnica ‘trim-and-fill’ de Duval y Tweedie (2000) de

imputación de datos perdidos sobre el *funnel plot*. Como puede observarse, esta técnica no tuvo que imputar ningún dato perdido (supuestamente tamaños del efecto nulos o muy bajos que no fueron publicados) para simetrizar el *funnel plot*. En tercer lugar, se aplicó el test de Egger ($k = 24$), cuyo modelo de regresión arrojó una intercepción $b_o = 1,044$, que no alcanzó la significación estadística [$T(22) = 1,144, p = .265$].

En conclusión, podemos descartar el sesgo de publicación como una amenaza a la validez de los resultados de este meta-análisis, porque tanto el *funnel plot* como el test de Egger no arrojaron resultados significativos, lo que favorece la hipótesis de que no hay sesgo de publicación.

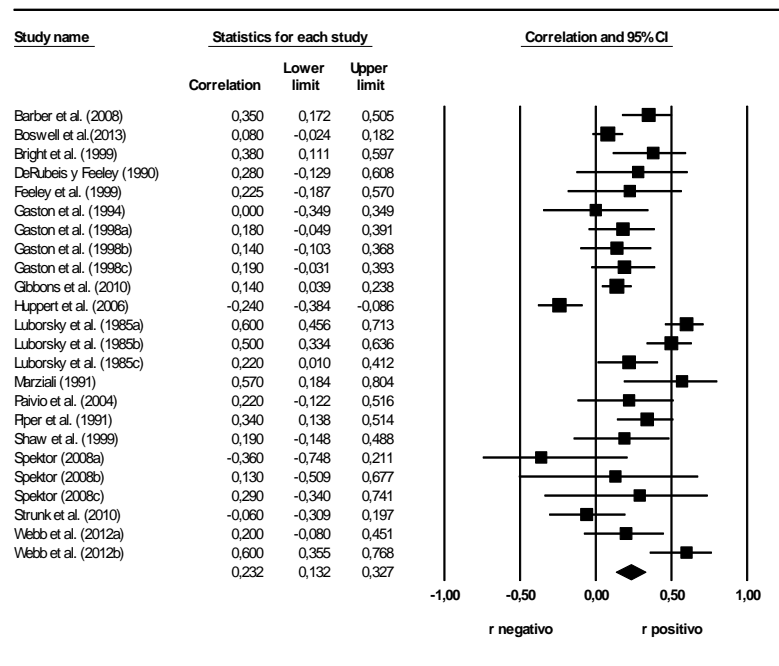


Figura 2. *Forest plot* de las correlaciones entre eficacia del tratamiento y adherencia del terapeuta.

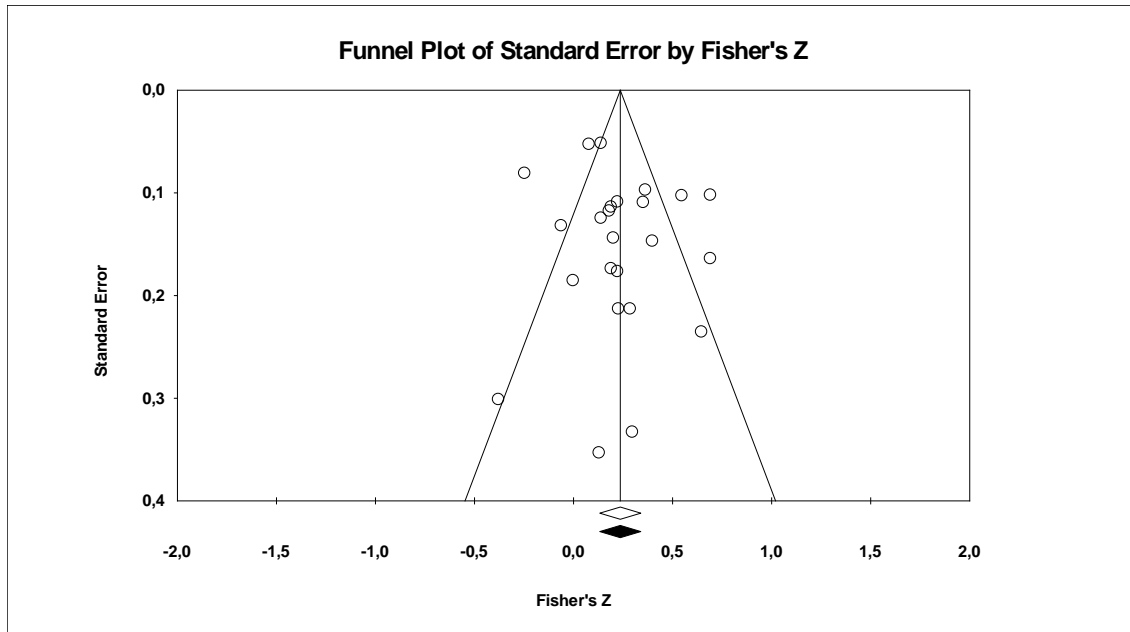


Figura 3. *Funnel plot* de las correlaciones entre eficacia del tratamiento y adherencia del terapeuta. *Al no haberse imputado ningún dato perdido, ambas medidas coinciden. Los rombos blanco y negro corresponden respectivamente al tamaño de efecto medio obtenido con los datos originales y una vez imputados datos perdidos mediante el método “trim-and-fill” de Duval y Tweedie (2000).

3.1.4 Análisis de las variables moderadoras

3.1.4.1 Variables de tratamiento

Se analizó el influjo de siete variables de tratamiento, dos categóricas y cinco continuas. Primero se aplicaron ANOVAs ponderados para examinar el posible influjo de las variables categóricas (véase Tabla 20). Se observó que la variable “tipo de tratamiento” no obtuvo resultados significativos. Por tanto, el tipo de tratamiento empleado (cognitivo-conductual, terapias psicodinámicas, *counseling* u otros) no pareció afectar al grado de correlación entre adherencia del terapeuta y eficacia del tratamiento.

La Tabla 21 recoge los resultados de las meta-regresiones simples aplicadas para comprobar el influjo de seis moderadores continuos: duración del tratamiento, intensidad el tratamiento, magnitud el tratamiento, número de sesiones, experiencia del terapeuta (en años) y porcentaje de terapeutas varones. En ningún caso se obtuvieron resultados estadísticamente significativos. Por lo tanto, ninguna de estas variables parece ser relevante para explicar la variabilidad de las correlaciones entre adherencia del terapeuta al tratamiento y eficacia del mismo.

Tabla 20. Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas de tratamiento sobre la correlación entre ‘adherencia al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	I. C. al 95%			Q_{wj}	GL	<i>p</i>
		r_+	r_i	r_s			
Tipo de tratamiento							
Cognitivo-Conductuales	13	.200	.058	.334	57,096	12	<.001
T. Psicodinámicas	7	.299	.096	.478	23,906	6	<.001
Counseling	3	.235	-.028	.467	4,213	2	.122
Otros	1	.220	-.316	.652	--	--	--
$Q_B(3) = .654, p = .884; R^2 = .0$							
$Q_W(20) = 85,215, p < .001$							
Formación terapeutas							
Psicólogo	17	.243	.121	.357	29,826	16	.019
Psiquiatra	7	.204	.006	.387	69,377	6	<.001
$Q_B(1) = .111, p = .739; R^2 = .0$							
$Q_W(22) = 99,203, p < .001$							

k: número de estudios para cada categoría. r_+ : tamaño del efecto medio para cada categoría. r_i y r_s : límites confidenciales al 95% para el tamaño del efecto medio de cada categoría. Q_{wj} : estadístico de heterogeneidad intra-categoría para cada categoría. *p*: niveles críticos de probabilidad para las diferentes pruebas estadísticas. Q_B : estadístico de contraste inter-categorías. Q_W : estadístico global de contraste intra-categoría. R^2 : proporción de varianza explicada por la variable moderadora.

Tabla 21. Resultados de los modelos de meta-regresión simple ponderada aplicados sobre las variables moderadoras continuas de tratamiento para la correlación entre ‘adherencia al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’

Variable moderadora	<i>k</i>	b_j	<i>Z</i>	Q_E	R^2
Duración del tratam. (semanas)	16	-.0005	-.065	48,799***	.0
Intensidad del tratamiento	12	-.137	-.351	80,719***	.0
Magnitud del tratamiento	12	-.004	-.512	80,510***	.0
Número de sesiones	21	-.005	-.687	87,912***	.0
Experiencia del terapeuta en años	13	.011	.438	49,581***	.0
Porcentaje terapeutas varones	10	-.003	-.597	31,861***	.0

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. *k*: número de estudios. b_j : coeficiente de regresión para cada variable predictora. Q_E : estadístico de contraste para la especificación del modelo. R^2 : proporción de varianza explicada por el predictor. *Z*: estadístico de contraste del efecto de cada variable moderadora (cuando no lleva asociado ningún asterisco, ello es indicativo de que el resultado del contraste fue estadísticamente no significativo).

3.1.4.2 Variables de sujeto

Se analizó el influjo de tres variables relacionadas con las características de las muestras de participantes en los estudios: una categórica y dos continuas. La Tabla 22 recoge los resultados del ANOVA ponderado aplicado sobre la variable ‘tipo de trastorno psicológico’ investigado en el estudio, con cuatro categorías: “depresión”, “dependencia a

sustancias”, “trastornos adaptativos” y “otros” (que englobaba al trastorno de pánico y el trastorno por estrés postraumático). Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los tamaños de efecto medios de las distintas categorías [$Q_B(3) = 8,826, p = .032$], con un porcentaje de varianza explicada, nada despreciable, del 22,5%. El mayor tamaño del efecto medio para la relación entre “adherencia del terapeuta” y “eficacia del tratamiento”, fue para el trastorno por dependencia a sustancias ($r_+ = .366$), seguido de los estudios que trataban depresión ($r_+ = .264$), siendo ambos efectos medios estadísticamente significativos. Sin embargo, las otras dos categorías obtuvieron valores cuyos I.C. incluían el valor 0, por lo que sus efectos medios no alcanzaron la significación estadística (Trastornos adaptativos, $r_+ = -.003$; “Otros trastornos”, $r_+ = -.006$).

Respecto a las variables continuas, la Tabla 23 muestra los resultados de las meta-regresiones simples aplicadas sobre dos moderadores continuos de sujeto. Se observó que la edad media de las muestras de participantes no obtuvo significación estadística respecto a la relación entre adherencia del terapeuta y eficacia ($Z = -.374, p > .05$). Sin embargo, el porcentaje de varones que componían las muestras de sujetos alcanzó una significación estadística marginal ($Z = 1,829, p = .067$), con una varianza explicada de casi el 29% ($R^2 = .287$).

Tabla 22. Resultados del ANOVA ponderado aplicado para comprobar el influjo de la variable moderadora cualitativa ‘tipo de trastorno psicológico investigado en el estudio’ sobre las correlaciones entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	<i>r</i> ₊	I. C. al 95%		<i>Q</i> _{wj}	<i>GL</i>	<i>p</i>
			<i>r</i> _i	<i>r</i> _s			
Tipo de trastorno							
Depresión	12	.264	.133	.385	19,131	11	.059
Dependencia a sustancias	5	.366	.200	.512	30,925	4	< .001
T. Adaptativo	4	-.003	-.319	.312	2,498	3	.475
Otros	3	-.006	-.240	.229	12,912	2	.002
$Q_B(3) = 8,826, p = .032; R^2 = .225$							
$Q_W(20) = 65,468, p < .001$							

k: número de estudios para cada categoría. *r*₊: tamaño del efecto medio para cada categoría. *r*_i y *r*_s: límites confidenciales al 95% para el tamaño del efecto medio de cada categoría. *Q*_{wj}: estadístico de heterogeneidad intra-categoría para cada categoría. *p*: niveles críticos de probabilidad para las diferentes pruebas estadísticas. *Q*_B: estadístico de contraste inter-categorías. *Q*_W: estadístico global de contraste intra-categoría. *R*²: proporción de varianza explicada por la variable moderadora.

Tabla 23. Resultados de los modelos de meta-regresión simple ponderada aplicados sobre las variables moderadoras continuas de sujeto para la correlación entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	k	b_j	Z	Q_E	R^2
Edad media de los sujetos	21	-.002	-.374	97,919***	.0
Sexo (porcentaje de varones)	21	.003	1,829 ^a	70,334***	.287

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. ^a: $p = .067$. k : número de estudios. b_j : coeficiente de regresión para cada variable predictora. Q_E : estadístico de contraste para la especificación del modelo. R^2 : proporción de varianza explicada por el predictor. Z : estadístico de contraste del efecto de cada variable moderadora (cuando no lleva asociado ningún asterisco, ello es indicativo de que el resultado del contraste fue estadísticamente no significativo).

3.1.4.3 Variables de contexto

Sólo una variable de contexto fue analizada: el lugar de realización del estudio (véase Tabla 24). Como puede apreciarse en la Tabla 24, la mitad de los estudios se realizaron en la universidad, mientras que la otra mitad se realizaron en clínicas médicas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tamaños de efecto medios obtenidos en los estudios según el lugar de realización del estudio [$Q_B(1) = .390$, $p = .532$]. Por lo tanto, el lugar de realización del estudio no parece afectar a la relación entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Tabla 24. Resultados del ANOVA ponderado aplicado para comprobar el influjo de las variables moderadoras cualitativas ‘lugar de realización del estudio’ sobre las correlaciones entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	k	I. C. al 95%		Q_{wj}	GL	p
		r_+	r_i r_s			
Lugar						
Universidad	12	.200	.054 .338	19,653	11	.050
Clínica	12	.265	.116 .401	77,446	11	< .001
$Q_B(1) = .390$ $p = .532$; $R^2 = .0$						
$Q_W(22) = 97,099$, $p < .001$						

k : número de estudios para cada categoría. r_+ : tamaño del efecto medio para cada categoría. r_i y r_s : límites confidenciales al 95% para el tamaño del efecto medio de cada categoría. Q_{wj} : estadístico de heterogeneidad intra-categoría para cada categoría. p : niveles críticos de probabilidad para las diferentes pruebas estadísticas. Q_B : estadístico de contraste inter-categorías. Q_W : estadístico global de contraste intra-categoría. R^2 : proporción de varianza explicada por la variable moderadora.

3.1.4.4 Variables de método

Se analizó el influjo de varias variables metodológicas cualitativas y continuas. La Tabla 25 recoge los resultados de los ANOVAs aplicados sobre los moderadores cualitativos. Se encontró que, cuando hubo coincidencia entre los autores del estudio y los terapeutas que aplicaron los tratamientos, la correlación media entre adherencia del terapeuta y resultados fue más alta ($r_+ = .304$) que cuando no la hubo ($r_+ = .217$), pero sin que se obtuvieran diferencias estadísticamente significativas [$Q_B(1) = .389, p = .532$]. En segundo lugar, se observó que cuando coincidieron los terapeutas con los que evaluaron a los pacientes, la correlación media fue más alta ($r_+ = .253$) que cuando no coincidieron ($r_+ = .141$), pero nuevamente sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas [$Q_B(1) = .834, p = .361$].

Cuando se analizó el influjo del instrumento diagnóstico utilizado (BDI, SCL-90 y otros), no se obtuvieron diferencias significativas entre los tamaños del efecto medios para la correlación entre adherencia del terapeuta y eficacia [$Q_B(2) = 2,665, p = .264$]. Del mismo modo, no se observaron diferencias significativas según el instrumento de medida utilizado para evaluar la adherencia de los terapeutas al protocolo de tratamiento [$Q_B(2) = .066, p = .967$]. Un resultado similar se obtuvo para las variables metodológicas que compusieron los ítems de calidad del estudio: “asignación aleatoria” [$Q_B(2) = .689, p = .708$], “tamaño muestral en el postest” [$Q_B(1) = .0005, p = .983$] y “enmascaramiento del evaluador” [$Q_B(1) = 1,224, p = .269$]. Tan sólo una de estas variables metodológicas presentó una diferencia marginalmente significativa: si se aplicó “análisis por intención de tratar”, de forma que se observó una mayor correlación media cuando no se utilizó el análisis por intención de tratar que cuando sí se utilizó [$Q_B(2) = 5,893, p = .052$].

Para finalizar con el análisis de las variables moderadoras metodológicas, la Tabla 26 recoge los resultados de las meta-regresiones simples aplicadas sobre cuatro moderadores continuos: la ‘fiabilidad inter-jueces alcanzada para la valoración de la adherencia de los terapeutas’, el ‘tamaño muestral del grupo tratado en el postest’, la ‘mortalidad experimental del grupo tratado en el postest’ y la ‘puntuación total en la escala de calidad metodológica’. En ningún caso se obtuvo un resultado estadísticamente significativo.

Tabla 25. Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas de método sobre las correlaciones entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	<i>r</i> ₊	I. C. al 95%		<i>Q</i> _{wj}	<i>GL</i>	<i>p</i>
			<i>r</i> _i	<i>r</i> _s			
Coincidencia autores-terapeutas							
Coinciden	4	.304	.045	.526	6,734	3	.081
No coinciden	20	.217	.099	.328	92,587	19	< .001
<i>Q</i> _B (1) = .389, <i>p</i> = .532; <i>R</i> ² = .0 <i>Q</i> _W (22) = 99,321, <i>p</i> < .001							
Coincidencia terapeuta-evaluadores							
Coinciden	19	.253	.146	.355	61,832	18	< .001
No coinciden	5	.141	-.083	.351	25,176	4	< .001
<i>Q</i> _B (1) = .834, <i>p</i> = .361; <i>R</i> ² = .088 <i>Q</i> _W (22) = 87,008, <i>p</i> < .001							
Instrumento diagnóstico							
BDI (I y II)	13	.294	.173	.407	38,514	12	< .001
SCL-90	4	.089	-.235	.395	3,344	3	.342
Otros	7	.157	-.009	.314	35,918	6	< .001
<i>Q</i> _B (2) = 2,665, <i>p</i> = .264; <i>R</i> ² = .166 <i>Q</i> _W (21) = 77,777, <i>p</i> < .001							
Medida Adherencia							
CSPRS	5	.255	.010	.471	12,840	4	.021
Otros instrumentos validados	13	.220	.068	.361	16,732	12	.160
Otros instrumentos no validados	6	.237	.040	.416	68,591	5	< .001
<i>Q</i> _B (2) = .066, <i>p</i> = .967; <i>R</i> ² = .0 <i>Q</i> _W (21) = 98,163, <i>p</i> < .001							
¿Asignación aleatoria?							
No	1	.220	-.309	.645	--	--	--
No, pero con equiparación de grupos	2	.358	.030	.617	.062	1	.803
Sí	21	.218	.109	.322	94,847	20	< .001
<i>Q</i> _B (2) = .689, <i>p</i> = .708; <i>R</i> ² = .0 <i>Q</i> _W (21) = 94,910, <i>p</i> < .001							
¿Análisis por intención de tratar?							
No se realizó	21	.275	.177	.366	57,774	20	< .001
Sí se realizó	2	-.074	-.330	.193	11,167	1	< .001
No hubo	1	.190	-.292	.595	--	--	--
<i>Q</i> _B (2) = 5,893, <i>p</i> = .052; <i>R</i> ² = .245 <i>Q</i> _W (21) = 68,941, <i>p</i> < .001							
¿Enmascaramiento del evaluador?							
No hubo	3	.383	.089	.616	2,083	2	.353
Sí hubo	21	.213	.107	.314	93,414	20	< .001
<i>Q</i> _B (1) = 1,224, <i>p</i> = .269; <i>R</i> ² = .011 <i>Q</i> _W (22) = 95,497, <i>p</i> < .001							

k: número de estudios para cada categoría. *r*₊: tamaño del efecto medio para cada categoría. *r*_i y *r*_s: límites confidenciales al 95% para el tamaño del efecto medio de cada categoría. *Q*_{wj}: estadístico de heterogeneidad intra-categoría para cada categoría. *p*: niveles críticos de probabilidad para las diferentes pruebas estadísticas. *Q*_B: estadístico de contraste inter-categorías. *Q*_W: estadístico global de contraste intra-categoría. *R*²: proporción de varianza explicada por la variable moderadora.

Tabla 26. Resultados de los modelos de meta-regresión simple ponderada aplicados sobre las variables moderadoras continuas de método para las correlaciones entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	<i>b_j</i>	<i>Z</i>	<i>Q_E</i>	<i>R²</i>
Fiabilidad interjueces en Adheren.	12	-.987	-1,428	27,562**	.023
Tamaño muestral postest (G. Trat)	24	-.0005	-.956	88,506***	.0
Mortalidad postest (G. Tratado)	24	-.118	-.237	92,398***	.0
Puntuación en calidad	24	-.058	-.899	94,647***	.0

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. *k*: número de estudios. *b_j*: coeficiente de regresión para cada variable predictor. *Q_E*: estadístico de contraste para la especificación del modelo. *R²*: proporción de varianza explicada por el predictor. *Z*: estadístico de contraste del efecto de cada variable moderadora (cuando no lleva asociado ningún asterisco, ello es indicativo de que el resultado del contraste fue estadísticamente no significativo).

3.1.4.5 Variables extrínsecas

Se analizó el posible influjo de dos variables extrínsecas categóricas: la “formación del investigador principal” y la “fuente de publicación”. En el primer caso, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas [$Q_B(2) = 12,364$, $p = .002$], siendo mayor la correlación media entre adherencia y eficacia del tratamiento en los estudios en los que el investigador principal era psiquiatra ($r_+ = .404$) que en los que era psicólogo ($r_+ = .181$), con un porcentaje de varianza explicada del 44,3%. Respecto a la fuente de publicación, no se encontraron diferencias significativas para los tamaños del efecto medios entre los estudios publicados y no publicados [$Q_B(1) = 1,213$, $p = .271$], si bien el tamaño del efecto medio fue mayor en los estudios publicados ($r_+ = .245$) que en los no publicados ($r_+ = -.005$).

Tabla 27. Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas extrínsecas sobre las correlaciones entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	<i>r₊</i>	I. C. al 95%			<i>Q_{wj}</i>	<i>GL</i>	<i>p</i>
			<i>r_i</i>	<i>r_s</i>				
Formación del Investigador								
Psicólogo	15	.181	.068	.290	23,014	14	.060	
Psiquiatra	7	.404	.272	.520	15,118	6	.019	
Médico	2	.039	-.268	.194	16,002	1	< .001	
$Q_B(2) = 12,364$, $p = .002$; $R^2 = .443$								
$Q_W(21) = 54,134$, $p < .001$								

Tabla 27 (Cont.). Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas extrínsecas sobre las correlaciones entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	<i>r</i> ₊	I. C. al 95%		<i>Q</i> _{wj}	<i>GL</i>	<i>p</i>
			<i>r</i> _i	<i>r</i> _s			
Fuente							
Publicado	21	.245	.142	.343	95,600	20	< .001
No publicado	3	-.005	-.419	.410	2,495	2	.287
<i>Q</i> _B (1) = 1,213 <i>p</i> = .271; <i>R</i> ² = .0							
<i>Q</i> _W (22) = 98,096, <i>p</i> < .001							

k: número de estudios para cada categoría. *r*₊: tamaño del efecto medio para cada categoría. *r*_i y *r*_s: límites confidenciales al 95% para el tamaño del efecto medio de cada categoría. *Q*_{wj}: estadístico de heterogeneidad intra-categoría para cada categoría. *p*: niveles críticos de probabilidad para las diferentes pruebas estadísticas. *Q*_B: estadístico de contraste inter-categorías. *Q*_W: estadístico global de contraste intra-categoría. *R*²: proporción de varianza explicada por la variable moderadora.

Tan sólo se analizó una variable extrínseca continua: la ‘fecha de publicación’, obteniendo resultados estadísticamente significativos ($Z = -.404$, $p < .05$), siendo menor la correlación entre adherencia del terapeuta y eficacia cuanto más reciente era el estudio (véase Tabla 28).

Tabla 28. Resultados del modelo de meta-regresión simple ponderada aplicado sobre la variable moderadora extrínseca ‘fecha de publicación del estudio’ para las correlaciones entre ‘adherencia del terapeuta al tratamiento’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	<i>b</i> _j	<i>Z</i>	<i>Q</i> _E	<i>R</i> ²
Fecha de publicación	24	-.012	-2,404*	69,027***	.321

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. *k*: número de estudios. *b*_j: coeficiente de regresión para cada variable predictora. *Q*_R: estadístico de contraste para la significación estadística del predictor. *Q*_E: estadístico de contraste para la especificación del modelo. *R*²: proporción de varianza explicada por el predictor. *Z*: estadístico de contraste del efecto de cada variable moderadora (cuando no lleva asociado ningún asterisco, ello es indicativo de que el resultado del contraste fue estadísticamente no significativo).

3.1.5 Modelo explicativo

El análisis individualizado de las variables moderadoras reveló la existencia de dos características de los estudios estadísticamente relacionadas con el tamaño del efecto: el tipo de trastorno psicológico que padecían los participantes en las muestras y la formación del investigador principal firmante del estudio. Con objeto de encontrar un modelo explicativo capaz de potenciar al máximo el porcentaje de varianza explicada sobre la variabilidad de los tamaños del efecto, aplicamos un modelo de regresión

múltiple de efectos mixtos en el que incluimos las dos variables moderadoras arriba mencionadas. Dado que ambas variables moderadoras eran cualitativas y tenían más de dos categorías mutuamente excluyentes, su inclusión en el modelo de regresión múltiple requirió la generación de un sistema de variables dicotómicas mediante codificación ficticia (*dummy coding*).

La variable ‘tipo de trastorno’ que padecían los participantes en las muestras tenía cuatro categorías: Depresión, Dependencia de sustancias, Trastornos Adaptativos y Otros trastornos. En consecuencia, mediante codificación ficticia se generaron tres predictores que recogían la información de esta variable: Depresión (1, presente; 0, ausente), Dependencia de sustancias (1, presente; 0, ausente) y Trastornos Adaptativos (1, presente; 0, ausente), de forma que la combinación de tres ceros en los tres predictores representó a la cuarta categoría: Otros Trastornos. Dicho de otra forma, esta última categoría quedó representada en la intercepción, o constante, del modelo predictivo. De esta forma, generamos un cluster de predictores que podemos denominar ‘Tipo de trastorno’.

La variable moderadora ‘Formación del investigador principal del estudio’ contenía tres categorías: Psicólogo, Psiquiatra y Médico. Siguiendo la misma lógica que para la variable anterior, generamos dos predictores mediante codificación ficticia: Psicólogo (1, presente; 0, ausente) y Psiquiatra (1, presente; 0, ausente), de forma que la combinación de los dos ceros dio lugar a la tercera categoría, Médico (o la constante del modelo predictivo). De esta forma, generamos un segundo cluster con dos predictores que podemos denominar ‘Formación del investigador principal’.

Hubiera sido deseable añadir más predictores al modelo explicativo. Sin embargo, el escaso número de estudios disponibles ($k = 24$) recomienda reducir al máximo el número de predictores, con objeto de evitar un incremento de la probabilidad de cometer un error Tipo I. Así, la distribución por género de la muestra, definida como el porcentaje de varones, era una candidata a priori para ser incluida en el modelo predictivo, ya que alcanzó una significación estadística marginal. Sin embargo, el escaso número de estudios nos llevó a tomar la decisión de no incluirla. Esta decisión se vio reforzada por el hecho de que tres de los 24 estudios no la reportaron, de forma que su inclusión en el modelo predictivo hubiera provocado una reducción del número de estudios implicados en el análisis.

Con objeto de valorar la contribución absoluta y relativa de los dos clusters de variables, los pasos que seguimos en el ajuste del modelo explicativo fueron los siguientes:

1º En primer lugar, para cada cluster por separado, y de forma independiente, aplicamos sendos modelos de regresión múltiple, con objeto de conocer la contribución porcentual de varianza explicada de cada cluster por si solos. Este primer análisis, en realidad, coincide con los ANOVAs aplicados sobre estas variables y ya reportados en las Tablas 22 y 27 para el tipo de trastorno psicológico y la formación del investigador principal, respectivamente. Pero preferimos repetir estos dos análisis desde la perspectiva de los modelos de regresión múltiple y tener esa información estadística próxima a la que se abordó en las siguientes fases de este análisis.

2º En segundo lugar, aplicamos el modelo de regresión múltiple completo tomando como predictores las cinco variables definidas mediante codificación ficticia: las tres relativas al tipo de trastorno y las dos relativas a la formación del investigador principal. Este modelo completo nos permitió valorar la capacidad predictiva total del modelo explicativo propuesto.

3º En tercer lugar, aplicamos un modelo de regresión jerárquica, en su doble perspectiva, para valorar la contribución de cada cluster de predictores una vez que el otro cluster ya estaba dentro del modelo explicativo. Con este análisis pudimos comprobar si los dos clusters presentaban una potencia predictiva, o explicativa, estadísticamente relevante cuando ya se había detraído de la variabilidad de los tamaños del efecto la capacidad predictiva del otro cluster.

Las Tablas 29 y 30 recogen los resultados de estos análisis. Comenzando con la primera fase del análisis, la Tabla 29 contiene los resultados de los análisis de regresión múltiples de cada cluster de variables por separado. Se observa cómo el cluster ‘Tipo de Trastorno’ alcanzó un resultado estadísticamente significativo que, globalmente, coincidió con el reportado en la Tabla 22, con un 22,5% de varianza explicada. El análisis de la significación estadística de cada predictor reveló que sólo las muestras formadas por participantes con problemas de Depresión ($p = .049$) o de Dependencia de sustancias ($p =$

.011) presentaron una relación estadísticamente significativa, y positiva, con el tamaño del efecto.

Respecto del cluster ‘Formación del investigador principal del estudio’, el análisis de regresión presentó un resultado estadísticamente significativo, también coincidente con el reportado en la Tabla 27, con un 44,3% de varianza explicada. El análisis individualizado de los predictores reveló que sólo cuando el investigador principal fue psiquiatra se obtuvo una relación estadísticamente significativa, y de signo positivo, con los tamaños del efecto ($p = .001$).

Tabla 29. Resultados de los modelos de meta-regresión múltiple ponderada aplicados sobre cada cluster de predictores y para el modelo predictivo completo.

Modelo predictivo	b_j	Z	p	Resultados globales
1) Cluster ‘Tipo de Trastorno’:				
Constante	-.006	-.051	.959	$Q_R(3) = 8,826, p = .032$
Depresión	.277	1,970	.049	$Q_E(20) = 65,468, p < .001$
Dependencia de sustancias	.391	2,553	.011	$R^2 = .225$
Trastornos Adaptativos	.002	.012	.991	
2) Cluster ‘Formación del IP’:				
Constante	-.039	-.323	.747	$Q_R(2) = 12,364, p = .002$
Psicólogo	.222	1,658	.097	$Q_E(21) = 54,134, p < .001$
Psiquiatra	.467	3,278	.001	$R^2 = .443$
3) Modelo completo:				
Constante	-.195	-1,570	.116	$Q_R(5) = 23,423, p = .0003$
Depresión	.153	1,329	.184	$Q_E(18) = 32,883, p = .017$
Dependencia de sustancias	.296	2,144	.032	$R^2 = .658$
Trastornos Adaptativos	-.096	-.531	.596	
Psicólogo	.286	2,081	.037	
Psiquiatra	.374	2,912	.004	

b_j : coeficiente de regresión parcial para cada variable predictora. Q_R : estadístico de contraste para la significación estadística del modelo de regresión múltiple. Q_E : estadístico de contraste para la especificación del modelo. R^2 : proporción de varianza explicada por el modelo predictivo. Z: estadístico de contraste del efecto de cada variable moderadora.

La segunda fase del análisis consistió en analizar el modelo de regresión múltiple completo incluyendo los cinco predictores. Como puede observarse en la Tabla 29, el modelo completo presentó un resultado estadísticamente significativo, con un porcentaje de varianza explicada del 65,8% [$Q_R(5) = 23,423, p = .0003$]. Además, el análisis individualizado de cada predictor indicó que sólo tres de los cinco predictores presentó una relación estadísticamente significativa con el tamaño del efecto: las muestras

formadas por personas con trastornos de dependencia de sustancias ($p = .032$) y los estudios cuyo investigador principal fue psicólogo ($p = .037$) ó psiquiatra ($p = .004$). Así pues, podemos afirmar que el modelo completo, el que incluye los dos clusters de predictores, presentó una relación estadísticamente significativa con los tamaños del efecto, con un porcentaje de varianza explicada de casi el 66%. No obstante, la prueba estadística de especificación del modelo resultó estadísticamente significativa, lo que indicó que el modelo estaba mal especificado [$Q_E(18) = 32,883$, $p = .017$], a pesar del elevado porcentaje de varianza explicada.

Tabla 30. Resultados de los modelos de meta-regresión jerárquica aplicados sobre los dos clusters de predictores.

Modelo predictivo	$Q_R(GL)$	p	R^2	$\Delta Q_R(GL)$	p	ΔR^2
Completo	23,423(5)	.0003	.658	--	--	--
Cluster ‘Trastorno’	8,826(3)	.032	.225	11,059(3)	.011	.215
Cluster ‘Formación’	12,364(2)	.002	.443	14,597(2)	.001	.433

Q_R : estadístico de contraste para la significación estadística de cada modelo de regresión múltiple. R^2 : proporción de varianza explicada por cada modelo de regresión múltiple. ΔQ_R : incremento en el valor del estadístico Q_R provocado al introducir en el modelo predictivo el cluster cuando ya había sido introducido el otro cluster de predictores. ΔR^2 : incremento de la proporción de varianza explicada producida al introducir en el modelo predictivo el cluster cuando ya había sido introducido el otro cluster de predictores.

La tercera fase, y última, del análisis consistió en aplicar modelos de regresión jerárquica para comprobar la contribución relativa de cada cluster de predictores una vez introducido en el modelo el otro cluster. Los resultados se recogen en la Tabla 30. Comenzando con el cluster ‘Tipo de Trastorno’, la introducción en el modelo de este cluster cuando ya se había introducido el otro cluster supuso un incremento del 21,5% de la varianza explicada. Además, este incremento fue estadísticamente significativo ($p = .011$). Así mismo, la introducción en el modelo predictivo del cluster ‘Formación del investigador principal’ cuando ya había sido introducido el otro cluster supuso un incremento de la varianza explicada por el modelo del 43,3%. Además, este incremento en la capacidad predictiva del modelo fue estadísticamente significativo ($p = .001$). Por tanto, ambos clusters fueron estadísticamente relevantes a la hora de explicar, o predecir, los tamaños del efecto de la relación entre eficacia del tratamiento y adherencia al tratamiento. Dicho de otra forma, estos dos clusters aportaron una contribución relevante a la capacidad predictiva del modelo. El hecho de que sus porcentajes de varianza explicada individuales (22,5% y 44,3%) fueran muy similares a sus respectivos

incrementos de la varianza explicada (21,5% y 43,3%) es indicativo que se trata de cluster de predictores independientes entre sí.

3.2 Meta-análisis de la “competencia del terapeuta”

3.2.1 Análisis descriptivo

En este capítulo se presentan los resultados del meta-análisis aplicado sobre los 12 estudios que reportaron la correlación entre las variables ‘competencia del terapeuta’ y ‘eficacia del tratamiento’. Los estudios incluidos en el meta-análisis figuran en el Anexo 5. En dicho Anexo se recogen algunas características individuales de los estudios meta-analizados. Antes de presentar los resultados de los análisis estadísticos obtenidos con los tamaños del efecto y su relación con las variables moderadoras codificadas, en este apartado se presenta un análisis descriptivo de las características (sustantivas, metodológicas y extrínsecas) de los estudios implicados en este meta-análisis.

3.2.1.1 Variables sustantivas

Como hemos visto anteriormente, las variables sustantivas se clasificaron en variables de tratamiento, características de los terapeutas, variables de contexto y características de los sujetos.

3.2.1.1.1 Variables de tratamiento

En la Tabla 31 se recogen las variables de tratamiento cualitativas. Una de ellas fue el tipo de tratamiento psicológico utilizado, donde se observó que predominó la utilización de la terapia cognitivo-conductual, utilizada por la mitad de los estudios. Por otra parte, la mayoría de los estudios (75%) utilizó algún manual de tratamiento. En la tercera variable reportada en la Tabla 31, encontramos que siete estudios (41,7%) incluyeron también medidas de adherencia del terapeuta al tratamiento. La mitad de los estudios incluyeron “tareas para casa” en sus protocolos de tratamiento. Muy pocos estudios tomaron medidas de seguimiento (sólo dos estudios, 16,7 %) y, en caso de hacerlo, éste consistió en una llamada telefónica y una visita al terapeuta. Ninguno de los estudios utilizó contrato terapéutico, como ocurría en la variable adherencia.

Tabla 31. Análisis de las variables cualitativas de tratamiento de los estudios sobre competencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
1	Tipo de tratamiento psicológico		
	Terapia cognitivo-conductual	6	50
	Terapias psicodinámicas	2	16,7
	<i>Counseling</i>	2	16,7
	Otros	2	16,7
2	Manual de tratamiento		
	Sí utiliza	9	75
	No utiliza	3	25
3	Adherencia del terapeuta		
	Sí lo miden	7	41,7
	No lo miden	5	58,3
9	Tareas para casa		
	Sí las incluyen	6	50
	No las incluyen	6	50
10	Seguimiento		
	Sí lo incluye	2	16,7
	No lo incluye	10	83,3
11	Tipo de seguimiento.		
	Telefónico	1	8,3
	Visita al terapeuta	1	8,3
12	Contrato terapéutico		
	Sí utiliza	0	0
	No utiliza	12	100

Las variables cuantitativas relacionadas con las características de los tratamientos fueron: la duración del tratamiento (semanas), la intensidad del tratamiento (horas por semana), la magnitud del tratamiento (total de horas), el número total de sesiones y la duración de las sesiones (horas). La Tabla 32 recoge los estadísticos descriptivos de estas variables. Se observa que, en promedio, de los estudios que aportan datos, la duración del tratamiento fue de 14 semanas, recibiendo los pacientes aproximadamente una hora de sesión a la semana, y un total de aproximadamente 18 horas; siendo el número total de

sesiones de 19 aproximadamente. La duración de las sesiones en promedio, fue de 51,5 minutos.

Tabla 32. Análisis de variables cuantitativas de tratamiento de los estudios de competencia del terapeuta

Nº ítem	Variable	<i>k</i>	Min.	Máx.	Media	Mediana	DT
5	Duración (semanas)	9	11	24	14	16	4,2
6	Intensidad del tratam. (horas a la semana)	9	.83	1,5	1,07	1	.25
7	Magnitud el tratamiento (horas en total)	9	9,63	36	18,4	16,6	7,7
8	Número de sesiones	11	11	36	18,8	19	7,09
13	Duración de las sesiones (en minutos)	5	45	60	51,5	50	5,4

k: número de estudios. DT: desviación típica.

3.2.1.1.2 Características del terapeuta

La Tabla 33 recoge las características cualitativas de los terapeutas. Se encontró que, en un alto porcentaje (66,7%), éste no coincidió con los autores del estudio. Sin embargo, sí que fue frecuente (75%) que el terapeuta que se encargó de aplicar el tratamiento fuera el mismo que se encarga de la evaluación del paciente, tanto antes como después del tratamiento.

Todos los terapeutas fueron psicólogos. La experiencia de los mismos fue alta en la mayoría de los casos (58,3%). Sólo hubo un estudio que implicó a terapeutas con experiencia baja. El grado de formación fue mixta en la mayoría de los casos (72,7%), siendo de un grado “master” en el resto de los estudios. Casi la mitad de ellos (41,7%) habían recibido, previamente al estudio, formación principalmente en terapia cognitivo-conductual, seguido del 33,3% que había recibido otro tipo de formación que no era terapia psicodinámica.

Tabla 33. Análisis de características del terapeuta cualitativas de los estudios.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
14	Coincidencia autores-terapeutas		
	Coinciden	4	33,3
	No coinciden	8	66,7
14b	Coincidencia evaluador-terapeutas		
	Coinciden	9	75
	No coinciden	3	25
15	Formación del terapeuta		
	Psicólogo	12	100
	Psiquiatra	0	0
16	Grado de experiencia de los terapeutas		
	Experiencia alta	7	58,3
	Experiencia media	4	33,3
	Experiencia baja	1	8,3
18	Grado de formación		
	Licenciado	0	0
	Máster	0	0
	Doctor	3	27,3
	Mixto	8	72,7
	No aportan datos	11	-
20	Tipo de entrenamiento		
	Terapia cognitivo-conductual	5	41,7
	Terapias Psicodinámicas	3	25
	Otros	4	33,3

Respecto a las variables cuantitativas, la Tabla 34 muestra sus estadísticos descriptivos. Más de la mitad (66,7%) aportó datos sobre la media en años de experiencia de la muestra de terapeutas que aplicaba el tratamiento, arrojando un promedio de 8,8 años de experiencia. Otras características registradas hicieron referencia al protocolo de tratamiento y a los jueces que evaluaban la competencia del terapeuta en la aplicación del tratamiento. Se observó que la mayoría de los estudios no aportaron datos sobre estas variables. Sólo dos estudios informaron del total de horas de entrenamiento de los terapeutas en el protocolo (con un promedio de 35 horas). De los cinco estudios que informaron sobre las horas de supervisión semanales que los terapeutas tuvieron durante

la aplicación del tratamiento, se obtuvo que en promedio, éstos recibieron 1,25 horas de supervisión a la semana. Sólo un estudio reportó los años de experiencia clínica del/los supervisor/es, que fue de 8 años. Dos estudios informaron del promedio total de horas de entrenamiento que recibieron los jueces para realizar su tarea, obteniendo una media de 32 horas.

Tabla 34. Análisis de características del terapeuta cuantitativas de los estudios de competencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	<i>k</i>	Min.	Máx.	Media	Mediana	DT
17	Experiencia del terapeuta (años)	8	3	15	8,8	10	3,89
19	Horas de entrenamiento en protocolo	2	16	54	35	35	26,8
21	Promedio horas de supervisión (semanales)	5	0	3	1,25	1	1,031
22	Promedio de años de experiencia jueces	1	8	8	8	8	-
23	Promedio horas total de entrenamiento jueces	2	20	44	32	32	16,9

k: número de estudios. DT: desviación típica.

3.2.1.1.3 Variables de contexto

Se registraron dos variables de contexto: el país de realización del estudio y el lugar de realización del mismo. La Tabla 35 recoge sus distribuciones de frecuencias. Los 12 estudios se repartieron entre cuatro países: EE.UU, con más de la mitad de los mismos (siete estudios, 58%), Canadá (17%), Noruega (17%) y Gran Bretaña (un estudio, 8%). Respecto al lugar de realización, sólo se registraron dos contextos: “universidad” y “clínica”, siendo aproximadamente la mitad de los estudios realizados en cada uno de ellos, aunque con un porcentaje ligeramente mayor los realizados en la “universidad” (58%).

Tabla 35. Análisis de las variables de contexto de los estudios de competencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
24	País		
	EE.UU	7	58
	Canadá	2	17
	Noruega	2	17
	Gran Bretaña	1	8
24b	Lugar		
	Universidad	7	58,3
	Clínica	5	41,7

3.2.1.1.4 Variables de sujeto

En la Tabla 36 se recogen las variables cualitativas de sujeto. Se observó que el 90% de los estudios utilizaron una muestra mixta de sujetos. En la mayoría de los estudios se utilizaron los criterios del DSM, en sus distintas versiones, para diagnosticar a los pacientes, siendo la cuarta versión revisada la más utilizada (36,4%). El instrumento diagnóstico más utilizado correspondió a la categoría ‘Otros’, que no eran ni el BDI, ni el SCL-90. Bajo la categoría ‘Otros’ se englobaron el resto de pruebas diagnósticas (para ver examinar en detalle qué instrumento utilizó cada estudio, véase el Anexo 5). El principal trastorno tratado fue el Trastorno Adaptativo (50%). La mayoría de los pacientes incluidos en los estudios no habían recibido tratamiento previamente, con la excepción de dos estudios (16,7%). La mayoría de pacientes no presentaban comorbilidad (75%) -ya que la presencia de otros trastornos había sido criterio de exclusión de los pacientes en algunos estudios-, y el trastorno de pánico fue el trastorno comórbido más frecuente en el caso de que lo hubiera (66,7%). Por tanto, se observaron algunas diferencias en las variables de sujeto de las muestras utilizadas en estos estudios respecto a los estudios del meta-análisis anterior sobre la correlación entre adherencia del terapeuta al tratamiento y eficacia del tratamiento.

Tabla 36. Análisis de las variables de sujeto cualitativas de los estudios de la competencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
26	Sexo		
	Sólo hombres	1	10
	Sólo mujeres	0	0
	Mixto	9	90
	No aportan datos	2	-
28	Criterio diagnóstico utilizado		
	DSM-III	1	9,1
	DSM-III-R	1	9,1
	DSM-IV	3	27,3
	DSM-IV-R (TR)	4	36,4
	RCT (<i>Research Diagnostic Criteria</i>)	2	18,2
	No aportan datos	11	-
29	Instrumento diagnóstico		
	<i>Beck Depression Inventory</i> (BDI I y II)	5	41,7
	SCL-90	1	8,3
	Otros	6	50
30	Tipo de trastorno psicológico		
	Depresión	5	41,7
	Dependencia a sustancias	2	8,3
	Trastorno adaptativo	6	50
	Otros	0	0
32	¿Había recibido tratamiento previo?		
	Sí (la mitad o más de la mitad)	2	16,7
	No (ninguno había recibido tratamiento previo)	1	8,3
	No aportan datos	9	75
35	Comorbilidad		
	Presencia de otros trastornos	3	25
	Ausencia de otros trastornos	9	75
36	Tipo de comorbilidad		
	T. Pánico	2	66,7
	T. Personalidad	1	33,3
	No aportan datos	9	-

En la Tabla 37 se recogen las variables cuantitativas de sujeto. Se observó que la edad media de los pacientes de los estudios fue de 35,9 años. De los 10 estudios que aportaron datos sobre el porcentaje de varones de la muestra, se halló un promedio del 43%. Sólo un estudio aportó datos sobre el número medio de años que los pacientes llevaban padeciendo el trastorno, siendo el promedio de 7 años. También fueron escasos los estudios que informaron sobre si el paciente había recibido tratamiento farmacológico previo o no, o durante el estudio. Para el primer caso, dos de los estudios informaron sobre el porcentaje de pacientes que había recibido tratamiento previo, siendo éste alto (71,5%); y en el segundo caso, tres estudios informaron, con un promedio muy bajo (4%) de pacientes que recibieron medicación durante el tratamiento.

Tabla 37. Análisis de las variables de sujeto cuantitativas de los estudios de competencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	<i>k</i>	Min.	Máx.	Media	Mediana	DT
25	Edad (media)	9	30	40	35,9	36	3,2
27	Sexo (% varones)	10	12	100	43	36	27,2
31	Historia (media en años)	1	7	7	7	7	-
33	% pacientes con medicación previa	2	52	91	71,5	71,5	27,57
34	% pacientes medicados durante el tratamiento	3	0	12	4	0	0

k: número de estudios. DT: desviación típica.

3.2.1.2 Variables metodológicas

En la Tabla 38 se recogen las variables cualitativas metodológicas. Se observó que todos los estudios presentaron medidas pretest, ya que su ausencia era un criterio de exclusión. Ningún estudio aportó datos acerca del tipo de asignación de los sujetos a los grupos de tratamiento. Debemos tener en cuenta que, como veremos, ninguno de los 12 estudios utilizó grupo de control. Por otra parte, todos los estudios informaron de la asignación de los sujetos a los terapeutas, siendo aleatoria en casi todos los casos (91,7%).

Ningún estudio informó del tipo de grupo control utilizado, ya que como hemos dicho, los estudios no incluyeron grupo de control. Por otra parte, dado que la variable ‘competencia del terapeuta’ sólo podía obtenerse de aquellos grupos que aplicaron algún tratamiento, la ausencia de grupos de control es irrelevante para los propósitos de este meta-análisis. Se observó además que casi la mitad de los estudios (41,7%) utilizó instrumentos validados distintos al CTS (*Cognitive Therapy Scale*) para evaluar la competencia del terapeuta, mientras que un 25% utilizó instrumentos no validados (aunque sí sometidos a análisis de fiabilidad interna).

En este apartado fueron incluidos seis “ítems de calidad”. Cinco de ellos eran categóricos, ya que se asignaba una puntuación de 1, .5 y 0 al estudio en función de las características que presentara en el ítem en cuestión. Aquí, tal como en el caso de la variable “adherencia”, se puntuó en el ítem “azar” la asignación aleatoria de los sujetos a los terapeutas. De este modo, el 91,7% de la muestra recibió 1 punto en esta variable. Siguiendo con los criterios de calidad, en el siguiente ítem “adecuación del grupo control”, ningún estudio recibió puntuación por incluir grupo control, ya que como hemos comentado, ninguno lo utilizó. Respecto al “tamaño muestral total en el postest”, el 66,7% de los estudios supera los 15 sujetos. En el siguiente ítem “análisis por intención de tratar”, el 25% incluye en sus análisis los sujetos con “intención de tratar”; por tanto, la mayoría de casos informaron de pérdida de pacientes (75%). Respecto al ítem “enmascaramiento”, el 83,3% utilizaron medidas de enmascaramiento del evaluador.

Tabla 38. Análisis de las variables cualitativas metodológicas de los estudios de competencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
37	Pretest		
	Estudio incluye medidas pretest	12	100
38	Asignación aleatoria de los grupos		
	No aportan datos	12	100
39	Asignación aleatoria de pacientes a los terapeutas		
	Asignación aleatoria	11	91,7
	No asignación aleatoria	1	8,3
40	Tipo de grupo control		
	No aportan datos	12	100

Tabla 38 (Cont.). Análisis de las variables cualitativas metodológicas de los estudios de competencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
41d	Medida de la competencia		
	CTS	4	33,3
	Otros instrumentos validados	5	41,7
	Instrumentos no validados	3	25
Ítems de calidad del estudio			
48	¿Asignación aleatoria?		
	Si	11	91,7
	No, pero con equiparación de grupos	0	0
	No	1	8,3
49	Adecuación del grupo control		
	Grupo control activo/ placebo	0	0
	Grupo control inactivo	0	0
	Sin grupo control	12	100
50	Tamaño de muestra total en el posttest		
	Mayor de 15	8	66,7
	Entre 8 y 14	3	25
	Menor de 14	1	8,3
52	¿Análisis por intención de tratar?		
	No hubo pérdida de pacientes	2	16,7
	Sí hubo	1	8,3
	No hubo	9	75
53	¿Enmascaramiento del evaluador?		
	Sí hubo	10	83,3
	No hubo	2	16,7

El tamaño muestral promedio en el posttest fue de 94 sujetos, aproximadamente. De los tamaños muestrales del seguimiento no hay datos, como ya hemos comentado. El promedio de mortalidad experimental para el grupo tratado fue de .13. Como los estudios no incluyeron grupos control ni aportaron datos de seguimiento, el resto de ítems sobre mortalidad no contienen información. En el ítem de calidad “mortalidad” (que es la resultante de 1 menos la proporción de mortalidad total), el promedio fue de .87. Por

último, en el ítem “calidad”, cuyo rango era de 0 a 6 puntos, los 12 estudios obtuvieron un promedio de 3,61.

Tabla 39. Análisis de las variables cuantitativas metodológicas de los estudios de competencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	<i>k</i>	Min.	Máx.	Media	Mediana	DT
41b	Coeficiente fiabilidad interjueces competencia	10	.50	.93	.77	.80	.11
41	Coeficiente fiabilidad interjueces adherencia	3	.73	.86	.79	.8	.06
42	Seguimiento más largo (meses)	0	-	-	-	-	-
43a	N de G. Tratado pretest	12	15	423	104,2	36	141,08
43b	N de G. Control pretest	0	-	-	-	-	-
43c	N total pretest	12	15	423	104,2	36	141,08
44a	N de G. Tratado postest	12	15	377	93,7	35,5	130
44b	N de G. Control postest	0	-	-	-	-	-
44c	N total postest	12	15	377	93,7	35,5	130
45a	N de G. Tratado seguim.	3	25	25	25	25	0
45b	N de G. Control seguim.	0	-	-	-	-	-
45c	N total seguimiento	0	-	-	-	-	-
46a	Mortalidad GT postest	12	0	.39	.13	.09	.14
46b	Mortalidad GC postest	0	-	-	-	-	-
46c	Mortalidad diferencial postest	0	-	-	-	-	-
47a	Mortalidad GT seguim.	0	-	-	-	-	-
47b	Mortalidad GC seguim.	0	-	-	-	-	-
47c	Mortalidad diferencial seguimiento	0	-	-	-	-	-
Ítems de calidad del estudio							
51	Mortalidad (1-mortalidad grupo considerado)	12	.61	1	.87	.90	.14

Tabla 39 (Cont.). Análisis de las variables cuantitativas metodológicas de los estudios de competencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	<i>k</i>	Min.	Máx.	Media	Mediana	DT
54	Calidad (Suma ítems 48 al 53; máx=6)	12	1,95	4,61	3,61	3,88	.72

k: número de estudios. DT: desviación típica.

3.2.1.3 Variables extrínsecas

Por último, en el apartado de variables extrínsecas se incluyeron la fecha de publicación, la formación del investigador principal, la publicación del estudio y la fuente de publicación, cuyos datos se recogen en la Tabla 40. Como podemos observar, la mayoría de los estudios que componen este meta-análisis son relativamente recientes, ya que el 42% fueron realizados en la última década y el 33% en la anterior; datos muy semejantes a los estudios incluidos en la variable adherencia. El estudio más antiguo data de 1983 (ver Anexo 5).

El investigador principal tenía formación como psicólogo en el 54,5% de los estudios, estando en segundo lugar la formación como psiquiatra (36,4%). Todos los estudios fueron publicados como artículos en revistas científicas.

Tabla 40. Análisis de las variables extrínsecas de los estudios de la competencia del terapeuta.

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
55	Fecha		
	1980- 1990	3	25
	1991- 2000	4	33
	2001- 2013	5	42
56	Formación del investigador principal		
	Psicólogo	6	54,5
	Psiquiatra	4	36,4
	Médico	1	9,1
	No aportan datos	1	-

Tabla 40 (Cont.). Análisis de las variables extrínsecas de los estudios de la competencia del terapeuta

Nº ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
57	Publicación		
	Publicado	12	100
	No publicado	0	0
58	Fuente		
	Artículo de revista	12	100
	Tesis Doctoral	0	0

3.2.2. Distribución de los tamaños del efecto

En la Tabla 41 se recogen los resultados del tamaño del efecto medio para la correlación entre la variable “competencia del terapeuta” y los resultados del tratamiento (eficacia). Se obtuvo una correlación media positiva ($r_+ = .191$) y estadísticamente significativa entre ambas variables, ya que en el I.C. no incluyó el valor nulo. Según la clasificación de Cohen (1988), la magnitud de este resultado sería media-baja, y algo inferior a la obtenida para la variable “adherencia del terapeuta”.

Observamos también que hubo una gran heterogeneidad entre los tamaños del efecto, ya que la correlación mínima obtenida fue negativa ($r_{\text{Mín}} = -.51$) y la máxima fue alta y de signo positivo ($r_{\text{Máx}} = .56$). El análisis de la heterogeneidad reveló un estadístico $Q(11) = 34,705$, estadísticamente significativo ($p = .0003$), y un índice $I^2 = 68,3\%$, que según la clasificación de Higgins et al. (2003), confirma la alta heterogeneidad de las correlaciones obtenidas por los 12 estudios incluidos en el meta-análisis (ver Tabla 42).

Tabla 41. Tamaño del efecto medio e intervalo de confianza para la variable de resultado ‘competencia del terapeuta’.

Variable dependiente	k	$r_{\text{Mín}}$	$r_{\text{Máx}}$	r_+	I. C. al 95%	
					r_i	r_s
Competencia	12	-.510	.560	.191	.062	.313

k : número de estudios. $r_{\text{Mín}}$ y $r_{\text{Máx}}$: tamaños del efecto mínimo y máximo, respectivamente. r_+ : tamaño del efecto medio. r_i y r_s : límites confidenciales inferior y superior, respectivamente, del intervalo de confianza al 95% en torno al tamaño del efecto medio.

Tabla 42. Resultados del análisis de la heterogeneidad de los tamaños del efecto para la variable de resultado ‘competencia del terapeuta’.

Variable dependiente	k	Q	p	I^2	Tau^2
Competencia	12	34,705	.0003	68,3%	.0286

k : número de estudios. Q : estadístico de heterogeneidad. p : nivel crítico de probabilidad asociado al estadístico Q de heterogeneidad. I^2 : índice I^2 de heterogeneidad. Tau^2 : varianza inter-estudios.

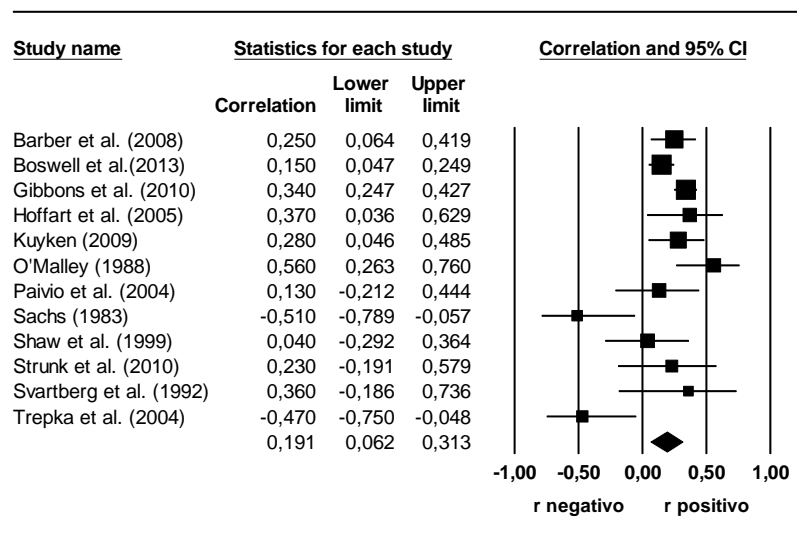


Figura 4. *Forest plot* de las correlaciones entre eficacia del tratamiento y competencia del terapeuta.

Para ilustrar la variabilidad de los tamaños del efecto se construyó un *forest plot* que se muestra en la Figura 4, y que incluye los 12 estudios del meta-análisis, donde se muestran las correlaciones obtenidas por cada uno de ellos. Se observa una gran dispersión, aunque con tendencia positiva, ya que 10 estudios aportaron correlaciones de signo positivo. Los dos correlaciones restantes (Sach, 1983; Trepka et al., 2004) informaron de correlaciones negativas entre competencia del terapeuta y eficacia (-.51 y -.47, respectivamente).

Dada la elevada variabilidad entre los tamaños del efecto, se hizo necesario examinar el posible influjo de variables moderadoras (o características de los estudios) que pudieran explicar la variabilidad exhibida por los tamaños del efecto. Pero antes de abordar esta tarea, realizamos un estudio del sesgo de publicación.

3.2.3 Análisis del sesgo de publicación

Para comprobar si el sesgo de publicación podía ser una amenaza contra la validez del coeficiente de correlación medio obtenido, se llevaron a cabo tres análisis. En primer lugar, se construyó un *funnel plot* de los tamaños del efecto contra sus errores típicos para observar si el aspecto del gráfico resultante se alejaba notablemente de la simetría. La Figura 5 muestra dicho gráfico, el cual no parece alejarse mucho de la simetría. En segundo lugar, se aplicó la técnica ‘*trim-and-fill*’ de Duval y Tweedie (2000) de imputación de datos perdidos sobre el *funnel plot*. Como puede observarse en la Figura 5, esta técnica tuvo que imputar un dato perdido (supuestamente tamaños del efecto nulos o muy bajos que no fueron publicados) para simetrizar el *funnel plot*, pero que como observamos, al tratarse sólo de un estudio, este dato no afectó de forma sensible al tamaño del efecto medio de los resultados. En tercer lugar, se aplicó el test de Egger ($k=12$), cuyo modelo de regresión arrojó una intercepción $b_0 = .904$, que no alcanzó la significación estadística [$T(10) = -0.979, p = .350$], lo que avala el resultado de *funnel plot*.

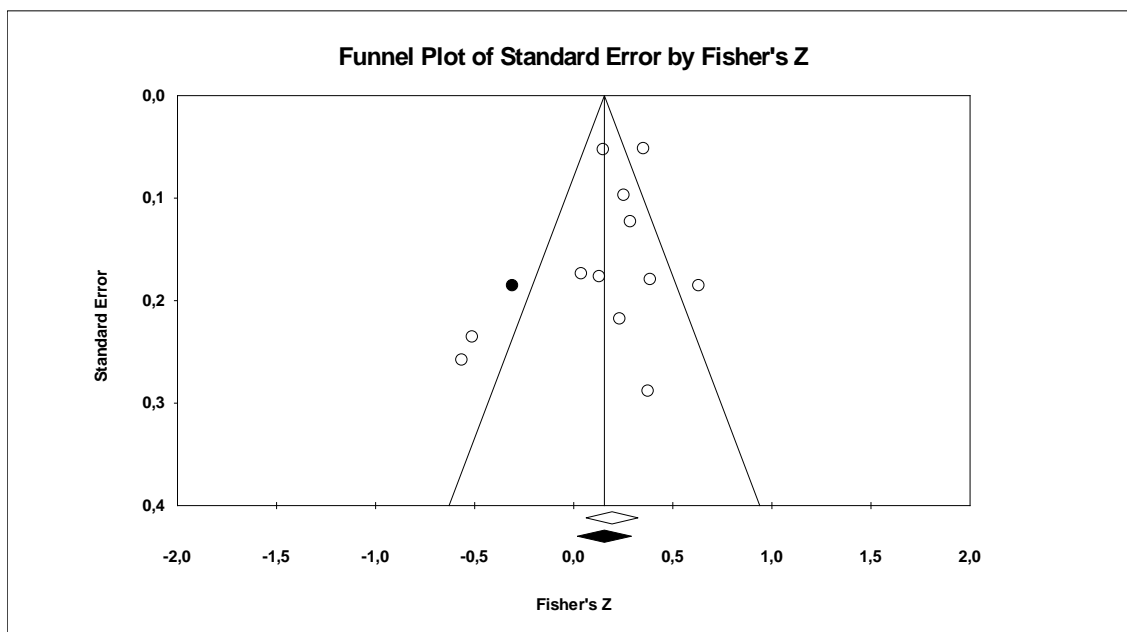


Figura 5. *Funnel plot* de las correlaciones entre eficacia del tratamiento y competencia del terapeuta. * Al no haberse imputado ningún dato perdido, ambas medidas coinciden. Los rombos blanco y negro corresponden respectivamente al tamaño de efecto medio obtenido con los datos originales y una vez imputados datos perdidos mediante el método “*trim-and-fill*” de Duval y Tweedie (2000).

En conclusión, podemos descartar el sesgo de publicación como una amenaza a la validez de este meta-análisis, ya que tanto el *funnel plot* como el test de Egger favorecieron la hipótesis de que no hay un sesgo de publicación.

3.2.4 Análisis de las variables moderadoras

3.2.4.1 Variables de tratamiento

El primer bloque de variables moderadoras que abordamos fueron las relacionadas con las características de los tratamientos. La Tabla 43 recoge los resultados de los ANOVAs aplicados sobre las variables de tratamiento cualitativas. El ANOVA para la variable “tipo de tratamiento” no arrojó resultados estadísticamente significativos [$Q_B(3) = 4,232, p = .237$]. A pesar de la ausencia de significación estadística, se observaron correlaciones medias discrepantes entre los diferentes tipos de tratamiento que merece la pena comentar. Por ejemplo, se observó una correlación media no significativa cuando el tratamiento aplicado era psicodinámico o cognitivo-conductual, ya que sus intervalos de confianza incluyeron el valor 0. Por otra parte, cuando se aplicó *counseling* u otros tratamientos diferentes a los T. Psicodinámicos o los T. Cognitivo-conductuales, la correlación media estuvo en torno a .30 y su I.C. no contuvo el valor 0. Por tanto, aunque los resultados no alcancen significación estadística, probablemente debido al escaso número de estudios ($k = 12$), estos resultados discrepantes son dignos de mención. Otra variable analizada fue la utilización de manual de tratamiento. Observamos que aquellos estudios que utilizaron un manual de tratamiento obtuvieron tamaños del efecto positivos y estadísticamente significativos respecto a la relación entre competencia del terapeuta y eficacia, mientras que aquellos estudios que no lo utilizaron, obtuvieron tamaños del efecto medios cuyos I.C. incluyeron el valor nulo. El ANOVA para esta variable alcanzó un resultado estadísticamente significativo al comparar estos efectos medios [$Q_B(1) = 9,888, p = .002$], con una proporción de varianza explicada del 47,4%.

En relación al análisis de las variables continuas la Tabla 44 muestra los resultados de los análisis de meta-regresión simples aplicados sobre las variables duración del tratamiento, intensidad del tratamiento, magnitud el tratamiento, número de sesiones y experiencia del terapeuta (en años). Sólo se obtuvieron resultados estadísticamente significativos para la experiencia del terapeuta. En concreto, se observó que a más años

de experiencia de los terapeutas que aplicaron el tratamiento, la correlación entre competencia del terapeuta y eficacia fue mayor ($Z = 2,401$, $p < .05$), aunque dado que el número de estudios fue bajo ($k = 8$), este resultado debe interpretarse con cierta cautela.

Tabla 43. Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas de tratamiento sobre la correlación entre ‘competencia del terapeuta y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	<i>r</i> ₊	I. C. al 95%		<i>Q</i> _{wj}	<i>GL</i>	<i>p</i>
			<i>r</i> _i	<i>r</i> _s			
Tipo de tratamiento							
Cognitivo-Conductuales.	6	.135	-.049	.311	11,385	5	.044
T. Psicodinámicas.	2	-.130	-.520	.305	5,886	1	.015
<i>Counseling</i>	2	.300	.051	.514	.7983	1	.372
Otros	2	.358	.030	.617	3,835	1	.050
<i>Q</i> _B (3) = 4,232, <i>p</i> = .237; <i>R</i> ² = .0							
<i>Q</i> _W (8) = 21,905, <i>p</i> = .005							
Manual de tratamiento							
No utilizan	3	-.240	-.498	.056	7,596	2	.022
Utilizan	9	.266	.155	.372	14,377	8	.072
<i>Q</i> _B (1) = 9,888, <i>p</i> = .002; <i>R</i> ² = .474							
<i>Q</i> _W (10) = 21,973, <i>p</i> = .015							

k: número de estudios para cada categoría. *r*₊: tamaño del efecto medio para cada categoría. *r*_i y *r*_s: límites confidenciales al 95% para el tamaño del efecto medio de cada categoría. *Q*_{wj}: estadístico de heterogeneidad intra-categoría para cada categoría. *p*: niveles críticos de probabilidad para las diferentes pruebas estadísticas. *Q*_B: estadístico de contraste inter-categorías. *Q*_W: estadístico global de contraste intra-categoría. *R*²: proporción de varianza explicada por la variable moderadora.

Tabla 44. Resultados de los modelos de meta-regresión simple ponderada aplicados sobre las variables moderadoras continuas de tratamiento para la correlación entre ‘competencia del terapeuta’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	<i>b</i> _j	<i>Z</i>	<i>Q</i> _E	<i>R</i> ²
Duración de las sesiones (semanas)	9	-.010	-.495	17,899*	.0
Intensidad del tratamiento	9	.274	.811	16,262*	.0
Magnitud del tratamiento	9	.002	.175	17,343*	.0
Número de sesiones	11	-.002	-.228	26,945**	.0
Experiencia del terapeuta en años	8	.058	2,401*	10,692	.459

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. *k*: número de estudios. *b*_j: coeficiente de regresión para cada variable predictora. *Q*_E: estadístico de contraste para la especificación del modelo. *R*²: proporción de varianza explicada por el predictor. *Z*: °estadístico de contraste del efecto de cada variable moderadora (cuando no lleva asociado ningún asterisco, ello es indicativo de que el resultado del contraste fue estadísticamente no significativo).

3.2.4.2 Variables de sujeto

En este apartado se analizó el influjo la variable “tipo de trastorno”, que se agrupó en tres categorías: “depresión”, “dependencia a sustancias”, y “otros trastornos” (que

englobaba al trastorno de pánico y al trastorno por estrés postraumático). El ANOVA aplicado sobre esta variable, que se reporta en la Tabla 45, no alcanzó diferencias estadísticamente significativas entre las correlaciones medias de las distintas categorías [$Q_B(2) = 2,726, p = .256$]. El mayor tamaño de efecto para la relación entre competencia del terapeuta y eficacia, fue para los trastornos por Dependencia a sustancias ($r_+ = .300$), seguido de los estudios que trataban “Otros trastornos” ($r_+ = .238$). Sin embargo, la categoría “Depresión” obtuvo valores cuyo I.C. incluía el valor 0. En la Tabla 46 se recogen los resultados de los análisis de regresión simples de las variables de sujeto continuas. Se obtuvo que ni el porcentaje de varones en la muestra ($Z = -1,034, p > .05$) ni la edad media de las muestras ($Z = .249, p > .05$) alcanzaron resultados estadísticamente significativos.

Tabla 45. Resultados del ANOVA ponderado aplicado para comprobar el influjo de la variable moderadora cualitativa ‘tipo de trastorno psicológico investigado en el estudio’ sobre las correlaciones entre ‘competencia del terapeuta’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	I. C. al 95%			Q_{wj}	GL	<i>p</i>
		r_+	r_i	r_s			
Tipo de trastorno							
Depresión	5	.023	-.220	.263	21,833	4	< .001
Dependencia a sustancias	2	.300	.032	.527	.798	1	.372
Otros	5	.238	.032	.426	2,914	4	.572
$Q_B(2) = 2,726, p = .256; R^2 = .0$							
$Q_W(9) = 25,545, p = .002$							

k: número de estudios para cada categoría. r_+ : tamaño del efecto medio para cada categoría. r_i y r_s : límites confidenciales al 95% para el tamaño del efecto medio de cada categoría. Q_{wj} : estadístico de heterogeneidad intra-categoría para cada categoría. *p*: niveles críticos de probabilidad para las diferentes pruebas estadísticas. Q_B : estadístico de contraste inter-categorías. Q_W : estadístico global de contraste intra-categoría. R^2 : proporción de varianza explicada por la variable moderadora.

Tabla 46. Resultados de los modelos de meta-regresión simple ponderada aplicados sobre las variables moderadoras continuas de sujeto para la correlación entre ‘competencia del terapeuta y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	b_j	<i>Z</i>	Q_E	R^2
Edad media de los sujetos	9	.007	.249	17,798*	.0
Sexo (porcentaje de varones)	10	-.004	-1,034	26,186***	.0

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. *k*: número de estudios. b_j : coeficiente de regresión para cada variable predictor. Q_E : estadístico de contraste para la especificación del modelo. R^2 : proporción de varianza explicada por el predictor. *Z*: estadístico de contraste del efecto de cada variable moderadora (cuando no lleva asociado ningún asterisco, ello es indicativo de que el resultado del contraste fue estadísticamente no significativo).

3.2.4.3 Variables de contexto

Sólo una variable de contexto fue analizada: el lugar de realización del estudio. La Tabla 47 recoge los resultados del correspondiente ANOVA. Se encontró que siete de los estudios se realizaron en la universidad, mientras que cinco se realizaron en clínicas médicas. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las correlaciones medias según el lugar de realización del estudio [$Q_B(1) = 7,965$ $p = .005$], con una varianza explicada del 43,1%. En concreto, se obtuvo una correlación media de magnitud media (y estadísticamente significativa) en los estudios realizados en “clínica” ($r_+ = .342$), mientras que la correlación media para los estudios realizados en la universidad estaba en torno al valor nulo ($r_+ = .035$) y no alcanzó la significación estadística.

Tabla 47. Resultados del ANOVA ponderado aplicado para comprobar el influjo de la variables moderadoras cualitativas ‘lugar de realización del estudio’ sobre las correlaciones entre ‘competencia del terapeuta y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	r_+	I. C. al 95%		Q_{wj}	<i>GL</i>	<i>p</i>
			r_i	r_s			
Lugar							
Universidad	7	.035	-.126	.194	15,647	6	.016
Clínica	5	.342	.199	.468	3,551	4	.470
$Q_B(1) = 7,965$ $p = .005$; $R^2 = .431$							
$Q_W(10) = 19,199$, $p = .038$							

k: número de estudios para cada categoría. r_+ : tamaño del efecto medio para cada categoría. r_i y r_s : límites confidenciales al 95% para el tamaño del efecto medio de cada categoría. Q_{wj} : estadístico de heterogeneidad intra-categoría para cada categoría. *p*: niveles críticos de probabilidad para las diferentes pruebas estadísticas. Q_B : estadístico de contraste inter-categorías. Q_W : estadístico global de contraste intra-categoría. R^2 : proporción de varianza explicada por la variable moderadora.

3.2.4.4 Variables de método

Respecto a las variables de método categóricas analizadas, la Tabla 48 recoge los resultados de los ANOVAs aplicados. Se observó, en primer lugar, que cuando son los autores del estudios los que aplican el tratamiento, la correlación media entre competencia del terapeuta y resultados fue más alta (y estadísticamente significativa) que cuando no coincidieron (en cuyo caso no se alcanzó la significación estadística), pero no se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas correlaciones medias [$Q_B(1) = 1,580$, $p = .209$]. En segundo lugar, se observó que cuando coincidieron el terapeuta y el clínico que evaluó la sintomatología del paciente, la correlación media fue más baja (y estadísticamente no significativa) que cuando no coincidieron (siendo en

este caso estadísticamente significativa), pero nuevamente sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas entre ambas correlaciones medias [$Q_B(1) = 1,480$, $p = .224$].

Otra variable metodológica analizada fue el instrumento diagnóstico utilizado, distinguiendo entre el BDI (I y II), el SCL-90 y otros instrumentos. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las tres correlaciones medias [$Q_B(2) = .611$, $p = .737$]. Del mismo modo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas según el instrumento de medida utilizado para evaluar la competencia de los terapeutas [$Q_B(2) = 1,289$, $p = .525$].

Tabla 48. Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas de método sobre las correlaciones entre ‘competencia del terapeuta’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	<i>r</i> ₊	I. C. al 95%		<i>Q</i> _{wj}	<i>GL</i>	<i>p</i>
			<i>r</i> _i	<i>r</i> _s			
Coincidencia autores-terapeutas							
Coinciden	4	.304	.082	.497	1,564	3	.668
No coinciden	8	.131	-.031	.287	25,029	7	< .001
<i>Q</i> _B (1) = 1,580, <i>p</i> = .209; <i>R</i> ² = .0 <i>Q</i> _w (10) = 26,593, <i>p</i> < .001							
Coincidencia autores-terapeutas							
Coinciden	9	.146	-.004	.290	28,099	8	< .001
No coinciden	3	.334	.064	.559	5,529	2	.063
<i>Q</i> _B (1) = 1,480, <i>p</i> = .224; <i>R</i> ² = .0 <i>Q</i> _w (10) = 33,628, <i>p</i> < .001							
Instrumento diagnóstico							
BDI (I y II)	5	.127	-.100	.341	11,359	4	.023
SCL-90	1	.130	-.355	.560	--	--	--
Otros	6	.235	.052	.403	21,828	5	< .001
<i>Q</i> _B (2) = .611, <i>p</i> = .737; <i>R</i> ² = .0 <i>Q</i> _w (9) = 33,188, <i>p</i> < .001							
Medida competencia							
CTS	4	.067	-.199	.324	9,761	3	.021
Otros instrumentos validados	5	.257	.059	.435	15,468	4	.004
Otros instrumentos no validados	3	.181	-.094	.431	.614	2	.736
<i>Q</i> _B (2) = 1,289, <i>p</i> = .525; <i>R</i> ² = .0 <i>Q</i> _w (9) = 25,843, <i>p</i> = .002							
¿Asignación aleatoria?							
No	1	.130	-.343	.550	--	--	--
Sí	11	.194	.057	.324	34,325	10	< .001
<i>Q</i> _B (1) = .065, <i>p</i> = .799; <i>R</i> ² = .0 <i>Q</i> _w (10) = 34,325, <i>p</i> < .001							

Tabla 48 (Cont.). Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas de método sobre las correlaciones entre ‘competencia del terapeuta’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	I. C. al 95%			Q_{wj}	GL	<i>p</i>
		r_+	r_i	r_s			
¿Análisis por intención de tratar?							
No se realizó	9	.200	.028	.361	28,697	8	< .001
Sí se realizó	1	.150	-.260	.514	--	--	--
No hubo pérdida de pacientes	2	.126	-.260	.478	.484	1	.487
$Q_B(2) = .150, p = .928; R^2 = .0$							
$Q_W(9) = 29,181, p < .001$							
¿Enmascaramiento del evaluador?							
No hubo enmascaramiento	2	.253	-.090	.542	1,045	1	.306
Sí hubo enmascaramiento	10	.177	.033	.315	33,634	9	< .001
$Q_B(1) = .168, p = .682; R^2 = .0$							
$Q_W(10) = 34,679, p < .001$							

k: número de estudios para cada categoría. r_+ : tamaño del efecto medio para cada categoría. r_i y r_s : límites confidenciales al 95% para el tamaño del efecto medio de cada categoría. Q_{wj} : estadístico de heterogeneidad intra-categoría para cada categoría. *p*: niveles críticos de probabilidad para las diferentes pruebas estadísticas. Q_B : estadístico de contraste inter-categorías. Q_W : estadístico global de contraste intra-categoría. R^2 : proporción de varianza explicada por la variable moderadora.

Tabla 49. Resultados de los modelos de meta-regresión simple ponderada aplicados sobre las variables moderadoras continuas de método para las correlaciones entre ‘competencia del terapeuta’ y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	b_j	Z	Q_E	R^2
Fiabilidad interjueces en Compet.	10	-.551	-.745	25,287**	.0
Tamaño muestral postest (G. Trat)	12	.0004	.752	33,391***	.0
Mortalidad postest (G. Tratado)	12	-.646	-1,279	27,426**	.0
Puntuación en calidad	12	.051	.489	34,685***	.0

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. *k*: número de estudios. b_j : coeficiente de regresión para cada variable predictora. Q_E : estadístico de contraste para la especificación del modelo. R^2 : proporción de varianza explicada por el predictor. Z: estadístico de contraste del efecto de cada variable moderadora (cuando no lleva asociado ningún asterisco, ello es indicativo de que el resultado del contraste fue estadísticamente no significativo).

Dentro del bloque de características metodológicas, la Tabla 46 recoge los ANOVAs aplicados sobre tres de calidad del estudio: asignación aleatoria de los sujetos a los grupos [$Q_B(1) = .065, p = .799$], uso de análisis por intención de tratar en los análisis estadísticos [$Q_B(2) = .150, p = .928$] y uso de enmascaramiento del evaluador [$Q_B(1) = .168, p = .682$], no alcanzándose diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los tres casos.

Se analizó también el influjo de cuatro variables de método continuas mediante análisis de regresión simples, cuyos resultados se muestran en la Tabla 49. Se observó que ninguna de ellas alcanzó una relación estadísticamente significativa con la correlación entre competencia del terapeuta y eficacia. Estas variables metodológicas fueron: la fiabilidad interjueces en la medida de la competencia del terapeuta, el tamaño muestral en el postest del grupo tratado”, la mortalidad del grupo tratado en el postest y la puntuación total obtenida en la escala de calidad.

3.2.4.5 Variables extrínsecas

En el apartado de variables extrínsecas se incluyó una variable categórica y otra continua. Las Tablas 50 y 51 recogenn los respectivos ANOVA y meta-regresión simple para cada una de ellas, respectivamente. En la primera, la formación del investigador principal, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las correlaciones medias [$Q_B(2) = 1,766$ $p = .413$]. Respecto a la variable continua, fecha de publicación del estudio, tampoco se obtuvieron resultados significativos ($Z = .725$, $p > .05$).

Tabla 50. Resultados de los ANOVAs ponderados aplicados para comprobar el influjo de variables moderadoras cualitativas extrínsecas sobre las correlaciones entre ‘competencia del terapeuta y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	<i>r</i> ₊	I. C. al 95%		<i>Q</i> _{wj}	<i>GL</i>	<i>p</i>
			<i>r</i> _i	<i>r</i> _s			
Formación del Investigador	6	.152	-.020	.315	10,944	5	.052
Psicólogo	4	.294	.079	.484	5,682	3	.128
Psiquiatra	1	.340	.040	.584	--	--	--
Médico							

$Q_B(2) = 1,766$ $p = .413$; $R^2 = .0$
 $Q_W(8) = 16,627$, $p = .034$

k: número de estudios para cada categoría. *r*₊: tamaño del efecto medio para cada categoría. *r*_i y *r*_s: límites confidenciales al 95% para el tamaño del efecto medio de cada categoría. *Q*_{wj}: estadístico de heterogeneidad intra-categoría para cada categoría. *p*: niveles críticos de probabilidad para las diferentes pruebas estadísticas. *Q*_B: estadístico de contraste inter-categorías. *Q*_W: estadístico global de contraste intra-categoría. *R*²: proporción de varianza explicada por la variable moderadora.

Tabla 51. Resultados del modelo de meta-regresión simple ponderada aplicado sobre la variable moderadora extrínseca ‘fecha de publicación del estudio’ para las correlaciones entre ‘competencia del terapeuta y ‘eficacia del tratamiento’.

Variable moderadora	<i>k</i>	<i>b_j</i>	<i>Z</i>	<i>Q_E</i>	<i>R²</i>
Fecha	12	.006	.721	34,472***	.0

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. *k*: número de estudios. *b_j*: coeficiente de regresión para cada variable predictora. *Q_E*: estadístico de contraste para la especificación del modelo. *R²*: proporción de varianza explicada por el predictor. *Z*: estadístico de contraste del efecto de cada variable moderadora (cuando no lleva asociado ningún asterisco, ello es indicativo de que el resultado del contraste fue estadísticamente no significativo).

CAPITULO 4

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1 Discusión de resultados de la adherencia del terapeuta

En este epígrafe se discutirán los resultados en base al primer, tercer y quinto objetivo de la presente investigación, ya que son los referentes a la variable adherencia.

El primer objetivo fue analizar la evidencia que existe sobre la relación entre la variable “adherencia del terapeuta” y los resultados del tratamiento. Para lograr este objetivo se procedió a la búsqueda de estudios publicados entre enero de 1950 y septiembre de 2013 en ocho bases de datos distintas. En la revisión se seleccionaron aquellos estudios que: 1) utilizaban una metodología experimental o cuasi-experimental; 2) su muestra clínica estaba integrada por población adulta; 3) evaluaban con instrumentos de medida fiables la adherencia del terapeuta al manual o protocolo de tratamiento psicológico y los resultados obtenidos; 4) aportaban datos de la correlación entre la adherencia del terapeuta y los resultados del tratamiento; y 5) estaban escritos en inglés o español. Cumplieron todos los criterios 24 estudios que evaluaban la relación entre “adherencia del terapeuta” y resultados del tratamiento psicológico.

Obtuvimos un tamaño del efecto medio positivo entre “adherencia del terapeuta” y eficacia; es decir, constatamos que a mayor adherencia del terapeuta al protocolo de tratamiento mayor era la diferencia de puntuaciones entre el pretest y el posttest en el instrumento de evaluación de gravedad de la alteración psicológica, lo que confirma nuestra primera hipótesis. Estos resultados discrepan de los obtenidos en el meta-análisis de Webb et al. (2010), donde se indicaba una relación nula ($r = .02$) y estadísticamente no significativa, con un I.C. al 95% entre $-.069$ y $.10$. Nuestros hallazgos sí son coincidentes con otros estudios previos donde se obtuvo una correlación positiva y significativa entre “adherencia del terapeuta” y eficacia del tratamiento (Bright et al., 1999; Boswell et al. 2013; DeRubeis y Feeley, 1990; Feeley et al., 1999; Luborsky et al, 1985; Marziali, 1991; Strunk et al, 2012; y Webb et al., 2012). En cambio, difieren a los obtenidos por otros estudios en los que la correlación entre “adherencia del terapeuta” y resultados del tratamiento no fue significativa (Gaston et al., 1984; Gibbons et al., 2010; Loeb et al., 2005; y Minnone, 2008) o correlacionó negativamente (Castonguay et al., 1996; Huppert et al., 2006; Specktor, 2008; y Strunk et al., 2010). Los estudios que apoyan nuestros resultados estudiaron la existencia de una correlación lineal entre las puntuaciones del terapeuta en “adherencia al tratamiento” y la diferencia de puntuaciones entre el pretest y

postest obtenidas por los pacientes, como ocurre en nuestra investigación. Sin embargo, en algunos de los estudios que obtuvieron correlaciones no significativas o negativas incluyeron otras variables que no se incluyeron en este trabajo. Por ejemplo, el estudio de Castonguay et al. (1996) incluyó en sus análisis la alianza terapéutica, observando que ésta interaccionaba con la adherencia de forma negativa. Es decir, a más adherencia del terapeuta al protocolo de tratamiento cognitivo-conductual para la depresión, entonces la alianza terapéutica empeoraba y con ello los resultados del tratamiento. Así mismo, Huppert et al. (2006) analizaron la influencia de la interacción entre la adherencia del terapeuta y la motivación del paciente respecto a los resultados del tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de pánico, concluyendo que si el paciente tenía una baja motivación por tal tratamiento entonces a mayor grado de adherencia del terapeuta al protocolo de tratamiento empeoraban los resultados. También Gibbons et al. (2010) analizaron la influencia de la motivación del paciente sobre la adherencia del terapeuta y los resultados del tratamiento en pacientes diagnosticados de trastorno por dependencia a sustancias. En cambio, otros estudios como el de Strunk et al. (2010), Specktor (2008), Minnone (2008), Gaston et al. (1984) y Loeb et al. (2005), siguiendo una metodología semejante a los estudios que apoyan nuestros hallazgos, llegaron a conclusiones diferentes. Por lo tanto, se observa gran variabilidad en los resultados, que coincidiendo de nuevo con el estudio de Webb et al., (2010), nosotros también obtuvimos una alta heterogeneidad entre los tamaños del efecto.

El tercero de los objetivos formulados consistió en analizar el posible influjo de variables moderadoras que pudieran ser las causantes de la variabilidad exhibida por los tamaños del efecto de la relación entre “adherencia del terapeuta” y resultados del tratamiento psicológico aplicado. Los resultados de tales análisis son los que discutimos a continuación. Así, en relación con la variable “tipo de tratamiento” nuestros resultados están en línea con lo concluido en la investigación realizada por Webb et al. (2010). En ambos estudios se constata que el tipo de tratamiento no es una variable que modere la relación entre adherencia y eficacia. Por lo tanto, la heterogeneidad de las puntuaciones obtenidas no puede explicarse por esta variable. En cambio sí obtuvimos resultados significativos en la variable “tipo de trastorno psicológico tratado”. Se analizaron cuatro categorías: “depresión”, “dependencia a sustancias”, “trastornos adaptativos” y “otros”, que incluía el trastorno de pánico y el trastorno por estrés postraumático. Obtuvimos

diferencias significativas en los tamaños del efecto para las distintas categorías. El mayor tamaño del efecto medio fue para la relación entre “adherencia del terapeuta” y eficacia en el trastorno por dependencia a sustancias, seguido de los estudios que trataban depresión. La variable “porcentaje de varones de la muestra” también arrojó resultados marginalmente significativos, de forma que la relación positiva adherencia-eficacia tiende a ser mayor conforme aumenta el porcentaje de varones en la muestra de pacientes. Ante la posibilidad de que las variables “tipo de trastorno y “porcentaje de varones de la muestra” estuvieran relacionadas se hizo un recuento del porcentaje medio de varones para las dos categorías que habían obtenido puntuaciones significativas. Los resultados fueron que en “depresión” el porcentaje medio de varones era del 30,6%, mientras que en “dependencia a sustancias” este porcentaje medio ascendía al 95,25%. Por lo tanto, ambas variables parecen estar relacionadas, aunque con los datos disponibles no es posible esclarecer el sentido de tal relación. Es posible que la mayor adherencia del terapeuta se relacione con mayor eficacia en el trastorno de dependencia a sustancias, donde también hay un mayor porcentaje de varones, y que por ello esta variable resulte significativa; o bien que al haber más proporción de varones en la muestra de pacientes, la relación entre “adherencia del terapeuta” y eficacia sea mayor, y por ello en el trastorno de dependencia a sustancias este tamaño del efecto haya sido también mayor.

Otra potencial hipótesis explicativa que nos planteamos a la luz de estos resultados fue que la mayor relación entre adherencia y eficacia se debiera a la coincidencia de sexo entre pacientes y terapeutas. Para intentar contrastarla analizamos el porcentaje de varones de la muestra de terapeutas sin obtener resultados significativos. Por último, hemos de indicar que si bien en la investigación de Webb et al. (2010) no se obtuvieron resultados significativos en los tamaños del efecto para las distintas categorías analizadas (“depresión”, “uso de sustancias”, “varios diagnósticos”, “bulimia” y “trauma por abuso en la infancia”), sí encontraron una tendencia positiva entre “adherencia del terapeuta” y resultados del tratamiento, cercana a la significación estadística en el trastorno por depresión ($r = .12, p = .08$).

Nuestros hallazgos también indican que la adherencia del terapeuta al protocolo de tratamiento está relacionada con mejores resultados del tratamiento, independientemente del contexto en el que se aplique (universitario o ajeno a la universidad). También la variable “formación del investigador principal” resultó estadísticamente significativa

respecto a los tamaños del efecto medio encontrados para la relación entre adherencia del terapeuta y resultados del tratamiento. Cuando el investigador principal era psiquiatra, el tamaño del efecto medio era alto, mientras que éste era bajo cuando el investigador principal era psicólogo y casi nulo cuando era médico. Sin embargo, que el investigador principal del estudio fuera de una profesión, no significaba que los terapeutas fueran de esa misma. Así mismo analizamos en qué medida la formación del terapeuta tenía relación con los tamaños del efecto medio obtenidos, siendo estos resultados no significativos. Por último, la fecha de publicación del estudio sí obtuvo resultados significativos, de modo que los estudios más recientes obtuvieron tamaños del efecto menores aunque esto no puede explicarse por la calidad del estudio, ya que ni la puntuación obtenida en este ítem ni ninguna de las variables metodológicas analizadas obtuvo resultados significativos.

El quinto objetivo formulado fue construir un modelo explicativo y predictivo sobre la relación entre “adherencia del terapeuta” y resultados del tratamiento psicológico. Este modelo se construyó con dos características de los estudios estadísticamente relacionadas con el tamaño del efecto: el tipo de trastorno psicológico que padecían los participantes en las muestras y la formación del investigador principal firmante del estudio. Los resultados corroboraron la relación estadísticamente significativa hallada para estas variables en el análisis de variables moderadoras y que ambas variables no tienen una elevada multicolinealidad entre ellas, ya que cada una de ellas comparte con los tamaños del efecto una parte de la variabilidad diferente. No obstante, la prueba estadística de especificación del modelo resultó estadísticamente significativa, lo que indicó que el modelo estaba mal especificado, a pesar del elevado porcentaje de varianza explicada. Por lo tanto, aunque el tipo de trastorno y la formación del investigador principal parecen ser variables relevantes para explicar la variabilidad de las correlaciones entre adherencia y eficacia, queda una gran parte de la variabilidad de dichos tamaños del efecto por explicar.

En síntesis, en nuestros resultados las variables moderadoras estadísticamente significativas para los tamaños del efecto hallados respecto a la relación entre adherencia del terapeuta al protocolo de tratamiento y resultados, fueron cuatro: “tipo de trastorno”, “porcentaje de varones de la muestra”, “formación del investigador principal” y “año de realización del estudio”. Como hemos visto, es probable que las dos primeras estén

relacionadas entre sí, aunque desconozcamos el sentido de tal relación. Respecto a la tercera variable, descartamos que ésta se relacionara con la formación del terapeuta que aplica el tratamiento. Por ello, probablemente haya variables moderadoras intermedias que no se hayan analizado en el presente estudio y que expliquen tal relación. Y por último, descartamos que la fecha de realización del estudio fuera una variable significativa debido a la calidad del estudio, ya que ésta no resultó estadísticamente significativa cuando fue analizada. Nuevamente, sería necesaria una investigación más profunda al respecto.

4.2 Discusión de resultados de la competencia del terapeuta

En este epígrafe se discutirán los resultados relativos al segundo, cuarto y sexto objetivo de la presente investigación, ya que son los referentes a la variable competencia.

El segundo objetivo consistió en analizar la evidencia que existe sobre la relación entre la variable “competencia del terapeuta” y su relación con los resultados del tratamiento psicológico aplicado. Para alcanzar este propósito, se siguió el mismo método de búsqueda de estudios que para la variable “adherencia”, aunque aplicado a la “competencia del terapeuta”. Se seleccionaron 12 estudios que evaluaban la relación entre “competencia del terapeuta” y resultados del tratamiento psicológico.

Obtuvimos un tamaño del efecto medio positivo entre “competencia del terapeuta” y eficacia; es decir, constatamos que a mayor competencia del terapeuta en la aplicación del protocolo de tratamiento mayor era la diferencia de puntuaciones entre el pretest y el postest, en el instrumento de evaluación de gravedad de la alteración psicológica, confirmándose así nuestra segunda hipótesis. Estos resultados discrepan de los obtenidos en el meta-análisis de Webb et al. (2010), donde se indicaba una correlación nula y no significativa entre estas variables ($r = .07$, I.C. 95%: $-.069$, $.201$). Nuestros hallazgos son coincidentes con los de otros estudios previos que obtuvieron una correlación positiva y significativa entre “competencia del terapeuta” y eficacia del tratamiento (Boswell et al., 2013; Hoffart, 2005; Kingdon et al., 1996; Kuyken, 2009; O’Malley et al., 1988; Paivio et al., 2004; Simons et al., 2010; y Strunk et al., 2010). Por otra parte, son contrarios a los obtenidos por otros estudios donde ambas variables correlacionaban negativamente (Barber et al., 2008 y Trepka et al., 2004) o no obtenían resultados significativos

(Gibbons et al., 2010; Hoffart, 2005; Rousanville et al., 1988; Shaw et al., 1999; y Svartberg y Stiles, 1992). Por lo tanto, coincidiendo con el meta-análisis de Webb et al. (2010), obtuvimos una alta heterogeneidad entre los tamaños del efecto para la relación competencia-eficacia.

Nuestro cuarto objetivo se dirigió a analizar el posible influjo de variables moderadoras, dada la elevada heterogeneidad entre los tamaños del efecto, tal como también evidenció el meta-análisis de Webb et al. (2010). En relación con la variable “tipo de tratamiento”, nuestros resultados coinciden -al igual que ocurría en la variable “adherencia”- con los obtenidos por Webb et al. (2010). En ambos estudios se constata una ausencia de relación entre el tipo de tratamiento y el tamaño del efecto.

La utilización de manual de tratamiento fue una variable que sí obtuvo diferencias significativas en los tamaños del efecto a favor de los estudios que lo utilizaron. Así, observamos que cuando los terapeutas utilizan el manual de tratamiento, el hecho de que lo apliquen competentemente influye de forma positiva sobre la eficacia del tratamiento, mientras que si no lo utilizan, a mayor competencia del terapeuta menor es la eficacia del tratamiento. Es preciso matizar que sólo tres estudios no utilizaron manual de tratamiento. Dos de ellos aplicaron tratamiento cognitivo-conductual y el tercero aplicó terapia psicodinámica. De los nueve estudios que sí utilizaron manual, cuatro aplicaron también tratamiento cognitivo-conductual y otro aplicó terapia psicodinámica. Así, en principio, no podemos atribuir estas diferencias al tipo de tratamiento empleado. Estos resultados no se pudieron comparar con la variable “adherencia del terapeuta”, ya que esta variable moderadora no pudo ser analizada debido al escaso número de estudios que no utilizaron manual de tratamiento. Sería interesante poder comparar en ambas variables, adherencia y competencia del terapeuta, la influencia sobre los resultados del tratamiento la utilización de un manual cuando el número de estudios analizados lo permita.

La experiencia del terapeuta, medida en años de ejercicio profesional, fue un dato aportado por 8 de los 12 estudios. Esta variable presentó una relación estadísticamente significativa con las correlaciones competencia-eficacia. Por tanto, la relación entre competencia del terapeuta y resultados se vio influida por el número de años de experiencia de la muestra de terapeutas que aplicaban el tratamiento, siendo mayor la eficacia cuanto mayor era la experiencia. Sin embargo, al ser escaso el número de

estudios que aportan este dato, tenemos que considerar este resultado con cautela. Por otra parte, este hallazgo coincide con las conclusiones obtenidas por James et al. (2001), que señalaban la experiencia como uno entre los tres factores relacionados con la competencia del terapeuta. También nuestros hallazgos indican que la competencia del terapeuta está relacionada con mejores resultados del tratamiento según el contexto en el que se aplique, “universidad” o “clínica”. En concreto, se obtuvo un tamaño del efecto medio significativamente superior en los estudios realizados en “clínica”, mientras que cuando el tratamiento se aplicaba en “universidad” este tamaño del efecto estaba en torno al valor nulo. Este resultado nos llevó a hipotetizar en qué medida la experiencia y/o grado de entrenamiento de los terapeutas sería menor cuando el lugar de realización del estudio fuese la universidad. Para ello, obtuvimos el grado de experiencia medio (medido en años) y el grado de entrenamiento de los terapeutas que aplicaron el tratamiento en cada uno de estos contextos. Respecto al promedio de años de experiencia clínica de los terapeutas, sólo 2 de los 5 estudios realizados en “clínica” aportaron este dato siendo 12,6 el promedio de años de experiencia. De los estudios realizados en “universidad”, 6 de los 7 estudios aportaron este dato, resultando un promedio de 7,53 años de experiencia. En cuanto al grado de entrenamiento, los datos son poco esclarecedores porque la mayoría de los estudios realizados en universidad (6 de los 7 estudios) informaron que sus terapeutas tenían una formación “mixta”, es decir, que entre sus terapeutas se incluían licenciados, máster y doctores. En cambio, en los estudios realizados en “clínica” 4 de los 5 estudios aportaron datos, indicando que la mitad de ellos tenían el grado de doctor, mientras que la otra mitad pertenecían a la categoría “mixto”. Los resultados de este análisis apoyan la hipótesis de que las diferencias estadísticamente significativas en los tamaños del efecto medios a favor de los estudios realizados en “clínica” probablemente se deban a que la experiencia y grado de entrenamiento de los terapeutas que aplicaron el tratamiento era mayor que en aquellos que lo realizaron en “universidad”. Por tanto, de nuevo los terapeutas que aplicaron el tratamiento de modo más competente obtuvieron mejores resultados, lo que puede deberse a su mayor grado de experiencia. Sin embargo, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en este aspecto para la variable “adherencia del terapeuta”. Estos resultados son coherentes con la naturaleza del constructo en sí, ya que seguir las directrices de un protocolo reduce precisamente la variabilidad *inter*-terapeutas en la aplicación de las intervenciones psicológicas, no diferenciándose probablemente de este modo las habilidades aprendidas por los terapeutas

en sus años de experiencia. Sin embargo, la competencia del terapeuta va referida a la destreza con la que se llevan a cabo tales intervenciones pautadas, por lo que es probable que los terapeutas con más experiencia logren ser más competentes.

En la variable “tipo de trastorno” no obtuvimos diferencias significativas en los tamaños del efecto para las distintas categorías, al igual que ocurría para la variable “adherencia”. En cambio, Webb et al. (2010) sí los obtuvieron para las categorías que estudiaron: “depresión”, “uso de sustancias”, “varios diagnósticos”, y “trauma por abuso en la infancia”. Una posible hipótesis que explique la ausencia de coincidencias entre nuestros resultados y los de Webb et al. (2010) es la cantidad y calidad de estudios seleccionados. Su estudio meta-analítico incluyó un número de estudios mayor ($k = 17$), y la calidad de los mismos no fue controlada en la codificación de los estudios. Por lo tanto, es probable que estos autores incluyeran en sus análisis estudios con una relación positiva y estadísticamente significativa entre “adherencia del terapeuta” y resultados cuyo trastorno psicológico tratado fuera Depresión y que por nosotros fueran descartados.

En el resto de variables moderadoras analizadas no obtuvimos resultados significativos. Por último, en relación con el sexto objetivo de nuestra investigación que consistió en construir un modelo predictivo y explicativo de la relación entre las variable “competencia del terapeuta” y resultados del tratamiento aplicado, hemos de señalar que debido a al bajo número de estudios obtenidos tal modelo no se pudo formular.

En síntesis, en nuestros resultados las variables moderadoras estadísticamente significativas para los tamaños del efecto hallados respecto a la relación entre competencia del terapeuta y resultados, fueron tres: “utilización de manual de tratamiento”, “experiencia del terapeuta” y “lugar de realización del estudio”. Hemos visto que la competencia del terapeuta está relacionada positivamente y de forma significativa con los resultados cuando el terapeuta utiliza un manual de tratamiento. Además, la experiencia del terapeuta también es un factor relevante en la relación entre competencia del terapeuta y resultados, que a su vez puede estar influyendo en la significación estadística hallada para el tercer factor con resultados significativos: el “lugar de realización del estudio”, ya que como hemos visto, los terapeutas que aplicaron el tratamiento en el contexto “clínica” tenían en promedio mayor número de años de experiencia.

4.3 Conclusiones

De la discusión de los resultados para las variables “adherencia” y “competencia” del terapeuta en su relación con la eficacia de los tratamientos, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- Tanto la “adherencia” como la “competencia” son variables que influyen positivamente sobre los resultados del tratamiento psicológico, ya que ambas obtuvieron tamaños de efecto medio positivos y significativos.
- El tipo de trastorno tratado influye en la relación entre “adherencia del terapeuta” y resultados del tratamiento.
- Cuando el porcentaje de varones de la muestra de sujetos era mayor, la relación entre “adherencia del terapeuta” y los resultados del tratamiento es más fuerte, un resultado probablemente relacionado con el tipo de trastorno psicológico tratado.
- La fecha de realización del estudio también fue una variable significativa y este resultado no parece estar relacionado con las variables metodológicas del estudio.
- Los resultados positivos del tratamiento son mayores si el terapeuta que aplica un tratamiento de forma competente sigue un manual de tratamiento, independientemente del tipo de tratamiento psicológico aplicado.
- La experiencia del terapeuta (medida en años de ejercicio profesional) influye de modo significativo en la relación positiva entre “competencia del terapeuta” y resultados del tratamiento, aunque esta conclusión debe ser tomada con cautela debido al bajo número de estudios que reportaron este dato.
- El lugar de realización del estudio influye de forma significativa en la relación entre “competencia del terapeuta” y eficacia del tratamiento. Probablemente esta significación esté mediada por la variable “experiencia del terapeuta”.

4.4 Implicaciones clínicas de los resultados del estudio

A partir de las conclusiones de los resultados de nuestro estudio, podemos resumir las siguientes implicaciones clínicas que podrían ser relevantes para la práctica profesional:

- La adherencia del terapeuta al protocolo de tratamiento y la aplicación del mismo de un modo competente mejora los resultados del tratamiento psicológico, independientemente del tipo de tratamiento de que se trate. Por lo tanto, para obtener mejores resultados los tratamientos psicológicos de cualquier orientación teórica, deberían seguir un protocolo o manual de tratamiento.
- El efecto de la competencia del terapeuta sobre la eficacia del tratamiento mejora si el terapeuta utiliza un manual o protocolo para aplicarlo.
- La importancia de la “adherencia del terapeuta” y la “competencia del terapeuta” en la aplicación de un protocolo de tratamiento, depende del tipo de trastorno sobre el que se intervenga, siendo especialmente relevante cuando el trastorno tratado sea “dependencia a sustancias”.
- Competencia y experiencia en el ejercicio de la profesión son dos constructos que parecen estar claramente relacionados entre sí.

4.5 Limitaciones del estudio

Como cualquier investigación científica, este estudio tiene limitaciones que es preciso comentar. Entre las principales limitaciones de nuestro meta-análisis cabe destacar el pequeño número de estudios incluidos, principalmente respecto a la variable “competencia del terapeuta”. Esto limita la robustez de los hallazgos encontrados. En particular, la escasez de estudios en el meta-análisis sobre la relación competencia-eficacia impidió la formulación de un modelo explicativo. Del mismo modo, muchas variables moderadoras no pudieron ser estudiadas debido a la ausencia de información reportada en buena parte de los estudios. Por ejemplo, hubiera sido interesante analizar el influjo de las variables relacionadas con la experiencia y el entrenamiento de los supervisores encargados de evaluar la adherencia y la competencia de los terapeutas, así como investigar si el número de horas de entrenamiento de los terapeutas en el manual de tratamiento influía de forma significativa sobre los tamaños del efecto encontrados. Un

mayor número de estudios probablemente nos hubiera permitido analizar con mayor detalle las variables moderadoras que influyen en la heterogeneidad de los resultados obtenidos.

Al igual que ocurrió en el meta-análisis de Webb et al. (2010), en nuestros dos meta-análisis hemos sido capaces de encontrar un reducido número de variables moderadoras de la variabilidad de los tamaños del efecto. Sin embargo, gran parte de ésta quedó sin explicar. Ello puede deberse a que existan otras variables potencialmente moderadoras de las relaciones adherencia-eficacia y competencia-eficacia que no hemos sido capaces de tomar en consideración en este estudio. Tales variables moderadoras no detectadas pueden ser características de los estudios que apenas se suelen reportar en los mismos, o bien que nunca se reportan.

4.6 Líneas futuras de investigación

Respecto a las líneas de investigación futura, planteamos la necesidad de que se realicen más estudios con el objetivo de analizar la influencia de las variables “adherencia del terapeuta” y “competencia del terapeuta” sobre los resultados del tratamiento psicológico, registrando variables referidas también a los supervisores encargados de evaluar al terapeuta. Otro aspecto a destacar es mejorar las medidas temporales de la adherencia/competencia de los terapeutas. Es importante que estas variables sean medidas en más de una ocasión a lo largo del tratamiento, puesto que no son variables estáticas.

Sería necesario seguir investigando en aquellos aspectos de los resultados que no han quedado clarificados en el presente estudio, como por ejemplo, el sentido de la relación obtenida entre el tipo de trastorno tratado y el porcentaje de varones de la muestra, cuyos tamaños del efecto medio obtenidos fueron estadísticamente significativos para la correlación entre la variable adherencia del terapeuta y resultados del tratamiento. También sería necesario investigar qué variables mediadoras son las que están influyendo en la significación estadística obtenida por nuestro estudio en el tamaño del efecto medio para la variable adherencia del terapeuta cuando son psiquiatras los investigadores principales de la investigación. Tampoco ha quedado claro cuál o cuáles son las variables que explican que los estudios más recientes obtuvieran estimaciones del tamaño del efecto menores para la correlación entre la adherencia del terapeuta y resultados del

tratamiento, habiendo descartado como posible hipótesis explicativa la calidad del estudio. Quedaría también pendiente de investigar si la utilización de un manual de tratamiento se relaciona de forma estadísticamente significativa con los tamaños del efecto obtenidos para la correlación positiva entre adherencia del terapeuta y resultados, tal como ocurría para la variable competencia. Por último, habría que constatar los resultados obtenidos en nuestra investigación acerca de la importancia de la experiencia del terapeuta respecto a la variable competencia, no siendo así para la variable adherencia, para lo cual hemos formulado una hipótesis tentativa que habría que confirmar con futuras investigaciones.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2006). *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2006*. Washington DC: Author.
- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1987). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsoff (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 325-356). New-York: Guilford.
- Asay, T., & Lambert, M. (1999). The empirical case for the common factors. In B.L. Duncan, M.A. Hubble & S.D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change: What works in therapy* (pp. 23-55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Assessment of Competency Benchmarks Work Group. (2007). *A developmental model for defining and measuring competence in professional psychology*. Unpublished manuscript.
- Bachrach, H. M. (1994). On the efficacy of psychoanalysis. *Journal of American Psychoanalytic Association*. Vol. 39, 871-916.
- Bagladi, V., Carrasco, E. & Lira, M. (1992). *Convergencias y divergencias en psicoterapia. Integración en Psicoterapia* [Convergence and divergence in psychotherapy. Psychotherapy integration]. Chile: Ediciones CECIDEP.
- Baldwin, S.A., Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842–852.
- 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. (1996). Development of an adherence/competence scale for dynamic therapy: Preliminary findings. *Psychotherapy Research*, 6, 91–94.
- Barber, J. P., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 64, 619–622.
- Barber, J. P., Foltz, C., Crits-Christoph, P., & Chittams, J. (2004). Therapist's adherence and competence and treatment discrimination in the NIDA

- Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 29–41.
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D. et al. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and the alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16, 229–240.
 - Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Barrett, M. S., Klosterman, S., McCarthy, K. S. & Sharpless, B. A. (2008). The role of the alliance and techniques in predicting outcome of supportive-expressive dynamic therapy for cocaine dependence. *Psychoanalytic Psychology*, 25 (3), 461-482.
 - Barber, J. P., Krakauer, I., Calvo, N., Badgio, P. C., & Faude, J. (1997). Measuring adherence and competence of dynamic therapists in the treatment of cocaine dependence. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*, 6, 12–14.
 - Barber, J. P., Liese, B., & Abrams, M. J. (2003). Development of the Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale. *Psychotherapy Research*, 13, 205–221.
 - Barber, J. P., Luborsky, L., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Weiss, R. D., et al. (2001). Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 119-124.
 - Barber, J. P., Mercer, D., Krakauer, I., & Calvo, N. (1996). Development of an adherence/ competence rating scale for individual drug counseling. *Drug and Alcohol Dependence*, 43, 125–132.
 - Barber, J., Triffleman, E. & Marmar, C. (2007). Consideraciones en la integridad del tratamiento: Implicaciones y recomendaciones para la investigación TEPT *Journal of Traumatic Stress*, vol. 20 (5), 793-805.
 - Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Client workbook* (4th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
 - Barron, F., & Leary, T. (1955) Changes in psychoneurotic patients with and without psychotherapy. *Consulting Psychology*, 19, 239-245.

- Beck, D. F. (1988). *Counselor characteristics: How they affect outcomes*. Milwaukee, WI: Family Service of America.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1986). *Anxiety disorder and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bergin A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of outcomes in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 139-189). New York: Wiley.
- Beutler, L. E. (1999). Manualizing flexibility: The training of eclectic therapists. *Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 399–404.
- Beutler, L. E.; Harwood, T. M., *Prescriptive Psychotherapy*, Nueva York, Oxford University, 2000.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 227–306). New York: Wiley.
- Bergin, A. E. & Suinn, R. M. (1975). Individual psychotherapy and behavior therapy. *Annual Review of Psychology*, 26, 509-556.
- Berman, J. S., & Norton, N. C. (1985) Does Professional training make therapist more effective? *Psychological Bulletin*, Vol. 98 (1), 401-407
- Beutler, L. E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 83-89
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229–269). New York: Wiley.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D., & Pilkonis, P. (1996). Characteristics of the effective therapist: Further analysis of the data from de NIMH TDCRP. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276-1284.
- Bordin, E. S. (1975, September). *The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Washington DC.

- Bordin, E. S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252- 260.
- Bordin, E. S. (1980, June). *Of human bonds that bind or free*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Pacific Grove, CA.
- Bordin, E. S. (1989, June). *Building therapeutic alliances: The base for integration*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Borenstein, M. J., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T. y Rothstein, H. (2005). *Comprehensive Meta-analysis 2.0* [Computer Program]. Biostat Inc.
- Brotman, M. A. (2004). *Therapeutic alliance and adherence in cognitive therapy for depression*. Unpublished doctoral dissertation. University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Burlingame, G.M., Fuhrman, A., Paul, S., & Ogles, B.M. (1989). Implementing a time-limited therapy program: differential effects of training and experience. *Psychotherapy*. Vol. 26 (3), 303 -313.
- Bush, R. M., Glenwick, D. S. & Stephens, M. A. (1986). Predictors of psychotherapy outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 42 (6) 873-877.
- Burns, D.D. & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 60 (3), 441- 449.
- Cáceres, C., Fernández, I. & Sanhueza, J. (1990). Evaluación del cambio en psicoterapia: Un estudio de resultados [Assessment of psychotherapy change: A study about outcomes]. *Terapia Psicológica*, 9(14), 66-79.
- Carey, M. P., & Burish, T. G. (1987). Providing relaxation raining to cancer chemotherapy patients: A comparison of three delivery techniques. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 55 (5) 732- 737.
- Carroll, K. M, Nich, C., Sifry, R. L., Nuro, K. F., Frankforter, T. L., Ball, S. A., et al. (2000). A general system for evaluating therapist adherence and competence in

- psychotherapy research in the addictions. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 225–238.
- Cartwright, D. S. (1956). Note on "Changes in psychoneurotic patients with and without psychotherapy." *Consulting Psychology*, 20, 403-404.
 - Castonguay, L., G. Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497–504
 - Cloitre, M., Koenan, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phased-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067–1074.
 - Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associated.
 - Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., & Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic Alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 203-211.
 - Crits-Christoph, P. (1995). Comment on Stein and Lambert (1995). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, p. 717.
 - Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1988). The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 490-495.
 - Crits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20–26.
 - DeRubeis, R., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*. Vol, 14, 469 -482.
 - Devol, T.I. (1976). Does level of professional training make a difference in crisis intervention counseling? *Journal of Community Health*. Vol. 2 (1) 31- 35.

- Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1988). The use of treatment manuals in cognitive therapy: Experience and issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 673- 680
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Reynolds L. R., Sparks, J.A., Claud, D.A., Brown, J., Johnson. L. D. (2004). Escala de evaluación de la sesión Propiedades psicométricas de una Medición de la Alianza de “Trabajo”. *Journal of Brief Therapy* 21, 62-78
- Duval, S. y Tweedie, R. (2000). Trim and Fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, 56, 455-463.
- Dymond, R. (1955). Adjustment changes in the absence of psychotherapy. *Consulting Psychology*, 19, 103-107.
- Dymond, R. & Vogel, J. L. (1960). A Comparison of Changes in Psychoneurotic Patients during Matched Periods of Therapy and No Therapy. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 24, (2)
- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons.
- Elkin, .I. (1988) Relationship of therapists’ adherence to treatment outcome in the Treatment of Depression Collaborative Research Program. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Santa Fe, NM
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1167–1187.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*. Vol. 16, 319-324.
- Fawcett, J., & Epstein, P. (1980). *Clinical management—imipramine/ placebo administration manual*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, Rush-Presbyterian-St. Luke’s Medical Center, Chicago

- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 578-582.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Gallop, R., Amsterdam, J. D., & Hollon, S. D. (2008). Antidepressant medications v. cognitive therapy in people with depression with or without personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 124–129.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (rev. ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (pp. 5-37). Washington, DC: American Psychological Association.
- Garfield, S. L. (1978). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 191-232). New York: Wiley.
- Garfield, S.L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 40–43.
- Gelso, C. J., & Carter, J. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction an unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 41, 296- 306.
- Gaston, L., & Marmar, C. R. (1994). California Psychotherapy Alliance Scale. In A. Horvath & L. Greenblatt (Eds), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 85_/108). New York: Wiley.
- Gaston, L., & Marmar, C. R., Thompson, L. W., & Gallager, D. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy progresses. *Psychotherapy Research*, 1, 104-112.
- Glass, G. V., McGaw, B., & Smith, M. L. (1981). *Metaanalysis in social research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Halweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schoroeder, B. & Vonwitzleben, I. (2001). Short- and long- term effectiveness of n empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 69 (3), 375-382.

- Hardy, G.E., Shapiro, D.A., Stiles, W.B., & Barkham, M. (1998). When and why does cognitive-behavioural treatment appear more effective than psychodynamic-interpersonal treatment? Discussion of finding from the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Mental Health*, 7(2), 179-190.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patient's view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 64, 1326-1336.
- Hatcher, R. L., Barends, A. W., Hansell, J., & Gutfreund, M. J. (1995). Patient's and therapist's shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Psychoanalysis Quarterly*, 63, 636-643.
- Hawkins, E., Lambert, M., Vermeersh, D., Slate, K. y Tuttle, K. (2004). The therapeutic effects of providing patient progress information to therapists and patient. *Psychotherapy Research*. Vol 14 (3) 308-327.
- 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.
- Higgins, J. P. y Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21, 1539-1558.
- Higgins, J. P. T., Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *British Medical Journal*, 327, 557-560.
- Hogue, A., Chinchilla, P., Fried, A., Dauber, S., Liddle, H. A., Henderson, C., et al. (2007). *A contextual approach to evaluating the fidelity of behavioral interventions for adolescent substance abuse*. Unpublished manuscript.
- Hogue, A., Henderson, C. E., Dauber, S., Barajas, P. S., Fried, A., & Liddle, H. A. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 544-555.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 428-466). New York: Wiley.

- Hollon, S. D., Evans, M. D., Auerbach, A., DeRubeis, R. J., Elkin, I., Lowery, A., Piasecki, J. M. (1988). *Development of a system for rating therapies for depression: Differentiating cognitive therapy, interpersonal psychotherapy, and clinical management pharmacotherapy*. Unpublished manuscript, Vanderbilt University.
- Horvath, A. E. (2009). *Conceptual and methodological challenges in alliance research: Is it time for a change*. Paper presented at the European Society for Psychotherapy Research Conference. Bolzano, Italy.
- Horvath, A. E., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.) *Psychotherap relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37- 70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Re, A.C., Fluckiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. En *Psychotherapy Relationships that work Evidence-Based Responsiveness*. Second Edition. Norcross, J. C. (Ed.). Ed. Oxford.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 38, 139-149.
- Hosch, H. M., Barrientos, G. A., Fierro, C., Ramirez, J. I., Pelaez, M. P., Cedillos, M. A. et al. (1995). Predicting adherence to medications by Hispanics with schizophrenia. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 17, 320-333
- Howard, K., Moras, K., Brill, P., Martinovich, Z., y Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, 51 (10), 1059-1064
- Howard, K. L., Orlinsky. D. E.; Lueguer, R. J., «Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy», *Brit. J. Psychiatr.* 1994, 165, pp. 4-8.
- Howard, K. L., Orlinsky, D. E., Lueguer. R. J., (1995). «The design of clinically relevant outcome research: some considerations and an example», en Aveline. M.; Shapiro, D. A., (ed.), *Research foundations for psychotherapeutic practice*. Chichester, John Wiley,
- Huppert, J., Bufka, L.F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M.K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy

- outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 747-755.
- Imel, Z. E., Baer, J. S., Martino, S., Ball, S. A., & Carroll, K. M. (2011). Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 115, 229–236.
 - Jacobson, N. S., Schmalings, K. B., Holtzworth-Munroe, A., Katt, J. L., Wood, L. F., & Follette, V. M. (1989). Research-structured vs. clinically flexible versions of social learning-based marital therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 173–180.
 - Jacobson, N. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
 - James, I. A., Blackburn, I. M., Milne, D. L. & Reichfelt, F. K. (2001) Moderators of trainee therapist' competence in cognitive therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 131- 141.
 - Kazantis, N. (2003) Therapist competence in cognitive- behavioural therapies: Review of the contemporary empirical evidence. *Behaviour Change*, Vol. 20 (1), 1-12
 - Kazdin, A. E. (1986). The evaluation of psychotherapy: Research design and methodology. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 23-68). New York: Wiley.
 - Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & Schaap, C. P. D. R. (1994). Prognostic factors in the behavioral treatment of panic disorder with and without agoraphobia. *Behavior Therapy*, 25, 689–708.
 - Kendall P. C. (1998) Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, pp. 3-6.
 - Kingdon, D., Tyrer, P., Seivenwright, N., Ferguson, B. & Murphy, S. (1996) The Nottingham Study of neurotic disorder: influence of cognitive therapists on outcome. *British Journal of Psychiatry*, 169, 93-97.
 - Kim, D., Wampold, B. T. & Bolt, D. M. (2006). The therapist effects in psychotherapy: random- effects modeling of the national institute of mental

- health treatment of Depression Collaborative Research Program Data. *Psychotherapy Research*. Vol. 16 (2) 161- 172.
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., et al. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 997-1006.
 - Klerman, G., & Neu, R. (1976). *A manual for interpersonal treatment of depression*. Unpublished manuscript, Yale University.
 - Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
 - Krupnick, J. L., Sotsky, S.M., Simmens, .S., Moyer, .J., Elkin, .I., Watkins, .J., Pilkonis, P. A. (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
 - Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1991). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 76-80.
 - Lambert, M.J. & Anderson, E.M. (1996). Assesment for the time-limited psychotherapies. *Annual Review of Psychiatry*, 15, 23-47
 - Lambert, M. J. & Asay, T.P. (1984). Patient characteristics and their relationship to psychotherapy outcome. En M. Herson L. Michelson y A.S. Bellanck (Eds.), *Issues in psychotherapy research*, (pp, 313.359). New York: Plenum Press.
 - Lambert, M.J., Hansen, N.B., & Finch, A.E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 159–172.
 - Lambert, M. & Hill, C. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. En A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ta. ed., pp. 72-113). Nueva York: John Wiley.

- Lambert, M.J. & Okiishi, J. C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Vol. 4 (1) 66- 75.
- Leon, S. C., Martnowichz, Z., Lutz, W. & Lions, J. S. (2005). The effect of therapist experience on psychotherapy outcomes. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Vol. 12, 417- 426.
- Lipsey, M.W. (1992). Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. En T.D. Cook, H. M. Cooper *et al.* (Eds.), *Meta-analysis for Explanation: A Casebook* (pp. 83-127). Nueva York: Sage.
- Loeb, K. L., Wilson, G. T., Labouvie, E., Pratt, E. M., Hayaki, J., Walsh, B. T., Agras, W. S. & Fairburn, C. G. (2005) Therapeutic Alliance and treatment adherence in two interventions for bulimia nervosa: A study of process and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 73 (6), 1097- 1107.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., et al. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *Journal of Psychotherapy. Practice and Research*, Vol. 5, 260 -271.
- Luborsky, L., & DeRubeis, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- Luborsky, L., McClellan, 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., Crits-Christoph, P, McLeUan, T., Woody, G., Piper, W., Imber, S., & Liberman, B. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 501-512
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008
- Lueck, W. C. (2004). *Differential treatment response as a function of diagnostic classification*. Unpublished doctoral dissertation, Brigham Young University, Provo, UT.

- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S. & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 32–39.
- Mamar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 464-472.
- 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*. Vol. 68, 438- 450.
- McLean, P. D. & Hakstian, A. R. (1979). Clinical Depression: Comparative Efficacy of Outpatient Treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 27 (5), pp. 818-836.
- Merrill, K. A., Tolbert, V. A., & Wade, W. A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 404–409.
- Milne, D.L., Baker, C., Blackburn, I., et al. (1999). Effectiveness of cognitive therapy training. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Vol. 30, 81- 92.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Johnson, L. y Hubble, M. (2004). Jurassic practice: Why the field of therapy is on the verge of Extinction and What we can do to save it”. (In press). Con acceso el 20 de diciembre de 2007 en la Word Wide Web: www.talkingcure.com
- Minonne, G. A. (2008) Therapist adherence, patient Alliance and depression change in the NIMH Treatment for Depression Collaborative Research Program. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy (Psychology) in The University of Michigan.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. y The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6, e1000097.
- Morganstern, J., Blanchard, K. A., Morgan, T. J., Labouvie, E., & Hayaki, J. (2001). Testing the effectiveness of cognitive-behavioral treatment for substance

- abuse in a community setting: Within treatment and posttreatment findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1007–1017.
- Najavits, L., & Strupp, H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process- outcome study. *Psychotherapy*, 31, 114-123.
 - Nezu, A., & Nezu, C., (2005). Comments on "Evidence-Based Behavioral Medicine: What Is It and How Do We Achieve It?": The Interventionist Does Not Always Equal the Intervention--The Role of Therapist Competence. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol 29(1) 80.
 - Norcross, J. C. (Ed) (2002) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
 - Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.). *Heart & soul of change in psychotherapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
 - Norcross, J. C, & Goldfried, M. R. (Eds.), (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books
 - Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2011). Evidence- Based Therapy Relationships. En *Psychotherapy Relationships that work Evidence-Based Responsiveness*. Second Edition. Norcross, J. C. (Ed.). Ed. Oxford.
 - Okiishi, J., Lambert, M.J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D.D., & Vermeersch, D.A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157–1172.
 - Okiishi, J., Lambert, M.J., Nielsen, S.L., & Ogles, B.M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361–373.
 - Olivares-Olivares, P. J. (2011). *Efectos del Programa IAFS en función de una operacionalización del grado experto en el ejercicio de la psicología clínica*. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia.

- Olivares-Olivares, P. J., Montesinos, L., Rosa-Alcázar, A. I., y Macià, D. (aceptado para su publicación). Efectos de la competencia del terapeuta en el tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Anales de psicología*,
- O'Malley, S. S., Suh, C. S., & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 51, 581-586.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica* [Integrative psychotherapy. Clinical delimitation]. Santiago, Chile: Ediciones ICPSI.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1980). Gender and psychotherapeutic outcome. In A.M. Brodsky and R. Hare-Mustin (Eds.). *Women and psychotherapy: An assessment of research and practice* pp. 3-34. New York Guilford Press.
- Orwin, R. G. (1983). A fail-safe N for effect size in meta-analysis. *Journal of Educational Statistics*, 8, 157-159.
- Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 365–383.
- Persons, J. B., Bostrom, A., & Bertagnolli, A. (1999). Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practice. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 535–548.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Jacobs, C., McCracken, J.T. & Kretchman J. (2002). Open trial of cognitive behavior therapy for childhood obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*. Vol. 16, 207- 219.
- Piper, W. E., et al. (1990) «Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy», 1. *Consulting Clinical Psychoogy*, 58, pp. 475-481.
- Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Azim, H. F. A. (1993). Concentration and correspondence of transference interpretations in short-term therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 586-595.
- Project MATCH Research Group. (1998). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8, 455–474.

- Renk, K., Dinger, T. M. & Bjugstad, K. (2000). Predicting Therapy Duration from Therapist Experience and Client Psychology. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 56 (12), pp. 1609-1614.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867–879.
- Ricks, D. F. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcome of adolescent patients. In D. Ricks, M. Roté, & A. Thomas (Eds.), *Life history research in psychopathology* (Vol. 3). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Roth, A. y Fonagy, P. (2005). *What Works For Whom?* (2th ed.). New York: The Guildford Press
- Rosenthal, D., Hoyt, W., Ferrin, J., Miller, S., & Cohen, N. (2006). Advanced methods in meta-analytic research: Applications and implications for rehabilitation counseling research. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49, 234–246.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415. Schofield, W. (1964). *Psychotherapy: The purchase of friendship*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rounsaville, B. J., Chevron, E., Weissman, M. M., Prusoff, B. A., & Frank, E. (1986). Training therapists to perform interpersonal psychotherapy for depression in clinical trials. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 364-371.
- Rounsaville, B. J., Chevron, E., Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Elkin, I., Sotsky, S., Imber, S. & Watkins, J. (1987) The relation between specific and general dimensions of the psychotherapy process in interpersonal psychotherapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 55 (3), 379-384.
- Russell. R. L., (1994) *Reassessing psychotherapy research*. Nueva York, Guilford Press.

- Russell, R. K. & Wise, F. (1976). Treatment of speech anxiety by cue-controlled relaxation and desensitization with professional and paraprofessional counselor. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 23, (6), 583-586.
- Sánchez-Meca, J. (1996). Methodological issues in the meta-evaluation of correctional treatment. En S. Redondo, V. Garrido, J. Pérez y R. Barberet (Eds.), *Advances in Psychology and Law: International Contributions*. Berlin: De Gruyter.
- Sánchez-Meca, J. (2005). Revisión del estado de la cuestión: El meta-análisis. En *Enfoques, Problemas y Métodos de Investigación en Economía y Dirección de Empresas. Actas de VIII Taller de Metodología de ACEDE. TOMO I*. Camisón, C., Oltra, M. J. y Frlor M. I. (Eds.)
- Sánchez-Meca, J. (2008). Meta-análisis de la investigación. En M. A. Verdugo, M. Crespo, M. Badía y B. Arias (Eds.), *Metodología en la investigación sobre discapacidad*. Salamanca: Publicaciones del INICO (Colección ACTAS, 5/2008).
- Sánchez-Meca, J. (2010). Cómo realizar una revisión sistemática y un meta-análisis. *Aula Abierta*, 38, 53-64.
- Sánchez-Meca, J. y Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis: Herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo*, 2010, 31, 7-17.
- Sandell, R. (1985). Influence of supervision, therapist's competence, and patient's ego level on the effects of time limited psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Vol. 44, 103- 109.
- Sachs, J. S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 557-564.
- Sanz, I. (2001). Seguimiento de tratamiento psicoterapéutico a través del Sistema Comprehensivo del Rorschach [Psychotherapy treatment follow-up by the Rorschach Comprehensive System]. *Interpsiquis*, 2. Recuperado el 11 de julio de 2007 de <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2732>.
- Scher, M. (1975). Verbal activity, sex, counselor experience and success in counseling. *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 22 (2) 92- 101.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B., et al. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in

- women: A randomized controlled trial. *Journal of the Medical Association*, 297, 820–830
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Costumer reports. *American Psychologist* Vol. 50, N° 12. 965-974.
 - Shadish, W., Cook, T.D. y Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, MA: Houghton Mifflin Co.
 - Shapiro, D.A., Barkham, M., Hardy, G.E., Morrison, L.A., Reynolds, S., Startup, M., et al. (1991). University of Sheffield Psychotherapy Research Program: Medical Research Council - Economic and Social Research Council Social and Applied Psychology Unit. In L.E. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. Washington, DC: American Psychological Association.
 - Shapiro, D.A., Firth-Cozens, J., & Stiles, W.B. (1989). The question of therapists' differential effectiveness: A Sheffield Psychotherapy Project addendum. *British Journal of Psychiatry*, 154, 383-385.
 - Shapiro, D. A., & Firth, J. A. (1987). Prescriptive vs. exploratory psychotherapy: Outcomes of the Sheffield Psychotherapy Project. *British Journal of Psychiatry*, 252, 790-799.
 - Shapiro D.A. & Shapiro D. (1982). Meta-analysis of comparative outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
 - Shaw, B. F. (1984). Specification of the training and evaluation of cognitive therapists for outcome studies. In J. Williams & R. Spitzer (Eds.), *Psychotherapy research* (pp.173-188). New York: Guilford Press.
 - Shaw, B. F., & Dobson, K. S. (1988). Competency judgments in the training and evaluation of psychotherapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 666-672.
 - Shaw, B.F., Elkin, I, Yamaguchi, J., et al. (1999) Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 67, 837 – 846.

- Shelton, J. L., & Madrazo-Peterson, R. (1978). Treatment outcome and maintenance in systematic desensitization: Professional versus paraprofessional effectiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 2, 331- 335
- Simons, A. D., Padesky, C. A., Montemmarano, J. M., Lewis, C. C., Murakami, J., Lamb, K., DeVinney, S., Reid, M., Smith, D. A. & Beck, A. T. (2010) Training and dissemination of cognitive behavior therapy for depression in adults: a preliminary examination of therapist competence and client outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (5), 751-756.
- Sotsky, S., Glass, D., Shea, T., & Pilkonis, P. (1986, May). *Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy of depression: NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T.I. (1980) *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press. SPSS 17.0 (2009). *Statistical Package for the Social Sciences*. SPSS Inc.
- Stein, D. M. & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 63 (2) 182- 196.
- Sterne, J. A. C. y Egger, M. (2005). Regression methods to detect publication and other bias in meta-analysis. En H.R.Rothstein, A. J. Sutton y M. Borestein (Eds.), *Publication bias in meta-analysis: Prevention, assessment and adjustments*. (pp. 99-100). Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439– 458.
- Stiles, W. B.; Shapiro. D. A.; Harper, H., «Finding the way from process to outcome», en Russell, R. L., (ed.), *Reassessing psychotherapy research*, Nueva York. Guilford Press, 1994.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., et al. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345.

- Strunk, D. R., Cooper, A. A., Ryan, E. T., DeRubeis, R. J. & Hollon, S. D. (2008) The process of change in cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication: predictors of early intersession symptom gains. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 80 (5), 730- 738.
- Strupp, H.H. & Anderson, T. (1997). On the limitations of therapy manuals. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(1), 76–82.
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1982). *Time limited psychotherapy (TLDP): A treatment manual*. Unpublished manuscript, Vanderbilt University.
- Strupp, H. H., Butler, S. F., & Rosser, C. L. (1988). Training in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 689-695.
- Svartberg, M. (1989). Manualization and competence monitoring of short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 26, 564–571.
- Svartberg, M., & Stiles, T. (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.
- Task Force on Psychological Interventions Guidelines. *Template for developing guidelines: interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washigton D. C.: American Psychological Association, 1995.
- Testani, M., «Efficacy of brief psychotherapy», *American Psychiatry*, 1993, 1, 150, pp. 173-174.).
- Tuma, A. H., May, P. R., Yale, C. & Forsythe, A. B. (1978). Therapist experience, general clinical ability and treatment outcome in schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 46 (5), 1120- 1126.
- Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y meta-análisis. *Medicina Clínica*, 135 (11), 507-511.
- Valdivieso, S. (1994). Fundamentos y límites de la Psicoterapia [Psycho -therapy foundations and limits]. *Boletín Escuela de Medicina*, 23, 97-102.

- Vallis, T. M., Shaw, B. F., & Dobson, K. S. (1986). The cognitive therapy scale: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(3), 381–385.
- Vocisano, C., Klein, D.N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B. et al. (2004). Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 41, No. 3, 255-265.
- Waltz, J., Addis E. M, Koerner K., & Jacobson S. N. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment if adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 620-630.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate*. London: Erlbaum.
- Wampold, B.E., & Bolt, D.M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, 16, 184–187.
- Wampold, B.E., & Bolt, D.M. (2007). Appropriate estimation of therapist effects: One more time. *Psychotherapy Research*, 17(2), 256–257.
- Wampold, B. E. & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 73 (5) 914-923.
- Whiple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L. y Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment failure and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 59-68.
 - Con acceso el 10 de enero de 2006, en la Word Wide Web: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=278518421&sid=2&Fmt=2&clientId=16259&RQT=309&VName=PQD>
- Westen D., Novotny C. M., Thompson-Brenner, H. (2004) The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130 (6) pp. 31-63.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavioral therapy*. New York: Pergamon Press
- Woody, G., Luborsky, L., McLellan, A. T., O'Brien, C., Beck, T., Blaine, J., Herman, I., & Hole, A. V. (1983). Psychotherapy for opiate adiccts: Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, 639-645

- Yeaton, W.H., & Sechrest, L. (1981). Critical dimensions in the choice and maintenance of successful treatments: Strength, integrity, and effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 156–167.
- Young, J., & Beck, A. T. (1980). *Cognitive Therapy Scale: Rating manual*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania.

ANEXOS

ANEXO 1: Tabla traducida por Urrutia y Bonfill (2010) de los 27 ítems propuestos por la declaración PRISMA (disponible en: [http:// www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org)).

Sección/tema	Número	Ítem
<i>Título</i> Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática, metaanálisis o ambos
<i>Resumen</i> Resumen estructurado	2	Facilitar un resumen estructurado que incluya, según corresponda: antecedentes; objetivos; fuente de los datos; criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones; evaluación de los estudios y métodos de síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones e implicaciones de los hallazgos principales; número de registro de la revisión sistemática
<i>Introducción</i> Justificación	3	Describir la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce sobre el tema
Objetivos	4	Plantear de forma explícita las preguntas que se desea contestar en relación con los participantes, las intervenciones, las comparaciones, los resultados y el diseño de los estudios (PICOS)*
<i>Métodos</i> Protocolo y registro	5	Indicar si existe un protocolo de revisión al que se pueda acceder (por ej., dirección web) y, si está disponible, la información sobre el registro, incluyendo su número de registro
Criterios de elegibilidad	6	Especificar las características de los estudios (por ej., PICOS, duración del seguimiento) y de las características (por ej., años abarcados, idiomas o estatus de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad y su justificación
Fuentes de información	7	Describir todas las fuentes de información (por ej., bases de datos y períodos de búsqueda, contacto con los autores para identificar estudios adicionales, etc.) en la búsqueda y la fecha de la última búsqueda realizada
Búsqueda	8	Presentar la estrategia completa de búsqueda electrónica en, al menos, una base de datos, incluyendo los límites utilizados, de tal forma que pueda ser reproducible
Selección de los estudios	9	Especificar el proceso de selección de los estudios (por ej., el cribado y la elegibilidad incluidos en la revisión sistemática y, cuando sea pertinente, incluidos en el metaanálisis)
Proceso de extracción de datos	10	Describir los métodos para la extracción de datos de las publicaciones (por ej., formularios pilotado, por duplicado y de forma independiente) y cualquier proceso para obtener y confirmar datos por parte de los investigadores
Lista de datos	11	Listar y definir todas las variables para las que se buscaron datos (por ej., PICOS, fuente de financiación) y cualquier asunción y simplificación que se hayan hecho
Riesgo de sesgo en los estudios individuales	12	Describir los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales (especificar si se realizó al nivel de los estudios o de los resultados) y cómo esta información se ha utilizado en la síntesis de datos
Medidas de resumen	13	Especificar las principales medidas de resumen (por ej., razón de riesgos o diferencia de medias)
Síntesis de resultados	14	Describir los métodos para manejar los datos y combinar resultados de los estudios, cuando esto es posible, incluyendo medidas de consistencia (por ej., ítem 2) para cada metaanálisis
Riesgo de sesgo entre los estudios	15	Especificar cualquier evaluación del riesgo de sesgo que pueda afectar la evidencia acumulativa (por ej., sesgo de publicación o comunicación selectiva)
Análisis adicionales	16	Describir los métodos adicionales de análisis (por ej., análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión), en el caso de que se hiciera, indicar cuáles fueron preespecificados
<i>Resultados</i> Selección de estudios	17	Facilitar el número de estudios cribados, evaluados para su elegibilidad e incluidos en la revisión, y detallar las razones para su exclusión en cada etapa, idealmente mediante un diagrama de flujo
Características de los estudios	18	Para cada estudio presentar las características para las que se extrajeron los datos (por ej., tamaño, PICOS y duración del seguimiento) y proporcionar las citas bibliográficas

Sección/tema	Número	Ítem
Riesgo de sesgo en los estudios	19	Presentar datos sobre el riesgo de sesgo en cada estudio y, si está disponible, cualquier evaluación del sesgo en los resultados (ver ítem 12)
Resultados de los estudios individuales	20	Para cada resultado considerado en cada estudio (beneficios o daños) presentar: a) el dato resumen para cada grupo de intervención y b) la estimación del efecto con su intervalo de confianza, idealmente de forma gráfica mediante un diagrama de bosque (<i>forest plot</i>)
Síntesis de los resultados	21	Presentar los resultados de todos los metaanálisis realizados, incluyendo los intervalos de confianza y las medidas de consistencia
Riesgo de sesgo entre los estudios	22	Presentar los resultados de cualquier evaluación del riesgo de sesgo entre los estudios (ver ítem 15)
Análisis adicionales	23	Facilitar los resultados de cualquier análisis adicional, en el caso de que se hayan realizado (por ej., análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión [ver ítem 16])
<i>Discusión</i> Resumen de la evidencia	24	Resumir los hallazgos principales, incluyendo la fortaleza de las evidencias para cada resultado principal; considerar su relevancia para grupos clave (por ej., proveedores de cuidados, usuarios y decisores en salud)
Limitaciones	25	Discutir las limitaciones de los estudios y de los resultados (por ej., riesgo de sesgo) y de la revisión (por ej., obtención incompleta de los estudios identificados o comunicación selectiva)
Conclusiones	26	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias, así como las implicaciones para la futura investigación
<i>Financiación</i> Financiación	27	Describir las fuentes de financiación de la revisión sistemática y otro tipo de apoyos (por ej., aporte de los datos), así como el rol de los financiadores en la revisión sistemática

* PICOS: se trata de un acrónimo formado por: P: participants; I: interventions; C: comparisons; O: outcomes; S: study design.

ANEXO 2: Referencias de artículos incluidos en el meta-análisis.

1. Barber, J. P., Luborsky, L., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Barret, M. S., Klostermann, S., McCarthy, K. S. & Sharpless, B. A. (2008) The role of the alliance and techniques in predicting outcome of supportive-expressive dynamic therapy for cocaine dependence, *Psychoanalytic Psychology*, 25 (3), 461-482.
2. Bright, J. I., Baker, K. D., & Neimeyer, R. A. (1999) Professional and Paraprofessional Group Treatments for Depression: A Comparison of Cognitive-Behavioral and Mutual Support Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 67, No. 4, 491-50
3. Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bullis, J., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S., Barlow, D. H. (2013). Patient Characteristics and Variability in Adherence and Competence in Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 81 (3), 443-454.
4. DeRubeis, R. J. & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 14 (5), 469-482
5. Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 578-582.
6. Gaston, L., Piper, W. E., Debbane, E. G., Bienvenu, J. P. & Garant, J. (1994). Alliance and technique for predicting outcome in short- and long- term analytic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 4 (2), 121-135.
7. Gaston, L., Thompson, L., Gallanger, D., Cournoyer, L. G. & Gagnon, R. (1998). Alliance, Technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8 (2), 190-209.
8. Gibbons, C. J., Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L. & Martino, S. (2010) Community Program Therapist Adherence and Competence in a Motivational Interviewing Assessment Intake Session. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36:342–349.
9. Hoffart, A., Sexton, H., Nordahl, H. M. & Stiles, T. C. (2005) Connection between patient and therapist and therapist's competence in schema-focused therapy of personality problems. *Psychotherapy Research*, 15 (4), 409-419.

10. Huppert, J. D., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2006). The Interaction of Motivation and Therapist Adherence Predicts Outcome in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder: Preliminary Findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, Vol. 13, 198-204.
11. Kuyken, W. & Tsivrikos, D. (2009) Therapist Competence, Comorbidity and Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 78, 42–48.
12. 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.
13. Marziali, E. A. (1984) Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions. *Archives of General Psychiatry*, 41, 301-304.
14. O' Malley, S., Foley, S. H., Rousanville, B. J., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M. & Elkin, I. (1988) Therapist Competence and Patient Outcome in Interpersonal Psychotherapy of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 56. No. 4. 496-50.
15. Piper, W. E., Azim, H. A., Joyce, A. S., McCallum, M. (1991) Transference interpretations, therapeutic alliance, and outcome in short-term individual psychotherapy, *Archives of General Psychiatry*, 48, 946-953
16. Paivio, S. C., Holowaty, K. A., & Hall, I. E. (2004). The influence of therapist adherence and competence on client reprocessing of child abuse memories. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 41 (1), 56-68.
17. Sachs, J. S. (1983) Negative Factors in Brief Psychotherapy: An Empirical Assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 51, No. 4, 557-564
18. Shaw, F., Elkin, I., Yamaguchi, J., Olmsted, M., Vallis, T. M., Dobson, K. S., Lowery, A., Sotsky, S. M. & Watkins, J. T. (1999). Therapist Competence Ratings in Relation to Clinical Outcome in Cognitive Therapy of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 67, (6), 827-846.
19. Spektor, D. (2008). Therapists' Adherence to Manualized Treatments in the context of ruptures. Submitted to the New School for Social Research of The New School in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy.

20. Strunk, D. R, Brotman, M. A., & De Rubeis, R. J. (2010) The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 48, 599-606.
21. Strunk, D. R, Brotman, M. A., De Rubeis, R. J. & Hollon, S. D. (2010). Therapist Competence in Cognitive Therapy for Depression: Predicting Subsequent Symptom Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 78, No. 3, 429–437.
22. Svartberg, M. & Stiles, T. C. (1992). Predicting Patient Change From Therapist Competence and Patient-Therapist Complementarity in Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy: A Pilot Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 60, No. 2, 304-307.
23. Trepka, C., Rees, A., Shapiro, D. A., Hardy, G. H. & Barkman, M. (2004). Therapist Competence and Outcome of Cognitive Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 28, No. 2. 143–157.
24. Webb, C. A., DeRubeis, R.J., Dimidjian, S., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D. & Shelton, R.C. (2012) Predictors of patient cognitive therapy skills and symptom change in two randomized clinical trials: the role of therapist adherence and the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 80 (3), 373-381.

ANEXO 3. Manual de codificación de variables moderadoras.

**MANUAL DE CODIFICACIÓN DE
VARIABLES MODERADORAS**

EFFECTOS DEL TERAPEUTA

1. INTRODUCCIÓN

El objeto de este manual es desarrollar de forma pormenorizada el proceso de codificación de las variables moderadoras que serán tomadas en consideración en el meta-análisis. Para ello, se definirá cada variable moderadora, así como las diferentes categorías posibles, su forma de codificación y qué hacer cuando el estudio empírico aporta información incompleta o insuficiente para su valoración.

Las variables moderadoras se clasificarán en los siguientes tipos:

- (1) **Variables sustantivas:** Son las variables moderadoras relacionadas con el objeto del meta-análisis. Se clasifican, a su vez, en:
 - (a) *Variables de tratamiento:* Referentes a las características de la intervención. Por ejemplo, la duración del tratamiento.
 - (b) *Variables de contexto:* Referentes al ambiente o contexto en el que la intervención ha tenido lugar. Por ejemplo, el lugar en el que se aplicó la intervención.
 - (c) *Variables de sujeto:* Relacionadas con las características de las poblaciones de los sujetos que son sometidas a investigación. Por ejemplo, la edad media de la muestra de pacientes.
- (2) **Variables metodológicas:** Son aquéllas relacionadas con el diseño de la investigación, la metodología empleada, el control de variables extrañas, etc. Por ejemplo, el tipo de grupo de control.
- (3) **Variables extrínsecas:** Se trata de variables que no tienen una implicación directa con el objetivo de la investigación, pero que pueden estar afectando a sus resultados. Por ejemplo, el hecho de que el estudio empírico esté o no publicado.

1.1. ¿Cuál es la unidad de análisis?

Los estudios empíricos que habitualmente se llevan a cabo sobre la eficacia de intervenciones psicológicas tienen en común que suelen incorporar medidas pretest y posttest (e incluso alguna/s medida/s de seguimiento), pero se diferencian en el tipo de diseño. Así, algunos estudios se componen de un solo grupo de pacientes que recibe una determinada intervención; otros estudios incluyen dos o más grupos cada uno de los

cuales también recibe alguna intervención, no existiendo ningún grupo que actúe como grupo de control; y finalmente, hay estudios que incluyen uno o varios grupos con tratamientos alternativos y un grupo de control (o incluso varios grupos de control).

Ante esta variedad de diseños se hace preciso definir la unidad de análisis de tal forma que sea posible plantear un índice del tamaño del efecto que sea homogéneo, es decir, que pueda ser aplicado de forma individual sobre cada unidad de análisis. Partiendo del requisito de que existen estudios que incorporan algún tipo de grupo de control, con o sin medidas pretest, se ha optado por definir como unidad de análisis **la comparación grupo tratado vs. grupo control**. De esta forma, un estudio que, por ejemplo, incorpore dos grupos, uno tratado y otro de control, estará representado en el meta-análisis como un estudio. Otro ejemplo, un estudio que incluya tres grupos con dos tratamientos alternativos y un grupo de control, estará representado en el meta-análisis como si fueran dos estudios, uno para cada comparación grupo de tratamiento vs. control, con su correspondiente índice del tamaño del efecto.

El manual de codificación de las variables moderadoras se aplicará de forma individualizada a cada estudio independiente que se genere de cada artículo o documento o, lo que es lo mismo, se aplicará a **cada comparación Grupo de tratamiento vs. Grupo de control**. Es decir, si un artículo ha generado dos estudios independientes, se aplicará el proceso de codificación de variables moderadoras dos veces: una vez para cada estudio. Ello implica que para cada comparación (o unidad de análisis) se tendrá que cumplimentar su correspondiente protocolo de registro de las variables moderadoras.

2. VARIABLES SUSTANTIVAS

En un meta-análisis sobre la eficacia de intervenciones de diversa índole (psicológicas, clínicas, etc.), las variables sustantivas que pueden estar moderando los resultados de los tratamientos pueden estar relacionadas con las características de los mismos, con las características de los pacientes que reciben la intervención y con el contexto en el que se están aplicando las intervenciones.

2.1. Variables de tratamiento

Se incluyen en este bloque las variables moderadoras relacionadas con las características del tratamiento en su sentido más amplio. Así, se incorporarán en este bloque aspectos relacionados con las características de los propios terapeutas que llevan a cabo la intervención.

➤ **Ítem 1: TIPO DE TRATAMIENTO.** Tipo de intervención que recibe el grupo tratado, distinguiendo entre los distintos tipos de tratamiento psicológico llevado a cabo por los estudios codificados:

1. Terapia cognitivo-conductual
2. Terapias psicodinámicas
3. Counseling
4. Otros

➤ **Ítem 2: MANUAL.** Esta es una variable dicotómica, donde se recoge si el tratamiento aplicado se lleva a cabo a partir de un manual o protocolo de tratamiento (0= no; 1= sí). En caso de que en el estudio no se especifique, se codificará como “0 =no”.

➤ **Ítem 3: ADHERENCIA.** Esta es otra variable dicotómica, donde se recoge si en el estudio se realiza un control objetivo (mediante evaluación de grabaciones de audio o audiovisuales) de la adherencia del terapeuta al protocolo o manual de tratamiento aplicado (0= no; 1= sí). En caso de que en el estudio no se especifique, se codificará como “0 =no”.

➤ **Ítem 4: COMPETENCIA.** Al igual que en el ítem anterior se recoge si en el estudio se realiza un control objetivo (mediante evaluación de grabaciones de audio o audiovisuales), pero esta vez de la competencia del terapeuta en la aplicación del protocolo o manual de tratamiento llevado a cabo (0= no; 1= sí). En caso de que en el estudio no se especifique, se codificará como “0 =no”.

➤ **Ítem 5: DURACION.** En esta variable se codifica la duración del tratamiento definida como el número de semanas que duró la intervención, sin tener en cuenta el seguimiento. Si cada paciente recibió períodos de tratamiento diferentes, se consignará la duración media (número de semanas) si está disponible en el artículo. En caso contrario, esta variable se codificará como dato ausente.

➤ **Ítem 6: INTENSID.** Se codificará la intensidad del tratamiento, definida como el número de horas por semana de tratamiento que recibió cada paciente. No se tendrá en

cuenta el seguimiento. Si cada paciente recibió una intensidad diferente, se consignará la intensidad media si está disponible este dato en el artículo. En caso contrario, esta variable se codificará como dato ausente.

➤ **Ítem 7: MAGNITUD.** Se consignará en esta variable la magnitud del tratamiento, definida como el número total de horas de tratamiento que recibió cada paciente. No se tendrá en cuenta el seguimiento. Si cada paciente recibió un número diferente de horas, se consignará el número medio de horas recibidas, si este dato está disponible. En caso contrario, esta variable se codificará como dato ausente.

➤ **Ítem 8: SESIONES.** Se consignará en esta variable el número total de sesiones (si las reporta el estudio) independientemente de su duración e intensidad.

➤ **Ítem 9: TAREAS.** Se consignará en esta variable si el tratamiento incluía la realización de tareas terapéuticas para casa o si, por el contrario, no se incluían. Las categorías posibles son:

- ✓ 1) Sí se incluyeron tareas para casa.
- ✓ 2) No se incluyeron tareas para casa.

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 10: SEGUIM.** Se codificará en esta variable el hecho de que el tratamiento incluya o no algún programa de seguimiento. Se entiende por programa de seguimiento el establecimiento previo de tareas, consultas, etc., que debe realizar el paciente cuando haya finalizado la fase de tratamiento propiamente dicho, hasta pasado el tiempo fijado por el terapeuta en el que deben ser nuevamente convocados y evaluados. Las categorías posibles son:

- ✓ 1) Sí incluye programa de mantenimiento y/o seguimiento organizado.
- ✓ 2) No incluye programa de mantenimiento y/o seguimiento organizado.

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 11: SEGUIM1.** Cuando el tratamiento incluya programa de seguimiento se codificará en esta variable el tipo de programa, con las siguientes categorías:

- ✓ 1) Seguimiento telefónico.
- ✓ 2) Seguimiento por *email*.
- ✓ 3) Seguimiento mediante visita al terapeuta.
- ✓ 4) Seguimiento mediante asistencia a domicilio.
- ✓ 5) Seguimiento mixto (combinación de varios de los anteriores).
- ✓ 6) Otros programas de seguimiento (y se especificará cuál/es).

Si no se dispone de información al respecto, es decir, se afirma que hubo programa de seguimiento, pero no se especifica el tipo, dejar en blanco. Al no ser mutuamente excluyentes, se dicotomizará cada uno de los apartados, pudiendo indicarse los diferentes tipos de seguimiento llevados a cabo (si hay varios, se consignarán todos ellos y el apartado *seguimiento mixto*). En la variable **SEGUIM2** se consignará el valor del 1 al 7, según proceda.

➤ **Ítem 12: CONTRATO.** En esta variable se consignará el uso o no de un contrato terapéutico (0= no; 1= sí). En caso de que en el estudio no se especifique, se codificará como “0 =no”.

➤ **Ítem 13: DURSES.** Este ítem es una variable cuantitativa, donde se debe codificar el número de minutos de las sesiones de tratamiento. Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

2.2.- Características del terapeuta

➤ **Ítem 14: OPERADOR.** En esta variable se consignará el hecho de que los autores del trabajo sean los terapeutas que han ejecutado directamente el programa de intervención o si, por el contrario, no lo han ejecutado directamente. Se distinguirán las siguientes categorías:

- ✓ 1) Los autores coinciden con el/los terapeuta/s.
- ✓ 2) Los autores no coinciden con el/los terapeuta/s.

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 14b: EVALUADOR.** En esta variable se consignará el hecho de que los terapeutas que aplican el tratamiento sean los evaluadores de los resultados del mismo (mediante la aplicación de las pruebas psicométricas pertinentes) o si por el contrario, se han utilizado evaluadores externos a la aplicación del tratamiento. Se distinguirán las siguientes categorías:

- ✓ 1) Los terapeutas coinciden con el/los evaluador/ es.
- ✓ 2) Los terapeutas no coinciden con el/los evaluador/ es.

Si no se dispone de información al respecto, se codificará como 1), al ser éste el criterio más conservador.

➤ **Ítem 15: FORMAC.** En esta variable se consignará la cualificación profesional de los terapeutas, distinguiendo entre:

- ✓ 1) Psicólogo.

- ✓ 2) Psiquiatra.
- ✓ 3) Médico.
- ✓ 4) Trabajador social.
- ✓ 5) Enfermero.

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 15b: SEXOT.** Se codificará el sexo de los terapeutas según el porcentaje de varones participantes.

➤ **Ítem 16: EXPER1.** En esta variable se consignará el grado de experiencia de los profesionales en la realización de este tipo de tareas. Se distinguirán las siguientes categorías:

- ✓ 1) *Experiencia alta*: Profesionales con tres o más años de experiencia en el campo.
- ✓ 2) *Experiencia media*: Estudiantes de Postgrado con uno o dos años de experiencia y con entrenamiento en el área de investigación.
- ✓ 3) *Experiencia baja*: Licenciados/Diplomados sin experiencia y sin entrenamiento, estudiantes de Pregrado.
- ✓ 4) *Experiencia mixta*: Combinación de algunas de las categorías anteriores.

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 17: EXPER2.** En esta variable se consignará el promedio de número de años de experiencia de los terapeutas que han aplicado el tratamiento.

➤ **Ítem 18: GRADENTRE1.** En esta variable se consignará la máxima titulación académica alcanzada por los terapeutas. Se distinguirán las siguientes categorías:

- ✓ 1) Licenciado.
- ✓ 2) Máster.
- ✓ 3) Doctor.
- ✓ 4) Mixto (si el grupo de compone por terapeutas que han alcanzado distinto grado de titulación).

➤ **Ítem 19: GRADENTRE2.** En esta variable se consignará el número total de horas que los terapeutas han tenido en el protocolo o manual de tratamiento aplicado. Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 20: ENTRETER.** En esta variable se consignará el tipo de tratamiento psicológico en que los terapeutas tenían entrenamiento previo a su intervención en el estudio. Se distinguirán las siguientes categorías:

- 1) Terapia cognitivo-conductual
- 2) Terapias psicodinámicas
- 3) Otros

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 21: SUPERVISIÓN.** En esta variable se consignará el promedio de horas semanas que los terapeutas han recibido en el protocolo o manual de tratamiento aplicado. Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 22: EXPERJUECES.** En esta variable se consignará el promedio de años de experiencia clínica de los evaluadores de la adherencia y/o competencia (jueces). Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 23: ENTREJUECES.** En esta variable se consignará el número total de horas de entrenamiento que los evaluadores o jueces de la adherencia y/o competencia han recibido para realizar esta tarea. Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

2.3.- Variables de contexto

En este bloque se incluyen aquellas variables que están relacionadas con el contexto o el ambiente en el que ha tenido lugar la intervención psicológica.

➤ **Ítem 24: PAIS.** En esta variable se consignará el país en el que ha tenido lugar la intervención.

➤ **Ítem 24b: LUGAR.** En esta variable se consignará el lugar en el que se ha llevado a cabo la intervención psicológica, distinguiendo entre:

- 1) En la universidad o centro dependiente de la misma.
- 2) En una clínica.
- 3) Mixto.

Al no ser mutuamente excluyentes, se dicotomizará cada uno de los apartados, pudiendo indicarse los diferentes tipos de lugar (si hay varios, se consignarán todos ellos y el apartado *mixto*). En la variable **LUGAR1** se consignará el valor del 1 al 8, según proceda.

2.4.- Variables de sujeto

Se incluyen en este bloque aquellas variables relacionadas con las características de las muestras de pacientes sometidas a estudio. Se registrarán los **datos correspondientes**

a la muestra global de sujetos en el estudio, incluidos los pacientes de los grupos experimental y control.

➤ **Ítem 25: EDAD.** En esta variable se consignará la edad media (en años) de los pacientes de la muestra (incluidos los de ambos grupos, experimental y control). Si el estudio aporta datos exactos de la edad en el posttest, se consignarán éstos, en caso contrario se utilizarán los del pretest. Si se aportan datos parciales de los grupos (tratado y control) se consignará la media ponderada (por el tamaño muestral) de ellos. Si sólo se aportan datos del grupo tratado, se consignarán los de éste. Si en lugar de medias el estudio informa del rango (edad mínima y edad máxima del grupo) se calculará la media de dicho rango. También se indicará la desviación típica de la edad.

➤ **Ítem 26: SEXO1.** En esta variable se consignará el género de la muestra de pacientes, distinguiendo entre:

- ✓ 1) Sólo hombres.
- ✓ 2) Sólo mujeres.
- ✓ 3) Mixto.

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 27: SEXO2.** Si aporta datos suficientes, en esta variable se consignará el porcentaje de hombres en la muestra, o bien, de la muestra total del artículo, o bien, del grupo del que aporte datos. Es preferible utilizar datos del posttest, si los aporta; en caso contrario, consignar los del pretest.

➤ **Ítem 28: DIAGNOS.** En esta variable se consignará el criterio diagnóstico utilizado en el estudio, distinguiendo entre:

- ✓ 1) DSM-III.
- ✓ 2) DSM-III-R.
- ✓ 3) DSM-IV.
- ✓ 4) DSM-IV-R (TR)
- ✓ 5) CIE-9. (ICD-9)
- ✓ 6) CIE-9-MC (ICD-9)
- ✓ 7) CIE-10 (ICD-9)
- ✓ 8) RCT (Research Diagnostic Criteria)

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 29: DIAGNOS2.** Se indicará el instrumento psicométrico utilizado para evaluar la sintomatología del paciente. Se recogen los siguientes:

1. Beck Depression Inventory (BDI)
2. SCL-90
3. Otros

➤ **Ítem 30: TIPO DE TRASTORNO.** Se indicará el tipo de problema o diagnóstico principal por el que el paciente es tratado:

1. Depresión
2. Dependencia a sustancias
3. Trastorno adaptativo
4. Otros

➤ **Ítem 31: HISTORIA.** En esta variable se consignará, en años, la duración media del cuadro clínico, contabilizado desde su origen hasta el inicio del tratamiento reportado en el estudio. Si en lugar de la media reporta el rango (las duraciones mínima y máxima), calcular la media del rango.

➤ **Ítem 32: PREVIO.** En esta variable se considera que los pacientes reciben tratamientos previos cuando así ocurrió en la mitad o más de la mitad de la muestra de estudio. Se considera que no recibieron tratamientos previos cuando todos los pacientes son tratados por primera vez en el estudio. Una tercera opción es la de que un porcentaje inferior a la mitad recibieran tratamientos previos. Si recibieron tratamiento previo, indicar qué tipo de tratamiento.

- ✓1) Recibieron tratamientos previos.
- ✓2) No recibieron tratamientos previos.
- ✓3) Recibieron tratamientos previos menos de la mitad de los pacientes.

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 33: FARMAC1.** Se indicará el porcentaje de pacientes con medicación previa al tratamiento.

➤ **Ítem 34: FARMAC2.** Se indicará el porcentaje de pacientes que toman medicación durante el tratamiento

➤ **Ítem 35: COMORBIL1.** En esta variable se consignará la existencia de comorbilidad en la muestra, es decir, la presencia de otros trastornos aparte del trastorno de ansiedad por el que el paciente ha sido incluido en la muestra. Si al menos la mitad de la muestra presenta otros trastornos, se consignará positivamente esta variable. Se distinguirán, pues, las siguientes categorías:

✓ 1) *Presencia de otros trastornos*: En toda la muestra o en al menos la mitad de la misma. Se indicará además el porcentaje de pacientes en cada problema comórbido.

✓ 2) *Ausencia de otros trastornos*: En toda la muestra o en al menos la mitad de la misma.

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 36: COMORBIL2**. En el caso de presencia de otros trastornos comórbidos, se indicará el tipo de problema y el porcentaje de pacientes (si lo indicara).

✓ 1) *Depresivos*

✓ 2) *Trastorno de pánico con agorafobia*.

✓ 3) *Trastorno de pánico sin agorafobia*.

✓ 4) *TEPT*

✓ 5) *TOC*

✓ 6) *Trastornos alimentarios*

✓ 7) *Trastornos de personalidad*.

Al no ser mutuamente excluyentes, se dicotomizará cada uno de los apartados, pudiendo indicarse los diferentes tipos de trastorno (si hay varios, se consignarán todos ellos). Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

2.5.- Variables metodológicas

Se incluyen en este bloque un conjunto de variables que tienen que ver con el modo en que se ha llevado a cabo la investigación: tipo de diseño, modo de asignación de los sujetos a los grupos, calidad del diseño, etc.

➤ **Ítem 37: PRETEST**. En esta variable se indicará si incluye o no medidas pretest.

➤ **Ítem 38: ASIGNA1**. Esta variable hace referencia al modo de asignación de los sujetos a los grupos de tratamiento o control. Se distinguirán las siguientes categorías:

✓ 1) *Asignación no aleatoria*: Los sujetos no se han asignado de forma estrictamente aleatoria a los grupos. Téngase en cuenta que esto incluye la creación de grupos de control de lista de espera, la asignación de sujetos a uno u otro grupo en semanas alternativas, la auto-selección del sujeto a uno u otro grupo, la asignación de forma alternante según llegada del sujeto a la consulta, etc.

- ✓2) *Asignación aleatoria*: Los sujetos se han asignado de forma estrictamente aleatoria a los grupos.

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 39: ASIGNA2**. Esta variable hace referencia al modo de asignación de los sujetos a los terapeutas. Se distinguirán las siguientes categorías:

- ✓1) *Asignación no aleatoria*: Los sujetos no se han asignado de forma estrictamente aleatoria a los terapeutas (lo que incluye, asignación en función de agenda del terapeuta, o según gravedad de sintomatología del paciente).

- ✓2) *Asignación aleatoria*: Los sujetos se han asignado de forma estrictamente aleatoria a los terapeutas.

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 40: CONTROL**. En esta variable se consignará de forma dicotómica el nivel de actividad del grupo de control, siendo aplicable este ítem exclusivamente a los estudios con grupos de este tipo:

- ✓ 1) *Grupo de control activo*: Los sujetos del grupo de control reciben algún tipo de atención alternativa al grupo de intervención.
- ✓2) *Grupo de control inactivo. Tipo*: Los sujetos del grupo de control no reciben ningún tipo de atención alternativa al grupo de intervención. Indicar si es lista de espera, placebo psicológico, etc.

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 41: FIABJUECESADH**. En este ítem se recoge el índice de fiabilidad interjueces respecto a la valoración de la adherencia del terapeuta al protocolo de tratamiento. Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 41b: FIABJUECESCOMPET**. En este ítem se recoge el índice de fiabilidad interjueces respecto a la valoración de la competencia del terapeuta en la aplicación del protocolo de tratamiento. Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 41c: INSTMEDAHD**. En este ítem se consigna el instrumento de medida para evaluar la adherencia del terapeuta al protocolo de tratamiento, distinguiéndose entre las siguientes posibilidades:

1. Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS)
2. Otros instrumentos validados.

3. Instrumento no validados.

➤ **Ítem 41d: INSTMEDCOM.** En este ítem se consigna el instrumento de medida para evaluar la competencia del terapeuta, distinguiéndose entre las siguientes posibilidades:

1. Cognitive Therapy Scale (CTS)
2. Otros instrumentos validados.
3. Instrumento no validados.

➤ **Ítem 42: SEGUIMIENTO.** Si el estudio ha tomado registros de seguimiento de los resultados se consignará, en meses, el tiempo transcurrido entre la finalización del tratamiento y el momento del registro de seguimiento. Si el estudio informa de varios seguimientos se consignará el más largo. Si el seguimiento no es uniforme para todos los sujetos, se consignará la media de los seguimientos, si el estudio la reporta, o el promedio del rango (seguimientos máximo y mínimo) si el estudio lo reporta.

➤ **Ítem 43a: NPREtto.:** En esta variable se consignará el tamaño muestral del grupo de tratamiento en el pretest.

➤ **Ítem 43b: NPREcont.:** En esta variable se consignará el tamaño muestral del grupo de control en el pretest.

➤ **Ítem 43c: NPREtotal:** En esta variable se consignará el tamaño muestral total en el pretest.

➤ **Ítem 44a: NPOStrat.:** En esta variable se consignará el tamaño muestral del grupo de tratamiento en el postest.

➤ **Ítem 44b: NPOScont.:** En esta variable se consignará el tamaño muestral del grupo de control en el postest.

➤ **Ítem 44c: NPOSTotal:** En esta variable se consignará el tamaño muestral en el postest.

➤ **Ítem 45a: NSEGtrat.:** En esta variable se consignará el tamaño muestral del grupo de tratamiento en el seguimiento más largo.

➤ **Ítem 45b: NSEGcont.:** En esta variable se consignará el tamaño muestral del grupo de control en el seguimiento más largo.

➤ **Ítem 45c: NSEGtotal:** En esta variable se consignará el tamaño muestral en el seguimiento más largo.

➤ **Ítem 46a: MORTALTTOP.:** En esta variable se consignará la mortalidad del grupo tratado en el postest, dividiendo el número de sujetos que abandonan antes de llegar al postest por el número de sujetos de grupo tratado en el pretest. Por ejemplo, si un

estudio comienza en el pretest con un grupo de 42 sujetos y en el postest quedan 34, significa que se han perdido 8 sujetos, por lo que la mortalidad experimental de ese grupo es: $8/42 = 0.19$.

➤ **Ítem 46b: MORTALCONTROLP.**: En esta variable se consignará la mortalidad del grupo control en el postest, dividiendo el número de sujetos que abandonan antes de llegar al postest por el número de sujetos controles en el pretest.

➤ **Ítem 46c: MORTALDIFP.** En esta variable se consignará la diferencia entre la mortalidad del grupo de control menos la del grupo tratado en el postest.

➤ **Ítem 47a: MORTALTTOS.** En esta variable se consignará la mortalidad del grupo tratado en el seguimiento, dividiendo el número de sujetos que abandonan antes de llegar al seguimiento por el número de sujetos de grupo tratado en el pretest.

➤ **Ítem 47b: MORTALCONTROLS.** En esta variable se consignará la mortalidad del grupo control en el seguimiento más largo, dividiendo el número de sujetos que abandonan antes de llegar al seguimiento por el número de sujetos control en el pretest.

➤ **Ítem 47c: MORTALDIFS.** En esta variable se consignará la diferencia entre la mortalidad del grupo de control menos la del grupo tratado en el seguimiento.

➤ **Ítem 48: AZAR.** Se valora en este ítem el hecho de que los sujetos se hayan asignado aleatoriamente a los grupos o si, en caso contrario, se ha controlado el influjo de posibles variables de confundido. Para la valoración de este ítem se atenderá a la globalidad del estudio. Se aplicará el siguiente sistema de puntuación:

- ✓ Si los sujetos se asignaron aleatoriamente a los grupos, se consignará 1 punto. Todos los estudios pertenecientes a la categoría de “diseños experimentales” recibirán esta puntuación.
- ✓ Si los sujetos no se asignaron aleatoriamente a los grupos, pero se aplicó algún procedimiento de control de variables extrañas (emparejamiento, bloqueo o estratificación), se consignará 0.5 puntos. Los estudios cuasi-experimentales que hayan aplicado alguno de estos procedimientos de control recibirán esta puntuación.
- ✓ Si los sujetos no se asignaron aleatoriamente a los grupos y no se aplicó ningún procedimiento de control de variables extrañas, se consignará un 0.

➤ **Ítem 49: CONTROL2.** Se valora en este ítem la validez interna del diseño utilizado. Así, recibirán la puntuación 1 los grupos de control activo/ placebo psicológico; 0.5 otros grupos de control y 0 puntos cuando no haya ningún grupo de control.

➤ **Ítem 50: MUESTRA.** Se valora en este ítem el tamaño muestral de los grupos, con el siguiente sistema de puntuación:

- ✓ Si el tamaño muestral total de los dos grupos en el postest es igual o superior a 30 sujetos, se consignará 1 punto.
- ✓ Si el tamaño muestral total de los grupos en el postest está entre 16 y 29, se consignará 0.5 puntos.
- ✓ Si el tamaño muestral total de los grupos en el postest es inferior a 16, se consignará 0 puntos.

➤ **Ítem 51: MORTAL.** Se calcula 1 menos la mortalidad del grupo tratado.

➤ **Ítem 52: ANÁLISIS.** Se valora si el estudio aporta información de los *Intention to treat analysis* (1 punto) o sólo informa de los *Completers análisis* (0 puntos). Si no hay pérdida de sujetos del pretest al postest, se puntuará con 1. De igual modo, en aquellos casos en los que indique que se ha realizado una intención de tratar pero no se presentan los datos, se puntuará con 0.5.

➤ **Ítem 53: ENMASCARAMIENTO.** Se consignará con 1 punto si el evaluador desconoce el tratamiento que está aplicando, y 0 si no lo es o no se informa.

➤ **Ítem 54: CALIDAD.** En esta variable se consignará la suma de las puntuaciones que el estudio alcance en los 6 ítems anteriores, que evalúan la calidad del diseño, es decir, los ítems 49 a 54. Las puntuaciones mínima y máxima en este ítem serán 0 y 6, respectivamente.

2.6.- Variables extrínsecas

Se incluyen en este último bloque un conjunto de características de los estudios que, en principio, nada tienen que ver con el objeto de la investigación ni con la metodología desarrollada, pero que en determinadas situaciones pueden estar correlacionadas con los resultados de las investigaciones.

➤ **Ítem 56: FECHA.** En esta variable se consignará el año en que el estudio fue publicado (para los estudios publicados) o escrito (para los estudios no publicados).

➤ **Ítem 58: FORMA.** Si está disponible, en esta variable se consignará la preparación profesional del primer autor que firma el estudio, distinguiendo entre:

- ✓ 1) Psicólogo.
- ✓ 2) Psiquiatra.
- ✓ 3) Médico.
- ✓ 4) Otros. Especificar:

Si no se dispone de información al respecto, dejar en blanco.

➤ **Ítem 57: PUBLIC.** En esta variable se consignará el estatus de publicación del trabajo, distinguiendo entre:

- ✓ 1) Trabajo no publicado.
- ✓ 2) Trabajo publicado: El trabajo tiene ISBN o ISSN.

➤ **Ítem 58: FUENTE.** En esta variable se consignará de forma más detallada que en la anterior el tipo de publicación o documento del trabajo, distinguiendo entre:

- ✓ 1) Artículo de revista.
- ✓ 2) Capítulo de libro.
- ✓ 3) Libro / monografía.
- ✓ 4) Manuscrito no publicado.
- ✓ 5) Comunicación a congreso.
- ✓ 6) Informe técnico.
- ✓ 7) Tesis Doctoral.
- ✓ 8) Otros. Especificar:

ANEXO 4. Protocolo de registro de variables moderadoras.

**PROTOCOLO DE REGISTRO
DE VARIABLES MODERADORAS**

EFFECTOS DEL TERAPEUTA

CÓDIGO: _____

AUTOR/ES: _____

TÍTULO:

FUENTE:

CODIFICADOR/A: _____

FECHA DE LA CODIFICACIÓN: _____

TIEMPO INVERTIDO (APROX.): _____

VARIABLES DE TRATAMIENTO

Item 1: TIPO DE TRATAMIENTO (Marcar con "X" lo que proceda, pueden marcarse varias ¹) 0=no, 1=si	
0 1	1.1) Terapia cognitivo-conductual
0 1	1.2) Terapias psicodinámicas
0 1	1.3) <i>Counseling</i>
0 1	1.4) Otros

Item 2: MANUAL (Marcar con "X" lo que proceda, pueden marcarse varias ¹) 0=no, 1=si	
0 1	Se utiliza un manual de tratamiento
Item 3: ADHERENCIA (Marcar con "X" lo que proceda, pueden marcarse varias ¹) 0=no, 1=si	
0 1	Existe un control objetivo de la adherencia de los terapeutas al protocolo
Item 4: COMPETENCIA (Marcar con "X" lo que proceda, pueden marcarse varias ¹) 0=no, 1=si	
0 1	Existe un control objetivo de la competencia de los terapeutas.

Item 5: DURACION. N° semanas	
Item 6: INTENSID. N° horas semana x sujeto	
Item 7: MAGNITUD. N° total horas x sujeto	
Item 8: SESIONES. N° total de sesiones (si no se especifica lo anterior)	

Item 9: TAREAS (Marcar con "X" lo que proceda)	
	1) Se incluyeron tareas para casa
	2) No se incluyeron tareas para casa

Item 10: SEGUIM. ¿Incluye programa de seguimiento? (Marcar con "X" lo que proceda)	
1) Sí lo incluye	2) No lo incluye

Item 11: SEGUIM1. Tipo de seguim. (Marcar con "X" lo que proceda, pueden marcarse varias ¹)			Indicar del 1 al 6 (SEGUIM2-SPSS ³)
0	1	1.1) Telefónico	
0	1	1.2) Email	
0	1	1.3) Visita al terapeuta	
0	1	1.4) Asistencia al domicilio	
0	1	1.5) Mixto (combinación. de varios)	
0	1	1.6) Otros.	
Especificar ² :			

Item 12: CONTRATO (Marcar con "X" lo que proceda, 0=no, 1=si)	
	1) Hubo contrato terapéutico
Item 13: DURSES (Duración en minutos de las sesiones de tratamiento)	

CARACTERÍSTICAS DEL TERAPEUTA

Item 14: OPERADOR (Marcar con "X" lo que proceda)		Item 15: FORMAC (Marcar con "X" lo que proceda)	
	1) Coincide con el terapeuta(s)		1) Psicólogo
	2) No coincide con el terapeuta(s)		2) Psiquiatra
Item 14b: EVALUADOR			3) Médico
	1) Coincide con el terapeuta(s)		4) Trabajador social
	2) No coincide con el terapeuta(s)		5) Enfermero/a
Item 15b: SEXOT (% varones)			

Item 16: EXPER 1 (Como variable discreta) (Marcar con "X" lo que proceda)		Item 17: EXPER2. Número años de experiencia
	1) Experiencia alta	Promedio:
	2) Experiencia media	Rango:
	3) Experiencia baja	

	4) Sin experiencia	
--	--------------------	--

Item 18: GRADENTRE1 (<i>Marcar con "X" lo que proceda</i>)		Item 19: GRADENTRE2
	1) Licenciado	Horas de entrenamiento en protocolo:
	2) Máster	
	3) Doctor	
	4) Mixto	

Item 20: ENTRETER (<i>Marcar con "X" lo que proceda</i>)	
	1.1) Terapia cognitivo-conductual
	1.2) Terapias psicodinámicas
	1.3) Otros

Item 21: SUPERVISIÓN. Horas de supervisión (semanales) terapeutas (Promedio)	
---	--

Item 22: EXPERJUECES. (nº años de experiencia, promedio)	
---	--

Item 23: ENTREJUECES. (nº horas de entrenamiento jueces en protocolo evaluación)

VARIABLES DE CONTEXTO

Item 24: PAIS	
----------------------	--

Item 24b: LUGAR (Marcar con "X" lo que proceda, pueden marcarse varias ¹) 0=no, 1=si		Indicar del 1 al 8 (<i>LUGARI-SPSS³</i>)
0	1	1) Universidad
0	1	2) Clínica
0	1	3) Mixto

VARIABLES DE SUJETO

Item 25: EDAD. Edad media (años) y Sx (desv. Típica)		
---	--	--

Item 26: SEXO1 (<i>Marcar con "X" lo que proceda</i>)		
	1) Sólo hombres	
	2) Sólo mujeres	
	3) Mixto	
Item 27: SEXO2. % de hombres		

Item 28: DIAGNOS. Criterio diagnóstico utilizado (<i>Marcar con "X" lo que proceda</i>)			
	1) DSM-III		5) CIE-9 (ICD)
	2) DSM-III-R		6) CIE-9-MC (ICD)
	3) DSM-IV		7) CIE-10 (ICD)
	4) DSM-IV-R (TR)		8) RCT (Research Diagnostic Criteria)
Item 29: DIAGNOS2. Instrumentos estandarizados para evaluar sintomatología.			
	1) Beck Depression Inventory (BDI)		
	2) SCL-90		
	3) Otros		

Item 30: TIPO DE TRASTORNO (<i>Marcar con "X" lo que proceda, pueden marcarse varias¹</i>) 0=no, 1=si			
0	1	1.1) Depresión	
0	1	1.2) Dependencia a sustancias	
0	1	1.3) Trastorno adaptativo	
0	1	1.4) Otros	

Item 31: HISTORIA. Antigüedad del problema (media en años)	<i>Valor</i> xx,xx
---	-----------------------

Item 32: PREVIO. ¿Se habían puesto los sujetos bajo tratamiento previo? (Marcar con "X" lo que proceda)	
	1) Sí (la mitad o más de la mitad)
	2) No (ninguno se había puesto bajo tratamiento previo)
	3) Mixto (menos de la mitad se habían puesto bajo tratamiento previo)

Item 33: FARMAC1. % Pacientes con medicación previa al tratamiento	Valor xx,xx
Item 34: FARMAC1. % Pacientes que toman medicación durante el tratamiento	Valor xx,xx

Item 35: COMORBIL1 (Marcar con "X" lo que proceda)	Item 36: COMORBIL2 (Marcar con "X" lo que proceda, pueden marcarse varias ¹) 0=no, 1=si		
1) Presencia de otros trastornos	0	1	2.1) Depresivos
2) Ausencia de otros trastornos	0	1	2.2) Trastorno de pánico con agorafobia
	0	1	2.3) Trastorno de pánico con agorafobia
	0	1	2.4) TEPT
	0	1	2.5) TOC
	0	1	2.6) T. alimentarios
	0	1	2.7) T. Personalidad.

VARIABLES METODOLÓGICAS

Item 37: PRETEST (Marcar con "X" lo que proceda)		Item 38: ASIGNA1 (De los pacientes al GC o GT)(Marcar con "X" lo que proceda)	
	1) Sí		1) No aleatoria
	2) No		2) Aleatoria
Item 39: ASIGNA2 (De los pacientes a los terapeutas) (Marcar con "X" lo que proceda)		Item 40: CONTROL (Marcar con "X" lo que proceda)	
	1) No aleatoria		1) Control activo
	2) Aleatoria		2) Control inactivo. Tipo ⁴ :

Item 41: FIABJUECESADHE.		Item 41b: FIABJUECESCOMPET.	
---------------------------------	--	------------------------------------	--

Item 41c: INTSMEDAHD		Item 41d: FIABJUECESCOMPET.	
	1) Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale (CSPRS)		1) Cognitive Therapy Scale (CTS)
	2) Otros instrumentos validados		2) Otros instrumentos validados
	3) instrumentos no validados		3) instrumentos no validados

Item 42: SEGUIMIENTO. Seguimiento más largo (en meses)	
---	--

TAMAÑOS MUESTRALES

PRETEST	POSTEST	SEGUIMIENTO
Item 43a: NPREtto.: _____	Item 44a: NPOStrat.: _____	Item 45a: NSEGtrat.: _____
Item 43b: NPREcont.: _____	Item 44b: NPOScout.: _____	Item 45b: NSEGcont.: _____
Item 43c: NPREtotal:	Item 44c: NPOSTotal: _____	Item 45c: NSEGtotal: _____

MORTALIDAD EXPERIMENTAL

POSTEST	SEGUIMIENTO
Item 46a. MORTALTTOP: <i>Valor xx,xx</i>	Item 47a. MORTALTTOS: <i>Valor xx,xx</i>
Item 46b. MORTALCONTROLP: <i>Valor xx,xx</i>	Item 47b. MORTALCONTROLS: <i>Valor xx,xx</i>
Item 46c. MORTAL DIFERENCIALP: <i>Valor xx,xx</i>	Item 47c. MORTAL DIFERENCIAIS: <i>Valor xx,xx</i>

CALIDAD DEL DISEÑO

Item 48: AZAR:	Item 51: MORTAL:
Item 49: CONTROL2:	Item 52: ANÁLISIS:
Item 50: MUESTRA:	Item 53: ENMASCARAMIENTO:
Item 54: CALIDAD (suma de los Items 49-54):	

VARIABLES EXTRÍNSECAS

Item 55: FECHA. Año de realización del estudio	
---	--

Item 56: FORMA. Preparación profesional del primer autor (<i>Marcar con "X" lo que proceda</i>)			
	1) Psicólogo		5) Otros. Especificar ² :
	2) Psiquiatra		
	3) Médico		

Item 57: PUBLIC (<i>Marcar con "X" lo que proceda</i>)		Item 58: FUENTE (<i>Marcar con "X" lo que proceda</i>)	
	1) No publicado		1) Artículo de revista
	2) Publicado		2) Capítulo de libro
			3) Libro / monografía
			4) Manuscrito no publicado
			5) Comunicación a congreso
			6) Informe técnico
			7) Tesis Doctoral
			8) Otros. Especificar ² :

1: En el SPSS se indicará con "0" cuando no proceda y con "1" si está incluida en el tratamiento (variable dicotómica).

2: Si se marca la casilla "otras", se especificará.

3: Se consignará en la variable el número que corresponda. Si es mixto se indicarán los que correspondan en la codificación dicotómica:

4. Se consignará si el grupo de control es de lista de espera, placebo psicológico, etc.

ANEXO 5: Tablas resumen de características de los 31 estudios incluidos en el meta-análisis.

Autor	Año de publicación	Mide adherencia	Mide competencia	Utiliza manual	Tratamiento	Operador externo	Evaluador externo	Instrumento diagnóstico
Bright et al.	1999	Sí	No	Sí	Terapia cognitivo-conductual	No	Sí	Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
DeRubeis y Feeley	1990	Sí	No	Sí	Terapia cognitivo-conductual	Sí	No	Beck Depression Inventory (BDI)
Feeley et al.	1999	Sí	No	No	Terapia cognitivo-conductual	Sí	No	Beck Depression Inventory (BDI)
Gaston et al.	1994	Sí	No	Sí	Terapia Psicodinámica Breve	Sí	Sí	Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)
Gaston et al. (a)	1998	Sí	No	Sí	Terapia de conducta	Sí	No	Beck Depression Inventory (BDI)
Gaston et al. (b)	1998	Sí	No	Sí	Terapia cognitivo-conductual	Sí	No	Beck Depression Inventory (BDI)
Gaston et al. (c)	1998	Sí	No	Sí	Terapia Psicodinámica Breve	Sí	No	Beck Depression Inventory (BDI)
Huppert et al.	2006	Sí	No	Sí	Terapia cognitivo-conductual	Sí	Sí	Panic Disorder Severity Scale (PDSS)
Luborsky et al (a)	1985	Sí	No	Sí	Psicoterapia de apoyo- expresiva	Sí	No	Beck Depression Inventory (BDI)
Luborsky et al (b)	1985	Sí	No	Sí	Terapia cognitivo-conductual	Sí	No	Beck Depression Inventory (BDI)
Luborsky et al (c)	1985	Sí	No	Sí	<i>Counseling</i>	Sí	No	Beck Depression Inventory (BDI)
Marziali	1991	Sí	No	Sí	Terapia Psicodinámica Breve	No	Sí	Malan's Global Index

Autor (Cont.)	Año de publicación	Mide adherencia	Mide competencia	Utiliza manual	Tratamiento	Operador externo	Evaluador externo	Instrumento diagnóstico
Piper et al.	1991	Sí	No	Sí	Terapia Psicodinámica Breve	Sí	No	Beck Depression Inventory (BDI)
Spektor (a)	2008	Sí	No	Sí	Terapia relacional breve	Sí	No	SCL-90
Spektor (b)	2008	Sí	No	Sí	Terapia cognitivo-conductual	Sí	No	SCL-90
Spektor (c)	2008	Sí	No	Sí	Terapia adaptativa breve	Sí	No	SCL-90
Strunk et al	2010	Sí	No	Sí	Terapia cognitivo-conductual	Sí	No	BDI-II
Webb et al. CPT-II	2012	Sí	Sí	Sí	Terapia cognitivo-conductual	Sí	No	Beck Depression Inventory (BDI)
Webb et al. UW	2012	Sí	Sí	Sí	Terapia cognitivo-conductual	Sí	No	BDI-II
Barber et al.	2008	Sí	Sí	Sí	<i>Counseling</i>	Sí	No	Addiction Severity Index (ASI)
Boswell et al	2013	Sí	Sí	Sí	Terapia cognitivo-conductual	Sí	No	Panic Disorder Severity Scale (PDSS)
Gibbons et al	2010	Sí	Sí	Sí	Entrevista motivacional	No	No	Motivación al cambio (MI)
Paivio et al	2004	Sí	Sí	Sí	Terapia de trauma Focalizada en las emociones	No	No	SCL-90
Shaw et al	1999	Sí	Sí	Sí	Terapia cognitivo-conductual	Sí	Sí	Beck Depression Inventory (BDI)
Hoffart et al	2005	No	Sí	Sí	Terapia focalizada en el esquema para T. Personalidad	No	Sí	Beck Depression Inventory (BDI)
Kuyken	2009	No	Sí	Sí	Terapia cognitivo-conductual	Sí	No	BDI-II

Autor	Año de publicación	Problema	% hombres	Edad media (DT)	Media años experiencia de los terapeutas	País	Lugar	Correlación adherencia y resultados	Correlación competencia y resultados	Puntuación "calidad" (0-6)
Bright et al.	1999	Depresión	28	45,8	4	EEUU	Universidad	.38	.	2,5
DeRubeis y Feeley	1990	Depresión	5	35,2 (12,4)	.	EEUU	Universidad	.28	.	3,5
Feeley et al.	1999	Depresión	12	32,9 (11,2)	3,5	EEUU	Clínica	.225	.	3,5
Gaston et al.	1994	Trastorno adaptativo	40,5	29,5 (5,1)	10	Canada	Universidad	0	.	4
Gaston et al. (a)	1998	Depresión	38	67,07 (6,01)	.	Canada	Universidad	.18	.	4,31
Gaston et al. (b)	1998	Depresión	29	60,56 (5,84)	.	Canada	Universidad	.14	.	4,31
Gaston et al. (c)	1998	Depresión	42	65,89 (4,01)	.	Canada	Universidad	.19	.	4,31
Huppert et al.	2006	Trastorno de ataque de pánico	38	30	8,9	EEUU	Clínica	-.24	.	4,85
Luborsky et al (a)	1985	Dependencia a sustancias	100	25,7	.	EEUU	Clínica	.6	.	4,5
Luborsky et al (b)	1985	Dependencia a sustancias	100	36,5	.	EEUU	Clínica	.5	.	4,5
Luborsky et al (c)	1985	Dependencia a sustancias	100	39,01	.	EEUU	Clínica	.22	.	4,5
Marziali	1991	Depresión	16	27	12	Canada	Clínica	.57	.	2,34
Piper et al.	1991	Trastorno adaptativo	35	31	11,5	Canada	Clínica	.34	.	4

Autor (Cont.)	Año de publicación	Problema	% hom-bres	Edad media (DT)	Media años experiencia de los terapeutas	País	Lugar	Correlación adherencia y resultados	Correlación competencia y resultados	Puntuación "calidad" (0-6)
Spektor (b)	2008	Trastorno adaptativo	71	41,14 (10,53)	.	EEUU	Clínica	.13	.	3,5
Spektor (c)	2008	Trastorno adaptativo	.	.	.	EEUU	Clínica	.29	.	3,5
Strunk y cols.	2010	Depresión	42	40 (12)	10	EEUU	Universidad	-.06	.	4
Webb y cols. CPT-II	2012	Depresión	41	40 (12)	10	EEUU	Universidad	.2	.	3,85
Webb y cols. UW	2012	Depresión	44	39,9 (10,97)	14	EEUU	Universidad	.6	.	3,89
Barber y cols.	2008	Dependencia a sustancias	81	33 (6,1)	.	EEUU	Clínica	.35	.25	3,87
Boswell y cols	2013	Trastorno de ataque de pánico	32	37 (12)	11,3	EEUU	Universidad	.08	.15	4,18
Gibbons y cols	2010	Dependencia a sustancias	.	.	.	EEUU	Clínica	.14	.34	3,89
Paivio y cols	2004	TEPT	12	38 (11,32)	5,9	Canada	Universidad	.22	.13	2
Shaw y cols	1999	Depresión	.	.	10	Canada	Universidad	.19	.04	4,61
Hoffart y cols	2005	Trastorno de personalidad	20	40,1 (9,5)	.	Noruega	Clínica	.	.37	3
Kuyken	2009	Distimia	29	34,84 (11,91)	.	EEUU	Clínica	.	.28	4
O'Malley	1988	Depresión	44	36 (6,2)	15	EEUU	Clínica	.	.56	4
Sachs	1983	Depresión	100	.	.	EEUU	Universidad	.	-.51	3,5
Strunk y cols	2010	Depresión	42	40 (12)	10	EEUU	Universidad	.	.23	4,25

Autor (Cont.)	Año de publicación	Problema	% hom-bres	Edad media (DT)	Media años experiencia de los terapeutas	País	Lugar	Correlación adherencia y resultados	Correlación competencia y resultados	Puntuación "calidad" (0-6)
Svartberg y cols	1992	Trastorno de ataque de pánico	40	30	5	Noruega	Universidad	.	.36	3
Trepka y cols	2004	Depresión	30	34,3 (9,36)	3	Gran Bretaña	Universidad	.	-.47	3,2

