

Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia. Panorama histórico.

Methodological trends in psychotherapy research. Historical overview.

RESUMEN: ¿Cómo han surgido y evolucionado los principales formatos de investigación de la psicoterapia? ¿Cuáles son las principales líneas de investigación actuales? ¿Cuáles son sus ventajas y sus límites? Delante de las incontables líneas de investigación de la psicoterapia, este artículo proporciona un panorama histórico que ayuda a comprender lo que se estudia y cómo se estudia actualmente en el dominio de la psicoterapia. Se contextualiza la investigación de la psicoterapia en los últimos 50 años bajo las exigencias del medio científico, social e económico. Se definen los principales conceptos básicos y se termina con el balance actual y una reflexión sobre las tendencias futuras de la investigación en este dominio.

PALABRAS-CLAVE: Investigación de la psicoterapia-Metodología-Panorama Histórico-Estudio teórico.

ABSTRACT: What are the major methodological approaches in psychotherapy research? What have been the most significant constraints and stimulus for their development? What are their advantages and limits? In face of the innumerable methodological lines within psychotherapy research, this article draws an historical overview toward a comprehension of what is nowadays researched and how it is researched within the domain of psychological treatments. The major methodological trends in this area within the last 50 years are described and contextualized from a scientific, social and economic point of view. The basic methodological concepts are described, together with a reflection of the future trends.

KEY-WORDS: Psychotherapy Research-Methodology-Historical overview-Theoretical study.

Introducción.

Los primeros intentos sistemáticos para investigar la psicoterapia datan del inicio del siglo XX, animados por la posibilidad, entonces novedosa, de grabación de sonido. Earl F. Zin, en 1929, y Percival Symonds, en 1938, realizan las primeras grabaciones de sesiones con objetivos de investigación. No obstante, se atribuye a Carl Rogers y sus colaboradores directos, en la década de 40, el mérito de haber sido los precursores de la investigación en psicoterapia (Hill & Corbett, 1993).

En un período inicial, en los años 50, predominaban estudios impartidos por los propios psicoterapeutas que, interrogándose sobre la naturaleza de la intervención clínica, analizaban las sesiones terapéuticas. El contexto de investigación era naturalista, en el sentido en que correspondía a la situación natural o real de tratamiento. Se estudiaban casos en los que había existido una demanda real de los pacientes, con cuadros clínicos complejos, que eran atendidos por

profesionales psicoterapeutas, con total libertad de actuación clínica, Vg., los psicoterapeutas no cambiaban deliberadamente su forma de intervención por el hecho de investigarla. El formato metodológico seguía una lógica de comprensión “caso a caso”. Se partía del estudio intensivo de casos individuales -estudios de caso- para la elaboración de la teoría, por acumulación de casos. Las principales técnicas de análisis de datos eran el análisis cualitativo de las descripciones de los casos y el análisis observacional cuantitativo poco elaborado, cómo la frecuencia de determinadas categorías de comportamiento, o de transacciones discretas y aisladas entre el terapeuta y el paciente, como los silencios (Golfied & Wolfe, 1996).

¿Sirve la Psicoterapia?

Mientras tanto, el universo de la psicoterapia fue agitado por los estudios de Eysenck que atestiguaban la inutilidad de la intervención psicoterapéutica. Eysenck comparó la tasa de mejoría de pacientes neuróticos no tratados con psicoterapia con la tasa de mejoría de pacientes, con perturbación comparable, que habían sido tratados con psicoterapia (Eysenck, 1952). Concretamente, estableció la tasa de mejoría, por remisión espontánea de los síntomas, en dos grupos de control. El primer, constituido por todos los pacientes en “condición neurótica”, que habían tenido alta clínica de los hospitales estatales de Nueva York y de todo el país, entre 1917 y 1934, en situación de “recuperados” o “mejores”, sin haber realizado psicoterapia (Landis, 1938). El segundo grupo de control era constituido por 500 pacientes seleccionados consecutivamente de la base de datos de la Equitable Life Assurance Society of the United States, que después de 3 meses con síntomas de neurosis, recibían una baja laboral y eran tratados por sus médicos de cabecera, sin recurso a la psicoterapia (Denker, 1946). Estos casos fueron seguidos por 5 años, con el objetivo de determinar el porcentaje de recuperaciones. Paralelamente, Eysenck estableció la tasa de mejoría de pacientes neuróticos tratados por psicoanálisis y tipos eclécticos de tratamiento, realizando una revisión de los resultados publicados por 19 estudios, en una muestra total de 700 casos. Los resultados de ambos grupos de control indicaban que el 72% de los pacientes neuróticos severos se recuperaban o mejoraban considerablemente sin tratamiento psicoterapéutico sistemático, mientras solamente el 44% mejoraban con psicoanálisis y el 64 % con abordajes eclécticos. La conclusión era que la psicoterapia no facilitaba la recuperación del trastorno neurótico.

Las críticas de Eysenck provocaron enorme controversia y reacciones. En primer lugar, era prioritario averiguar la magnitud de los efectos de la psicoterapia.

pia. La investigación pasó a centrarse en la evaluación de los efectos o cambios -investigación de resultado (outcome research)- postergando las cuestiones relativas a cómo opera la psicoterapia para alcanzar dichos resultados - investigación del proceso (process research). Los investigadores se enfocaron en estudios de resultado porque no merecía la pena comprender los mecanismos subyacentes al cambio terapéutico sin haber comprobado su efectividad. Surge así, al inicio de los años 60, la distinción entre investigación de resultados y de proceso con una gran diseminación de estudios de resultados, que dominaron la investigación en psicoterapia hasta final de los años 80 (Hersen, Michelson, & Bellack, 1984; Hill & Corbett, 1993).

Una segunda reacción a las críticas de Eysenck fue el reavivar de consideraciones sobre cómo investigar. Solamente argumentos sólidos, desde un punto de vista científico, podrían ser aceptados por la comunidad científica y por la sociedad en general, garantizando la relevancia de la psicoterapia y desvaneciendo el fantasma de su desaparición por falta de pruebas creíbles de sus ventajas. La preocupación por investigar científicamente los efectos de la psicoterapia conllevó a la adopción del paradigma positivista lógico-matemático dominante de la ciencia moderna, que enfatiza el control experimental y la cuantificación de los resultados. Los estudios de caso, que hasta entonces dominaban la investigación, empezaron a ser criticados por falta de rigor y se asistió a la búsqueda de nuevos formatos metodológicos. Así, (a) se pasó de una lógica de comprensión caso a caso para la comparación de grupos, el objetivo dejó de ser el análisis intensivo de cada caso, sino probar que existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos de pacientes sometidos a psicoterapia y grupos de pacientes no sometidos a psicoterapia; (b) dada la enorme complejidad de la psicoterapia, se optó por una estrategia de aislamiento y control de algunas variables, mediante artificios laboratoriales capaces de simular la situación de psicoterapia –la investigación analógica.

Los estudios analógicos

Por definición, la investigación analógica (analogue research) es la que se realiza a través de modelos que reproducen artificialmente la dimensión que se pretende estudiar (Kazdin, 1986).

En psicoterapia, la investigación analógica estudia los procedimientos del tratamiento mediante la simulación, en laboratorio, de los mecanismos subyacentes a la psicoterapia. Bajo esta designación de “investigación analógica en psicoterapia” se distinguen tres grupos: (a) La investigación analógica infrahumana

(animal), que desarrolla modelos animales susceptibles de ser aplicados al tratamiento de la psicopatología humana; su ejemplo es el estudio de procedimientos de eliminación de la neurosis inducida experimentalmente en ratas, que orientó después el desarrollo de técnicas de tratamiento de la neurosis humana, como la desensibilización sistemática; (b) la investigación con participantes humanos, basada en tareas de laboratorio, con el objetivo de estudiar los mecanismos generales del cambio conductual, emocional y cognitivo, que por generalización estarán presentes en la situación psicoterapéutica; (c) la investigación con pacientes humanos que simula situaciones específicas de la psicoterapia. Habitualmente (y también en este artículo) el término “estudios u investigación analógica”, designa el tercer tipo de estudios (Kazdin, 1984, 1986).

La investigación analógica cobró impulso con la llegada de las psicoterapias conductuales, más específicamente, con el intento de desarrollar técnicas psicoterapéuticas a partir de las leyes de la psicología del aprendizaje. Estas técnicas, validadas por estudios empíricos bajo un elevado rigor metodológico, podrían demostrar la superioridad de la intervención psicoterapéutica sobre la no intervención. Constituyen un ejemplo clásico, los estudios conducidos por Peter Lang y su equipo (Lang & Lazovik, 1963; Lang, Lazovik & Reynolds, 1965) para probar la eficacia de la desensibilización sistemática en el tratamiento de las perturbaciones fóbicas. De entre sus alumnos reclutó sujetos con índices elevados de fobia a las cobras, evaluado por medidas subjetivas (Fear Survey Schedule, Fear Thermometer, Fear Survey) y una medida objetiva comportamental (Avoidance Test). Para facilitar la replicación del estudio, aplicó un tratamiento estandarizado, de corta duración, en lugar de una intervención larga y única. Los terapeutas eran también estudiantes de psicoterapia, entrenados específicamente para esta intervención, en lugar de psicoterapeutas experimentados, lo cual bajó significativamente los costes de la investigación. Estos trabajos demostraron la eficacia de la desensibilización sistemática sobre el no tratamiento (Lang & Lazovik, 1963) y sobre el tratamiento-placebo (Lang, Lazovik & Reynolds, 1965).

Los estudios de Lang y su equipo ilustran las características de la investigación analógica, que se caracteriza por un alejamiento de las condiciones del contexto clínico real. En primer lugar, los pacientes suelen ser estudiantes que reciben algún incentivo por su participación; la motivación que los conduce a la terapia es distinta al del paciente “real” que busca la cura o el alivio terapéutico para una situación de sufrimiento. En segundo lugar, el problema de los sujetos en los estudios analógicos es más simple y menos intenso (subclínico) que el cuadro psicopatológico grave y complejo del paciente “real”. En tercer lugar, los terapeutas son generalmente estudiantes finalistas o de tercer ciclo, con experiencia profesional reducida; sus perfiles sociodemográfico y profesional son, pues, distintos a los psicoterapeutas profesionales. En cuarto lugar, el formato del trata-

miento es también distinto ya que los tratamientos son a menudo estandarizados en cuanto al tipo de intervención, duración y número de sesiones, para garantizar la homogeneidad de la intervención dentro de cada grupo experimental; mientras que en la situación real, el psicoterapeuta ajusta continuamente su intervención a la respuesta de cada paciente, como forma de incrementar el cambio (Kazdin, 1984, 1986). Naturalmente que los estudios analógicos eran económicos, permitían mayor control experimental, y evitaban muchos de los problemas éticos asociados a la experimentación en contexto real. Sin embargo, al seguir procedimientos metodológicos no compatibles con la práctica real esta estrategia apartó a la investigación de la práctica clínica. La investigación se limita casi exclusivamente a los centros académicos, iniciándose una trayectoria separada para psicoterapeutas e investigadores, en un hiato que perdura hasta la actualidad.

Resumiendo, entre los años 50 y 70, la cuestión que dominó la investigación fue la de la eficacia general de la psicoterapia para inducir el cambio – ¿sirve la psicoterapia? Esta cuestión fue, y todavía es, la que confiere la credibilidad científica a cualquier psicoterapia. La estrategia de investigación principal consistió en la evaluación de los resultados de la intervención terapéutica mediante una metodología experimental cuantitativa de comparación estadística de grupos, en un formato de investigación analógica.

La cuestión de eficacia general fue investigada exhaustivamente, en distintas modalidades de tratamiento, hasta que, al final de la década de 70, importantes revisiones de literatura demostraron inequívocamente que la psicoterapia sirve; concretamente, que la psicoterapia es más beneficiosa que los procesos de remisión espontánea de los problemas por el paso del tiempo en los grupos de control no sometidos a tratamiento (Bergin & Lambert, 1978; Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Smith, Glass, & Miller, 1980). Los estudios de eficacia controlados indican una tasa de mejoría media de 70% en los pacientes tratados, contra una tasa de mejoría del 40% en los pacientes no tratados (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986). Posteriores estudios meta analíticos vienen reforzar esta conclusión (Lambert & Bergin, 1994; Lipsey & Wilson, 1993).

¿Cuáles son las Psicoterapias más Eficaces?

Comprobados los efectos positivos de la psicoterapia en general, p.ej., que los pacientes sometidos a psicoterapia mejoran significativamente más y mejor que los pacientes que no reciben tratamiento psicoterapéutico, surge la cuestión de cuales son los tratamientos más eficaces.

En las décadas de 60 y 70 se realizan numerosos estudios comparativos de

tratamientos. La estrategia metodológica predominante sigue siendo la comparación estadística de grupos, en formato de estudio analógico. En un estudio clásico, Gordon Paul (1966, 1967) comparó a cinco grupos experimentales: Desensibilización sistemática, psicoterapia insight-oriented, placebo, control por lista de espera, y control por no contacto. Los sujetos mostraban altos niveles de ansiedad. Los terapeutas eran profesionales que trabajaban bajo el modelo insight-oriented, entrenados por el investigador para conducir la desensibilización sistemática. Se combinaban medidas de tres fuentes: auto registro, activación fisiológica y comportamiento motor. Paul concluyó la clara superioridad de la desensibilización.

Mientras tanto, la distancia entre las condiciones de los estudios analógicos y el contexto natural de la práctica clínica trajeron dudas en cuanto a la generalización de los resultados. ¿Hasta qué punto los efectos observados se debían a la utilización de sujetos en condiciones subclínicas, necesariamente distintas al cuadro psicopatológico del paciente real? ¿Hasta qué punto los resultados podrían ser replicados con pacientes reales, terapeutas reales, en condiciones próximas al contexto clínico?

De la investigación analógica a los ensayos clínicos

Al final de la década de 70 se consolida la idea de que los resultados obtenidos en los estudios analógicos deberían ser replicados en ensayos clínicos (clinical trials) (Parloff, 1979). Los ensayos clínicos son estudios de resultado llevados a cabo en contextos terapéuticos. Comparten con los estudios analógicos la lógica de comparación estadística de grupos. Sin embargo, buscan un equilibrio entre las exigencias metodológicas y las exigencias de naturaleza práctica, ética y administrativa que permiten la investigación en un contexto real.

Para una definición funcional de los ensayos clínicos, Kazdin (1986) propone que ambos, estudios analógicos y ensayos clínicos, pueden ser clasificados en un continuum de cercanía a las condiciones clínicas reales, en cuanto a los siguientes criterios: naturaleza del problema tratado, perfil y forma de reclutamiento de los participantes, perfil de los terapeutas, selección del tratamiento, expectativas del participante hacia el tratamiento, formato y contexto del tratamiento (ver Tabla 1). Los estudios analógicos estarían situados en el extremo de semejanza mínima a la práctica real y los ensayos clínicos estarían en el extremo de semejanza elevada.

Durante décadas, ambos los estudios analógicos y los ensayos clínicos fueron la metodología usada en los estudios comparativos de modelos y técnicas psicoterapéuticas, en un intento de discriminar cuales producían resultados más positivos

según el tipo de perturbación. Las conclusiones fueron sorprendentes. Los diversos modelos psicoterapéuticos obtenían resultados equivalentes, y se aplicaba a la psicoterapia el veredicto del pájaro Dodo en Alicia en el País de las Maravillas (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975): “Todos ganaron y todos deben recibir premios” (estando los amigos completamente mojados, el pájaro Dodo propuso una carrera que ganaría el primer que se secase. Se inició la carrera, cada uno partiendo cuando quisiera, y después de algún tiempo el pájaro Dodo anuncia que la carrera terminó. -¿Quién ganó? Preguntan. El pájaro contesta- Todos ganaron y todos deben recibir premios). Incluso la superioridad de la terapia conductual en casos de trastornos ansiosos, que había sido encontrada en contexto de laboratorio, no fue replicada en los contextos reales de terapia (Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986).

Las psicoterapias ¿son equivalentes?

Interpretar esta equivalencia de resultados conllevó a una reflexión cuidada de la investigación impartida hasta ese momento. O bien las investigaciones anteriores se habían realizado de forma inadecuada, conduciendo a conclusiones de equivalencia erróneas, y consecuentemente la metodología debería ser mejorada, o bien la equivalencia de los resultados era reflejo de la equivalencia de mecanismos subyacentes al cambio psicoterapéutico, lo cual convendría investigar (Stiles, Shapiro & Elliott, 1986).

La hipótesis de la imprecisión metodológica fue la más desarrollada. Diversos errores fueron apuntados en los estudios comparativos. En primer lugar, se verificó que no era controlada la variabilidad de aplicación técnica dentro del mismo modelo psicoterapéutico, lo cual no permitía comparar con rigor los efectos de los diferentes modelos. En segundo lugar, se partía del presupuesto de que los pacientes que buscaban la psicoterapia tenían más semejanzas que diferencias entre sí. Esto se reflejaba en errores de muestreo, con grupos experimentales clínicamente heterogéneos. Estas diferencias iniciales de los pacientes no permitían sacar conclusiones sobre qué tipo de psicoterapia era eficaz o ineficaz según el tipo de patología. Además, usar diagnósticos estándar como “esquizofrenia”, era por sí solo insuficiente, ya que dicha clasificación nosológica no consideraba las variables situacionales que distinguen a todos los individuos. Por último, aunque la psicoterapia y los pacientes fueran entidades homogéneas, un estudio comparativo tendría que especificar para qué funciona, p.ej., discriminar el criterio de éxito o mejoría.

En suma, hasta ahí los estudios comparativos habían asumido presupuestos de uniformidad en la aplicación de los modelos psicoterapéuticos y de los

pacientes (Kiesler, 1966), que condujeron a la definición imprecisa de variables. En consecuencia, los resultados obtenidos correspondían a los efectos medios de cada terapia aplicada a grupos heterogéneos de pacientes, terapeutas y contextos, llevando a la conclusión errónea de que los modelos psicoterapéuticos eran equivalentes. Para superar esta situación, se asistió en la segunda mitad de la década de 70, a una explosión de ensayos clínicos en condiciones altamente controladas, de acuerdo con el paradigma de matriz.

El Paradigma de la Matriz

Ya en la década de 60, Kiesler (1966) y Paul (1967) habían lanzado las semillas para la renovación meta-teórica necesaria para solucionar el problema de la equivalencia de los efectos de la psicoterapia.

Criticando la ausencia de un paradigma de investigación adecuado a la comprensión de la psicoterapia en su complejidad intrínseca, y capaz de orientar los investigadores en el planteamiento teórico y metodológico, Kiesler propone: “El esqueleto básico de un Paradigma para la Psicoterapia parece algo como lo que se sigue: El paciente comunica algo; el terapeuta comunica algo en respuesta; el paciente comunica y/o experimenta algo diferente; y al terapeuta, al paciente, y a los demás les gusta el cambio (aunque les pueda gustar en distintos grados, o por distintas razones). Lo que el terapeuta comunica (las variables independientes) es muy probablemente multidimensional (y el patrón de esta multidimensionalidad debe ser especificado), y puede ser diferente en diferentes fases de la interacción, para diferentes tipos de pacientes. Así mismo, lo que el paciente comunica y/o experimenta como diferente (las variables dependientes) es probablemente multidimensional (y el patrón de esta multidimensionalidad tiene que ser clarificado) y puede ser diferente en distintas fases de la interacción. La enorme tarea de la teoría y de la investigación en psicoterapia es rellenar las variables de este paradigma.” (Kiesler, 1966, pp. 129-130). Se trataba de una propuesta de encuadre meta-teórico de las variables operativas en el proceso psicoterapéutico, en una matriz multidimensional. El objetivo de la investigación debería ser el conocimiento de la totalidad de las variables de la matriz, que se logra mediante el control experimental de variables con grupos de sujetos. Se propuso, siguiendo a Paul, que la investigación de los efectos de la psicoterapia no debería ser guiada por cuestiones generales, de tipo “¿Cuales son las psicoterapias más eficaces?” sino por una cuestión de carácter específico (specificity question): “¿Qué tratamiento, impartido por quién, es mas efectivo para esta persona con este problema específico, bajo qué circunstancias?” (Paul, 1967, p. 111). Esta propuesta de una

matriz multidimensional tratamiento x terapeuta x paciente x problema x contexto adquirió tal relevancia que dominó, prácticamente sin contestación, la investigación en psicoterapia hasta los años 90 (Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986).

Estaba claro que ningún estudio aislado, aunque de elevada complejidad, podría rellenar esta matriz, y que era necesario acumular evidencias provenientes de estudios separados, para obtener una base empírica sólida. Por consiguiente, la comparación de los resultados de los diferentes estudios implicaba la replicación de las investigaciones mediante una definición y un control rigurosos de las variables. En la práctica se observó, durante la década de 80, un movimiento hacía la uniformización de las condiciones experimentales de ensayos clínicos con grandes muestras. La heterogeneidad de los sujetos se intentó controlar, por un lado, seleccionando rigurosamente los participantes con base en categorías diagnósticas de la nosología psiquiátrica del DSM (VandenBos, 1996); por otro lado, distribuyendo aleatoriamente los sujetos por las distintas condiciones experimentales. La heterogeneidad de las intervenciones dentro del mismo modelo fue superada con la protocolización de los tratamientos. Introducidos en 1976, los manuales detallaban el procedimiento terapéutico que se pretendía estudiar y era evaluada la adhesión de los terapeutas a estos procedimientos protocolizados. Los manuales fueron muy populares y una clara influencia del modelo de investigación farmacológica, en el sentido de administrar determinada dosis de un principio activo –en este caso, un procedimiento psicoterapéutico– y observar sus efectos en las diferentes condiciones experimentales (Luborsky & DeRubels, 1984).

Los tratamientos con soporte empírico (EST)

Toda esta lógica de acumulación de datos para rellenar la matriz de variables que permitiese determinar qué tipo de intervención obtenía mejores resultados para diferentes problemas, bajo distintas condiciones situacionales, alejó cada vez más la investigación de la práctica clínica. Surgen innumerables publicaciones que alertan sobre esta situación de completo divorcio de ambas partes, dejando claro que los datos resultantes de la investigación impartida durante 30 años no eran usados como fuente de aprendizaje o de desarrollo profesional por los terapeutas (Barlow, 1981; Cohen, Sargent, & Sechrest, 1986; Francis & Aronson, 1990; Goldfried & Wolfe, 1996; Morrow-Bradley & Elliott, 1986).

Si por un lado surgían cada vez más voces disonantes del paradigma de investigación de matriz (que veremos más adelante), surge también el intento de incorporar los conocimientos acumulados en estas décadas de investigación en un cuerpo teórico de carácter científico que, a semejanza de la medicina, consti-

tuyera una base para la buena práctica de la psicoterapia, a la vez que informara a la sociedad de los efectos científicamente comprobados de las distintas modalidades psicoterapéuticas. Esta necesidad fue el resultado de una coyuntura de fuertes presiones políticas, económicas y sociales en los Estados Unidos que, como país con mayor financiamiento y expresión en el dominio de la investigación en psicoterapia, desde siempre ha marcado el tenor de las grandes líneas de trabajo en esta área. El interés político para la implementación de un plan nacional de cuidados de salud mental en los Estados Unidos de América, iniciado por la administración de Jimmy Carter, exigía un diálogo entre el mundo de la psicoterapia y las clases política y financiera. Existía el riesgo real de, al no informar sobre cuales los tratamientos efectivos para diferentes trastornos mentales, la psicoterapia fuera excluida del plan nacional de salud, o que la decisión sobre qué tipo de tratamientos a implementar y a subvencionar fuera tomada por entidades externas a la psicoterapia, en base a criterios inexactos, por ejemplo, de carácter economicista (Beutler, 1998, 2000). También desde el punto de vista jurídico, era urgente la necesidad de establecer criterios científicos y clínicos, para regular en los tribunales las quejas de mala práctica o de inadecuación de los procedimientos clínicos (op. cit.). Además, criterios objetivos para evaluar los efectos de distintas modalidades psicoterapéuticas eran tanto más necesarios cuanto enorme la proliferación de nuevos tipos de tratamiento que reclamaban idoneidad y efectividad.

En este contexto, la American Psychology Association (APA) organizó, en 1992, un grupo de trabajo constituido por investigadores-terapeutas, con tres grandes objetivos. En primer lugar, definir qué criterios deberían ser usados para evaluar las evidencias científicas de los efectos del tratamiento psicoterapéutico. En segundo lugar, revisar la literatura de investigación sobre el tratamiento psicológico, con el objetivo de, aplicando dichos criterios de evaluación, identificar los Tratamientos con Soporte Empírico (Empirically Supported Treatments –EST). En tercer lugar, asegurar medios para que la información sobre los EST llegase no solo a entidades externas -la clase política, directores y gestores de los sistemas de salud y de seguridad social, el público en general sino también a de los terapeutas para que su práctica clínica fuera orientada, a semejanza de lo que acontece en la medicina, por las evidencias empíricas derivadas de la investigación.

Básicamente, las posiciones tomadas por esta Comisión son las que se siguen (Chambless & Hollon, 1998): (a) defiende que la única forma de establecer una relación de causa-efecto entre una intervención psicológica y una mejoría observada en el paciente es demostrar que esta mejoría se debe a los efectos del tratamiento y que la metodología experimental es el único formato capaz de demostrar esta causalidad, o bien a través de la comparación de grupos por ensayos clínicos, o bien a través de experimentos de sujeto único; (b) atribuye a la replicación de resultados,

por equipos de investigación independientes, un papel fundamental para reconocer los efectos de determinada intervención. Esto es porque garantizan que el efecto observado no se debe a errores de conducción del estudio; a la vez que protege del sesgo del investigador o de resultados basados en factores no generalizables, que sólo se verifican en un contexto específico o en un grupo específico de terapeutas; (c) apunta la necesidad de protocolizar la intervención, entrenar y monitorizar al terapeuta, para la implementación adecuada del tratamiento. Además de proporcionar la definición operativa de la variable independiente, esta descripción formulada en un manual, una vez publicada, facilita la propagación del tratamiento en la comunidad clínica; (d) establece que es necesario definir el efecto de la intervención psicológica para problemas específicos o para determinadas poblaciones, usando como criterios de agrupamiento, sistemas de diagnóstico llamados “universales”, es decir, reconocidos y empleados por la generalidad de los clínicos. Es el caso del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* (1994) y de puntuaciones en cuestionarios o entrevistas validados y fiables en la identificación de problemas (por ejemplo, de estrés conyugal).

Usando estos vectores, la Comisión, desde hace una década, examina sistemáticamente la investigación publicada, con el objetivo de identificar los EST – tratamientos psicológicos claramente especificados que mostraron ser eficaces (efficacious) en investigación controlada con una población determinada (Chambless & Hollon, 1998). A continuación se han publicado listados de tratamientos EST, y los respectivos manuales. El Comité pretende seguir progresando su objetivo de que la práctica clínica se base en investigación experimental sistemática en psicopatología, evaluación y intervención.

Como era de prever, la publicación de listados de EST fue seguida de gran controversia, tanto por parte de los terapeutas como de la mayor parte de los investigadores. Dichas críticas son bien ilustradas por la sugerencia de Bohart y colegas (Bohart, O’Hara & Leitner, 1998) de sustituir el término de “terapias empíricamente validadas” por “terapias empíricamente violentadas”. Las principales críticas a los EST radican en poner en duda sobre la legitimidad de los ensayos clínicos para estudiar la terapia tal como es realmente impartida en condiciones naturales. Se las presentamos en seguida.

Los límites de los ensayos clínicos en psicoterapia. Desafíos a los tratamientos con soporte empírico

Ya en la década de los 80 existían críticas a los ensayos clínicos. Considerados como el único formato capaz de producir resultados científicamente

válidos (debido al control experimental de variables y a la aleatorización), su uso generalizado les confirió el estatuto de formato tradicional de la investigación en psicoterapia. Sin embargo, se había caído en la paradoja de que la gran mayoría de los psicoterapeutas no reconocía la legitimidad ni la utilidad de estos estudios y, además, rechazaban ser partícipes en los mismos (Barlow, 1981).

Muchos investigadores intentaron comprender cómo se había llegado al completo divorcio entre la investigación y la práctica clínica. Identificaron diversas limitaciones de naturaleza metodológica que no solamente dificultaban que el terapeuta investigara su práctica cotidiana sino que condicionaban la aplicabilidad de los resultados de la investigación. Barlow (1981) identifica una serie de problemas. En primer lugar, los ensayos clínicos, usando una estrategia de comparación de grupos, requieren la participación de un gran número de sujetos homogéneos en cuanto a un trastorno mental específico. No obstante, es extremadamente difícil encontrar en los dispositivos de tratamiento el número suficiente de pacientes que cumplan dichos requisitos de homogeneidad. En segundo lugar, la comparación estadística de grupos de sujetos exige también su distribución aleatoria para las distintas condiciones experimentales, lo cual provoca dilemas éticos relativos a (a) los pacientes que deliberadamente no son tratados por haber sido incluidos en el grupo de control, y (b) los pacientes que reciben un tipo de tratamiento determinado por las características de la investigación (condición de tratamiento) y no por sus características clínicas. En tercer lugar, dicha distribución aleatoria de los pacientes -por condiciones de tratamiento fijas- está distante de la realidad clínica, ya que los terapeutas no deciden aleatoriamente el modo de realizar el tratamiento, sino que adaptan la intervención a las respuestas de cada paciente, para potenciar el máximo cambio. Como consecuencia, los terapeutas no tienen interés en participar en este tipo de investigaciones, y minusvaloran la utilidad de los resultados así obtenidos. En cuarto lugar, los resultados de la comparación de grupos estaba basado casi exclusivamente en la significancia estadística, lo cual era visto por los clínicos como inapropiado para evaluar el efecto de un tratamiento, ya que no era informativo de la evolución clínica de los pacientes. Por último, un problema que ya había sido apuntado por Hersen y Barlow, en 1976, es que la investigación por ensayos clínicos proporciona datos sobre los efectos medios de determinada técnica o tratamiento en un grupo de sujetos, pero no permite discriminar entre las personas que mejoran y las que empeoran. Al ser imposible extrapolar la respuesta media de un grupo para el paciente particular, la aplicabilidad de los resultados a la práctica clínica es limitada. Barlow cita a este propósito: "A medida que nuestro trabajo prosigue, nos damos cuenta del hecho de que la comparación de grupos oscurece el verdadero fenómeno que debe ser comprendido por la investigación en psicoterapia y que constituye su esencia." (Hersen & Barlow, 1976, p. 1135). En el fondo, después

de dos décadas de investigación, se estaba en un impase ya que quedaba por solucionar el desafío lanzado por Kiesler y Paul de contestar inequívocamente a la pregunta de qué grado de efectividad presenta determinado procedimiento o estrategia para un individuo determinado.

Otros autores presentaron críticas adicionales asociadas a la imposibilidad, para los ensayos clínicos, de reproducirse en las condiciones reales de la psicoterapia. En cuanto a los pacientes, se argumentaba que no son representativos de la población tratada en los dispositivos de salud mental, ya que en la mayor parte de los ensayos clínicos (a) los pacientes presentan trastornos circunscritos y bien delimitados, por oposición a los cuadros difusos y con múltiples disfunciones de la mayoría de los casos “reales”; y (b) los pacientes con cuadros más graves, son a menudo excluidos (por ejemplo, alguien gravemente deprimido puede ser inmediatamente remitido para tratamiento a un dispositivo/modelo a priori eficaz para ese tipo de problema) (Hersen, Michelson & Bellack, 1984; Seligman, 1995).

En cuanto a los manuales, se argumentaba que no logran describir lo que realmente sucede en la terapia, porque aunque especifiquen el qué de la intervención -sus componentes-, no describen el cómo, la secuencia y la calidad de los comportamientos del terapeuta en la interacción con el paciente. Consecuentemente, aunque un manual describiese una intervención efectiva, no podíamos saber qué intervención del terapeuta era la que provocaba el cambio (Greenberg & Pinsof, 1986; Pinsof & Wynne, 2000). Surge también la crítica de que los ensayos clínicos apenas permiten investigar tratamientos que ya existen y que se pueden protocolizar (Jacobson & Christensen, 1996). No obstante, esa es una parcela ínfima de la psicoterapia que se imparte cotidianamente, ya que la generalidad de los clínicos actúa según un proceso único de creatividad disciplinada que emerge de la singularidad de cada encuentro terapéutico (Gómez Sousa, 2000; Ortega Beviá, 1994; Pina Prata 2001; Pinsof & Wynne, 2000). Por último, la confianza en la objetividad de los ensayos clínicos fue fuertemente contestada por las evidencias de que existe un sesgo sistemático por parte de los investigadores que imparten estudios comparativos, para beneficiar el modelo psicoterapéutico que ellos mismos utilizan o de que se sienten más próximos (Luborsky et al., 1999).

Naturalmente que todas estas críticas a los ensayos clínicos desafiaban la legitimidad de los EST. Al final, afirmar que un tratamiento tiene soporte empírico implica testarlo usando la metodología de ensayos clínicos que, a su vez, se revela inapropiada para describir y evaluar la psicoterapia tal cómo es impartida por los terapeutas en contexto real.

Además, la propia idea de hacer un listado de los tratamientos suportados empíricamente, merece muchas críticas: (a) Un listado de tratamientos tiene una naturaleza estática, que no acompaña el constante desarrollo de los tratamientos

y de las estrategias de investigación (Lambert, Bergin & Garfield, 2004; Weisz, Hawley, Pilkonis, Woody, & Follette, 2000); (b) Ofrece una falsa garantía de efectividad a terapeutas y a pacientes; cómo destaca Lambert, “aunque muchos terapeutas y el público se sienten cómodos al ofrecer o recibir una psicoterapia soportada empíricamente, la realidad es que el éxito del tratamiento parece depender más del paciente y del terapeuta, que del uso de tratamientos comprobados empíricamente. La prueba del efecto del tratamiento tiene que basarse en la medición de la respuesta al tratamiento y no en la indicación del tratamiento correcto” (Lambert, Bergin & Garfield, 2004, p. 9); (c) Un listado de EST ofrece también una falsa garantía de efectividad a las entidades externas a la psicoterapia y éstas pueden utilizarlas de forma peligrosa, p. ej., estableciendo una política de restricción para la práctica de otras modalidades terapéuticas que no cumplan los criterios de estos EST (Goldfried & Wolfe, 1996); (d) Los EST tienen reducida aplicabilidad en la práctica clínica por que a la mayoría de los clínicos no les agradan las guías estructuradas de actuación, y aquellos que las aceptan carecen del entrenamiento necesario para aplicarlas. Recuérdese que para cada tipo de problema o de diagnóstico existe un tratamiento protocolizado, lo cual implica tantos entrenamientos específicos como la diversidad de cuadros clínicos de los pacientes. Tal entrenamiento no es fácil e implicaría costes que no son proporcionados por los sistemas de salud mental. Además, existen evidencias de que el entrenamiento en tratamientos protocolizados específicos se acompaña de una pérdida general de competencias interpersonales y terapéuticas (Beutler, 2000); (e) por último, los manuales convencionales están organizados alrededor de una teoría única, mientras que la mayor parte de los terapeutas adopta una perspectiva ecléctica o multiteórica (op.cit.).

Balance y tendencias actuales

Situar la investigación actual en el desarrollo histórico de los formatos de investigación y en el contexto social, político y económico, ayuda a comprender los desafíos actuales y las principales tendencias de progreso. Como hemos visto, los contextos sociales, políticos y económicos influyen cada vez más en la práctica y en la investigación de la psicoterapia. Paulatinamente, las decisiones de planes de salud públicos y privados, (p.ej., el tipo y duración de las terapias subvencionadas por el Estado o por compañías aseguradoras) van a estar basadas en evidencias de investigación de tipo coste-beneficio. Es por eso necesaria investigación que avale estas decisiones de gestión (Newman & Tejada, 1996). Los EST son un intento de dar respuesta a esta necesidad.

Dentro del dominio de la investigación de eficacia y efectividad, son necesarias múltiples mejoras. En primer lugar, es necesario desarrollar métodos de evaluación de modalidades psicoterapéuticas que no se pueden protocolizar y que son impartidas en contextos reales. En este sentido, por ejemplo, Pinosof y Wynne (2000) sugieren que la efectividad puede ser establecida comparando los resultados de un grupo de pacientes tratados en contexto natural con grupos estudiados en ensayos clínicos (ambos grupos evaluados con los mismos instrumentos).

En segundo lugar, es necesario desarrollar metodologías complementarias u alternativas a los ensayos clínicos. El desafío está en establecer la eficacia mediante diseños no-experimentales en estudios naturalistas. Como ejemplo, señalamos el Diseño Hermenéutico de la Eficacia de Casos Únicos (HSCED - Hermeneutic Single-Case Efficacy Design; Carvalho, Faustino, Nascimento, & Sales, 2007; Elliott, 2001, 2002; Sales, 2005; Sales, Fragoeiro, Noronha, Faísca, & Ortega Beviá, 2003). En tercer lugar, los EST deben acompañar los desarrollos metodológicos de determinación de la efectividad y deben estar receptivos a algunas tendencias de la investigación de resultado que parecen más prometedoras que la creación de listados tratamiento-trastorno. Es el caso de la patient-focused research (Lambert, 2001; Lambert Hansen, & Finch, 2004; Lueger et al., 2001; Lutz, 2002) y del quality management (Kordy, Hannover, & Richard, 2001) que emplean métodos estadísticos para modelar la respuesta esperada de cada paciente al tratamiento, y usan esta información para ayudar los terapeutas a monitorizar formalmente la evolución clínica del paciente, permitiendo realizar ajustes terapéuticos en tiempo real. Estas aplicaciones están todavía en el inicio, pero permiten, por ejemplo, que un terapeuta establezca un plan de tratamiento basado en datos de EST, monitorice la respuesta de cada paciente al tratamiento y, con base en su respuesta, decida eventualmente cambiar la estrategia de tratamiento si no se observa el impacto esperado. Estos abordajes, también designados por práctica clínica basada en la evidencia (evidence-based practice) u estrategias de gestión de los resultados (outcome management research strategies), permiten integrar la investigación en la rutina de la actividad psicoterapéutica, disminuyendo la distancia entre la investigación y la práctica clínica, a la vez que mejoran los resultados de la intervención terapéutica (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004).

La aproximación entre la investigación y la intervención terapéutica es precisamente una de las prioridades actuales. Históricamente, la importancia de la investigación para guiar la práctica clínica es limitada. Los EST, en lugar de disminuir esta distancia, como inicialmente se pretendía, han tenido el efecto contrario (Lambert, Garfield & Bergin, 2004). Surgen así áreas de investigación que pretenden sugerir formatos clínicos constituidos por procedimientos psico-

terapéuticos cuya efectividad está comprobada por la investigación, y que son propios de los distintos modelos terapéuticos. Es el caso del vasto y creciente trabajo de consolidación del abordaje ecléctico (Branco Vasco & Conceição, 2005; Jensen, Bergin & Greaves, 1990) e integracionista (Norcross & Gelfried, 1992; Pinosof, 1995).

Si las tendencias descritas en el párrafo anterior son intentos de extrapolar conocimientos de la investigación a la práctica clínica, la reciprocidad es fundamental. Por otras palabras, restablecer el puente entre los investigadores y los terapeutas implica también crear condiciones para que la práctica clínica guíe la investigación. El flujo de información e influencia deberá ser bidireccional. Cómo señala Lambert, “en general, establecer el puente entre terapeutas e investigadores se logrará solamente cuando el punto de vista de los terapeutas sea oído y considerado. Es necesario un esfuerzo considerable de comunicación y de cooperación en esta área” (Lambert, Garfield & Bergin, 2004, p. 807). Ello implica nuevos formatos de investigación en los cuales los terapeutas tienen mayor participación, a la vez que los investigadores se orientan hacia el diálogo permanente con la realidad que estudian. Implica, pues, avanzar en métodos cuantitativos más útiles e informativos desde el punto de vista clínico (cómo la significancia clínica); además de usar metodologías cualitativas que logren describir la complejidad del proceso psicoterapéutico; y multiplicar los estudios naturalistas (Frommer & Rennie, 2001; McLeod, 2001).

Es evidente que más allá de mejorar la investigación de efectividad, es necesario desarrollar otras líneas de investigación. Producir conocimiento científico para contestar cuestiones de efectividad -útiles para la gestión política y económica- es una ínfima parte del objeto de estudio de la investigación en psicoterapia (Jacobson & Christensen, 1996). Como refieren Sexton, Alexander y Mease (2004), a diferentes “consumidores” de la investigación les interesan diferentes cuestiones. Existe un desequilibrio de los destinatarios de la investigación, ya que poca investigación se ha dedicado a preguntas útiles para el terapeuta. Parafraseando a Pinosof y Wynne (2000), necesitamos investigación que ayude los terapeutas a decidir sobre qué hacer con pacientes específicos, en momentos específicos en el transcurso del tratamiento. Los estudios de efectividad siguen indicando que, de media, dos tercios de los pacientes mejoran en la mayoría de los modelos psicoterapéuticos (Pinosof & Wynne, 2000). Aunque sepamos que en general la psicoterapia es efectiva, seguimos sin saber, con precisión, por qué.

Dos importantes líneas de investigación han surgido en el intento de comprender con mayor precisión el cambio psicoterapéutico. Una línea se dirige a la búsqueda de los factores comunes a todas las intervenciones curativas. Concretamente, pretende comprender hasta qué punto el cambio terapéutico resulta de las características únicas de tratamientos específicos, o si resulta de factores de

naturaleza más general, que pueden estar presentes en un tratamiento pero, a lo mejor, también en todos los demás (Lambert & Ogles, 2004).

Otra línea de investigación, designada por paradigma del cambio o paradigma de los eventos, se ocupa de esclarecer el qué, en la complejidad de un tratamiento, produce qué efecto. Por otras palabras, pretende identificar los ingredientes y los mecanismos del cambio, conectando lo que ocurre en las sesiones de terapia con los resultados obtenidos (Greenberg, 1986).

No cabe duda que la psicoterapia resulta. La cuestión es si podemos aislar e identificar los ingredientes del, comprender cómo opera el cambio psicoterapéutico e ampliar su influencia. Solamente un desarrollo metodológico sistemático y robusto, permitirá avanzar en este intento. En los últimos 50 años hemos da los primeros pasos.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Division 12. Society of Clinical Psychology-Section 3-Society for a science of clinical psychology. from <http://www.apa.org/divisions/div12/div12.html>.
- (2) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. Washington DC.
- (3) TASK FORCE ON PROMOTION AND DISSEMINATION OF PSYCHOLOGICAL PROCEDURES. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist* 48(1), 3-23.
- (4) BARLOW, D. H. (1981). On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues, new directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49(2), 147-155.
- (5) BERGIN, A. E., & LAMBERT, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.). *HANDBOOK OF PSYCHOTHERAPEUTIC AND BEHAVIOR CHANGE*, (pp. 139-189). New York: John Wiley and Sons.
- (6) BEUTLER, L. E. (1998). Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(1), 113-120.
- (7) BEUTLER, L. E. (2000). David and Goliath: When empirical and clinical standards of practice meet. *American Psychologist* 55(9), 997-1007.
- (8) BOHART, A. C., O'HARA, M., & LEITNER, L. M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research* 8, 141-147.
- (9) BRANCO VASCO, A. AND CONCEIÇÃO, N. (2005). *When in the process, should it happen? Temporal sequencing of strategic objectives*. 35th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Rome.
- (10) CARVALHO, M. J., FAUSTINO, I., NASCIMENTO, A., & SALES, S. (2007). Pamina's recovery: Applications of hermeneutic single-case efficacy design in a naturalistic family therapy context. Paper presented at the European Chapter Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Funchal, Madeira, 22-24 Março 2007.
- (11) CHAMBLESS, D. L., BAKER, M. J., BAUCOM, D. H., BEUTLER, L. E., CALHOUN, K. S., CRITS-CHRISTOPH, P. ET AL. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist* 51(1), 3-16.
- (12) CHAMBLESS, D. L., & HOLLON, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66(1), 7-18.
- (13) CHAMBLESS, D. L., SANDERSON, W. C., SHOHAM, V., JOHNSON, S. B., POPE, K. S., CRITS-CHRISTOPH, P. ET AL. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist* 49(2), 5-14.
- (14) COHEN, L. H., SARGENT, M. M., & SECHREST, L. B. (1986). Use of psychotherapy research by professional psychologists. *American Psychologist* 41(2), 198-206.
- (15) DENKER, R. (1946). Results of treatment of psychoneuroses by the general practitioner. A follow-up study of 500 cases. *New York State Journal of Medicine* 46, 2164-2166.
- (16) ELLIOTT, R. (2001). Hermeneutic Single-Case Efficacy Design: An overview. in K. J. Schneider, J. F. T. Bugental & J. F. Pierson (Eds.). *The Handbook of humanistic psychology: Leading edges in theory, research and practice*. California: Sage Publications Inc.
- (17) ELLIOTT, R. (2002). Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychotherapy Research* 12(1), 1-21.
- (18) EYSENCK, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16, 319-324.
- (19) FRANCIS, J. R., & ARONSON H. (1990). Communicative efficacy of psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58(3), 368-370.
- (20) FROMMER, J., & RENNIE D. L. (Eds.) (2001). *Qualitative psychotherapy research: Methods and methodology*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (21) GARFIELD, S. L., & BERGIN, A. E. (Eds.) (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley and Sons.
- (22) GOLDFRIED, M. R., & WOLFE, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research-Repairing a strained alliance. *American Psychologist* 51(10), 1007-1016.
- (23) GÓMEZ SOUSA, M. (2001). Las Estrategias Terapéuticas. In F. J. Ortega Beviá (Ed.) *Terapia Familiar Sistémica (189-197)*. Universidad de Sevilla. Secretariado de Publicaciones.
- (24) GREENBERG, L. S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54(1), 4-9.
- (25) GREENBERG, L. S., & PINSOFF, W. M. (1986). Process research: Current trends and future perspectives. In L. S. Greenberg and W. M. Pinsoff (Eds.). *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*, (3-20). New York: The Guilford Press.
- (26) HERSEN, M., & BARLOW, D. H. (1976). *Single-case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press.
- (27) HERSEN, M., MICHELSON, L., & BELLACK, A. S. (1984). Historical overview. In M. Hersen, L. Michelson & A. S. Bellack (Eds.). *Issues in Psychotherapy Research*, (3-33). New York: Plenum Press.
- (28) HILL, C., & CORBETT, M. M. (1993). A perspective on the history of process and outcome research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology* 40(1), 3-24.
- (29) HILL, C. & LAMBERT, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (84-135). New York: John Wiley and Sons.
- (30) HOWARD, K. I., KOPTA, S. M., KRAUSE, M. S., & ORLINSKY, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist* 41(2), 159-164.
- (31) HOWARD, K. I., MORAS, K. BRILL, P. L., MARTINOVICH, Z. & LUTZ, W. (1996). Evaluation of Psychotherapy: Efficacy, Effectiveness, and Patient Progress. *American Psychologist* 51(10), 1059-1064.
- (32) JACOBSON, N. S., & CHRISTENSEN, A. (1996). Studying the effectiveness of psychotherapy: how well can clinical trial do the job? *American Psychologist* 51(10), 1031-1039.
- (33) JENSEN, J. P., BERGIN, A. E. GREAVES, D. W. (1990). The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Professional Psychology: Research and Practice* 21, 124-130.
- (34) KAZDIN, A. E. (1984). Therapy analogues and clinical trials in psychotherapy research. In M. Hersen, L. Michelson & A. S. Bellack (Eds.). *Issues in Psychotherapy Research* (227-250). New York: Plenum Press.
- (35) 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* (23-68). New York: John Wiley and Sons.
- (36) KIESLER, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65(2), 110-136.
- (37) KORDY, H., HANNÖVER, W., & RICHARD, M. (2001). Computer-assisted feedback-driven quality management for psychotherapy: The Stuttgart-Heidelberg model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 173-183.
- (38) LAMBERT, M. J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(2), 147-149.
- (39) LAMBERT, M. J. & BERGIN, A. E. (1994). The effectiveness of Psychotherapy. In A. E. Bergin & M. J. Lambert (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (143-189). New York, John Wiley and Sons.
- (40) LAMBERT, M. J., BERGIN, A. E., & GARFIELD, S. L. (2004). Introduction and historical

overview. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (3-15). New York, John Wiley and Sons.

(41) LAMBERT, M. J., GARFIELD, S. L., & BERGIN, A. E. (2004). Overview, trends, and future issues. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (805-821). New York: John Wiley and Sons.

(42) 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(2), 159-172.

(43) LAMBERT, M. J., HATCH, D. R., KINGSTON, M. D., & EDWARDS, B. C. (1986). Zung, Beck, and Hamilton Rating Scales as measures of treatment outcome: A meta-analytic comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54(1), 54-59.

(44) LAMBERT, M. J., & OGLES, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (139-193). New York, John Wiley and Sons.

(45) LANDIS, C. (1938). Statistical evaluation of psychotherapeutic methods. In S. E. Hinsie (Ed.) *Concepts and problems of psychotherapy* (155-165). London: Heineman.

(46) LANG, P. J., & LAZOVIK, A. D. (1963). Experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 519-525.

(47) LANG, P. J., LAZOVIK, A. D., & REYNOLDS, D. J. (1965). Desensitization, suggestibility, and pseudotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 395-402.

(48) LIPSEY, M. W., & WILSON, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioural treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist* 48(12), 1181-1209.

(49) LUBORSKY, L. & DERUBELS, R. J. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.

(50) LUBORSKY, L., DIGUER, L., SELIGMAN, D. A., ROSENTHAL, R., KRAUSE, E. D., & JOHNSON, S. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6, 95-106.

(51) 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.

(52) LUEGER, R. J., MARTINOVICH, Z., ANDERSON, E. E., HOWARD, K. I., LUTZ, W., & GRISSOM, G. (2001). Assessing treatment progress of individual patients using expected treatment response models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 150-158.

(53) LUTZ, W. (2002). Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychotherapy Research* 12(3), 251-272.

(54) MCLEOD, J. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage Publications.

(55) MORROW-BRADLEY, C., & ELLIOTT, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist* 41(2), 188-197.

(56) NEWMAN, F. L., & TEJEDA, M. J. (1996). The need for research that is designed to support decisions in the delivery of mental health services. *American Psychologist*, 51(10), 1040-1049.

(57) NORCROSS, J. C., & GOLDFRIED, M. R. (Eds.) (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.

(58) ORTEGA BEVIÁ, F. (1994). Le jeu et les règles. *Thérapie Familiale* 15(4), 339-347.

(59) PARLOFF, M. B. (1979). Can psychotherapy research guide the policymaker? A little knowledge may be a dangerous thing. *American Psychologist* 34, 296-306.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (60) PAUL, G. L. (1966). *Insight vs. desensitisation in psychotherapy: An experimental in anxiety reduction*. Stanford: Stanford University Press.
- (61) PAUL, G. L. (1967a). Insight vs. desensitisation in psychotherapy two years after termination. *Journal of Consulting Psychology*, 31(4), 333-348.
- (62) PAUL, G. L. (1967b). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology* 31(2), 109-118.
- (63) PINA PRATA, F. X. (2001). La terapia familiar como proceso. in F. J. Ortega Beviá (Ed.). *Terapia Familiar Sistémica* (169-182). Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones.
- (64) PINSOF, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy: a synthesis of family, individual, and biological therapies*. New York: Basic Books, HarperCollins Publishers Inc.
- (65) PINSOF, W. M., & WYNNE, L. C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy* 26(1), 1-8.
- (66) SALES, C. (2005). *Terapia familiar en contexto psiquiátrico: Aportaciones para la comprensión del cambio psicoterapéutico*. Departamento de Psiquiatría. Seville, Seville Faculty of Medicine. Department of Psychiatry. Unpublished Doctoral Thesis.
- (67) SALES, C., FRAGOIRO, A., NORONHA, S., FAÍSCA, L., & ORTEGA BEVIÁ, F. (2003). *Successful family therapy*. A single-case study. Poster presented at the 34th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Weimar, Germany.
- (68) SELIGMAN, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist* 50(12), 965-974.
- (69) SEXTON, T. L., ALEXANDER, J. F., & MEASE, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (590- 646). New York: John Wiley and Sons.
- (70) SHADISH, W. R., K. RAGSDALE, & GLASER, R. R. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy* 21(4), 345-360.
- (71) SMITH, M. L., GLASS, G. V., & MILLER, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- (72) STILES, W. B., SHAPIRO, D. A., & ELLIOTT, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41(2), 165-180.
- (73) VANDENBOS, G. R. (1996). Outcome assessment of psychotherapy. *American Psychologist*, 51(10), 1005-1006.
- (74) WEISZ, J. R., HAWLEY, K. M., PILKONIS, P. A., WOODY, S. R., & FOLLETTE, W. C. (2000). Stressing the (other) three Rs in the search for empirically supported treatments: Review procedures, research quality, relevance to practice and public interest. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 243-258.

* Célia Sales. Universidade Autónoma de Lisboa. Instituto de Investigação Pluridisciplinar da Universidade Autónoma de Lisboa (IIPUAL). Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS-ISCITE)

Correspondencia: Prof. Doctora Célia Sales. Universidade Autónoma de Lisboa - Departamento de Psicologia e Sociologia. Rua de Santa Marta, 47 - 3º. 1169-023 Lisboa. Portugal
Correo electrónico: celiasales@universidade-autonoma. pt +351 21 8538065

** Recibido: 19/02/2009