

Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica

Antonio Francisco Romero Moreno*

Centro Universitario de Estudios Sociales. Universidad de Cádiz

Resumen: El presente trabajo tiene por objetivo analizar la atribución que hacen los psicoterapeutas sobre los factores responsables de la cura en el proceso psicoterapéutico. Se pretende averiguar si tal responsabilidad atribuida recae sobre las variables específicas de la psicoterapia (el enfoque y las técnicas utilizadas) o sobre los denominados factores comunes (variables del paciente, del terapeuta y de la relación terapeuta-paciente). Partiendo de una extensa revisión previa de la investigación en psicoterapia, se realiza un amplio análisis sobre las respuestas de una población de psicoterapeutas a un cuestionario creado ad hoc, a fin de comprobar en qué medida las conclusiones a las que ha llegado tal investigación han servido para modificar la opinión generalizada entre los psicoterapeutas de que el principal factor responsable de la cura se debe fundamentalmente a la técnica empleada, entendida como variable específica. Concluimos que no se puede inferir un posicionamiento claro en los terapeutas hacia los factores específicos o comunes como los principales responsables del cambio terapéutico. Asimismo, consideran mayoritaria y significativamente, que los distintos modelos psicoterapéuticos no tienen una efectividad similar. Aparecen discrepancias entre las conclusiones a las que se han llegado desde la investigación en psicoterapia y lo manifestado por los terapeutas estudiados. Se proponen vías de actuación y líneas de investigación a seguir.

Palabras clave: Efectividad; psicoterapia; factores comunes; variables específicas.

Title: Attributional factors of the psychotherapeutic effectiveness.

Abstract: The aim of this research is to analyze the attribution given by the psychotherapists on the responsible factors of the cure in the psychotherapeutic process when finding out if that fitted responsibility relies on the specific variables of the psychotherapy (especially on the approach and the techniques used) or on the so called common factors (variables of the patient, the therapist and the relation therapist-patient). With this aim, and through a wide of the answers of a population of psychotherapists to a questionnaire designed ad hoc, we will try to prove if the conclusions obtained in the investigation of the results and the therapeutic processes up to the moment are useful to modify the generalized opinion among the psychotherapists that the main responsible factor of the cure is the technique used, understanding it as a specific variable. Among the main conclusions obtained, we need to mention the fact that the therapist cannot infer a clear position towards the specific or common factors being the main responsible for the therapeutic change. Likewise, the therapists consider mostly and significantly that the different psychotherapeutic patterns do not have a similar effectiveness. We also observe different discrepancies among the conclusions reached by the psychotherapy research and those stated by the therapists analyzed. Research and action lines are proposed.

Key words: Effectiveness; psychotherapy; common factors; specific variables.

Introducción

El presente estudio pretende determinar la responsabilidad atribuida por los psicoterapeutas a las diferentes variables que intervienen en el proceso terapéutico. Debido a que tradicionalmente se atribuyó a la técnica empleada la responsabilidad principal en el proceso de cura (Critelli y Neumann, 1984), es de esperar que los psicoterapeutas aún mantengan ciertas convicciones sobre la especial relevancia de su técnica como elemento determinante en la mejora del paciente (Botella y Feixas, 1994). No obstante, los resultados en la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia han mostrado que parecen ser las variables comunes relacionadas con el paciente (expectativa de cura, fe en el terapeuta, etc.), con el terapeuta (empatía mostrada, capacidad de escucha, etc.) y, en especial, con la interacción terapéutica (alianza terapéutica) las que explicarían un mayor porcentaje del cambio terapéutico (Kernberg, Burstein, Coyne, Appelbaum, Horwitz y Voth, 1972; Strupp, 1973; Frank, 1982; Beutler, Crago y Arizmandi, 1986; Greenberg y Pinsof, 1986; Garske y Jay Linn, 1988; Luborsky, Crist-Cristoph, Metz y Auerbach, 1988; Caro y Safran, 1991; Castillo y Poch, 1991; Lambert, 1992; Caro, 1993; Feixas y Miró, 1993; Safran, Muran, Samstag, Inck y Santangelo, 1993; Botella y Feixas, 1994; Safran y Muran, 1998, 2000; Safran, 2002; Samstag, Muran, y Safran, 2004; entre otros). En este sentido, resulta

interesante comprobar hasta qué punto estos resultados han llegado a la comunidad de psicoterapeutas y, aún más importante, en qué medida han servido para modificar en éstos la creencia tradicional que otorga a la técnica empleada, derivada de la orientación teórica, la responsabilidad principal en el proceso de cura terapéutica.

Siguiendo esta línea de actuación, es preciso analizar el grado de responsabilidad sobre la cura que los psicoterapeutas otorgan a las diferentes variables que intervienen en la psicoterapia, y, asimismo, comprobar si determinadas condiciones del terapeuta pueden incidir en la opinión que muestran al respecto. Nos referimos a aspectos tales como la orientación teórica del terapeuta, su experiencia, frecuencia con la que acceden a publicaciones especializadas sobre investigación en psicoterapia, así como otras posibles variables sociodemográficas que tal vez puedan hacer que tal atribución se haga de forma diferente en psicoterapeutas diferenciados en cuanto a esas variables.

En definitiva, se trata de esclarecer si los resultados y conclusiones a los que se han llegado desde la investigación de resultados y de procesos terapéuticos en los últimos tiempos, han sido asumidas por los terapeutas objeto de estudio.

Método

Participantes

La población objeto de estudio incluía a la totalidad de psicoterapeutas incluidos en el directorio de Gabinetes de Psicología del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental (Sevilla, Cádiz, Huelva y Córdoba), a los cuales se

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Antonio Fco. Romero Moreno. Centro Universitario de Estudios Sociales. Avda. León de Carranza, s/n. 11407 Jerez de la Frontera (Cádiz, España). E-mail: antonio.romero@cuesociales.com

le administró un cuestionario sobre atribución de la efectividad psicoterapéutica. Dichos terapeutas difieren en cuanto a sus orientaciones teóricas, grados de experiencia, etc. Del conjunto de psicoterapeutas incluidos en tal directorio, que abarcaba a un total de 134 terapeutas, un total de 69 sujetos cumplieron los cuestionarios tras dos envíos o llamamientos realizados en los meses de Junio de 2002 y Septiembre del mismo año.

De los psicoterapeutas encuestados, 35 eran hombres y 34 mujeres, repartiéndose ambos sexos casi al 50%. El promedio de edad de la población encuestada, ésta era de 41.5 años. En lo que se refiere al nivel de estudios, el 52.2% tenían una titulación universitaria de grado superior y el 47.8% de postgrado/doctorado. En cuanto a la experiencia que poseían como psicoterapeutas, la mayor parte de los sujetos estudiados decían tener una experiencia superior a 9 años (el 78.3%), seguidos por los que tienen una experiencia entre 6 y 9 años (el 14.5%), entre 0 y 3 años (el 4.3%) y por último, los que declaraban tener una experiencia de entre 3 y 6 años, representado sólo un 2.9% de los encuestados.

En lo que se refiere a su orientación teórica, la más señalada fue la cognitiva-conductual, abarcando un 44.9% del total de la población encuestada, seguida por la orientación psicodinámica representando un 26.1%, la orientación ecléctica con un 15.9% y la orientación humanista-sistémica con un 10.1 %.

Instrumento

Se administró una encuesta elaborada al efecto sobre atribución de la efectividad psicoterapéutica. Era nuestra intención garantizar la validez de contenido de las variables que en la literatura sobre investigación psicoterapéutica se han descrito como posibles interventoras en la obtención del cambio terapéutico en el paciente. Ya que los psicoterapeutas objeto de estudio debían realizar valoraciones acerca de dichas variables, era necesario delimitar, de entre las que propone la literatura, aquellas que en mejor medida puedan servir para explicar el proceso de cura terapéutica.

Para ello se realizó, como paso previo para la confección del cuestionario, una profunda revisión bibliográfica sobre la investigación de resultados y procesos terapéuticos, con el objeto de que el mismo incluyera preguntas e ítems relevantes a analizar. Una vez seleccionadas de la literatura aquellas variables que con mayor énfasis han sido analizadas como posibles responsables de la mejora, el procedimiento elegido para determinar la validez del cuestionario fue el *juicio de expertos* descrito por Osterlind (1989). Se remitió un cuestionario a un grupo seleccionado de expertos en psicoterapias y tratamientos psicológicos, a los que se les pidió su colaboración para que valorasen el grado de congruencia en la asignación de los diferentes ítems a los objetivos planteados. Un total de doce jueces contestaron al cuestionario. A continuación, a partir de las respuestas de los jueces se calculó el índice de congruencia entre el ítem y el objetivo (Rovinelli y Hambleton, 1977; Hambleton, 1980).

El juicio de expertos consideró idóneas todas las variables propuestas excepto la referida al “Bienestar emocional del terapeuta” que al no alcanzar el nivel mínimo requerido para su aceptación en el cuestionario ($I_{ik} > .5$) no se incluyó en el mismo. Las variables consideradas por los jueces como las más congruentes con los objetivos propuestos, esto es, las que fueron señaladas más idóneas para poder comprender su valor en la efectividad de la psicoterapia, fueron “la experiencia del terapeuta” con un acuerdo pleno de los jueces ($I_{ik} = 1$), “la expectativa de cura del paciente” y “la implicación del paciente” (ambas con un $I_{ik} = .916$).

Una vez determinada la validez del cuestionario, se hizo necesario establecer la fiabilidad del mismo ya que, junto con la validez, es un requisito mínimo de todo buen instrumento de medición. Para establecer dicha fiabilidad se eligió el modelo de consistencia interna de Cronbach (1951), conocido más comúnmente como modelo *alfa*. Este modelo asume que la escala está compuesta por elementos homogéneos que miden la misma característica y que la consistencia interna de la escala puede evaluarse mediante la correlación existente entre todos sus elementos.

En nuestro estudio, el modelo *alfa* se utilizó para determinar la fiabilidad de los ítems centrales del cuestionario. Dichos ítems hacían referencia a las variables psicoterapéuticas consideradas relevantes en el proceso de cura y ante las cuales los psicoterapeutas debían realizar una valoración de 1 a 5 (donde 1 era “no influye nada en la mejora del paciente” y 5 “influye mucho en la mejora del paciente”). Tales variables fueron las siguientes: 1) Enfoque terapéutico; 2) Técnicas o procedimientos utilizados; 3) Expectativa de cura del paciente; 4) Implicación del paciente; 5) Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente; 6) Empatía del terapeuta; 7) Directividad/apoyo del terapeuta; 8) Percepción del terapeuta de la implicación; 9) Capacidad del terapeuta de influir en el paciente; 10) Grado de aceptación, interés y ánimo mostrado por el terapeuta; 11) Experiencia del terapeuta; 12) Establecimiento de alianza terapéutica.

En concreto, el valor del coeficiente *alfa* que se obtuvo para los 12 ítems fue de 0.727 para un total de 63 casos válidos. Este coeficiente, considerando lo expresado por Carmines y Zeller (1979) y Pedhazur y Schmelkin (1991), está indicando una consistencia interna más que satisfactoria para ese número de ítems. Además, la eliminación de cualquiera de los 12 ítems no hacía aumentar sustancialmente el coeficiente de fiabilidad (valor *alfa* total), por lo que no hubo necesidad de eliminar ninguno de ellos. Se concluyó así que, con los valores obtenidos, la fiabilidad del instrumento estaba asegurada.

En definitiva, la composición del cuestionario abarcó una amplia variedad de preguntas, todas ellas codificadas y cerradas, posibilitando al sujeto la elección entre las diferentes respuestas que se le proponían. Las preguntas de carácter perceptivo se constituyeron a través de escalas tipo Likert, mediante las cuales los sujetos se debían posicionar ante el grado de aceptación o rechazo del ítem propuesto. En la encuesta se podían distinguir tres bloques temáticos:

- A.- *Características socio-demográficas*: Sexo y edad, nivel de estudios y provincia de ejercicio de la psicoterapia.
- B.- *Características propias del terapeuta*: Experiencia como psicoterapeuta, orientación teórica y acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia.
- C.- *Valoración de las variables que intervienen en la psicoterapia*: Aquí se incluía la batería de preguntas más relevante de la encuesta. Se profundizó en la valoración que los psicoterapeutas concedían a los diferentes factores y variables que intervienen en la psicoterapia y median en el cambio terapéutico. También se incluyeron cuestiones tales como el posicionamiento entre factores comunes y variables específicas de la psicoterapia, percepción de los encuestados acerca de la similitud o no de las psicoterapias en cuanto a su efectividad, elección de la orientación psicoterapéutica más efectiva según el encuestado, etc.

Procedimiento

La fuente primaria de esta investigación fue la encuesta. Partiendo de un diseño *cuasi-experimental* como es éste, una vez cumplimentadas las encuestas y obtenidos los datos, se obtuvieron, en un primer abordamiento, las frecuencias y los estadísticos descriptivos básicos, además de realizar pruebas no paramétricas (pruebas de bondad del ajuste como la X^2 para una muestra y la binomial). También se realizaron cruces de contingencia y pruebas de X^2 entre aquellas variables que se estimaron oportunas, a fin de confirmar o desconfirmar la existencia de relaciones entre las variables cruzadas. A un nivel más profundo, se realizaron análisis de varianzas de un factor (con comparaciones a posteriori y planeadas) realizando, en aquellos casos en los que se pretendía comprobar la existencia de posibles diferencias significativas en la valoración de las variables psicoterapéuticas, contrastes de medias tanto para muestras independientes como relacionadas. Dado el número de variables psicoterapéuticas analizadas (en total, doce variables entre específicas y comunes), interés realizar un análisis factorial exploratorio, como técnica de reducción de datos, a fin de encontrar grupos homogéneos de estas variables y poder así reducir tal cantidad de variables a un número menor. El análisis de la matriz de correlaciones y un coeficiente de Kaiser-Mayer-Olkin de 0.586 indicaron que el análisis factorial era un método adecuado a aplicar a los datos. Asimismo, el valor de la prueba de Barlett ($\text{sig.} = .000$) permitía asegurar que el modelo factorial era apropiado para explicar los datos. Se empleó un método de rotación Varimax. La carga factorial mínima para cada ítem se fijó en 0.3, adecuada para una muestra de este tamaño ($N = 69$). En la primera solución libre emergieron cuatro factores, explicando un 58.80% de la varianza de los datos originales (24.291%, 14.231%, 10.662%, 9.617%, respectivamente).

Considerando el marco teórico en el que se insertan las variables iniciales, la denominación que se propuso para los factores fue la siguiente:

Factor I – Factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza

Factor II – Factores comunes del terapeuta.

Factor III – Factores específicos.

Factor IV – Factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia.

Resultados

Como se ha señalado, las distintas variables presentadas a los psicoterapeutas podían clasificarse en dos categorías, esto es, factores específicos y factores comunes. Se analizó el posicionamiento de los psicoterapeutas del estudio respecto a los factores que en mayor medida consideraban responsables de la cura de un paciente que pasa por psicoterapia. Una primera visión de los datos (ver Figura 1) muestra que los factores comunes son elegidos en un mayor porcentaje como los principales responsables de la cura terapéutica. El segundo porcentaje corresponde a la acción conjunta de ambos factores (específicos y comunes), mientras que los factores menos señalados son los de tipo específico. No obstante, dichas diferencias en la elección de los factores responsables de la cura no son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 3.701$, $p = .157$). Tampoco se encuentra diferencia significativa entre el porcentaje de terapeutas que se decanta por los factores comunes y el que lo hace por los factores específicos ($p = .09$).

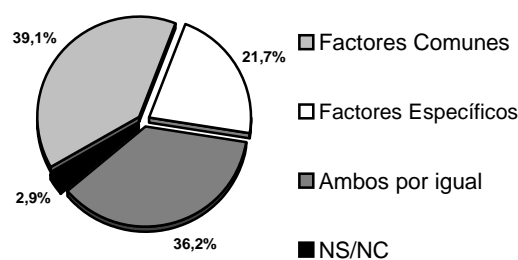


Figura 1: Factores más relevantes en una psicoterapia efectiva según los encuestados.

De igual forma, diversos contrastes de proporciones realizados nos revelan que en ninguna de las orientaciones teóricas se encuentran diferencias significativas a favor de algún factor sobre el otro. Estos resultados quedan reflejados en la Figura 2.

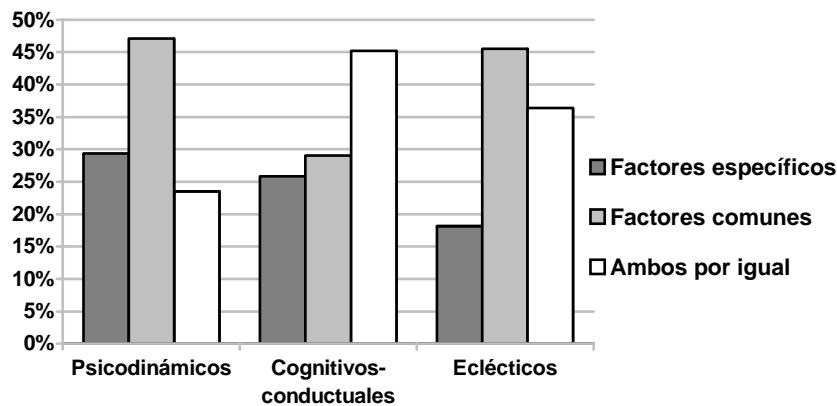


Figura 2: Elección de los factores más relevantes según la orientación teórica.

Asimismo, el análisis de los factores que se desprende del análisis factorial revela que para el conjunto de los psicoterapeutas estudiados, la comparación entre el tercer factor (que aglutina a las variables terapéuticas de tipo específico) con respecto a cada uno de los restantes tres factores (factores I, II y IV, que aglutina a las variables comunes) no da lugar a ninguna diferencia significativa.

Además, al comparar las puntuaciones medias de cada una de las dos variables específicas con las del resto de las variables comunes, se observa que de las veinte comparaciones realizadas, en diez de ellas aparecen diferencias significativas, repartiéndose de forma bastante equilibrada el número

de las que se encuentran a favor de variables comunes (un total de seis) y las que lo están a favor de variables específicas (un total de cuatro).

Casi tres cuartas partes (73.9%) de los psicoterapeutas encuestados no considera que las distintas modalidades de psicoterapia sean similarmente efectivas, mientras que casi la cuarta parte restante (23.2%) sí considera que son semejantes en cuanto a su efectividad (ver Figura 3). La prueba binomial revela que el porcentaje de sujetos en contra de la equivalencia de las psicoterapias es significativamente mayor que el porcentaje que se manifiesta a favor de la misma ($p = .000$).

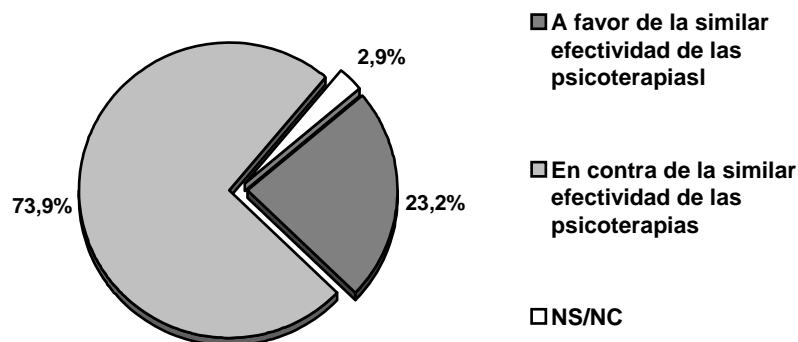


Figura 3: Posicionamiento de los psicoterapeutas sobre la similitud en cuanto a eficacia de las distintas modalidades de psicoterapia.

Cuando los terapeutas que previamente habían considerado que las diferentes modalidades de psicoterapia no eran similarmente efectivas tuvieron que elegir qué modalidad consideraban entonces por encima de las demás, se decantaron mayoritariamente por aquella a la que se suscribían. Así, si tomamos el conjunto de estos psicoterapeutas, el porcentaje que elige la propia modalidad como la más efectiva es significativamente superior al porcentaje que elige alguna otra modalidad ($p = .000$). Un análisis más detallado nos

informa que, en concreto, son los psicoterapeutas psicodinámicos y cognitivos-conductuales en los que se manifiesta tal diferencia significativa a favor de la efectividad de la propia terapia ($p = .000$, en ambos casos). En los terapeutas eclécticos, sin embargo, el porcentaje que elige la propia terapia como la más efectiva no es significativamente mayor que el que elige la de otra modalidad ($p = .688$).

La prueba binomial nos informa que, dentro de los terapeutas que se decantan por los factores comunes, no existe

una diferencia significativa entre los que se encuentran a favor de la equivalencia y los que se manifiestan en contra de la misma ($p = .845$).

No obstante, casi la mitad de los psicoterapeutas que están a favor de los factores comunes se encuentran más dispuestos a reconocer la equivalencia de las psicoterapias, mientras que de entre los que se posicionan a favor de los factores específicos, no hay ninguno que se manifieste a favor de tal equivalencia. Así, de los terapeutas que consideran a los factores específicos como los más relevantes, la proporción en contra de la efectividad similar es significativamente mayor que la proporción que se manifiesta a favor de la misma ($p = .000$).

Dentro de los factores comunes, como se ha señalado, pueden a su vez distinguirse tres conjuntos de variables: las relativas al paciente, al terapeuta y a la interacción terapéutica. Es interesante comprobar si los terapeutas que señalan a los factores comunes como los más relevantes en el proceso terapéutico, atribuyen una importancia mayor a algunos de estos conjuntos de variables encuadrados en tales factores comunes (ver Figura 4). Los datos nos muestran que, en estos terapeutas, la variable "factor común más importante en la mejora", no se distribuye uniformemente, encontrándose que la mayor proporción corresponde a los que se de-

cantan por las variables de la relación terapéutica ($\chi^2 = 7.462$, $gl = 2$, $p = .024$).

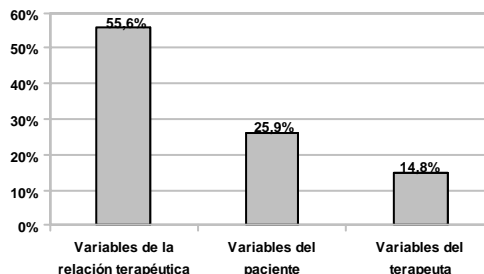


Figura 4: Elección de las variables comunes más relevante.

El porcentaje de terapeutas de mayor experiencia (más de 9 años de práctica clínica) que se posiciona a favor de los factores comunes es significativamente mayor que el que lo hace a favor de los factores específicos ($p = .018$) (ver Figura 5). En el caso de los terapeutas de menor experiencia (menos de 9 años de práctica clínica) no se encuentran diferencias significativas al respecto ($p = .453$). Por otro lado, tanto los terapeutas de mayor como los de menor experiencia se manifiestan de forma significativa en contra de la efectividad similar de los distintos modelos terapéuticos ($p = .003$ y $p = .002$, respectivamente).

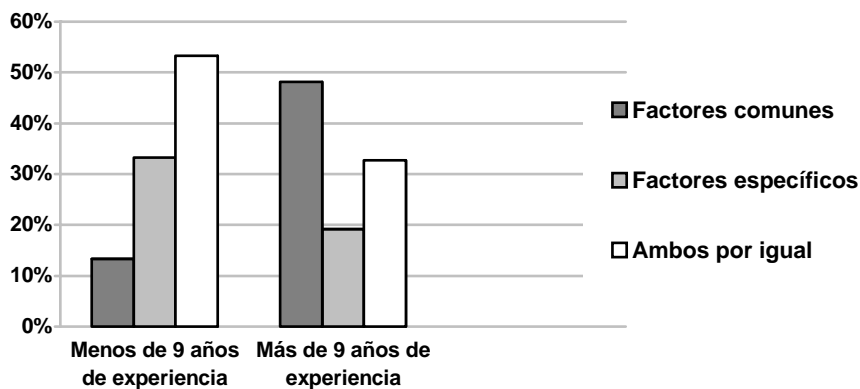


Figura 5: Elección del factor preferentemente responsable de la cura según la experiencia de los terapeutas.

Los terapeutas que acceden de forma habitual a las publicaciones especializadas no se distribuyen uniformemente en la variable "factor preferentemente responsable de la cura", hallándose que la mayor frecuencia corresponde a los que se decantan por los factores comunes ($\chi^2 = 6.488$, $gl = 2$, $p = .039$) (ver Figura 6). En la comparación concreta entre factores comunes y factores específicos, encontramos que, en estos terapeutas, el porcentaje que se decanta por los factores comunes es significativamente mayor al que lo hace por los factores de tipo específico ($p = .026$). En los terapeutas que acceden ocasionalmente a dichas publicaciones, sin embargo, no se hallan tales diferencias significativas ($p = 1$). Tanto en los que acceden habitual como ocasionalmente

a estas publicaciones, la proporción de terapeutas que se decanta en contra de la efectividad similar es superior significativamente a la de los que se decantan a favor de la misma ($p = .002$ y $p = .011$, respectivamente).

Si nos centramos en los terapeutas que se encuentran a favor de la efectividad similar de los distintos modelos psicoterapéuticos, las tres cuartas partes (75%) consideran a los factores comunes como los máximos responsables de la efectividad de los tratamientos psicológicos. Una cuarta parte (25%) señala a los factores comunes y específicos por igual y cabe destacar que ninguno de ellos señala a los factores específicos como los más relevantes en el proceso terapéutico (ver Figura 7).

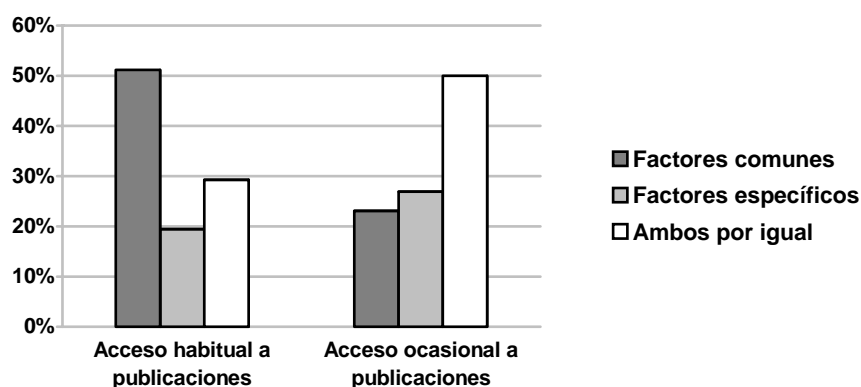


Figura 6: Elección de los factores más relevantes según el nivel de acceso a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia.

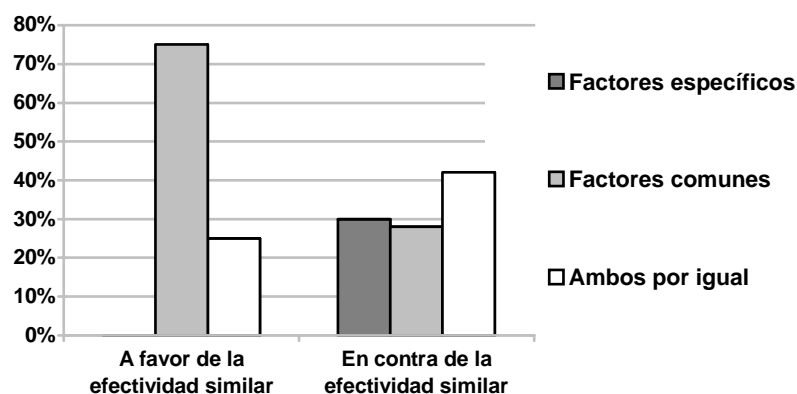


Figura 7: Factores que intervienen en la psicoterapia en relación al posicionamiento de los psicoterapeutas sobre la efectividad similar de las diferentes modalidades de psicoterapia.

En estos terapeutas, se manifiesta un posicionamiento claro a favor de los factores comunes sobre los de tipo específico (de hecho, ninguno de los terapeutas que creen en la similar eficacia de las psicoterapias señala a los factores específicos como los más relevantes en el proceso de cura terapéutica) ($p = .000$). Un análisis más exhaustivo nos lleva a analizar las valoraciones que estos psicoterapeutas hacen de las variables psicoterapéuticas presentadas en la encuesta. Así, de las diez comparaciones realizadas entre la variable específica “enfoque terapéutico” y cada una de las variables comunes presentadas, se obtienen diferencias significativas en ocho de ellas, a favor siempre de las variables comunes. En cuanto a las comparaciones realizadas entre la otra variable específica, esto es, las “técnicas y procedimientos utilizados” y las diez variables comunes del estudio, se obtiene, asimismo, un número apreciable de diferencias significativas también a favor de las variables comunes (en concreto, seis diferencias significativas encontradas en las diez comparaciones realizadas). Esto quiere decir que de un total de veinte comparaciones, se dan catorce diferencias significativas, todas ellas a favor de variables comunes (mientras que en el

caso de los terapeutas que están en contra de la equivalencia de las psicoterapias, al realizar las mismas comparaciones, sólo se hallan ocho diferencias significativas, siendo tan sólo tres de ellas a favor de variables comunes). En la misma línea, si observamos los datos que se desprenden del análisis factorial, encontramos que los terapeutas que se posicionan a favor de la equivalencia de las psicoterapias puntúan significativamente menos al Factor III (factor específico, ya que aglutina a las variables de dicha modalidad), que a dos factores comunes (Factores I y II, esto es, las variables comunes de orden perceptivo favorecedoras de la alianza y las variables comunes del terapeuta) ($t = -2.186$, $p = .046$ y $t = -5.618$, $p = .000$, respectivamente). Además, sólo los terapeutas que se posicionan a favor de la equivalencia de las psicoterapias muestran tales diferencias a favor de dichos factores comunes en relación con el conjunto de los psicoterapeutas del estudio, ya que en éstos no se halla diferencia significativa alguna al contrastar los distintos factores.

Si atendemos a los terapeutas que están en contra de la efectividad similar, encontramos que no se decantan de forma significativa por los factores específicos sobre los comu-

nes ($p = 1$). Este resultado queda confirmado en el análisis factorial al comparar las puntuaciones medias que estos terapeutas otorgan al Factor específico III respecto a alguno de los demás factores comunes (Factores I, II y IV). En este sentido, no encontramos ninguna diferencia significativa, lo que nos lleva a afirmar que los terapeutas que están en contra de la efectividad similar no se decantan de forma fehaciente por ningún factor en concreto en la responsabilidad del cambio terapéutico.

Por otro lado, se observa que en las dos variables específicas presentadas ("enfoque terapéutico" y "técnicas o procedimientos empleados"), los que están a favor de la efectividad similar conceden unas valoraciones medias significativamente menores a estas variables que los que se posicionaron en contra de tal similitud ($t = -2,795$, $p = .007$ y $t = -3.254$, $p = .002$, respectivamente). En la misma línea, los terapeutas que se posicionan a favor de la efectividad similar presentan con respecto al Factor específico III una puntuación media significativamente menor que los que se posicionan en contra de tal efectividad similar ($t = -3.371$, $p = .001$).

No se puede confirmar una relación entre la orientación teórica de los encuestados y el posicionamiento acerca de la efectividad similar de los diferentes modelos terapéuticos. Asimismo, dentro de los terapeutas eclécticos no hay diferencia significativa entre los que están a favor de la similitud y los que se encuentran en contra de la misma ($p = 1$). Sin embargo, tanto en los terapeutas psicodinámicos como en los cognitivos conductuales, se manifiesta un posicionamiento claro en contra de la efectividad similar ($p = .013$ y $p = .000$, respectivamente). La escasez de terapeutas humanísticos-sistémicos no permiten ofrecer resultados concluyentes.

Resulta interesante centrarse en el análisis proveniente de los terapeutas eclécticos ya que cabe suponer, dado los presupuestos teóricos de su orientación, una postura más favorable a los factores comunes, así como una mayor valoración de la variables de dicha modalidad. En un primer abordaje, no se encuentran en estos psicoterapeutas diferencias significativas a favor de algún factor sobre el otro ($p = .453$). De igual manera, al comparar la variable específica "enfoque terapéutico" con las diez variables comunes presentadas, se encuentran diferencias significativas con respecto a cinco de ellas, siempre a favor de las comunes. En el caso de la variable específica "técnicas o procedimientos utilizados", las diferencias significativas sólo aparecen con respecto a dos variables comunes ("la implicación del paciente" y "la experiencia del terapeuta"), también a favor de éstas últimas. Igualmente, encontramos una única diferencia significativa al comparar el Factor II (factores comunes del terapeuta) y el Factor III (factores específicos), a favor del primero. También se realizaron abundantes contrastes de medias a fin de comprobar si los terapeutas eclécticos valoraban significativamente más a alguno de las diez variables comunes del estudio que el resto de las orientaciones teóricas. En este sentido, en ninguna variable común los terapeutas eclécticos concedían puntuaciones significativamente superiores a las

otorgadas por el resto de terapeutas de las demás orientaciones teóricas. Una confirmación de este último resultado proviene de las operaciones realizadas en torno a los factores que se desprenden del análisis factorial. Así, los terapeutas eclécticos no valoran significativamente más a alguno de los tres factores comunes (factores I, II y IV) que el resto de las orientaciones teóricas.

Al realizar comparaciones planeadas, a fin de contrastar las valoraciones medias en cada una de las variables específicas del grupo de psicoterapeutas eclécticos con las medias de los demás grupos de psicoterapeutas tomados conjuntamente, se puede concluir que los psicoterapeutas de orientación ecléctica valoran significativamente menos tales variables que los psicoterapeutas de las demás orientaciones teóricas ($t = -3.331$, $p = .001$, en lo referente a la variable específica "orientación teórica" y $t = -2.380$, $p = .02$, respecto a la variable específica "técnicas o procedimientos empleados"). Al realizar comparaciones puntuales, se hallan diferencias significativas respecto al Factor específico III entre los terapeutas psicodinámicos y eclécticos ($t = 2.501$, $p = .019$) y entre los cognitivos-conductuales y eclécticos ($t = 4.045$, $p = .000$), siendo en ambos casos el menor promedio para los eclécticos. Una comparación planeada nos informa, además, que los eclécticos valoran significativamente menos dicho factor que los terapeutas de las demás orientaciones teóricas tomados conjuntamente ($t = -3.232$, $p = .002$).

Discusión

En primer lugar, si bien los terapeutas de nuestro estudio no parecen decantarse de forma determinante por los factores específicos, comunes, o por la acción conjunta de ambos, a la hora de explicar la efectividad de la psicoterapia, la investigación de procesos muestra ampliamente la responsabilidad esencial de los factores comunes en la provisión de tal efectividad. No obstante, era de esperar que los psicoterapeutas mantuvieran la creencia arraigada, pero no demostrada, de que son las técnicas y el enfoque por ellos utilizados (como variables de tipo específico) las responsables principales de la cura de sus pacientes. Como se ha visto, esto tampoco quedaba confirmado. Nuestros datos parecen mostrar que los terapeutas aún mantienen ciertas dudas acerca de los factores responsables de la eficacia de las terapias por ellos realizadas.

De la misma forma, teniendo en cuenta que las investigaciones sobre la efectividad diferencial de las psicoterapias muestran, desde hace bastante tiempo, un acuerdo general sobre la similar eficacia de las distintos modelos psicoterapéuticos, llama la atención la circunstancia de que los terapeutas del estudio se manifiesten, sin embargo, mayoritaria y significativamente en contra de tal efectividad similar, otorgando, además, un grado mayor de eficacia al modelo al cual se adscriben.

Cabría esperar, al menos, que los terapeutas que otorgan un valor fundamental a los factores comunes se posicionaran claramente a favor de la efectividad similar ya que, como se

ha encargado de demostrar la investigación de procesos terapéuticos, son estos factores compartidos los responsables de dicha similitud. Sin embargo, encontramos que esto no ocurre. Los terapeutas que consideran a los factores comunes como los mayores responsables de la efectividad del tratamiento muestran reservas acerca de la similar efectividad de los diferentes modelos de psicoterapia.

Todos estos resultados muestran una importante reticencia por parte de los psicoterapeutas, incluidos los que asumen la principal relevancia de los factores comunes a asumir la equivalencia entre las psicoterapias a pesar de la alta cantidad de estudios que apoyan esta noción y que, precisamente, explican tal similitud en cuanto a eficacia por los elementos que comparten y no por los que los diferencian.

En todo caso, una mayor experiencia clínica y/o un mayor acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia sólo "garantizan" una mayor valoración de los factores y variables comunes pero no una postura a favor de la similar efectividad de los diferentes modelos psicoterapéuticos. Parece que el reconocer este hecho es bastante difícil para los terapeutas, independientemente de su orientación. Y esto último también incluye, lo que es aún más llamativo, a los terapeutas eclécticos de los que podríamos esperar, dado los principios de su orientación teórica, una postura más abierta a la hora de reconocer la efectividad similar. No obstante, si es sorprendente este dato respecto a los terapeutas eclécticos, no lo es menos que el hecho de que no valoren a los factores y variables comunes más que a los factores de tipo específico, ni lo hagan en mayor medida que el resto de orientaciones teóricas. En este sentido, es difícil considerar a los terapeutas eclécticos de nuestro estudio como "eclécticos" en toda la extensión de este término, ya que los datos que ofrecen no refrendan uno de los principios básicos de su orientación, cual es la integración de conceptos y variables propias de las demás corrientes tradicionales. En este sentido, deberían mostrar un posicionamiento claro a favor de los factores y variables comunes y esto no sucede. Como mucho, están dispuestos a valorar en menor grado a las variables de tipo específico en comparación con las demás orientaciones, pero no a conceder un valor preponderante a las de tipo común. De cualquier forma, se hace necesario realizar un estudio con una mayor población de terapeutas eclécticos, a fin de confirmar estos resultados.

Algo muy interesante que nos dicen los resultados es que los pocos terapeutas que se decantan por la efectividad similar de los diferentes modelos terapéuticos sí están dispuestos a reconocer el valor trascendental de los factores y variables comunes. Sin embargo, los que se decantan por la mayor relevancia de estos factores comunes no están dispuestos a reconocer de forma clara la efectividad similar de las psicoterapias. Parece que el escollo más difícil para los terapeutas está, precisamente, en la aceptación de la efectividad similar, de tal forma que si son capaces de aceptarla, entonces no tienen problemas para reconocer la significativa importancia de los factores comunes como proveedores de efectividad clínica.

Además, aquellos terapeutas que están a favor de la similar efectividad de las psicoterapias tienen más claro qué factores de las mismas son los responsables del cambio terapéutico (decidiéndose de manera significativa por los factores comunes), mientras que los que están en contra de la efectividad similar vacilan a la hora de posicionarse sobre qué factores son los más relevantes en el proceso terapéutico (no encontrándose, en este caso, diferencias significativas en la elección entre factores comunes y específicos). No obstante, desconocemos cual pudiera ser la razón exacta de este hecho, ya que ambos grupos de terapeutas no difieren ni en cuanto a experiencia, ni en cuanto a nivel de acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia. Esto nos remite a aspectos de índole subjetiva de los propios terapeutas que pudieran explicar tal circunstancia.

En resumen, el general rechazo a la hora de reconocer la similar efectividad de los distintos modelos psicoterapéuticos y la reserva a reconocer la relevancia fundamental de los factores comunes es manifiesta y dicha reticencia podría explicarse por varias razones no excluyentes.

Una primera razón bien pudiera ser que los resultados y conclusiones de la investigación de resultados y procesos, la cual se ha centrado en analizar los componentes que hacen efectivas a las psicoterapias, no hubieran llegado lo suficiente a la comunidad de terapeutas. Pudiera ser que el acceso a tales investigaciones hubiera sido limitado por parte de nuestros terapeutas, a pesar de que más de la mitad dice acceder de forma habitual a ellas. Cierta nivel de deseabilidad social estaría actuando en este caso.

Otra posible explicación apuntaría a la existencia de actitudes arraigadas de los propios terapeutas, que se resisten a asumir de una forma definitiva el papel fundamental de los factores comunes en el proceso terapéutico y cómo éstos son los responsables, en última instancia, de la similar efectividad de los diferentes modelos terapéuticos. En este caso estaríamos hablando de una reticencia de índole subjetiva por parte de los psicoterapeutas para aceptar los resultados de la investigación de procesos. Este alejamiento mostrado por los psicoterapeutas acerca de tales resultados puede estar relacionado con un mayor aferramiento de los psicoterapeutas a los principios propios de la escuela terapéutica a la que se adscriben. En este sentido, los clásicos enfrentamientos entre las escuelas psicoterapéuticas, tan comunes en los inicios de la Psicología, podrían haber dejado huella, aún hoy, en los profesionales de la psicoterapia, acortando las miras de éstos a la hora de aceptar la importancia de las variables comunes de los tratamientos psicológicos, principales proveedoras de efectividad clínica.

Para poder explicar esta dificultad de los terapeutas para asumir los resultados y conclusiones principales de la investigación sobre el proceso de la psicoterapia, puede sernos útil un concepto planteado hace años por Elías (1990): nos referimos al concepto de "distanciamiento". Siguiendo a este autor, tal vez el problema de los terapeutas para asumir los resultados y conclusiones de la investigación tiene que ver con una mayor dificultad de los profesionales de las ciencias

sociales para llegar a un grado de distanciamiento respecto a la investigación y a los resultados de la misma, similar al alcanzado en las ciencias naturales. En éstas últimas, los científicos y profesionales alcanzan un alto grado de distanciamiento impidiendo en mayor medida que sus deseos e inclinaciones personales desempeñen algún papel en sus trabajos. No obstante, en los profesionales y científicos sociales (como lo son los psicoterapeutas, con una formación proveniente de la Psicología) este nivel de distanciamiento es más difícil de lograr. Al fin y al cabo, las ciencias naturales estudian fenómenos prehumanos y distanciarse, no sólo a la hora de investigar dichos fenómenos sino también a la hora de asumir los resultados de tales estudios sean cuales fueren, se hace más fácil.

Las Ciencias Sociales, por el contrario, se centran en el estudio de las relaciones interpersonales (y la relación terapéutica no deja de ser una relación interpersonal entre dos personas, paciente y terapeuta, en pos de un fin común: el restablecimiento del paciente). En las Ciencias Sociales, así, los objetos se confunden con los sujetos. El profesional no puede evitar sentirse participante e involucrado en tales procesos, ni dejar de sentirse implicado con dichos objetos de estudio de los cuales se siente co-participante. El distanciamiento es más difícil de conseguir. En el profesional de las Ciencias Sociales suele aparecer un compromiso con ideas preestablecidas o con posturas e ideales de los grupos con los que se identifica. Esto hace que el asumir resultados de investigaciones sociales que choquen con estas actitudes o creencias personales, o del grupo de referencia, se haga más difícil para estos profesionales.

Los conceptos expresados por Elías pueden servir para explicar lo que se ha hallado en el presente estudio: los psicoterapeutas, a pesar de tener una amplia experiencia y un alto nivel manifestado de acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia, no han sido capaces de alcanzar un adecuado grado de distanciamiento y, por ello, continúan manteniendo posturas arraigadas que les impide aceptar plenamente los resultados de las investigaciones psicoterapéuticas (a saber, el papel fundamental de los factores comunes y su responsabilidad como promotores de la similar efectividad de las psicoterapias), ya que dichos resultados van en contra de las ideas preconcebidas, tanto personales como de sus grupos de referencia, es decir, la comunidad de terapeutas pertenecientes al modelo terapéutico al cual se adscriben.

En cualquier caso, todo indica la necesidad de una serie de soluciones que solventen las reservas, reticencias, posturas aferradas, así como nociones incorrectas de los terapeutas. Tales soluciones tendrían que partir tanto de las instituciones implicadas como de los propios psicoterapeutas. No obstante, estas posibles propuestas de actuación se abordarán en el siguiente y último apartado.

Conclusiones y propuestas de actuación

A continuación presentamos de una manera sintética las distintas aportaciones realizadas:

- No se puede inferir un posicionamiento claro por parte de los terapeutas hacia los factores específicos o comunes como los principales responsables del cambio terapéutico.
- En ninguna de las orientaciones teóricas se encuentran diferencias significativas a favor de algún factor sobre el otro. Parecen existir dudas en los terapeutas del estudio acerca del factor responsable de la efectividad clínica de la psicoterapia.

Los psicoterapeutas opinan mayoritariamente que no todos los modelos psicoterapéuticos son similarmente efectivos. Se denota una resistencia manifestada por parte de los psicoterapeutas a aceptar que las psicoterapias de los demás modelos teóricos puedan ser tan efectivas como la de la propia orientación.

- A un nivel general, los psicoterapeutas que consideran que los distintos modelos psicoterapéuticos no son similarmente efectivos, otorgan un grado mayor de eficacia al modelo al cual se adscriben. En concreto, los psicoterapeutas psicodinámicos y cognitivos-conductuales se manifiestan a favor de la mayor efectividad de la propia terapia sobre las demás. En los terapeutas eclécticos, sin embargo, no hay diferencias entre los que eligen la propia terapia y los que se decantan por la de alguna otra modalidad.
- Entre los que aceptan el valor de los factores comunes como proveedores de eficacia psicoterapéutica, existen reservas a la hora de asumir la efectividad similar de las diferentes psicoterapias. Esto es llamativo ya que, desde la investigación de procesos, se ha alegado que son precisamente tales factores comunes los responsables de la similar efectividad de los tratamientos.
- Aquellos que se decantan por la mayor relevancia de los factores específicos de cada psicoterapia tienden a pensar que los diferentes modelos terapéuticos no son similarmente efectivos.
- Los terapeutas que señalaron a los factores comunes como los más importantes en el proceso terapéutico, consideran a las variables propias de la relación terapéutica como las variables comunes más relevantes en el cambio terapéutico.
- Los terapeutas de mayor experiencia tienen menos problemas en asumir el papel fundamental que los factores comunes juegan en la obtención del cambio terapéutico que los terapeutas de menor experiencia.
- Tanto los terapeutas de mayor como los de menor experiencia se manifiestan de forma significativa en contra de efectividad similar de los distintos modelos terapéuticos. Existe una reticencia arraigada de los psicoterapeutas (independientemente de los años de práctica clínica y de lo que la experiencia les apunta en cuanto al valor fundamental de los factores comunes) para aceptar la similitud en cuanto a eficacia de los distintas psicoterapias.

- Los terapeutas que acceden habitualmente a publicaciones sobre investigación en psicoterapia eligen de forma significativa a los factores comunes como los más relevantes en el proceso terapéutico, en concordancia con lo que concluye de forma mayoritaria tal investigación. En los terapeutas que acceden ocasionalmente a dichas publicaciones existen dudas acerca del factor principal proveedor de efectividad terapéutica.
- Tanto los terapeutas que acceden habitual como ocasionalmente a las publicaciones sobre investigación en psicoterapia, se encuentran significativamente en contra de la similar efectividad de los distintos modelos terapéuticos. Esto va en contra de lo que muestra la investigación de resultados, la cual desde hace bastante tiempo asume una efectividad similar de los diferentes modelos terapéuticos.
- Una mayor experiencia clínica y/o un mayor acceso a publicaciones sobre investigación en psicoterapia sólo “garantizan” una mayor valoración de los factores y variables comunes, pero no una postura a favor de la efectividad similar de los diferentes modelos psicoterapéuticos.
- Los terapeutas que están a favor de la similar efectividad de las psicoterapias tienen más claro qué factores de las psicoterapias son los responsables del cambio terapéutico, decidiéndose patentemente por los factores comunes y valorando significativamente más a las diversas variables comunes. En cambio, los que están en contra de la efectividad similar vacilan a la hora de posicionarse sobre qué factores son los más relevantes en el proceso terapéutico.
- El hecho de que los terapeutas que están a favor de la similar efectividad admitan la mayor relevancia de los factores y variables comunes, unido a la circunstancia de que, sin embargo, los que se decantan por los factores comunes no reconozcan de forma meridiana tal efectividad similar, conduce a concluir que la mayor dificultad para los terapeutas se encuentra en la aceptación de la efectividad similar, de tal forma que si son capaces de asumirla, entonces no tienen problemas para reconocer la significativa importancia de los factores comunes como proveedores de efectividad clínica.
- Los terapeutas que están a favor de la efectividad similar de las psicoterapias valoran de forma significativamente menor a las variables específicas de la psicoterapias que los que se encuentran en contra de la efectividad similar.
- Contrariamente a lo que cabría esperar, dado los presupuestos teóricos de su orientación, los terapeutas eclécticos no se posicionan claramente a favor de la similitud en cuanto a efectividad de los distintos modelos terapéuticos, ni están significativamente más dispuestos a reconocer tal efectividad similar que los terapeutas del resto de orientaciones.
- En los terapeutas eclécticos estudiados no se da un posicionamiento a favor de los factores comunes sobre los específicos. Tampoco valoran a las variables y factores comunes más que a las de tipo específico.
- Los terapeutas eclécticos no valoran a las variables y factores comunes en mayor medida que el resto de orientaciones

teóricas. Los terapeutas eclécticos de nuestro estudio no difieren del resto de orientaciones en el valor que conceden a los factores de tipo común.

- Como mucho, los terapeutas eclécticos están dispuestos a valorar en menor grado a las variables de tipo específico en comparación con las demás orientaciones. En este sentido, para los eclécticos es más difícil reconocer la mayor importancia de las variables comunes que reconocer la menor relevancia de las de tipo específico.
- Un estudio con una población mayor de terapeutas, incluidos terapeutas eclécticos, se hace necesario a fin de confirmar los resultados hallados.

Como se observa, existen discrepancias entre lo expresado por nuestros terapeutas y las conclusiones a las que ha llegado la investigación de procesos terapéuticos, sobre todo en lo que concierne al papel de los factores comunes. Mientras que desde dicha investigación se pone de manifiesto la gran relevancia de tales factores como los máximos responsables del cambio terapéutico, nuestros terapeutas aun mantienen dudas al respecto. Lo cierto es que la investigación de procesos es relativamente reciente y sus resultados quizás no han llegado a la comunidad terapéutica todo lo que sería de desear.

Pero, no obstante, encontramos no sólo tales discrepancias entre las creencias subjetivas de nuestros terapeutas respecto a las conclusiones de la investigación de procesos, sino también respecto a una de las más importantes conclusiones de la añeja investigación de resultados, a saber, que todas las modalidades de psicoterapia muestran un grado similar de efectividad. Esto es mucho más desconcertante ya que tal conclusión (la cual, como se ha mencionado, se justifica por la existencia de tales elementos comunes a las distintas psicoterapias y que serían en último término los responsables de dicha equivalencia) raramente se pone en duda a día de hoy.

Todo ello nos lleva a una conclusión general: la investigación en psicoterapia tiene una escasa repercusión en la práctica clínica. Esta separación entre investigación y praxis (por otro lado ya apuntada por Beitman en 1987) podría explicarse por dos razones que, conjuntamente o por separado, pueden servirnos también para explicar los resultados hallados en el presente estudio:

1. Los resultados y conclusiones de la investigación sobre la efectividad psicoterapéutica no han llegado de manera adecuada o suficiente a la comunidad de psicoterapeutas. Esto parece indicar un acceso limitado a tales investigaciones por parte de los terapeutas.
2. Existen actitudes arraigadas en los propios terapeutas que les impiden asumir de forma definitiva la efectividad similar de los distintos modelos terapéuticos y el papel fundamental que los factores comunes juegan en el proceso psicoterapéutico. En este caso estaríamos hablando de una reticencia de índole subjetiva por parte de los psicoterapeutas para aceptar los resultados de la investigación y que

podrían ser el reflejo de un aferramiento a los principios propios de la escuela terapéutica a la que se adscriben.

Ahora bien, ¿qué soluciones se podrían plantear para eliminar tales reservas, dudas, posturas aferradas y nociones incorrectas encontradas en los terapeutas? Claro está que tales soluciones tendrían que partir tanto de las instituciones implicadas como de los propios psicoterapeutas. Nos atrevemos a continuación a esbozar algunas posibles propuestas de actuación:

1. Si el motivo de tales dudas y nociones incorrectas mostradas por los terapeutas se debiera a la primera razón expuesta, esto es, a que los resultados y conclusiones de la investigación acerca de la efectividad psicoterapéutica no hubieran llegado de forma adecuada a la comunidad de terapeutas, las soluciones podría consistir en:
 - A. Mejorar, para los docentes y profesionales de la psicoterapia, el acceso a las publicaciones sobre investigación en esta materia.
 - B. Mejorar y actualizar los canales de transmisión de dichos resultados a través de congresos, simposios, conferencias de casos clínicos, seminarios académicos y cursos de "reciclaje" para profesionales de la psicoterapia.
 - C. Sería conveniente, asimismo, que la comunidad académica proveyera, a la hora de formar a los futuros psicoterapeutas, de una mayor formación sobre metodología de investigación en psicoterapia.
2. De esta forma, la difusión de los resultados de la investigación debería merecer más atención ya que tales resultados cobran sentido al servicio de los destinatarios, esto es, de los pacientes. Como señalan Botella y Feixas (1994), el avance del conocimiento revierte así en un beneficio social, siempre que los psicoterapeutas lo conozcan y lo incorporen a su práctica. Esta conexión entre investigación y práctica concierne a todos los implicados en el desarrollo de la psicoterapia. El beneficio final será, en cualquier caso, para el cliente, el cual es merecedor del mejor servicio posible. Para despejar las actitudes arraigadas y la dificultad subjetiva de los terapeutas para aceptar los resultados de la investigación, la solución sería más compleja, ya que tendría que ver con modificar puntos de vistas enraizados. La adop-

ción por parte de los psicoterapeutas de una auténtica postura ecléctica podría ayudar a que los profesionales se concienciaran y asumieran la importancia de los elementos compartidos entre las distintas orientaciones, como promotores del cambio terapéutico. No obstante, subrayamos que dicha adopción de una postura ecléctica debe ser *en toda su extensión*, cosa que no se puede aplicar a los terapeutas eclécticos de nuestro estudio ya que, como se comprobó, muchos de los resultados obtenidos en estos terapeutas están en contra de los presupuestos de una orientación ecléctica genuina, como el hecho de que no se diferenciaron en exceso del resto de los terapeutas de las demás orientaciones ni en cuanto al valor que confirieron a los factores comunes, ni en cuanto a que mostraran estar manifiestamente más dispuestos a reconocer la efectividad similar de los distintos modelos terapéuticos. También es cierto, y asimismo se ha comentado, que la población de terapeutas eclécticos de nuestro estudio era baja y las conclusiones extraídas de estos terapeutas deben ser tomadas con prudencia. Haría falta un estudio con una población mayor de estos terapeutas a fin de confirmar los resultados obtenidos.

En definitiva, la dirección a seguir sería la de la integración de teorías y técnicas, ya que cualquier integración exige un acercamiento de los distintos enfoques y escuelas. Esta adopción de una visión integradora, representada por una íntegra postura ecléctica, más enfocada a una combinación pragmática de perspectivas y técnicas, minimizaría la ortodoxia y las leyes basadas en la teoría. Además, la flexibilidad técnica parece ser preferible que la rigidez en su aplicación, ya que tal rigidez puede ser un elemento que explique su aparente bajo poder generador de cambio. De esta forma, los problemas de una orientación teórica residen en su ortodoxia, no en la teoría *per se*. Una propuesta calmada de integración, en la cual las teorías evolucionen en la dirección de la diversificación y la apertura, mitigará este problema. Como señaló Frank (1982), sólo a través de una orientación abierta por parte del terapeuta, tendremos razones para pensar que será tan beneficiosa para el cliente como para sí mismo.

Referencias

- Beitman, B.D. (1987). *The structure of individual psychotherapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Beutler, L.E., Crago, M. y Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 257-285). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Botella, L. y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido (Ed.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.
- Carmine, E.G. y Zeller, R.A. (1979). *Reliability and validity assesment*. Beverly Hills: Sage.
- Caro, I. (1993). La identidad de la psicoterapia. En I. Caro (Comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 17-39). Valencia: Promolibro.
- Caro, I. y Safran, J.D. (1991). Posibilidades de investigación en psicoterapia. El estudio de los procesos. *Boletín de Psicología*, 33, 59-82.
- Castillo, J.A. y Poch, J. (1991). *La efectividad de la psicoterapia: Método y resultados de la investigación*. Barcelona: Hogar del Libro.
- Critelli, J.W. y Neumann, K.F. (1984). The placebo: conceptual analysis of a construct in transition. *American Psychologist*, 39, 32-39.
- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Elías, N. (1990). *Compromiso y distanciamiento*. Barcelona: Ediciones Península.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Frank, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En J.H. Harvey y M.M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior*

- change* (pp. 9-37). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Garske, J.P., y Jay Linn, S. (1988). Hacia un esquema general de la psicoterapia: eficacia, factores comunes e integración. En S. Jay Linn y J.P. Garske (Eds.), *Psicoterapias Contemporáneas* (pp. 623-647). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Greenberg, L.S. y Pinsof, W.M. (1986). Research strategies: Current trends and future perspectives. En L.S. Greenberg y W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 3-20). Nueva York: Guilford Press.
- Hambleton, R.K. (1980). Test score validity and standard-setting methods. En R.A. Berk (Ed.), *Criterion-referenced testing: Motives, models, measures and consequences* (pp. 80-123). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kernberg, O.F., Burstein, E.D., Coyne, L., Appelbaum, L. Horwitz, L. y Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1-276.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research. Implications for integrative and eclectic therapist. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy Integration* (pp. 94-129). Nueva York: BasicBooks.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. y Auerbach, A. (1988). *Who Will Benefit From Psychotherapy?* Nueva York: Basic Books.
- Osterlind, S. J. (1989). *Constructing test items*. Boston: Kluwer Academic Pub.
- Pedhazur, E. J. y Schmelkin, L. P. (1991). *Measurement, design, and analysis: An integrated approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rovinelli, R. J. y Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.
- Safran, J.D. (2002, junio). *Therapists' contribution to the alliance: Opportunities and limitations*. Discussion group co-led with L.S. Greenberg, A. Horvath, y W. Stiles. Ponencia presentada en la Sociedad Anual para la Conferencia de la Investigación de Psicoterapia, Santa Barbara, EE.UU.
- Safran, J.D., y Muran, J.C. (Eds.) (1998). *The therapeutic alliance in short term psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association Publications.
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Nueva York: Guilford.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L., Inck, T. y Santangelo, C. (1993). Hacia una aclaración de los procesos implicados en resolver fisuras en la alianza terapéutica. En I. Caro (Comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 199-237). Valencia: Promolibro.
- Samstag, L., Muran, J.C. y Safran, J.D. (2004). Defining and identifying ruptures in psychotherapy. En D. Charman (Ed.), *Core concepts in brief dynamic therapy: Training for effectiveness*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Strupp, H.H. (1973). On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 1-8.

(Artículo recibido: 19-1-2007; aceptado: 22-1-2008)