

Investigación en psicoterapia (I): el pájaro Dodo en el umbral del siglo XXI

A. FERNÁNDEZ LIRIA

Psiquiatra. Servicios de salud mental. Área 3. Madrid.
Departamento de Especialidades Médicas.
Universidad de Alcalá. Madrid

RESUMEN

En esta primera parte de las dos que consta el trabajo se revisa la literatura sobre los problemas encontrados en la investigación en psicoterapia y las soluciones ensayadas frente a los mismos. Se critican así algunos de los mitos existentes sobre este tipo de investigación. Se analizan las dificultades más frecuentemente señaladas para llevarla a cabo y se exponen las estrategias más comúnmente utilizadas. Se dedican apartados específicos a glosar las aportaciones del metaanálisis, la investigación sobre efectos adversos y la investigación sobre coste-eficacia. Se proporciona un compendio final sobre las principales enseñanzas extraídas de la investigación. La segunda parte especificará lo desarrollado desde cada una de las escuelas existentes, analizará la situación en España y extraerá las conclusiones.

Palabras clave: psicoterapia, investigación.

RESUME

Étude en psychothérapie (I): l'oiseau Dodo aux portes du XXI siècle. Dans la première des deux parties où le travail est consommé, il y a une révision de la littérature concernant les problèmes rencontrés lors de la recherche en psychothérapie et des solutions essayées pour faire face à ces problèmes. On critique ainsi, quelques un des mythes existents sur ce type de recherche. On analyse les difficultés plus fréquemment signalées et on expose les stratégies communément utilisées. Il y a certains paragraphes qui traitent spécifiquement les apports du méta-analyse, la recherche sur les effets adverses et la recherche sur la relation coût-efficacité. On trouve un resume final sur les principaux résultats de la recherche. La seconde partie spécifie ce que chaque école a développé, analyse la situation en Espagne et ressort les conclusions.

Mots-clef: psychothérapie, recherche.

SUMMARY

Research in psychotherapy (I): the Dodo bird on the threshold of the 21st century. This is the first of a two-part review of literature about problems and solutions in psychotherapy investigation. We criticize some of the myths about this field of investigation. We analyse the most frequently marked difficulties and we expose the most common strategies. There are specific sections on meta-analysis contributions, adverse effects and cost-effectiveness. We summarize the lessons we can learn from investigation. The second part will deal with developments by each of the different schools of psychotherapy, the situation in Spain and general conclusions.

Key words: psychotherapy, investigation.

RIASSUNTO

Ricerca in psicoterapia (I): l'uccello Dodo sulla soss-lia del secólo XXI. In questa prima parte, delle due di cui consta il lavoro, si rivede la letteratura sui problemi incontrati nella ricerca in psicoterapia e le risoluzioni provate. Si criticano, cosí, alcuni dei miti esistenti su questo tipo di ricerca. Si analizzano le difficoltà piú frequentemente indicate per portarle avanti e si espongono le strategie piú comunemente utilizzate. Si commentano specificamente i contributi della meta analisi, la ricerca sugli effetti awersi e la ricerca sul rapporto costo-efficacia. Si presenta un compendio finale sui principali insegnamenti derivad dalla ricerca. La seconda parte specificherá quanto é stato svolto da ciascuna delle scuole esistenti, analizzerá la situazione in Spagna e ne trarrá le conclusioni.

Parole chiave: psicoterapia, ricerca.

Situación general de la práctica de la psicoterapia a finales del siglo XX

Nos encontramos en un momento de inflexión en el campo de las psicoterapias.

— Se consideran las psicoterapias como formas de intervención en la atención a problemas bien definidos de salud mental y no vías de acceso a Verdades o Estados psíquicos cuya definición presupone la aceptación de los principios teóricos de la intervención.

— Se publican estudios replicables de eficacia, que permiten comparaciones con otras técnicas, psicoterapéuticas o de otro tipo (farmacológicas...) ^{1,4}.

— Se definen técnicas concretas de intervención y las situaciones en las que están indicadas (la expresión máxima de esta tendencia son los "manuales" de psicoterapia) y se trata de poner en relación la aplicación de estas técnicas con el resultado (en lugar de atribuir éste a un estado alcanzado por el terapeuta mediante algún rito de iniciación).

— Se utilizan procedimientos de observación (vídeo...) que permiten la contrastación de los informes y el estudio de posibles factores activos utilizados inadvertidamente ⁵.

— Se extiende una mentalidad según la cual se admite que los objetivos y las condiciones (duración, coste, requerimientos ambientales, etc.) de la psicoterapia, vienen conformados, sobre todo, por el sistema de atención a la salud mental en cuyo marco se dan ^{1,10}. Los psicoterapeutas saben que los determinantes de este sistema son políticos y que la pretensión de que el sistema se configure según los requerimientos ideológicos de una determinada escuela, es irracional.

Todo esto ha permitido la crítica de una serie de mitos que habían formado parte de la enseñanza obligada de los terapeutas de las diferentes escuelas. No nos detendremos en ellos, pero sí enumeraremos algunos hechos que hoy son de conocimiento general.

— La eficacia de las intervenciones de las diferentes escuelas es aproximadamente igual, los trastornos que responden a las intervenciones basadas en una escuela dada, responden a las de las otras y los que no responden, no responden a las de ninguna ^{1,11,14}.

— Las intervenciones de los terapeutas de las diferentes escuelas, conforme adquieren más experiencia, se asemejan más entre sí, fenómeno que se acompaña con la observación de que, a la vez, aumentan su eficacia. Los terapeutas con más años de experiencia se definen con más frecuencia que los noveles como "eclécticos" o "integradores" ⁷.

— Las indicaciones de las formas "breves" de psicoterapia coinciden cada vez más claramente con las de la psicoterapia en general; esto es: las formas supuestamente más "profundas" de psicoterapias —independientemente de lo apasionante que sea la experiencia que puedan proporcionarnos— no ofrecen ninguna ventaja demostrable en el tratamiento de los trastornos mentales ^{11, 15, 17}.

— No está demostrado que las psicoterapias más "profundas" o más duraderas tengan más efecto que las más "breves" en la prevención de futuras recaídas; tampoco lo está el que la psicoterapia de cualquier tipo la tenga sobre otros tratamientos (farmacológicos...) o sobre la remisión espontánea^{18,19)}. Este panorama ha abierto paso a dos líneas divergentes de reflexión sobre las psicoterapias (que, sin embargo, comparten frecuentemente metodologías, instrumentos de medida y soporte para las publicaciones):

1) La línea ecléctica/integradora, que trata de investigar sobre los factores comunes a las psicoterapias de las diferentes escuelas (sobre la hipótesis de que deben ser éstos los responsables de los muy semejantes resultados obtenidos por todas ellas)^{1,6,20-30} y utiliza en la práctica recursos técnicos originarios de cualquiera de ellas, según parezcan más oportunos en cada momento evolutivo del paciente o más acordes con las habilidades o características personales del terapeuta. Ha cobrado enorme pujanza en los últimos años, y se ha concretado en las asociaciones *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* y la *International Academy of Eclectic Psychotherapists*, así como la revista *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*. Una parte de los psicoterapeutas que defienden intervenciones integradoras han criticado una desviación extrema de esta postura que supondría que el desarrollo de la psicoterapia no requiere de una teoría propia, capaz de explicar los procesos que constituyen la terapia, sino que se limitaría a una mera recopilación de estrategias con resultado conocido. Este extremo representaría el eclecticismo **técnico** frente a un eclecticismo **teórico**²² o el eclecticismo a secas, frente a los que prefieran considerarse **integradores**. Garfield³¹ llama la atención sobre el hecho de que, a pesar de la mala fama de que el término "ecléctico" se ha hecho acreedor, haya tantos clínicos que lo utilicen para definir su trabajo.

2) La línea específica, que trata de aislar los factores específicos de una escuela determinada, intentando controlar los factores espúreos que puedan contaminar la actuación de los primeros. Su exponente más radical son los "manuales de psicoterapia"³². Sus representantes más conocidos se reparten, obviamente, entre las diferentes escuelas: Beck, Ellis, Davanloo, el grupo de la Tavistock, el Instituto de Terapia Familiar de Milán, Luborsky y el proyecto *Penn*. La refutación de los grandes mitos de cada escuela se debe, sobre todo, a este tipo de trabajo.

La investigación en psicoterapia: problemas y soluciones

MITOS SOBRE LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

Marginson y McGrath³³, en un buen trabajo introductorio sobre el tema, comienzan su exposición reconociendo que la investigación en psicoterapia tiene mala prensa. Atribuyen esta fama a tres ideas generalmente aceptadas. En primer lugar, la idea de que la investigación en psicoterapia, **si no es imposible, reviste dificultades casi insalvables**, es de las primeras que quien exprese su intención de trabajar en este terreno tendrá ocasión de oír. La realidad es, sin embargo, que si bien la investigación en esta materia presenta dificultades específicas y no admite traslaciones mecánicas de instrumentos y procedimientos procedentes de otros campos, en los últimos veinte años se ha realizado una cantidad progresivamente creciente de trabajos, que éstos han ido adquiriendo una sofisticación y una fineza a veces desconocida en otros terrenos de la investigación sobre eficacia de intervenciones médicas, y que en el intento de superar estas dificultades se han perfilado conceptos, estrategias e instrumentos que no sólo han representado soluciones específicas brillantes, sino que han servido para enriquecer o para mostrar deficiencias ignoradas en otros campos de investigación.

Una segunda idea, consecuencia de la anterior, es la de que la **investigación en psicoterapia es cara o al menos requiere de recursos excepcionalmente difíciles de conseguir**. Esto sólo es cierto si consideramos que la colección de bodrios que estamos acostumbrados a aceptar como buenos en otros campos de investigación (como el de los tratamientos farmacológicos o la evaluación de servicios) representan un estándar razonable para la comparación. La investigación en cualquier campo requiere esfuerzo y medios (por este orden), y la investigación en psicoterapia no es una excepción. El perfeccionamiento y abaratamiento de los medios de reproducción de imagen y sonido y el creciente acuerdo en la estandarización de categorías diagnósticas, instrumentos de medida y estrategias de intervención, facilita enormemente el desarrollo de trabajos bien controlados en los entornos habituales de la clínica. Por otra parte, buena parte del coste en dinero y esfuerzo de mucha de la primera investigación sobre el tema se orientaba a reproducir las condiciones de la práctica clínica corriente en los lugares en los que se llevaba a cabo la investigación (el hecho de que investigación y práctica se hayan realizado en los universos inconexos de los departamentos universitarios y los dispositivos de atención no es un particularismo español y ha sido señalado por todos los estudiosos del tema^{33,34}. En este momento están creadas las condiciones para permitir el desarrollo de investigación seria en los servicios clínicos ordinarios.

Por último, buena parte de la desconfianza hacia la investigación en psicoterapia se debe a lo **descorazonador de los resultados publicados** en algunas de las primeras y más difundidas aproximaciones que, sorprendentemente, más que estimular trabajos orientados a refutarlos, reprodujeron en buena parte de los círculos de psicoterapeutas practicantes una actitud de desprecio por la investigación y una política de esconder la cabeza como el avestruz ante esos resultados. Desde que Eysenck³⁵ publicara en 1952 su provocadora conclusión de que no existía ninguna evidencia sobre la eficacia de la psicoterapia, se han realizado numerosos trabajos que prueban de modo inequívoco que ésta es más eficaz que la ausencia de tratamiento y más eficaz que diversas modalidades de placebo y la pseudoterapia (Lambert, Shapiro & Bergin¹ realizan una excelente revisión). Sin embargo, sentado este principio para la psicoterapia en general, ha sido imposible demostrar diferencias en la eficacia de las diferentes formas de¹¹ psicoterapia investigadas, con lo que los investigadores han pasado de la sospecha de estar dedicando sus esfuerzos a un trabajo que, por ineficaz, no los merecía, a lo que ha pasado a conocerse como el **veredicto del pájaro Dodo**¹⁵, personaje de *Alicia en el País de las Maravillas*, en cuya boca puso Carroll la frase "todos han ganado y cada cual debe tener el premio". Contra este veredicto — desalentador si se pretende que la investigación de eficacia arroje alguna luz sobre los postulados teóricos de las intervenciones estudiadas— se desarrolla buena parte de la investigación en curso sin que por el momento y a pesar de algunas campanas prematuramente lanzadas al vuelo³⁶ haya podido irse más allá de alguna intuición que se refiere más a la correcta ejecución de lo postulado que a comparación entre modelos^{33,38}. En cualquier caso, como señala Kazdin³⁴, hoy no cabe preguntarse sobre la eficacia de la psicoterapia, ni siquiera por la de tal clase de psicoterapia, sino algo así como "¿qué intervención, aplicada por quién, es más efectiva para este individuo concreto, con tal problema específico y en esta circunstancia determinada?".

DIFICULTADES EN LA INVESTIGACIÓN

Marginson y sus colaboradores en el trabajo citado³³ enumeran algunas de las dificultades encontradas en la investigación en psicoterapia que seguiremos en la siguiente parte de esta exposición:

Los tratamientos psicoterapéuticos son difíciles de definir y de operativizar

El término *psicoterapia* se refiere hoy en día a demasiadas cosas como para que su utilización en una investigación pueda dejarnos tranquilos. Por una parte, así llaman a sus intervenciones profesionales de la salud mental que realizan operaciones completamente diferentes. Henrik³⁹ recoge en su guía más de 250 modalidades de psicoterapia. Pero es que además las variaciones individuales en lo que realizan en la consulta los practicantes de la misma modalidad han mostrado ser enormes¹ y, en ocasiones, mayores de las detectables entre determinados terapeutas pertenecientes a distintas escuelas¹¹.

Por ello, una de las primeras preocupaciones de los investigadores en psicoterapia ha sido la de definir claramente las intervenciones. Esta tarea —muy en relación con los procedimientos de enseñanza— se ha visto especialmente facilitada por las modernas técnicas de reproducción de imagen y sonido. Como máximo exponente de este esfuerzo se cuentan los manuales de psicoterapia que se recogen en la tabla 1^{40,46)} o los utilizados en el Proyecto de Sheffield⁴⁷⁾ o en el estudio sobre tratamiento de la depresión del Instituto Nacional de Salud Mental americano⁴⁸⁾ o las exposiciones cuasi-manualizadas de las psicoterapias breves de Davanloo^{5,49)}, Sifneos⁵⁰⁾ —del que se ha editado recientemente una versión manualizada¹⁾—, Mann⁵²⁾, Horowitz^{53,54)}, Garfield⁶⁾ o Fosha⁵⁵⁾. Estos manuales o guías permiten definir y conocer qué es lo que los diferentes terapeutas que participan en una investigación deben realizar y realizan en la práctica y facilitan el proceso de formación para que consigan hacerlo. Garantizan la "pureza" de las intervenciones y permiten estudiar también el efecto de las desviaciones respecto a la técnica considerada "correcta" por una escuela dada. Los más recientes metaanálisis¹⁷⁾ excluyen de entrada los trabajos que no se basan en intervenciones manualizadas, por considerar que en ellos desconocemos a qué puede atribuirse el efecto.

Si la manualización y la operativización de las intervenciones ha supuesto una contribución innegable a la posibilidad de realizar investigación, dado que las eficacias atribuibles a las diferentes psicoterapias ha resultado semejante, no ha permitido descartar la hipótesis de que tales efectos se deban a factores comunes a todas las técnicas y, menos aún, postular que la eficacia demostrada por las intervenciones basadas en un determinado paradigma teórico se deben a lo que tal paradigma propone como factores del cambio. Esta limitación de los resultados ha sido reconocida y publicada por los investigadores más serios junto con los resultados mismos⁵⁶⁾, y ha generado nuevas estrategias de investigación que a veces parecen prometedoras³⁷⁾. Por otro lado, la incapacidad de la investigación efectuada hasta la fecha para detectar diferencias en la eficacia de las distintas intervenciones estudiadas puede deberse a lo que se conoce como un error tipo II, esto es, no a la ausencia de tales diferencias, sino a la falta de muestra suficiente para poner en evidencia de modo inequívoco diferencias realmente existentes (la capacidad de un ensayo para determinar diferencias de una determinada magnitud —su poder o sensibilidad— es función del número de casos incluidos en el mismo).

TABLA 1
Manuales de psicoterapia

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) ⁴⁰⁾
Bellack, Hersen y Himmelhoch (1981) ⁴¹⁾
Fuch y Rehm (1977) ⁴²⁾
Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman (1979) ⁴³⁾
Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz y Teri (1982) ⁴⁴⁾
Luborsky (1984) ⁴⁵⁾
Struppy Binder (1984) ⁴⁶⁾
Sifneos (1992) ⁵¹⁾

Los "grupos control" y el "placebo" presentan dificultades conceptuales y prácticas

El placebo de una intervención determinada debería ser una intervención semejante de la que se excluyen selectivamente lo que el investigador supone que son los factores activos, cuyo efecto se trata de medir (como para un antibiótico sería una cápsula semejante pero sin el antibiótico). Se han diseñado diversas modalidades de placebo en psicoterapia (como las pseudoterapias de "atención"), pero éstas han resultado difíciles de llevar a cabo y, además, el intento se ha visto complicado por la dificultad ya reseñada de determinar los factores activos de cada psicoterapia. En general, todos los estudiosos del tema concluyen que el concepto, tal y como se utiliza en investigación farmacológica, no es de directa aplicación en psicoterapia^{1,33,34}. Lambert y sus colaboradores¹ proponen su sustitución en los estudios sobre terapias psicosociales, por el de "factores comunes", definidos como aquellas dimensiones del marco en que se efectúa el tratamiento (terapeuta, terapia, cliente) que no son específicos de una técnica particular. La consideración de los factores comunes, más allá de su relación con la necesidad de establecer grupos-control, ha sido fructífera en la investigación, y ha tendido mucho que ver con la consolidación de lo que analizaremos más tarde como tendencias ecléctico-integradoras. Pero la solución al problema de los grupos control en psicoterapia proviene más bien de la consideración de que, dado que existen tratamientos más o menos eficaces de los trastornos que las intervenciones psicoterapéuticas pretenden resolver, lo que procede es comparar su eficacia con esas intervenciones y no con placebo⁵⁷. Por ello, la utilización como control del "tratamiento como de costumbre", sea este farmacológico, psicoterapéutico o mixto, para probar la eficacia de una intervención, es la opción más frecuente.

Frecuentemente se ha cometido el error de interpretar la falta de efecto adicional al atribuible a los factores específicos como una demostración de la ineficacia de la psicoterapia⁵⁸, cuando el hecho de que estos factores sean comunes no implica el que no sean parte sustancial —y componente activo— de la psicoterapia.

Con efectos pequeños o pequeñas diferencias se precisan grandes muestras

Las muestras utilizadas para sustentar algunas de las afirmaciones que se han considerado verdades incuestionables en psicoterapia han sido verdaderamente pequeñas. Ya hemos señalado que esto determina una falta de poder o sensibilidad de los ensayos que puede traducirse en un error tipo II, al no mostrar diferencias realmente existentes entre las opciones comparadas. Las técnicas metaanalíticas a las que nos referiremos más adelante proporcionan, entre otras ventajas, la posibilidad de basar nuestras afirmaciones en la "observación" de un número mayor de casos. De todas formas, la realización de ensayos con muestra suficiente es una de las asignaturas pendientes de la investigación en psicoterapias.

Otro aspecto relacionado con el anterior se refiere a la exigüidad del período de observación, generalmente proporcionado por los trabajos de investigación en psicoterapia. Este período es, en ocasiones, demasiado corto incluso para obtener efectos con alguna de las estrategias empleadas⁵⁹, y ha sido casi siempre insuficiente para comprobar las hipótesis que sobre el efecto a largo plazo de la psicoterapia tienen casi todas las escuelas. Aunque últimamente se han publicado resultados más esperanzadores⁶⁰, no cabe descartar la hipótesis de Bergin⁶⁰ de que el efecto de la psicoterapia es más acelerar el cambio que producirlo.

Las medidas suelen ser "blandas" y la elección de instrumentos es crucial

Aunque la generalización del uso de las clasificaciones operativas de los trastornos mentales ha facilitado notablemente el trabajo de investigación, la elección de los instrumentos de medida del cambio en materias que son subjetivas por definición reviste no pocas dificultades. La elección del instrumento de evaluación adecuado para medir los efectos de una intervención está fuertemente condicionada por la orientación teórica del investigador, y de este condicionamiento resulta una de las dificultades en la comparación de resultados obtenidos mediante técnicas basadas en diferentes constructos teóricos. La tendencia actual es a la utilización de las medidas autoproclamadas "ateóricas", pero éstas no siempre están desprovistas de ideología, y además plantean problemas propios y ofrecen medidas "blandas" e inespecíficas.

Lambert y sus colaboradores, en su excelente revisión ya citada¹, exponen las siguientes conclusiones sobre la medida de resultados:

1) El cambio es multidimensional, y por tanto deben recogerse medidas en diferentes dimensiones (diagnóstico, gravedad de los síntomas, desempeño psicosocial, malestar subjetivo, conducta observable...).

2) Es preciso disponer de un esquema conceptual de referencia para sistematizar las medidas de los resultados. En la tabla 2 reproducimos el esquema propuesto por estos autores, que lo acompañan de la recomendación de utilizar varias fuentes, recoger los datos por varios métodos y sobre diversas áreas de contenido (humor, síntomas, autopercepción, desempeño de roles, autocontrol...) que ellos distribuyen en las tres categorías básicas: intrapersonal, interpersonal y desempeño psicosocial. La realidad es que los últimos estudios me-

TABLA2
Dimensiones de los instrumentos de evaluación

CONTENIDO	TECNOLOGÍA	FUENTE
Intrapersonal	Evaluación	Auto-informe
afecto	1	1
1	2	2
2	--	--
--	--	--
conducta	Descripción	Observador experto
1	1	1
2	2	2
--	--	--
--	--	--
cognición	Observación	"Otro" relevante
1	1	1
2	2	2
--	--	--
Interpersonal	Estado	Terapeuta
1	1	1
2	2	2
--	--	--
--	--	--
Desempeño de roles sociales		Institución
1		1
2		2
--		--
--		--

Tomada de Lambert, Shapiro y Bergin, 1986.

taanalíticos no han tenido dificultad en encontrar trabajos de campo que cubran estas dimensiones¹⁷.

3) Lo deseable es utilizar criterios individualizados para medir los resultados, pero éstos son difíciles de emplear eficientemente. Se han desarrollado instrumentos que miden precisamente el grado de cumplimiento de objetivos fijados en la evaluación previa más que el desplazamiento en instrumentos psicométricos estándar o la adaptación a patrones de conducta supuestamente adaptativa. En cualquier caso, el uso de este tipo de instrumentos debe simultanearse con el de los que permiten réplicas y comparaciones a gran escala.

4) Los instrumentos de evaluación de resultados deben proporcionar datos clínicamente significativos. En el pasado ha sido frecuente la tendencia a utilizar indicadores de resultados que sólo tienen sentido en el paradigma que inspira la psicoterapia de que se trate.

Muchos estudios bien diseñados no son generalizables a poblaciones clínicas

Buena parte de la investigación publicada sobre psicoterapia se ha realizado en poblaciones de voluntarios que proporcionan lo que se llama un análogo a la población clínica a la que pretende dirigirse a continuación la intervención que se pretende evaluar. Esta estrategia, obligada por el hecho de realizarse la investigación en lugares alejados de la práctica clínica ordinaria (paradigmáticamente en las universidades y sobre estudiantes o colegas voluntarios), plantea el problema de la generalizabilidad de los resultados.

Otra fuente de sesgo se debe a que los estudios se realizan sobre poblaciones altamente seleccionadas por el lugar en que se realiza la investigación (los hospitales) o por los propios criterios de investigación (que tratan de evitar, por ejemplo, comorbilidad con otros trastornos o condiciones cuando esta comorbilidad es casi la norma en la población atendida en los servicios de Salud Mental o de Atención Primaria). Es difícil, por ejemplo, encontrar entre los casos que acuden a unos servicios de Salud Mental de distrito una fobia como las de Marks, al menos aislada, y no es infrecuente oír a los investigadores de los hospitales quejarse de sus dificultades para obtener casos de los trastornos más frecuentes en los servicios de distrito o en los de Atención Primaria (como los de ansiedad-depresión o los de hipocondría aún no contaminados por el sobreuso de recursos hospitalarios).

ESTRATEGIAS EN INVESTIGACIÓN SOBRE PSICOTERAPIAS

Desde los iniciales intentos de obtener ideas globales sobre el efecto general de la psicoterapia se ha avanzado hasta la definición de una serie de estrategias adecuadas para responder a preguntas concretas y sobre las que se ha ido acumulando experiencia investigadora y refinamientos metodológicos. Kazdin³⁴ realiza una buena recopilación y exposición de las mismas. Nosotros nos atenderemos al esquema que él propone en las líneas que siguen:

Evaluación de paquetes terapéuticos

Se trata de análisis de los efectos de un tratamiento tal y como se usa en la práctica diaria. Tiene la ventaja de referirse a poblaciones clínicas prácticas y el inconveniente de no saber a cuál de los componentes del paquete atribuir el resultado. Se han considerado como paradigma de este tipo de estudios los efectuados sobre un abanico de intervenciones psicosociales para el tratamiento

del cáncer, cuya eficacia demostró Gordon en 1980⁶¹. Un ejemplo reciente es el trabajo de Lineham y colaboradores sobre el tratamiento cognitivo-conductual de pacientes *borderline* con conducta autolítica⁶².

Estrategias de desmantelamiento

Consiste en el análisis del efecto de los diversos componentes de un determinado "paquete" mediante la supresión de elementos del mismo y la comparación del resto resultante con el paquete original. Es útil para simplificar tratamientos. Se ha utilizado, por ejemplo, en intentos de evaluar el papel de la desensibilización y la exposición en tratamientos conductuales que incluían ambos componentes⁶³ o de evaluar diferentes componentes de estrategias combinadas para el tratamiento de la depresión. Así, Rehm y sus colaboradores⁶⁴ y Kornblith, Rehm, O'Hara y Lamparsky⁶⁵ descubrieron que un paquete que había demostrado mayor eficacia a corto plazo que la psicoterapia inespecífica de grupo, la terapia cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales y la ausencia de tratamiento, incluía componentes como la autoevaluación y el autorrefuerzo que no eran necesarios para obtener el resultado.

Estrategias constructivas

Es la estrategia opuesta a la de desmantelamiento. Consiste en construir un "paquete" añadiendo elementos. Son paradigmáticos los trabajos del Grupo de Weisman y Klerman sobre la combinación de farmacoterapia y psicoterapia interpersonal (que resultó superior a cualquiera de los elementos aislados) en el tratamiento de la depresión^{66,67}.

Estrategias paramétricas

Consiste en alterar el uso de determinados elementos de un paquete (en dosis o en modalidad) sin llegar a suprimirlos, como exigiría una estrategia de desmantelamiento, y determinar el efecto de estas variaciones. Es la estrategia empleada, por ejemplo, sobre los tratamientos mediante la técnica de la inundación por Stern y Marks⁶⁸ en fobias y por Rabavilas, Boulougouros y Stefanis⁶⁹ en trastorno obsesivo-compulsivo, para llegar a la conclusión de que la exposición al estímulo ansiógeno prolongada era más eficaz que la realizada en períodos más cortos de tiempo, y que la exposición en vivo era más eficaz que la fantaseada. Se trata de una estrategia que no impone actuaciones tan artificiales como las de desmantelamiento o las constructivas y que permite no sólo depurar técnicas para buscar formatos más eficaces, sino también poner a prueba cuestiones teóricas a través de preguntas como, por ejemplo, la referente a si la actividad encaminada a interpretar la transferencia en la primera entrevista mejora el pronóstico en la psicoterapia dinámica breve⁴⁹.

Estrategias comparativas

Consiste en la comparación de los efectos de dos modalidades de tratamiento. Se han realizado numerosos estudios llevados a cabo con rigor y que después han sido recogidos en trabajos metaanalíticos. Los resultados disponibles hasta la fecha no permiten postular la superioridad de las intervenciones de ninguna escuela sobre las otras en el rango de trastornos estudiados (lo que nos lleva al enigma del pájaro Dodo, al que hacíamos referencia en otro apartado). Hay,

sin embargo, una tendencia, señalada en ocasiones con prudencia⁴⁷ y en ocasiones insensatamente³⁶, a detectar efectos más positivos aunque en el límite de la significatividad estadística, de los tratamientos cognitivos frente a los conductuales y de ambos frente a los psicodinámicos. No puede descartarse la posibilidad de que esta cuasi-tendencia sea en realidad manifestación de la clarísima tendencia que desde el trabajo metaanalítico de Smith y Glass^{13,70} no ha dejado de ponerse de manifiesto, de que en los estudios comparativos salga favorecida la opción preferida de los investigadores frente a aquella otra que les sirve de comparación. Este efecto se ha achacado en ocasiones a una mala aplicación de la técnica utilizada como medida o de la misma comparación. Así, en un muy comentado estudio en el que el grupo de Beck pretendía demostrar la superioridad a largo plazo de su terapia cognitiva frente a la imipramina, la dosis utilizada de esta sustancia era insuficiente e insuficientemente mantenida en el tiempo^{1,34}. Se ha criticado el metaanálisis de Shapiro y Shapiro⁷¹ porque los estudios evaluadores de terapias de conducta que incluían (y que aparecían como eficaces) no se habían realizado en poblaciones clínicas, sino en análogos (generalmente estudiantes universitarios) que facilitaban mejores resultados. Una segunda explicación de esta tendencia es la que supone que cuando los estudios son adversos a la opción preferida por los investigadores, éstos son más reacios a publicarlos.

Por último, es más que probable que los investigadores pongan mayor entusiasmo y manejen con mayor destreza la opción más de su agrado. Aunque no es fácil seleccionar una muestra de ejemplos que ilustren este tipo de trabajo, citaremos los que suelen considerarse paradigmáticos del mismo. Así, el trabajo de Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Wipple¹¹ estudia los resultados obtenidos sobre 90 pacientes con patología neurótica que fueron aleatoriamente asignados a psicoterapia dinámica breve, modificación de conducta o a un grupo control de "tratamiento mínimo". Las terapias fueron llevadas a cabo por psicoterapeutas expertos en cada una de las orientaciones. En la evaluación a los cuatro meses los tres grupos habían mejorado, aunque los grupos experimentales lo habían hecho significativamente más. No pudieron demostrarse diferencias entre las dos modalidades de tratamiento respecto a los síntomas diana, aunque había diferencias no significativas a favor de la modificación de conducta en las medidas de funcionamiento social. En la evaluación realizada a los ocho meses no pudieron detectarse diferencias entre ninguno de los tres grupos (los dos experimentales ni el control).

El trabajo de Klein, Zitrin, Woemer y Ross compara el tratamiento de pacientes fóbicos con modificación de conducta más imipramina, modificación de conducta más placebo y psicoterapia de apoyo de inspiración dinámica más imipramina, proporcionados por terapeutas entrenados en ambos tipos de intervención. Contra lo que suele aceptarse, el resultado fue el mismo para los pacientes que, además de imipramina, recibían cualquiera de las dos terapias. El *Sheffield Psychotherapy project*⁴⁷ se diseñó precisamente para poner a prueba la hipótesis de la equivalencia de las psicoterapias. En él se compara una modalidad manualizada y supervisada de modificación de conducta (prescriptiva), otra de orientación dinámica, en realidad una síntesis de terapias centradas en el cliente e interpersonales propuesta por Hobson⁷³ (exploratoria) y una combinación de ambas aplicadas a una población clínica. En el trabajo se realizaron múltiples medidas y se utilizaron sofisticados métodos de análisis. Sus hallazgos sugieren una discreta ventaja del procedimiento prescriptivo frente al expresivo. Aunque algún aventurado impaciente se ha creído con ello autorizado para lanzar las campanas al vuelo y, como quien dice, poner a la venta sobre la piel del pájaro Dodo sus propias inclinaciones ideológicas³⁶, los investigadores del proyecto se han mostrado en su publicación bastante prudentes, hacien-

do notar que: a) aunque su investigación sugiere que si hay diferencias entre los resultados de diferentes terapias, éstas distan de ser masivas; b) que su trabajo se refiere a dos formas de intervención concretas y no puede ser legítimamente generalizado a todas las terapias prescriptivas o expresivas. El experimento trataba también de determinar cuál era el orden adecuado de secuenciación de los dos tipos de intervención cuando se utilizaban en un paquete ecléctico, pero los resultados sobre este particular no fueron concluyentes. Lambert et al¹⁴ han discutido —con el trabajo de Shapiro y Firth aún en prensa— el posible sesgo del mismo en el sentido de favorecer la opción preferida por los investigadores.

Pilkonis, Imber, Lewis y Rubinsky⁷⁴ realizaron un estudio en el que se compararon intervenciones basadas no en diferentes supuestos teóricos, sino en diferentes modalidades de intervención (individual, de grupo y de pareja) durante 27 sesiones, en pacientes con patología neurótica o trastornos de la personalidad. No sólo se medía la mejoría clínica, sino también los cambios en la capacidad de *insight*, ansiedad y control en situaciones interpersonales y funcionamiento familiar, que se suponían objetivos privilegiados, respectivamente, de cada una de las tres modalidades en investigación. Los pacientes mejoraron claramente en catorce de las quince medidas tomadas y la mejoría se mantuvo durante los ocho meses de seguimiento, pero no pudieron detectarse diferencias debidas a la modalidad de intervención empleada (sin embargo, se encontraron otras variables fuertemente relacionadas con el resultado, como la clase social, la gravedad del trastorno o el terapeuta asignado).

El Programa de Colaboración en la Investigación del Tratamiento de la Depresión, patrocinado por el Instituto Nacional de Salud Mental americano, ha comparado varias formas de intervención (terapia cognitiva de Beck, terapia interpersonal de Weisman, imipramina más manejo clínico y manejo clínico más placebo), sobre este trastorno. En los resultados publicados por Elkin et al en 1989⁴, las intervenciones consideradas tratamiento fueron superiores al placebo (aunque el 40% de los pacientes asignados a esta modalidad mejoraron). Las diferencias fueron más marcadas para los casos más graves. La terapia en cualquiera de las dos modalidades se manifiesta como una buena alternativa al tratamiento farmacológico cuando éste no es posible o no es aceptado por el paciente.

Se han realizado estudios comparativos dirigidos a correlacionar no resultados sino procesos. A ellos debemos lo que sabemos sobre las similitudes y diferencias en el comportamiento real en las sesiones de los terapeutas de las diferentes orientaciones (que es menos similar a lo postulado por los manuales y más semejante entre los de orientaciones diferentes conforme son más experimentados).

Investigación de proceso

Se trata de estudiar lo que ocurre en el curso de la terapia, en ocasiones con independencia del resultado de la misma. La tendencia actual, sin embargo³⁴, es a relacionar aspectos del proceso con los resultados. Contra una cierta tendencia a desestimar la importancia de este tipo de investigación, Kazdin³⁴ destaca la importancia de la misma (entendida como vinculada a la investigación sobre resultados) basándose en tres hechos. En primer lugar, disponer de medidas tomadas en el curso de las sesiones tiene valor por sí mismo⁷⁵⁻⁷⁷. En segundo lugar, los procesos acaecidos durante las sesiones y no directamente vinculados a los síntomas pueden tener valor como predictores de resultados o antecedentes del cambio (así, Gomes-Schwarz⁷⁸ y O'Malley, Sun y Strupp⁷⁹, encontraron que el factor "implicación del paciente" se relacionaba positivamente con el resulta-

do). Por último, es este tipo de investigación la que permite poner a prueba constructos teóricos o hipótesis básicas de los diferentes modelos psicopatológicos que inspiran las técnicas de intervención (así, Smith⁸⁰ demostró que los cambios en la sintomatología se correlacionaban con la modificación de sus creencias irracionales, tal y como postulaba la teoría de la Terapia Racional Emotiva a que habían sido sometidos; Frank et al⁸¹ demostraron que las terapias en las que había conseguido mantenerse un nivel de funcionamiento interpersonal más próximo al postulado como terapéutico por el manual de Klerman et al⁴³ habían obtenido los mejores resultados en la prevención de las recaídas en pacientes depresivas, por lo que tal prevención parece asociada a la "pureza" o "especificidad" de la intervención).

Estrategias de variaciones en el cliente o terapeuta

Se encaminan a determinar qué factores característicos del cliente o del terapeuta contribuyen a proporcionar el resultado. Garfield^{81,82} ha realizado una excelente revisión de los factores del cliente (que debería servir para guiar los criterios de indicación de las psicoterapias). El tema de las variaciones del terapeuta en cuanto a profesión (psiquiatra, psicólogo, enfermero, trabajador social, paraprofesional...), experiencia, tipo de entrenamiento recibido, características sociodemográficas o de personalidad, o estilo de relación, ha arrojado resultados contradictorios y plantea un dilema semejante al ya citado como "del pájaro Dodo" para la eficacia de las psicoterapias en general¹.

En primer lugar, parece claro que existen importantes diferencias individuales en los resultados obtenidos por unos y otros terapeutas. Lambert y sus colaboradores¹ puntualizan, sin embargo, que probablemente, más que existir terapeutas "buenos" o "malos" en términos generales, lo que hay es una notable variación en la gama de trastornos o clientes en los que cada terapeuta realiza una buena actuación.

Con frecuencia se ha desestimado la importancia de factores sociodemográficos simples. Orlinsky y Howard⁸³ demostraron una dramática diferencia en los resultados obtenidos sobre pacientes esquizofrénicas en relación con el sexo del terapeuta (89% de mejoría con terapeutas mujeres y 43% con hombres). Desde el inicio de este tipo de investigaciones se ha encontrado una diferente apreciación del valor de la experiencia del terapeuta como predictor de resultados (Bergin y Lambert⁸⁴ encontraron una fuerte correlación y Auerbach y Johnson⁸³ muy escasa). Los estudios metaanalíticos no han hecho más que complicar la situación. Durlak⁸⁶ encontró que los paraprofesionales con supervisión obtenían los mismos resultados que los profesionales (revisión no metaanalítica y que ha sido muy criticada). Hattie, Sharpley y Rogers⁸⁷ matizan sus resultados con una revisión más fina de los mismos trabajos en el sentido de atribuir los mejores resultados a los terapeutas en formación o con la formación recién terminada y hacer notar que los resultados obtenidos por los paraprofesionales eran proporcionales al grado de experiencia y formación de los mismos). Stein y Lambert⁸⁸, y Berman y Norton⁸⁹, en sus trabajos metaanalíticos, no pudieron demostrar diferencias entre terapeutas experimentados y no experimentados.

Estrategias combinadas

La combinación persigue proporcionar respuestas a preguntas cada vez más concretas y debe diseñarse precisamente para poner a prueba hipótesis bien definidas, no resultar del azar o de un deseo de sacar más partido al trabajo de investigación.

APORTACIONES DEL METAANÁLISIS

La utilización del metaanálisis en la investigación sobre psicoterapias ha venido a resolver alguna de las dificultades que ya hemos señalado para este tipo de investigación, como por ejemplo, la de la exigüidad del tamaño de las muestras o la de la introducción de sesgos debidos a características de los investigadores o de los lugares en los que se lleva a cabo la investigación.

Básicamente el metaanálisis supone un intento de aplicar los principios de la investigación empírica al proceso de revisión de la literatura. Para ello se realiza una selección de trabajos de acuerdo con unos rigurosos criterios de inclusión predefinidos. El proceso se basa en la comparación de los resultados de los estudios seleccionados, para lo que éstos se expresan en una medida común llamada **magnitud de efecto** (*effect size*), que se calcula como la diferencia de las medias entre el grupo experimental y el control, dividida por la desviación estándar (del grupo control o de ambos grupos considerados en conjunto). Esto permite el manejo estadístico de los resultados.

No es fácil acceder a un concepto intuitivo de lo que es la magnitud del efecto (en realidad la distancia, medida en desviaciones estándar entre el resultado medio obtenido con los pacientes y el grupo control) y la traducción de los resultados resulta en ocasiones farragosa y en ocasiones descorazonadora (una magnitud de efecto de 1,00 significa que el resultado medio en el grupo experimental es mejor que el del 80% de los controles). Valga decir aquí, sin embargo, que las magnitudes detectadas para la psicoterapia son semejantes a las obtenidas, por ejemplo, al aplicar la misma metodología a los estudios sobre uso de antidepresivos en depresión o agorafobias y superiores a las registradas, por ejemplo, por la aplicación de métodos educativos concretos por los profesionales de la educación³⁴.

Desde el estudio inaugural de Smith y Glass se han realizado diversos trabajos aplicados a la comprobación de distintas hipótesis. La tabla 3 recoge los dedicados a la cuestión general de la eficacia de la psicoterapia. Se ha producido también una fructífera discusión sobre aspectos metodológicos del propio metaanálisis o sobre repercusiones de éste en cuanto a requerimientos de los estudios primarios.

El metaanálisis ha venido a confirmar la paradoja del pájaro Dodo (todos los enfoques psicoterapéuticos arrojan resultados semejantes), pero ha sido tam-

TABLA 3
Revisiones metaanalíticas sobre la eficacia general de las psicoterapias

	DIAGNÓSTICO	N.º DE TRABAJO	DIM. EFEC.
Smith, Glass & Miller (1980) ¹³	Mixto	475	0,85
Andrews & Harvey (1981) ⁹¹	Neurótico	81	0,72
Landman & Daves (1982) ⁹⁴	Mixto	42	0,90
Prioleau, Murdock & Brody (1983) ⁵⁸	Mixto	32	0,42*
Shapiro & Shapiro (1982) ⁷¹	Mixto	143	1,03
Nicholson & Berman (1983) ⁹⁵	Neurótico	47**	0,70
Blanchard et al (1980) ⁹⁶	Cefalea	35	En%***
Quality Assurance Project (1982) ⁹⁷	Agorafobia	25	1,20*
Quality Assurance Project (1983) ⁹⁸	Depresión	200	0,65
Dush, Hirt & Schroeder (1983) ⁹⁹	Ansiedad-depresión	69	0,74
Miller & Berman (1983) ¹⁹⁹	Depresión-ansiedad	38	0,83
Wampler (1982) ¹⁰¹	Comunicación marital	20	0,43
Dobson (1989) ¹⁰²	Depresión	10*	2,15*
Clum & Bowers (1990) ¹⁰³	Neurótico	10	0,86
Crits-Cristoph (1992) ¹⁷	Mixto	11	1,10**

Modificada de Lambert, Shapiro y Bergin 1986. *para psicoterapia frente a placebo; **número de comparaciones; ***mejoría de 40%-80% con psicoterapia y 20%-40% con placebo; *basado en comparaciones pre-postratamiento **frente a lista de espera para síntomas diana.

bien el procedimiento que ha sentado definitivamente la eficacia de la psicoterapia frente a la ausencia de tratamiento y frente al placebo, y ha supuesto un estímulo inestimable para la investigación.

INVESTIGACIÓN SOBRE EFECTOS ADVERSOS

La investigación sobre eficacia de la psicoterapia ha puesto de manifiesto la existencia de un porcentaje de casos en los que tras la aplicación de la misma se había producido un empeoramiento. Este particular ha sido investigado bajo los epígrafes de *efecto deteriorante*, *efectos negativos* o la más neutra de *resultados negativos*, y afecta a un porcentaje que oscila entre el 6% y el 11%, según los estudios¹.

Se han relacionado estos resultados negativos con diferentes factores. Entre los **dependientes del cliente** figuran ciertos diagnósticos (psicóticos, *borderline...*), la falta de motivación o implicación, la baja autoestima o la escasa calidad de las relaciones interpersonales¹. Los acontecimientos vitales sobrevenidos durante la terapia pueden contribuir a la aparición de resultados negativos. Sobre los factores **dependientes del terapeuta** se han señalado la impaciencia, el autoritarismo y la tendencia a dedicar menos atención a los casos más graves (y menos agradecidos). Sachs⁹⁰ llevó a cabo un detallado estudio con material del estudio Vanderbilt⁹¹ utilizando un procedimiento operativo y poniendo de manifiesto la importancia de varios errores técnicos, entre los que destaca la incapacidad de mantener el foco de la sesión. Otros errores técnicos relevantes son la incapacidad de abordar los sentimientos negativos del paciente hacia la terapia o el terapeuta, la aceptación pasiva de comportamientos problemáticos como resistencia o evasividad durante la sesión y las interpretaciones inadecuadas o intempestivas.

Se ha postulado que buena parte de los efectos negativos se deben a la inadecuada elección de terapeuta (y que en ese caso estarían sobrerrepresentados en los trabajos de investigación en los que por los requerimientos del diseño la asignación es aleatoria y no producto de una elección)¹.

No está resuelta la incógnita de si las diferentes modalidades de psicoterapia producen distintas tasas de resultados negativos.

INVESTIGACIÓN SOBRE COSTE-EFICACIA

Una de las objeciones frecuentemente planteadas a la inclusión de las intervenciones psicoterapéuticas en el arsenal de recursos disponibles en los dispositivos de atención a la salud mental se basa no en las dudas sobre su eficacia, sino en las estimaciones sobre su coste⁸⁻⁹.

Estas objeciones han encontrado como contrapartida el creciente desarrollo de intervenciones de eficacia probada y duración e intensidad limitada, a las que nos referimos en otros apartados de este trabajo. Sin embargo, si la mejor relación coste-eficacia de estas intervenciones frente a las psicoterapias "clásicas" está bien probada, sólo excepcionalmente se han realizado estudios que permitan comparar el coste de estas intervenciones con las de alternativas no psicoterapéuticas. Como han señalado en un excelente trabajo Krupnick y Pinkus⁹² los escasos resultados publicados no son malos y se pueden prever resultados muy satisfactorios para alguna de las intervenciones de eficacia bien documentada. La investigación de este particular es de importancia crucial dado el actual momento económico y, aparte de abrir algunos problemas metodológicos que requerirán discusión, no supone la inauguración de líneas nuevas de investigación, sino la inclusión de consideraciones sobre coste en los trabajos sobre eficacia en curso.

LO QUE HEMOS APRENDIDO DE LA INVESTIGACIÓN

En la segunda entrega de este trabajo nos detendremos brevemente sobre las implicaciones que la investigación desarrollada hasta la fecha ha tenido sobre las diferentes líneas de reflexión sobre psicoterapias y las perspectivas que se abren para cada una de ellas. Quizá sea conveniente, sin embargo, hacer aquí acopio de algunas enseñanzas generales:

- 1) La psicoterapia representa una forma de intervención ante los trastornos mentales más eficaz que la ausencia de tratamiento y que el placebo, de eficacia comparable a otras intervenciones (farmacológicas, por ejemplo) disponibles (que tienen sus contraindicaciones y sus efectos indeseables) y capaces de mejorar el rendimiento de esas otras intervenciones cuando se utilizan en combinación. Se justifica, por tanto, su inclusión como instrumento básico de los servicios de Salud Mental y la investigación sobre aspectos específicos de la misma.
- 2) Los resultados obtenidos mediante psicoterapias basadas en teorías y técnicas completamente diferentes son semejantes. Ello ha llevado por un lado al interés por los factores comunes a todas ellas y al surgimiento de un potente movimiento hacia el eclecticismo y la integración, y, por otro, a una definición más fina de las intervenciones específicas y al desarrollo de criterios de indicación que delimiten situaciones o casos en los que una intervención dada sería más eficaz.
- 3) El hecho de que las intervenciones psicoterapéuticas puedan ser llevadas a cabo con éxito incluso por legos convenientemente entrenados y supervisados, junto con el valor demostrado de los instrumentos y procedimientos de formación, indica la necesidad de reconsiderar el modo en el que la adquisición de habilidades psicoterapéuticas se incluye en los programas de formación de los diferentes profesionales de la salud mental.
- 4) La generalización del uso de los procedimientos de registro audiovisual permite e impone la confrontación de las hipótesis sobre los mecanismos de actuación de las psicoterapias a través de las definiciones operativas de los conceptos de partida y la observación de un número suficiente de casos. Se trata de una aportación imponderable a la investigación proceso/resultados que, sin duda, se desarrollará en los próximos años.
- 5) La complejidad de los fenómenos a medir —en la que en ocasiones se han escudado los psicoterapeutas para sostener una actitud anti-investigadora— determina la necesidad de continuar la investigación sobre definiciones e instrumentos de medida, tanto de los efectos como de los fenómenos que constituyen el proceso y del coste de las intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lambert MJ, Shapiro DA, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. En: Gardfield SL, Bergin AE, eds. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1986; 157-212.
2. Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, I: active ingredients and mechanisms of change. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 909-917.
3. Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, II: nature and timing of treatment effects. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1.070-1.076.
4. Elkin I, Parloff M, Hadley SW, Autry JH. NIMH Treatment of Depresión Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 305-316.
5. Davanloo H, ed. Short-term dynamic psychotherapy. New York: Jason Aaronson, 1980.
6. Garfield SL. The practice of brief psychotherapy. New York: Pergamon Press, 1989.
7. Beitman DB, Goldfried MR, Norcross JC. The movement towards integrating the psychotherapies: an overview. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 138-146.
8. Parloff MB. Can psychotherapy research guide the policy-maker? a little knowledge may be a dangerous thing. *Am Psychol* 1979; 34: 296-306.

9. Fishman DB, Neigher WD. American psychology in the eighties: who will buy? *Am Psychol* 1982; 37: 533-546.
10. Brown BS. The impact of political and economic changes upon mental health. *Am J Orthopsychiatry* 1983; 53: 583-592.
11. Sloane RB, Staples FR, Cristol AH, Yorkston NJ, Wipple K. *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1975.
12. Elkin I, Parloff M, Hadley SW, Autry JH. NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 305-316.
13. Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist* 1980; 35: 752-760.
14. Stiles WB, Shapiro DA, Elliot R. Are all psychotherapies equivalent? *Am Psychol* 1986; 41: 165-180.
15. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy. Is it true that "every one has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry* 1975; 32: 995-1007.
16. Koss MP, Butcher JN. Research on brief psychotherapy. En: Gardfield SL, Bergin AE, eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 1986; 627-670.
17. Crits-Christoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 151-158.
18. Simons AD, Gardfield SL, Murphy GE. The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 45-51.
19. Silverman JS, Silverman JA, Eardley DA. Do maladaptive attitudes cause depression? *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 28-30.
20. Garfield SL. *Psychotherapy: an eclectic approach*. New York: John Wiley & Sons, 1980.
21. Goldfried MR. Towards the delineation of therapeutic change principles. *Am Psychol* 1980; 35: 991-999.
22. Norcross JC, ed. *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Bruner/Mazel, 1986.
23. Norcross JC, Arkowitz H. The evolution and current status of psychotherapy integration. En: Dryden W, ed. *Integrative and eclectic therapy. A handbook*. Buckingham: Plenum, 1992.
24. Norcross JC, Goldfried MR. *Handbook of Psychotherapy integration*. New York: Basic Books, 1992.
25. Dryden W. *Integrative and eclectic Therapy. Handbook*. Buckingham: Open University Press, 1992.
26. Beitman BD. *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guildford Press, 1987.
27. Beutler LE. *Eclectic psychotherapy: a systematic approach*. New York: Pergamon Press, 1983.
28. Lazarus AA. *The practice of multimodal therapy: systematic, comprehensive, and effective psychotherapy*. New York: Mc-Graw Hill, 1981.
29. Prochaska JO. *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Homewood, IL: Dorsey, 1984.
30. Prochaska JO, Di Clemente CC. *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow Jones-Irwin, 1984.
31. Garfield SL. Eclecticism and integration in psychotherapy. *Behavior therapy* 1982; 13: 610-623.
32. Luborsky L, DeRubies RJ. The use of psychotherapy treatment manuals: a small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review* 1984; 4: 5-14.
33. Marginson F, McGrath G. Research in psychotherapy. En: Freeman C, Tyrer P, eds. *Research Methods in Psychiatry*. London: Gaskell, 1989; 105-119.
34. Kazdin AE. The evaluation of psychotherapy: research design and methodology. En: Garfield SL, Bergin AE, eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley & Sons, 1986; 23-68.
35. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 1952; 16: 319-324.
36. Andrews G. The evaluation of psychotherapy. *Current Opinion in Psychiatry* 1991; 4: 379-381.
37. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEarchran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1053-1059.
38. Shapiro DA, Firth J. Prescriptive versus exploratory psychotherapy; outcomes of the Sheffield Project. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 790-799.
39. Henrink R, ed. *The psychotherapy handbook. The A to Z guide to more than 250 different therapies used today*. New York: New American library, 1980.
40. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive treatment of depression: a treatment manual*. New York: Guildford, 1979. (Trad cast: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1983).
41. Bellack AS, Hersen M, Himmelhoch J. Social skills training with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 1562-1567.
42. Fuchs CZ, Rehm LP. A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1977; 45: 206-215.
43. Herman GL, Rounsaville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. *Interpersonal psychotherapy of depression (IPT)*. New York: Basic Books, 1984.

44. Lewinsohn PM, Antonuccio D, Steinmetz J, Teri L. The coping with depression course: a psychoeducational intervention for unipolar depression. Eugene: University of Oregon Press, 1982.
45. Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books, 1984.
46. Strupp HH, Binder JL. Psychotherapy in new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books, 1984.
47. Shapiro DA, Firth J. Prescriptive versus exploratory psychotherapy; outcomes of the Sheffield Project. *BrJ Psychiatry* 1987; 151: 790-799.
48. Waskow IE. Specification of the variable in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. En: Williams JBW, Spitzer RL, eds. *Psychotherapy research*. London: Guildford Press, 1984.
49. Davanloo H. *Unlocking the unconscious*. Chichester: John Wiley & Sons. 1990. (Trad cast: *Psicoterapia breve*. Madrid: DOR, S. L., 1992).
50. Sifneos PE. Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. New York: Plenum, 1987.
51. Sifneos PE. Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. A treatment manual. New York: Basic Books, 1992.
52. Mann J, Goldman R. A casebook in time-limited psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press, 1982.
53. Horowitz MJ. Stress response syndromes. New York: Jason Aaronson, 1976.
54. Horowitz MJ. Introduction to Psychodynamics. A new synthesis. London: Routledge, 1988.
55. Fosha, D, ed. Special issue: Accelerate Empathic Therapy (AET). *International Journal of Short Term Psychotherapy* 1992; 7: 127-198.
56. Hollon SD, Beck AT. Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En: Gardfield SL, Bergin AE. *Handbook of Psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley, 443-481.
57. Omer H, London P. Signal and noise in psychotherapy; the role and control of non-specific factors. *BrJ Psychiatry* 1989; 155: 239-245.
58. Prioleau L, Murdock M, Brody N. An analysis of psychotherapy versus placebo studies. *The behavior and brain sciences* 1983; 6: 275-310.
59. Emmelkamp PMG, Kuipers A, Eggeraat J. Cognitive modification versus prolonged exposure in vivo: a comparison with agoraphobics. *Behavior research and therapy* 1978; 16: 33-41.
60. Bergin AE, Suinn RM. Individual Psychotherapy and behavior therapy. *Annual Review of Psychotherapy* 1975; 26: 509-555.
61. Gordon WA, Freidenbergs I, Diller L, Hibbard M, Wolf C, Levine L, Lipkins R, Ezrachi O, Lucido D. Efficacy of psychosocial intervention with cancer patient. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1980; 48: 743-759.
62. Linehan MM, Armstrong HE, Suárez A, Alimón D, Heard HL. Cognitive-Behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1.060-1.064.
63. Kazdin AE, Wilcoxon L. Systematic desensitization and non-specific treatment effects. *Psychological Bulletin* 1976; 83: 729-758.
64. Rehm LP, Komblith SJ, O'Hara MW, Lamparski DJ, Romano JM, VolkinJI. An evaluation of major components in a self-control therapy program for depression. *Behavior modification* 1981; 5: 459-489.
65. Komblith SH, Rehm LP, O'Hara MW, Lamparski DM. The contribution of self-reinforcement training and behavioral assignments to the efficacy of self-control therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research* 1983; 7: 499-528.
66. Weissman MM, Prusoff BA, Dimascio A, Neu C, Goklaney M, Klerman GL. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 555-558.
67. Beitman BD, Klerman GL, eds. *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy and psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1991.
68. Stern R, Marks IM. Brief and prolonged flooding. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28: 270-276.
69. Rabavilas AD, Boulougouris JC, Stefanis C. Duration of flooding sessions in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behavior research and therapy* 1976; 14: 349-355.
70. Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist* 1980; 32: 752-760.
71. Shapiro DA, Shapiro D. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin* 1982; 92: 581-604.
72. Klein DF, Zitrin CM, Woerner MG, Ross DC. Treatment of phobias: behavior therapy and supportive psychotherapy: are there any specific ingredients? *Archives of General Psychiatry* 1983; 40: 139-145.
73. Hobson RF. *Forms of feeling*. London: Tavistock, 1985.
74. Pilkonis PA, Imber SD, Lewis P, Rubinsky. A comparative outcome study of individual, group and conjoint psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 431-437.
75. Kiesler DJ. *The process of psychotherapy*. Chicago: Adline, 1976.
76. Orlinsky DE, Howard KI. The relation of process to outcome in psychotherapy. En: Gardfield

- SL, Bergin AE, eds. Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis (2nd ed). New York: Wiley, 1978; 283-329.
77. Rosen A, Proctor EK. Distinctions between treatment outcomes and their implications for treatment evaluation. *Journal of consulting and clinical Psychology* 1981; 49: 418-425.
 78. Gomes-Schwartz B. Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978; 47: 310-316.
 79. O'Malley SS, Suh CS, Strupp HH. The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: a report on the scale development and a process outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51: 581-586.
 80. Smith TW. Change in irrational beliefs and the outcome of rational-emotive psychotherapy. *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 1983; 51: 156-157.
 81. Garfield SL. Research on client variables in psychotherapy. En: Garfield SL, Bergin AE, eds. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1986; 191-232.
 82. Garfield SL. Research on client variables in psychotherapy. En: Garfield SL, Bergin AE, eds. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1978; 213-256.
 83. Orlinsky DE, Howard KI. Gender and psychotherapeutic outcome. En: Brodsky AM, Hare-Mustin RT, eds. Women and psychotherapy. New York: Guildford, 1980; 3-34.
 84. Bergin AE, Lambert MJ. The evaluation of therapeutic outcomes. En: Garfield SL, Bergin AE, eds. Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley, 1978.
 85. Auerbach AH, Johnson M. Research on the therapist level of experience. En: Gurman AS, Razin AM, eds. Effective psychotherapy: a handbook of research. New York: Pergamon, 84-102.
 86. Durlak JA. Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin* 1979; 86: 80-92.
 87. Hattie JA, Sharpley CF, Rogers HJ. Comparative effectiveness of paraprofessionals and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 1984; 95: 534-541.
 88. Stein DM, Lambert MJ. On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, 1984; 4: 1-16.
 89. Berman JS, Norton NC. Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin* 1985; 97: 451-461.
 90. Sachs JS. Negative effects in brief psychotherapy: an empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1983; 51: 557-564.
 91. Strupp HH, Hadley SW. Specific versus non-specific factors in psychotherapy: a controlled study of outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 36: 1.125-1.136.
 92. Krupnick JL, Pinkus HA. The cost-effectiveness of psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1.295-1.305.
 93. Andrews G, Harvey R. Does psychotherapy benefit neurotic patients? A reanalysis of the Smith, Glass and Miller data. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 1.203-1.208.
 94. Landman JT, Dawes RM. Psychotherapy outcome: Smith and Glass conclusion stand up under scrutiny. *American Psychologist* 1982; 37: 504-516.
 95. Nicholson RA, Berman JS. Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin* 1983; 93: 261-278.
 96. Blanchard EB, Andrasik F, Ahler TA, Teders SJ, O'Keefe. Migraine and tension headache: a meta-analytic review. *Behavior therapy* 1980; 11: 613-631.
 97. Quality Assurance Project. A treatment outline for agoraphobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1982; 16: 25-33.
 98. Quality Assurance Project. A treatment outline for depressive disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1983; 17: 129-146.
 99. Dush DM, Hirt ML, Schroeder H. Self-statement modification with adults: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1983; 94: 408-422.
 100. Miller RC, Berman JS. The efficacy of cognitive behavior therapies: a quantitative review of research evidence. *Psychological Bulletin* 1983; 94: 39-53.
 101. Wampler KS. Bringing the review of literature into the age of quantification: meta-analysis as a strategy for integrating findings in family studies. *Journal of Marriage and Family Therapy* 1982; 11: 1.009-1.023.
 102. Dobson KS. A meta-analysis on the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 414-419.
 103. Clum GA, Bowers TG. Behavior therapy better than placebo treatments: fact or artifact? *Psychol Bull* 1990; 107: 110-113.