

LOS FACTORES COMUNES A TODAS LAS PSICOTERAPIAS Y LA CUESTIÓN DE LA EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA EN EL SIGLO XXI

Alberto Fernández Liria

Psiquiatra

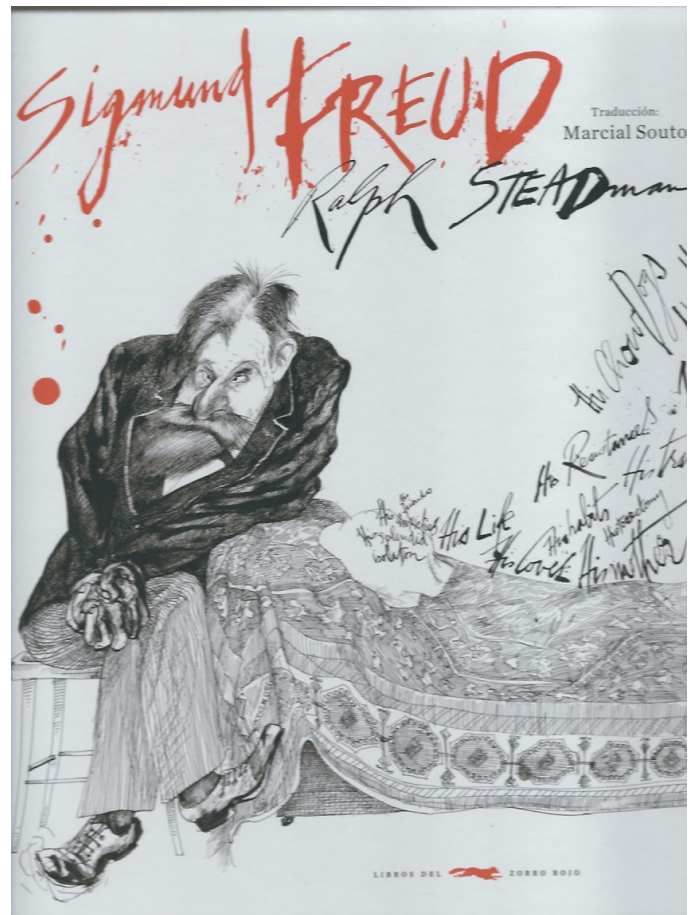
Director del Master en Psicoterapia de la Universidad de Alcalá

La cuestión de la eficacia en la historia de la psicoterapia

Aunque es obvio que ha habido prácticas semejantes en las diversas culturas desde mucho antes, suele considerarse que la psicoterapia en el sentido moderno tiene sus orígenes en la transición del siglo XIX al XX en los trabajos de Sigmund Freud, que dan lugar al psicoanálisis, por un lado y de Pavlov y Watson, que fundamentan el conductismo, por otro.

Una y otra escuela, así como las que se fueron incorporando posteriormente consolidaron diversos cuerpos de doctrina, sufrieron escisiones y organizaron alrededor de ellas grupos de partidarios y detractores que sustentaron numerosísimas publicaciones y movilizaron auténticas pasiones encontradas entre sí.

A mediados del siglo XX, la Asociación Americana de Psiquiatría hizo una declaración reclamando una mayor formación en psicoterapia para los psiquiatras americanos. En los años 50 esto significaba tanto como decir una



mayor formación en psicoterapia psicodinámica, que era la orientación dominante entre los psiquiatras.

Esta declaración fue contestada por uno de los más agudos escritores del campo en aquel momento. El psicólogo inglés, de origen alemán Hans Eysenck. En un trabajo que tuvo una influencia enorme (Eysenck, 1952) critica esta declaración y algunas directrices de la Asociación Americana de Psicólogos, poniendo de relieve que en ese momento histórico, no existía suficiente evidencia experimental de que la psicoterapia fuera útil para lograr los resultados que pretendía.

En los años siguientes se desarrolló una buena cantidad de investigación que pudo poner de manifiesto que la psicoterapia era más eficaz que la ausencia de intervención, más eficaz que la lista de espera, más eficaz que el placebo (aunque la mayor parte de las veces, esto se demostró frente a la píldora placebo, no frente a una psicoterapia placebo) y tan eficaz como el tratamiento farmacológico (Lambert, 2013) en los cuadros en los que éste era eficaz.

Pero si bien en esos años pudo establecerse la eficacia de las psicoterapias que fueron sometidas a experimentación empírica, no pudo demostrarse de un modo sistemático la superioridad de las basadas en una determinada orientación sobre las demás (Bruce E. Wampold et al., 1997)¹.

A mediados de los setenta, Lester Luborsky (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975) publicó su célebre trabajo en el que, en base a una revisión de la literatura llegaba a la conclusión de que no hay evidencia empírica para

¹ Hay, eso es cierto muchas más pruebas que demuestran la eficacia de las intervenciones basadas en algunas orientaciones – muy especialmente las conductistas o cognitivo-conductuales – que las de otras -como las psicodinámicas – porque se han realizado más ensayos para poner a prueba la eficacia de las primeras. Pero una cosa es que haya más pruebas de la eficacia de una cosa que de otra y otra muy diferente que haya alguna prueba de la superioridad de unas sobre otras. Esto requiere una metodología diferente y, cuando se ha aplicado tras seleccionar los ensayos con un criterio rigurosos, no se han podido demostrar diferencias

sustentar la superioridad de las intervenciones de una escuela psicoterapéutica sobre las de otra. Este resultado ha sido conocido en la literatura sobre psicoterapia como la paradoja del Pájaro Dodo.

El pájaro Dodo es un personaje de Alicia en el País de las maravillas que organiza una carrera en la que cada participante corre sin rumbo fijo y que cuando lo da por terminado responde a la pregunta de Alicia sobre quién ha ganado que “todos han ganado” por lo que “hay que dar a cada uno su premio” (que, por supuesto, tiene que pagar Alicia). La paradoja del pájaro Dodo (Las psicoterapias de todas las orientaciones han podido demostrar la eficacia de sus intervenciones – “todas han ganado” - pero ninguna de ellas ha podido demostrar su superioridad sobre las otras) fue formulada por primera vez por Rosenzweig (Rosenzweig, 1936) en base a sus observaciones.

En un trabajo de los años 30 (Rosenzweig, 1936) Rosenzweig se pregunta “*si los factores que realmente operan en las diversas psicoterapias no podrían tener mucho más en común de lo que tienen los factores que se pretende que operan*”. Lo que sugiere es que “*Si un terapeuta tiene una personalidad efectiva y se adhiere consistentemente a un sistema de conceptos en el que se ha formado y que está de un modo u otro adaptado a los problemas de la personalidad enferma, tiene relativamente pocas consecuencias que tipo particular de terapia utiliza*”. De ese modo, Rosenzweig se aplica a detectar potenciales factores “*que actúan en métodos declaradamente diferentes de psicoterapia*” (Rosenzweig, 1936).

A principios de los años 50, los trabajos de Fiedler (Fiedler, 1950a, 1950b) vinieron a reforzar la hipótesis de que lo que hacían los practicantes de las diferentes formas de psicoterapia tenía más en común de lo que a éstos les hubiera gustado reconocer. Fiedler pidió a observadores que no conocían a los evaluados que calificaran la actuación de terapeutas de distintas orientaciones teóricas. El resultado fue que los terapeutas expertos se parecían más entre sí que a los noveles de su propia orientación. Es decir, la práctica de la psicoterapia hacía que el trabajo de terapeutas de diferentes escuelas convergiera en lugar de hacerse cada vez más diferente por su manejo de los principios de su escuela. De hecho, entre los terapeutas expertos si se

selecciona un fragmento del tramo central de una sesión es difícil averiguar de qué orientación son.

La que suele considerarse como la primera formulación rotunda de la teoría de los factores comunes es la de Jerome Frank la primera edición de cuyo libro data de 1961 (Frank, 1961, 1973, 1988; Frank & Frank, 1991). Jerome Frank se plantea estudiar lo que tienen en común las intervenciones psicoterapéuticas de las distintas orientaciones teóricas reconocidas en el mundo occidental, y también las de las personas que ejercen funciones equivalentes en otras culturas como los brujos, los chamanes u otros sanadores tradicionales.

Según Frank todos los procedimientos psicoterapéuticos o de sanación comparten ciertos componentes curativos que explican una considerable proporción de su efectividad. Las formas son diferentes porque las intervenciones reflejan, en las diferentes culturas, no sólo las conceptualizaciones que una sociedad tiene sobre su salud, sino también sus valores. Sin embargo, hay características compartidas.

Las primeras se refieren a las características de la persona que se considera autorizada para llevar a cabo la práctica de sanación. El psicoterapeuta o sanador ha de tener credenciales como persona que cura. Según la cultura estas pueden ser otorgadas por la sociedad por un procedimiento académico, religioso, mágico o cualquier otro. Se espera de él que establezca con la persona a la que va a ayudar una relación en la que el sanador no intenta gratificar ninguna necesidad personal o exigir demandas emocionales personales al paciente. A cambio de su servicio sólo recibirá dinero o medios de subsistencia.

La relación establecida por estos sanadores con sus pacientes proporciona:

- 1) una relación de confianza cargada emocionalmente,
- 2) un encuadre que refuerza las expectativas de recibir ayuda del cliente y su confianza en el terapeuta como sanador,

- 3) un esquema “racional” que explica los síntomas y propone estrategias para su resolución y que es aceptado por paciente y sanador y al que Frank decidió llamar “mito”
- 4) una serie de procedimientos que terapeuta y cliente aceptan como medio de resolver los problemas de éste a la que Frank decidió designar con el término “ritual”.

Según Frank el esquema racional propuesto para explicar los problemas (el *mito*) y los procedimientos aceptados por terapeuta y cliente (el *ritual*) proveen nuevas experiencias, evocan expectativas de ayuda, proveen oportunidades para ensayos y prácticas, y fortalecen la relación terapéutica.

Los factores comunes han sido estudiados desde entonces por muchos terapeutas que han proporcionado descripciones muy diferentes de los mismos y han hecho importantes contribuciones a la práctica de la psicoterapia y la formación de psicoterapeutas (Beitman, 1987; Beitman & Yue, 1999; Karson & Fox, 2010; Lambert, 2013).

Investigación de eficacia e investigación de proceso

Una parte muy importante de la investigación en psicoterapia de finales del siglo XX y principios del XXI, se ha dedicado a poner a prueba la eficacia de intervenciones manualizadas para tratar entidades diagnósticas definidas por las categorías de las clasificaciones aceptadas en Psiquiatría, mediante el modelo de ensayo clínico, que tan útil estaba resultando para lanzar al mercado tratamientos farmacológicos para esas mismas entidades diagnósticas. Ello desde luego ha hecho que, a día de hoy, las afirmaciones de Eysenc en 1952 sobre la falta de pruebas de la eficacia de la psicoterapia no sean sostenibles. Pero esta forma de investigar nos ha enseñado bien poco sobre cómo actúa la psicoterapia.

Tanto en los Estados Unidos de América como en el Reino Unido sendos grupos de trabajo se ocuparon, en los años 90 de recoger el fruto del trabajo realizado en este sentido y elaborar listados de lo que se conocerá, a partir de ellos, como *tratamientos empíricamente validados*. En los Estados Unidos la División 12 de la *American Psychological Association* trabajó en este sentido desde 1993 (D.L. Chambless & Hollon, 1998; D L Chambless & Ollendick,

2001; Dianne L. Chambless et al., 1996), y lo mismo hicieron simultáneamente distintos grupos de trabajo en el Reino Unido (Roth & Fonagy, 1996). El resultado de estos trabajos se tradujo en unos listados de nombres de terapias manualizadas (fundamentalmente “terapia cognitivo-conductual” o “terapia interpersonal”) seguidos de categorías del DSM y el nombre del grupo de población a la que se dirige, como, por ejemplo, “terapia interpersonal del trastorno depresivo mayor en mujeres embarazadas”. Al final sabemos que los pacientes que son tratados de acuerdo con un determinado manual durante un número determinado de sesiones de una duración determinada mejoran más que los que los que reciben una píldora de sacarosa. Pero no sabemos qué hace que esto sea así. Ni siquiera sabemos qué pasa si acortamos o alargamos las sesiones, reducimos o aumentamos su número, dejamos de hacer una de las operaciones indicadas en el manual o resolvemos un problema sobrevenido haciendo algo no previsto en el manual (como sucede cuando intentamos trasladar los resultados de la investigación a la práctica clínica estándar).

Aunque en el camino se han producido hallazgos interesantes, como punto de partida para un pensamiento creativo, la verdad es que tales listados no han sido muy útiles. A ellos se ha aplicado toda la crítica que se puede aplicar a los ensayos farmacológicos que les sirven de ejemplo (prueban eficacia y no efectividad, son irreproducibles en contextos clínicos, se aplican a pacientes difícilísimos de reclutar porque son muy diferentes de la población clínica habitual...). A estas críticas pueden añadirse algunas otras. En primer lugar, el cumplimiento de unos determinados requerimientos sintomáticos que permiten sustentar un diagnóstico no ha sido casi nunca considerado por los psicoterapeutas prácticos como el criterio principal para guiar una intervención psicoterapéutica. Generalmente, los psicoterapeutas han tenido que considerar otros aspectos personales del paciente. Eso, aún sin tener en cuenta que, probablemente, contra la idea que subyace a todo este modelo de investigación, no hay un tratamiento preferible para cada problema, sino, en todo caso, una forma de trabajar preferible para cada pareja terapeuta-paciente que tiene que trabajar con un problema y que la elección de técnicas y estrategias ha de tener esto en cuenta.

La otra crítica, y la que tiene más relevancia para lo que aquí nos ocupa, tiene que ver con que estos ensayos se han llevado a cabo, generalmente, sobre el sobreentendido de que los responsables de los resultados obtenidos por las intervenciones puestas a prueba son, precisamente, las técnicas y los factores terapéuticos a los que los impulsores de tales intervenciones les atribuyen ese efecto, cuando la investigación de proceso/resultados parece indicar precisamente lo contrario. La figura 1 muestra el papel que, en base a tales investigaciones, Michael Lambert (Lambert, 1992, 2013) cree poder atribuir a los diferentes factores estudiados. En el año 2002, la División 29 de la *American Psychological Association* publicó los resultados de su investigación sobre *relaciones de eficacia probada* en un texto que aplicaba procedimientos semejantes a buscar la contribución al cambio de factores comunes a diversas intervenciones terapéuticas. Este trabajo permitía dar por probada la eficacia de factores como, por ejemplo, la alianza de trabajo, la cohesión grupal o la empatía y establecer, siguiendo también, aunque de una manera, a nuestro modo de ver más creativa, la metodología de la *medicina basada en las pruebas*, el grado de certidumbre con el que se puede afirmar la utilidad de muchos otros (Norcross, 2002). Este trabajo fue actualizado en una nueva edición de 2011 (Norcross,

2011) que identifica como elementos útiles en la terapia la alianza terapéutica, la cohesión grupal, la empatía, la colaboración y el consenso en los objetivos, la

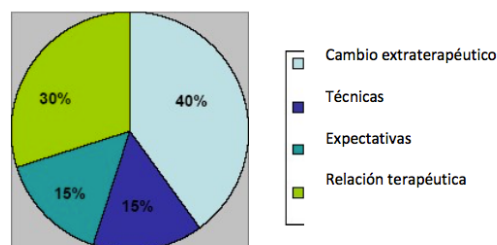


Figura 1: Contribución de los factores terapéuticos a la mejora en psicoterapia según Lambert, M. (1992). *Psychotherapy outcome research*. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129. New York: Basic Books

consideración positiva y la afirmación, la congruencia y la autenticidad, la búsqueda de retroalimentación por parte del paciente, la reparación de las rupturas de la alianza y el manejo de la contratransferencia. Esta edición estudia también los factores que permiten ajustar la terapia a los requerimientos individuales de cada paciente como son la consideración de los niveles de reactividad y resistencia, de los estadios de cambio, de sus

preferencias, de la cultura, del estilo de afrontamiento, de las expectativas, del estilo de apego y de los aspectos religiosos y espirituales.

Los factores comunes y la investigación en psicoterapia hoy. El monográfico de Psychotherapy de diciembre de 2014

El número de diciembre de 2014 de la revista de la Asociación de Psicólogos Americanos “Psychotherapy” contiene un monográfico que supone una puesta al día del tema de los factores comunes en psicoterapia. El número se estructura en base a un artículo de Kevin Laska, Alan Gurman y Bruce Wampold (Laska, Gurman, & Wampold, 2013) que es discutido por otros autores citados en el mismo. Estos mismos tres autores escriben el texto de conclusión recogiendo todas las aportaciones. Todo ello supone una excelente puesta al día del tema que resumimos a continuación.

El trabajo de Laska, Gurman y Wampold

Laska, Gurman y Wampold, en el artículo que abre el citado número monográfico de *Psychotherapy* (Laska et al., 2013), empiezan cuestionando la aparente oposición entre la investigación que busca demostrar experimentalmente la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas y la que busca identificar factores comunes. Su hipótesis es que hay una tendencia de la comunidad científica a reducir la búsqueda de base empírica para la práctica de la psicoterapia a la demostración de la eficacia de tratamientos manualizados que se constituyen *como tratamientos empíricamente validados (TEV)*. Pero, según estos autores, se trata de un reduccionismo autoimpuesto. El artículo que comentamos quiere ser una llamada a “ampliar las lentes”² para sustentar una *práctica basada en la evidencia*– o en las pruebas (PBP), por utilizar el término correcto en castellano – como la que propone la Asociación Americana de Psicología, más amplia, en la que quepan otras formas de trabajo, entre ellos la investigación de los factores comunes que tan frecuentemente ha sido menospreciada como “poco científica”.

²Este término entrecomillado hace referencia a la metáfora del filósofo de la ciencia Thomas Kuhn (Kuhn, 1962) para hablar de cómo las lentes que la comunidad científica aplica condicionan qué es lo que se observa y el modo en el que se interpreta. Recurren también a otro epistemólogo, Imre Lakatos (Lakatos, 1978) para señalar que este es un momento en el que la orientación debería orientarse más a construir teorías alternativas que a buscar anomalías en las vigentes.

Laska y sus colegas resumen las bases de la aproximación de los Factores Comunes en cuatro puntos

- a. La mayor parte de los terapeutas obtienen resultados aceptables
- b. Podemos mejorar la práctica observando cómo se logran esos resultados
- c. Cualquier variable que influya sobre ellos será científicamente relevante
- d. Los esfuerzos en la recolección de datos deben ir orientados a cambiar cualquier comportamiento de los terapeutas que influya en esos resultados

El artículo consta de tres partes. En la primera revisan los presupuestos de los TEV y factores comunes. En la segunda revisan hallazgos de la investigación y señalan aspectos no atendidos por el enfoque de los TEV. En la tercer proponen una integración de ambos enfoques para mejorar la calidad de la práctica.

Los presupuestos

El enfoque de los *tratamientos empíricamente validados* (TEV) presupone la especificidad de los tratamientos y de los trastornos, o sea, que hay un tratamiento específico para cada trastorno. Este principio, por cierto, ha sido contradicho por la práctica tanto para los tratamientos farmacológicos como para los psicoterapéuticos. Los ISRSS, que nacieron como tratamiento muy específico para la depresión, son considerados tratamiento de primera elección de multitud de trastornos. Lo mismo ocurre entre las psicoterapias con la terapia cognitivo conductual que con pequeñas modificaciones en el manual construido inicialmente por Beck para la depresión (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), se ha validado para multitud de trastornos.

El enfoque de los factores comunes, en cambio, presupone que todos los tratamientos de buena fe -"bona fide" (Bruce E. Wampold et al., 1997) -que incluyen los cuatro componentes señalados por Jerome Frank (relación, encuadre, mito aceptado por paciente y terapeuta y ritual) (Frank, 1973) son igualmente eficaces.

Los factores hipotetizados por Laska y colaboradores son:

- 1) Una relación emocionalmente relevante entre terapeuta y paciente

- 2) Un encuadre terapéutico que genera confianza en el que se desarrolla la terapia
- 3) Un terapeuta que propone una explicación psicológica culturalmente aceptable del malestar emocional
- 4) Una explicación que es adaptativa y aceptada por el paciente
- 5) Un conjunto de procedimientos o rituales en los que terapeuta y paciente se comprometen y a través de los cuales el terapeuta facilita que el paciente haga algo positivo que le sirva de ayuda

A la hora de interpretar las propuestas de este enfoque, según los autores, ha habido cinco malentendidos

1. Este enfoque no sostiene – como a veces se ha querido hacer ver - que la mera relación con el terapeuta o la alianza es suficiente, sino que es uno de los componentes necesarios.
2. El “*Supportive counseling*” (SC) que se ha querido utilizar como versión estándar de una terapia basada en los factores comunes en algunos ensayos (Cuijpers et al., 2012), no una terapia basada en los factores comunes. Le pueden faltar componentes (De hecho, se han pretendido sacar conclusiones de estudios en los que el termino de comparación era SC con ausencia de alguno de los factores básicos) (Cuijpers et al., 2012).
3. Frecuentemente se ha malinterpretado y aplicado erróneamente el término “Bona fide” operacionalizado por Wampold (1997) lo que ha llevado a utilizar términos de comparación erróneos.
4. A veces se ha argumentado que para sostener ese enfoque habría que disponer de un “Tratamiento Factores Comunes” que comparar con otros, ignorando que la hipótesis es precisamente que todos lo son
5. El enfoque de los factores comunes no supone que los terapeutas puedan hacer lo que quieran como quieran y durante el tiempo que quieran, sino que propone estrategias para seleccionar con criterio qué hacer.

Las pruebas

En la sección de su trabajo dedicada a revisar las pruebas (o evidencias) disponibles, Laska y sus colaboradores (Laska et al., 2013) se centran en

aspectos de la investigación sobre tratamientos empíricamente validados que han sido ignorados y pruebas a favor de los factores comunes que han sido criticadas por los partidarios de los tratamientos empíricamente validados.

El uso de explicaciones “Post Hoc”

Los autores sostienen que los investigadores de los tratamientos empíricamente validados aplican de modo inconsistente explicaciones *post hoc* cuando las observaciones no son consistentes con su paradigma. Citan ejemplos en los que lo han hecho aduciendo problemas en la adherencia al tratamiento (A pesar de que lo que dice la investigación es que la adherencia no predice el resultado), la falta de empatía o el hecho de que la muestra de pacientes no fuera adecuada, cuando no han logrado demostrar la superioridad de una modalidad de tratamiento sobre otras.

Sostienen que lo científico es adoptar la teoría que permite predecir este resultado (Como la de los factores comunes) y no buscar explicaciones *post hoc*.

¿Hay una forma de tratamiento más eficaz que otras para todos los trastornos?

Los autores sostienen que todos los meta-análisis realizados hasta la fecha indican que no. La única excepción es el de Tolin (Tolin, 2010), pero tiene problemas metodológicos (Como la definición de qué es terapia cognitivo conductual) y posteriores estudios que han mejorado ese aspecto no han replicado los resultados.

¿Hay un tratamiento más efectivo que otro para un trastorno en particular?

La respuesta es que no. Se han hecho meta-análisis que no han podido descartar la hipótesis nula en depresión, problemas relacionados con el alcohol, trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, trastornos del comportamiento alimentario y trastornos de la infancia. Una excepción la constituye el hecho de que los tratamientos de las fobias deben incluir alguna forma de exposición. Lo que dicen los autores es que el enfoque de los factores comunes puede precisamente aportar datos sobre con quién, en que estadio de cambio, y cómo de sistemática debe ser la exposición.

Sobre el papel de la alianza terapéutica

Para su revisión, Laska y sus colaboradores (Laska et al., 2013) adoptan el modelo de Bordin definiendo la alianza como resultado del acuerdo sobre relación, objetivos y tareas. Los meta-análisis encuentran una asociación entre robusta y moderada entre alianza y resultados. Estos resultados han sido puestos en entredicho por suponer que se deben a la contribución del paciente a la alianza y los pacientes más propensos a mejorar hacen mejores alianzas, que las mejorías tempranas dan lugar a mejores alianzas y que la alianza puede hacer que el paciente se sienta mejor. Parece, sin embargo, que la investigación demuestra que lo importante es la contribución del terapeuta que los terapeutas que hacen mejores alianzas tienen en general mejores resultados y aún si se controlan las mejorías tempranas, se sigue manteniendo la asociación y que la alianza no tiene por qué ser menor en los tratamientos empíricamente validados.

¿Cuál es el papel del terapeuta como de los resultados

Laska y sus colegas (Laska et al., 2013) recuerdan que según los hallazgos de la investigación, parece que puede atribuirse al terapeuta un 5% de la varianza mientras que a la modalidad de tratamiento puede atribuirse menos del 1% (Baldwin & Imel, 2013). Hay quien ha dicho que esto tiene que ver con la capacidad que tiene el terapeuta de adherirse al manual y aplicar en condiciones la modalidad de tratamiento. Parece que no es así y que la adherencia al manual no influye en los resultados. Los autores identifican tres factores (congruentes con el enfoque de los factores comunes) de los que depende esto: la alianza, las habilidades de facilitación interpersonal y la capacidad de promover una relación emocionalmente activante.

¿Son necesarios todos los componentes de los tratamientos empíricamente validados?

Los estudios de desmantelamiento han puesto de manifiesto que no (Por ejemplo, para la terapia cognitivo conductual de la depresión de Beck, pero también en trastorno de estrés postraumático). Dos meta-análisis de estudios de desmantelamiento han puesto de manifiesto que quitar o añadir algunos componentes no conlleva diferencias en los resultados.

Conclusiones

Laska y sus colaboradores creen poder afirmar en base a lo revisado que no hay ninguna razón científica para privilegiar la investigación en tratamientos empíricamente validados frente a la de factores comunes. Sostienen que, además, ambos tipos de investigación no son incompatibles y citan a Lakatos para sostener que ahora es más importante ofertar teorías alternativas que detectar anomalías en las teorías hegemónicas (Laska et al., 2013).

Implicaciones para las políticas

A Laska y colaboradores (Laska et al., 2013) les preocupa especialmente las implicaciones que para las políticas de atención pueden tener los hallazgos de investigación. Plantean que las aportaciones del enfoque de los TEV pueden ser útiles, pero tienen limitaciones

Mejora de calidad y TEV

Laska y su colaboradores (Laska et al., 2013) discuten la afirmación de Crits-Christoph (2006) recogida por Baldwin e Imel (Baldwin & Imel, 2013) de que los EVT son los únicos tratamientos éticos. Plantean que no, porque no se ha demostrado que sea verdad que son más eficaces que otras formas de tratamiento. Citan la revisión de Minami et al (Minami et al., 2008) de 12.743 pacientes tratados en entornos de *managed care* y que obtuvieron resultados comparables a los de los estudios experimentales con terapias empíricamente validadas a veces en menos sesiones.

Los estudios que comparan terapias empíricamente validadas con tratamiento habitual (TAU por sus siglas en inglés, de *treatment as usual*) utilizan TAUs que no son psicoterapias, que no tienen el mismo número de sesiones, que son proporcionados por terapeutas que no reciben formación ni supervisión.

Por otro lado, los ensayos clínicos aleatorizados, contruidos a imagen y semejanza de los farmacológicos, no controlan el efecto del terapeuta individual.

Además, las terapias empíricamente validadas están diseñadas para trastornos específicos. En los contextos naturales la norma es la comorbilidad. Los terapeutas deberían estar entrenados en muchos tratamientos empíricamente validados.



El coste de formarse en terapias empíricamente validadas es muy alto (calculan 4.800 dólares más la supervisión o los reciclajes para terapia cognitivo conductual en los Estados Unidos de América). La diseminación también es carísima.

En un meta-análisis de los ensayos que ha financiado con 11 millones de dólares el NIMH no se puede descartar la hipótesis nula de la igualdad de eficacia de los diferentes tratamientos de la depresión y la ansiedad (sólo el ensayo sobre depresión en VIH muestra superioridad de ITP frente a CBT).

Se ha hecho por parte de la Asociación Americana de Psicología mucho hincapié en que los tratamientos deben ser aceptables por el paciente. También deben serlo por el profesional. Y muchos profesionales se sienten encorsetados por los tratamientos empíricamente validados

Laska y colaboradores (Laska et al., 2013) plantean que hay que reconocer que hay muchas formas de hacer e investigar en psicoterapia.

Mejora de calidad y factores comunes

Laska y colaboradores (Laska et al., 2013) destacan algunas estrategias promovidas por este enfoque que pueden ser aprovechadas para mejorar la calidad:

1. El *feedback*

Revisan los trabajos de Lambert y de otros para concluir que el disponer del *feed back* de paciente, mejora los resultados, acorta los tratamientos y evita abandonos.

2. La alianza

Proponen la utilización de instrumentos que permiten monitorizarla

3. Los terapeutas

Propone investigar en medios naturales qué hacen los terapeutas con buenos resultados y localizar y proveer formación (o aconsejar cambios de profesión) a los que los tienen malos.

4. Formación

Proponen formar en ambos enfoques. Señalan como competencias en entrenar desde la óptica de los factores comunes la utilización de los sistemas de *feedback* y las habilidades de formar y reparar buenas alianzas, expresar empatía y colaborar en el establecimiento de los objetivos del tratamiento

La respuesta al trabajo de *Laska, Gurman y Wampold*

La revista *Psychotherapy* tuvo el acierto de invitar a los autores que habían sido citados por Laska y sus colaboradores en el trabajo que hemos resumido en el apartado anterior a contestar a éstos. Resumimos a continuación sus contribuciones

Los representantes prototípicos de los tratamientos empíricamente validados

Baker y Mcfall son citados en el trabajo de Laska et al, Junto con Crits-Christoph, como representantes prototípicos de la posición que pretenden criticar. En su respuesta (Baker & McFall, 2014) se reafirman en esta posición repitiendo los argumentos clásicos que han sustentado los tratamientos empíricamente validados y afirmando que ellos pretenden proponer tratamientos con un fundamento teórico y reivindicando su punto de partida en la psicología científica y no meramente en el estudio de las terapias, donde sitúan el trabajo de Laska y colaboradores.

Una posición muy parecida adoptan en su respuesta las expertas en tratamiento de los síntomas postraumáticos con intervenciones cognitivo

conductuales Asnaani y Foa que habían sido citadas por Laska y colaboradores (Laska et al., 2013) como ejemplo de utilización de hipótesis *post hoc* cuando critican un meta-análisis en el que la Exposición Prolongada (PE) para trastorno de estrés postraumático no resulta superior a la terapia con la que se la compara alegando que estaba mal aplicado el manual. Aunque reconocen el papel de los factores comunes y la conveniencia de estudiarlos, critican la selección de estudios realizada por Laska y sus colaboradores. Ellas afirman que las afirmaciones de Laska y colaboradores deberían basarse en comparaciones de tratamientos sólidamente establecidos (Como la PE para el PTSD) versus formas de *counselling* que sólo incluyan los factores comunes (algo cuyo rechazo ya argumentan Laska y colaboradores en su artículo) y que Laska y colaboradores se equivocan cuando tratan de hipótesis *post hoc* su pretensión de que en el trabajo de Tarrrier la exposición prolongada (PE) no demuestra ventajas porque está mal aplicada (Dicen que además el centro de su crítica se dirigía a las medidas de resultados). Abundando en los argumentos del artículo precedente de Baker y Mcfall (Baker & McFall, 2014) sostienen que, idealmente, los TEV deben basarse en un procedimiento bien definido, pero también en una teoría de base empíricamente sustentada con una explicación del mecanismo de cambio.

Crits-Christoph y sus colaboradores son citados en el trabajo de Laska et al, Junto con Baker y Mcfall, como representantes prototípicos de la posición que pretenden criticar. Se detienen en su afirmación de que no es ético proporcionar a alguien otra cosa existiendo un TEV para su trastorno. En su respuesta (Paul Crits-Christoph, Chambless, & Markell, 2014) señalan que están de acuerdo en muchas de las afirmaciones de Laska et al. Pero difieren en lo fundamental: No creen que los factores comunes puedan constituir una óptica alternativa a los TEV. Creen que un tratamiento basado en los factores comunes debería ser puesto a prueba como TEV (Algo que Laska y colaboradores han rechazado en el artículo de partida). Plantean que la perspectiva de los factores es en sí una explicación *post-hoc* de la falta de diferencias entre los TEV y, cuando no, se basan en datos de estudios no aleatorizados. Discuten la solvencia de los factores comunes defendidos por Laska y su equipo. Recuerdan que Lambert hace un listado de 30 (Michael J.

Lambert, 2013) y se preguntan por qué los autores han seleccionado precisamente éstos.

Los investigadores del eclecticismo y la integración

Larry Beutler

Los editores de la revista *Psychotherapy* solicitaron un comentario del trabajo de Laska y colaboradores al padre del eclecticismo sistemático Larry Beutler que ha estado haciendo un ingente trabajo de investigación basado en hipótesis no alejadas de las de Laska y sus colaboradores durante muchos años. Por eso en su respuesta (Beutler, 2014) les da la bienvenida al club de la integración (Aunque les acusa de haberse quedado cortos)

Dice que coincide en lo sustancial con Laska y sus colaboradores, pero que lo que dicen no es nuevo (por eso, en el título de su trabajo, les da la “bienvenida a la fiesta” de la integración) y que se quedan cortos a la hora de definir lo esencial para que una terapia funcione

Lo que le parece claro a Beutler (cita el libro de Wampold “*The great psychotherapy debate*” (B. E. Wampold, 2001)) es que las psicoterapias “*de marca*” han hecho poco por explicar cómo funciona la psicoterapia y a qué se deben sus resultados. Dice que las primeras investigaciones de los psicoterapeutas eclécticos se dirigieron a seleccionar intervenciones o técnicas que permitieran ajustar los tratamientos a los pacientes.

Beutler recuerda las siguientes aportaciones hechas desde el integracionismo

- Prochaska (1979, 1982) identifico *principios y estrategias*. Sus principios incluyen, pero no se limitan a, los factores comunes. Actúan como *mediadores* del cambio. También identifico *moderadores* del cambio
- Beutler y Clarkin (L. E Beutler & Clarkin, 1990) proponen un modelo de factores del paciente, encuadre y contexto, cualidades de la relación, y modos y formatos de tratamiento. A partir de su revisión de investigaciones sobre factores comunes, persuasión y ensayos clínicos proponen un listado de 40 variables con efecto moderador o mediador.
 - Factores relacionales
 - Características del paciente

- Características del terapeuta
- Contextos

En base a ello proponen un sistema de principios de planificación del tratamiento

- Beutler, Clarkin y Bongar (L. E Beutler, Clarkin, & Bongar, 2000) en una actualización del trabajo anterior, proponen 18 principios que caracterizan la psicoterapia efectiva y definen el ajuste terapéutico. Los principios incluyen mediadores y moderadores. Incluyen aspectos de
 - Relación
 - Riesgo y gravedad del paciente
 - Estilo de afrontamiento
 - Nivel de resistencia
 - Comportamientos del terapeuta relacionados con
 - Estilo personal
 - Intervenciones selectivas
- Castonguay y Beutler (Castonguay & Beutler, 2006) dirigieron un grupo de trabajo conjunto de la SPR y la División 12 de la APA que revisó literatura sobre depresión, ansiedad, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad en tres dominios: factores de los participantes, intervenciones y relación/contexto. Se consensuaron 61 principios.

La siguiente lista de 8 principios resume ese trabajo:

Nivel de gravedad

Para todos los pacientes con un nivel de afectación moderado o grave el terapeuta debe identificar necesidades de cuidados médicos o sociales y procurar la atención correspondiente.

Principios sobre la relación

La terapia funciona si se mantiene una buena alianza terapéutica

La alianza se facilita si el terapeuta se relaciona empáticamente con el paciente, adopta una actitud de cuidado, calidez y aceptación y muestra congruencia y autenticidad

Los terapeutas es más probable que resuelvan las rupturas de la alianza cuando las enfrentan den modo empático y flexible

Principios sobre la resistencia

En la relación con el paciente resistente el uso de intervenciones directivas debe ser planificado para corresponderse inversamente con los niveles manifiestos de rasgos o estados de resistencia. Son las eficaces las estrategias no confrontativas.

Principios sobre el estilo de afrontamiento

Los pacientes con estilos externalizadores relativamente altos se benefician más de del cambio conductual directo y esfuerzos para reducir los síntomas incluido el entrenamiento en habilidades y el control de impulsos que de los procedimientos para incrementar el *insight* y la autoconciencia

Los pacientes con estilos internalizadores relativamente altos se benefician más de los procedimientos que preconizan la introspección y la exploración de las relaciones interpersonales que de los que buscan directamente alterar los síntomas o entrenar habilidades

Disposición para el cambio

Los pacientes en estados más avanzados de disposición para el cambio, cambian con la psicoterapia con más probabilidades que los que están en estados más alejados.

Según el autor, los principios 2, 3 y 4 se corresponden con los factores comunes. Pero los principios 1, 5, 6 y 7 que han sido generalmente olvidados tanto por los estudiosos de los factores comunes como por los de los TEV, que actúan como *moderadores* y explican las diferencias en los resultados.

Aunque difieran en su forma de entender los factores comunes, los teóricos de los factores comunes y los integracionistas comparten el interés por promover metodologías que permitan estudiar el acoplamiento entre contextos, participantes e intervenciones expandiendo las variables y métodos de investigación reconocidos como "*evidence*".

Beutler se refiere a algunas revisiones de los resultados de la aplicación de estas metodologías (Beutler, 2009; Beutler & Forrester, 2014; Beutler, Forrester, Gallagher-Thompson, Thompson, & Tomlins, 2012) y algunas de las dificultades metodológicas (Los factores de los participantes no pueden ser fácilmente aleatorizados...). Dice que esta perspectiva sostiene que la psicoterapia es más que un conjunto de variables aditivas (Como en los TEV y factores comunes) y funciona como un conjunto interactivo y complementario de variables que se complementan una a otra para facilitar el cambio.

Este punto de vista integracionista está ganando adeptos como demuestra el llamamiento en este sentido de 19 antiguos presidentes de las secciones 12 (Psicología Clínica), 29 (Psicoterapia) y 50 (Adicciones) de la Asociación de Psicólogos Americana (APA por sus siglas en inglés), la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia (SPR por sus siglas en inglés) y otras sociedades en sus recomendaciones para la Administración de Veteranos (Holt et al., 2013).

Como conclusión, Beutler aboga por una visión amplia frente a una adherencia rígida a los *gold standards*. Adelanta algunas propuestas de su libro en preparación:

- a. La lista de principios de cambio empíricamente validados debe incluir participantes, intervenciones y contextos/relaciones
- b. Se pueden articular un reducido número de principios que den cuenta de la variedad de psicoterapias
- c. Estos principios se refieren sobre todo a efectos que son comunes a diversos tipos de intervención y diagnósticos

Aunque está aún en fase de investigación parece que alrededor del 1/3 de los principios de cambio con apoyo empírico concierne al uso de intervenciones diferenciales (por ejemplo, moderadores del cambio) y el resto a factores de los participantes o la relación que median el cambio. Los psicoterapeutas del futuro deberán interesarse por cómo estos factores interactúan entre sí.

Lambert y Ogles

Entre los invitados a responder al trabajo de Laska y Colaboradores para el monográfico de *Psychotherapy* no podía faltar Michael Lambert. Lambert es, probablemente, el autor que más ha escrito sobre factores responsables de la eficacia de las psicoterapias. Tras la muerte de los autores es el editor de las ediciones póstumas (5ª y 6ª) del que sigue llamándose “Manual de Bergin y Garfield” (M. J. Lambert, 2013) un auténtico imprescindible. En el Lambert escribe con Ogles – su ciator en la respuesta a Laska en el monográfico de *Psychotherapy* que estamos comentando) el capítulo sobre eficacia (Que ya escribía en las ediciones que coordinaron los autores fallecidos desde la primera en 1991)

En su respuesta a Laska et al Lambert y Ogles (Lambert & Ogles, 2014) afirman que aunque suscriben mucho de lo afirmado los primeros, no comparten la idea de que la teoría de los factores comunes sea más que una explicación *post hoc* a la equivalencia de resultados y que pueda hablarse – como pretenden Laska y colaboradores - de una aproximación independiente a la práctica de la psicoterapia con base empírica para la formación y la práctica. Antes de analizar los acuerdos y desacuerdos plantea un repaso a la historia de los factores comunes.

Definiciones de los factores comunes

Lambert y Ogles revisan la historia de los factores comunes desde el artículo seminal de Rosenzweig de 1936 (Rosenzweig, 1936) que hemos resumido en la parte de revisión histórica de este trabajo. Desde entonces se han acumulado argumentos que sustentan la hipótesis de los factores comunes que provienen bien de la observación (Como en el caso de Rosenzweig) o bien de la investigación de eficacia (citan la revisión de Wampold (Wampold, 2001))

De acuerdo con esta revisión, los puntos clave de la hipótesis de los factores comunes son

1. La eficacia de las psicoterapias de diferentes orientaciones es relativamente similar
2. Cada orientación propone teorías muy diferentes de la psicopatología, el tratamiento y el cambio

3. Los factores comunes a todas ellas proporcionarían la explicación más parsimoniosa de esta equivalencia
4. Un terapeuta con una “personalidad efectiva” utilizando cualquier teoría de cambio que sustente un tratamiento con alguna consistencia puede proporcionar resultados positivos

Se han identificado numerosos factores comunes *potenciales* como la catarsis, el consejo, el control cognitivo, la exposición, el *feedback*, el *insight*, la seguridad, la mitigación del aislamiento, la experiencia de éxito, la alianza terapéutica, la experiencia del terapeuta, la confianza, las experiencias alternativas y muchos otros.

Sin embargo, ha habido una tendencia a identificar los factores comunes con los relacionales a pesar de que existen otros tan obvios como la exposición o el cese de la evitación de material que produce dificultades.

La hipótesis de Rosenzweig ha sido reformulada con diferentes fundamentos y diferentes propuestas por Luborsky(Luborsky et al., 1975), Frank (Frank, 1973; Frank & Frank, 1991) y el propio Lambert(Lambert, 2013).

Sobre la evidencia a favor de los FACTORES COMUNES (Coincidencias con Laska et al)

Están de acuerdo con Laska y sus colaboradores en que la de los factores ofrecen la explicación más parsimoniosa de la equivalencia de los efectos de las distintas psicoterapias.

Muchos partidarios de los TEV continúan utilizando el término obsoleto “factores inespecíficos” a pesar de la cantidad de investigación que permite identificarlos y especificarlos.

El acuerdo con Laska y sus colaboradores incluye

1. Que la investigación sostiene la hipótesis de la equivalencia de los resultados de las psicoterapias
2. Que los factores comunes a todas ellas son un buen candidato para explicar este resultado.

Aquí Lambert y Ogles acotan que entre estos factores deben incluirse muchos que no tienen que ver sólo con la relación terapéutica

Se puede cuantificar la contribución al resultado de diferentes tipos de factores. Citan el trabajo de Cuijpers et al (Cuijpers et al., 2012) que propone lo siguiente

- 33,3% factores extraterapéuticos (Y factores del cliente)
- 17,1% terapias específicas
- 49,6% factores comunes

Señalan que son resultados semejantes a los del propio Lambert (1992)

3. Que hay una serie de factores relacionales (Sobre todo la alianza terapéutica) que predicen el resultado, incluso con TEV
4. Que las características del terapeuta son predictivas en todas las orientaciones

Además creen que hay que hacer hincapié en el fenómeno no contemplado por Laska et al de la *dramática respuesta rápida al tratamiento (rapid dramatic treatment response)* que se produce en las primeras sesiones antes de que se apliquen las técnicas o tengan tiempo de hacer efecto otros factores y, además, se mantiene en el tiempo. Este efecto es coherente con la hipótesis de los factores comunes y contradictoria con la que hay un tratamiento específico para cada trastorno en particular.

¿Los factores comunes como una intervención basada en la evidencia? (Desacuerdos de Lambert y Ogdes con Laska y sus colaboradores)

En lo que Lambert y Ogles difieren de Laska y sus colaboradores es en la idea de concebir la hipótesis de los factores comunes como una forma de práctica basada en la evidencia (EBP por sus siglas en inglés). Ello supondría intentar hacerla pasar por una teoría comprensiva de la psicopatología, el tratamiento y el cambio. Dicen que Laska y sus colaboradores no llegan a hacer esto. Y que no justifican que los cinco factores que proponen puedan ser condición necesaria y suficiente para los efectos terapéuticos.

Avanzar en esta dirección sería adentrarse en los caminos del eclecticismo y la integración con las dificultades que estos entrañan.

Comentarios sobre los efectos del terapeuta

Ponen en duda la afirmación de Laska y sus colaboradores basada en el mega-análisis de Minami y sus colaboradores (2008) de que todos los terapeutas obtienen resultados semejantes, porque en realidad la base para decir eso en ese estudio es sobre menos de 2% de la muestra (253 y no 12.743 que constituyen el total para otros aspectos del estudio).

En lo que están de acuerdo es en que no hay base para sostener que los TEV mejorarían la calidad de los servicios actualmente existentes. Dicen que estudios como el de Hansen et al (Hansen, Lambert, & Forman, 2002) sugieren que los clínico en entornos normalizados obtienen mejores resultados que los ECAs (ensayos clínicos aleatorizados) y en menos sesiones. Tampoco hay evidencia clara de que la formación y la supervisión mejoren los resultados.

Lo que les parece peligroso es la idea de que lo que habría que hacer es prescindir de los terapeutas con peores resultados porque los pacientes con los que los han tenido no se han aleatorizado entre ellos.

TEV y mejora de la calidad

Laska y sus colaboradores plantean que el *feedback* es un procedimiento que puede asegurar la calidad. Los sistemas de *feedback* con alarmas y la monitorización de la alianza y la motivación doblan las tasas de éxito y disminuyen en dos tercios el empeoramiento. Eso estaría relacionado con los FACTORES COMUNES a través de la reparación de la alianza y el aumento de la motivación a través de la renegociación de los contratos.

Los instrumentos que han desarrollado Lambert y su grupo con este propósito pretenden establecer puntos de corte para activar respuestas tendentes a resolver problemas mediante intervenciones que pretenden tener una base empírica. Ponen el ejemplo de cómo pueden funcionar en la utilización de técnicas de exposición con trastorno de estrés postraumático detectando cuándo se producen reacciones negativas a la exposición (Comparando la respuesta con la esperable y estudiando muchos procesos). Una vez que se detecta el problema se pueden desarrollar estrategias para resolver errores en

el modo en el que el terapeuta planteó la exposición, fallos en la provisión de estrategias de control de la ansiedad, aplicación poco flexible del manual, problemas de relación u otros...

En definitiva, están de acuerdo con Lasca y sus colaboradores en que es un error sobreestimar las ventajas del uso de técnicas específicas para problemas específicos y potenciar excesivamente el uso de TEV y apoyan también su idea de que un camino es el de desarrollar instrumentos que permiten desarrollar estrategias activadas mediante un *feedback*:

Constantino y Bernecker

Constantino, M. J., & Bernecker, S. L. (2014). Bridging the common factors and empirically supported treatment camps: Comment on Laska, Gurman, and Wampold. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(4), 505–9. doi:10.1037/a0036604

La redacción de *Psychotherapy* invitó a dos investigadores Constantino y Bernecker, que trabajan abiertamente con la hipótesis de los factores comunes a comentar, desde allí, el trabajo de Laska y sus colaboradores

Los autores empiezan identificándose como partidarios de la hipótesis de los factores comunes e investigadores en la misma. Con su comentario (Constantino & Bernecker, 2014) quieren reconocer el valor de la revisión de Laska y sus colaboradores y plantear algunas reformulaciones y su propia propuesta.

Convergencia

Están de acuerdo con Laska y sus colaboradores en

1. Que la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) no puede reducirse al uso de tratamientos empíricamente validados (TEV). Del mismo modo no habría que confundir “paquete terapéutico” con “método terapéutico”. Ellos consideran un *método* “cualquier estrategia terapéutica y un principio que establece cuándo aplicarla”. La investigación sobre factores comunes hace necesario abandonar etiquetas como la de “factores inespecíficos” ya que los que eran considerados tales han resultado ser acotables, mensurables y con una relación bien establecida con los resultados.

2. La consideración de *precientífica* de la investigación de proceso-resultados que no se ajusta al modelo des TEV no se sostiene y más bien pertenece a la poco científica actitud de negar las pruebas para privilegiar los propios prejuicios. Ello además permitirá atender también a las preferencias de los pacientes que quieren alguien con quien desarrollar una buena relación, que acredite una amplia experiencia y que promueva la revelación (Swift & Callahan, 2010).
3. La denuncia de algunas tergiversaciones de la hipótesis de los FACTORES COMUNES. Ésta no pretende que la mera relación apoyo sea eficaz sino que exige una serie de factores. Y han sido descritos muchos factores (Citan la segunda edición del manual editado por Norcross (J. C. Norcross, 2011) por encargo de la División 29 de la APA)
4. Coinciden con Laska y sus colaboradores en el rechazo de las explicaciones *post hoc* para de los ensayos que no consiguen explicar la superioridad de un TEV dado dadas por sus partidarios. Denuncian la proclividad de los *peer reviewers* y las revistas que los publican a darle cabida a estas publicaciones. Dicen que 'habría que facilitar también la publicación de resultados negativos.
5. Creen que tanto la perspectiva de los FACTORES COMUNES como la de los TEV proveen heurísticas útiles y líneas guía para entender cómo funciona la psicoterapia y aplauden el llamamiento de Laska y sus *colaboradores a la integración*.

Las matizaciones

Laska y sus colaboradores colocan las perspectivas de los factores comunes y los TEV en oposición. Constantino y Bernecker consideran que hay coincidencias mucho mayores que las que ellos plantean. Les parece que lo que describen son posiciones extremas de ambos planteamientos y con ello pueden, sin querer, desanimar a algunos investigadores a sumarse a ellos. Ponen el ejemplo de la hipótesis de que los factores comunes son condición *suficiente* para el cambio. Ellos plantean que está claro que son *necesarios* y que juegan un papel muy importante en los resultados, pero no creen que haya base para sostener que son *suficientes* y es prematuro sostener que lo son;

que no se puede descartar la hipótesis de que la equivalencia se deba a que diferentes factores son igualmente eficaces y eso permite pensar en colaborar con los investigadores de los TEV.

La lista de factores propuesta por Laska y sus colaboradores no tiene por qué considerarse completa y hay otros muchos factores candidatos.

Tampoco puede sostenerse que los factores específicos de los TEV sean innecesarios.

Creo que hay que reconocer que, aunque la posición de partida de los TEV es reconocer paquetes de tratamiento puestos a prueba mediante ensayos clínicos aleatorizados, hoy estas posturas se han matizado. Citan como ejemplo los movimientos tendentes a facilitar la Diseminación e Implementación (D&I) en el Reino Unido (Weisz, Ng, & Bearman, 2014). Este movimiento tiene semejanzas con el de los factores comunes como, por ejemplo:

1. El reconocimiento de que “la utilidad marginal de introducir TEV es pequeña”
2. La recomendación de no adherirse rígidamente a los manuales y el énfasis en la importancia de las adaptaciones - y “reinvenciones” – locales
3. Los ensayos clínicos aleatorizados no son necesariamente el *gold standard* y hay otras fuentes posibles de evidencia
4. El privilegiar la aceptabilidad de los tratamientos para facilitar su diseminación
5. Dada la abrumadora cantidad de TEV y el coste inasumible de formar terapeutas en todos, los teóricos de la D&I abogan por la “búsqueda de elementos comunes entre los TEV” (Shoham et al., 2014)
6. Ambos abogan por la investigación basada en resultados y por estudiar el proceder de terapeutas con buenos resultados en la clínica estándar.

Creo que hay una oportunidad para que los investigadores de los factores comunes y los TEV trabajen juntos. No se trata de afirmar que las técnicas específicas no son importantes, sino que hay habilidades que también lo son y hay que diseminar su entrenamiento. Abogan por una mente abierta para investigar tanto los factores comunes como los específicos.

Establecer un puente vía el modo de responder (responsiveness)

Los autores han propuesto un modelo llamado *context-responsive psychotherapy integration (CRPI)* – Integración de Psicoterapias en Respuesta al Contexto - (Constantino, Boswell, Bernecker, & Castonguay, 2013) que reformula la perspectiva de los factores comunes en distintas situaciones clínicas con una estructura “si... entonces...” de modo que

“los terapeutas pueden responder a las características personales de los pacientes y los escenarios clínicos que vayan surgiendo con estrategias terapéuticas relevantes al contexto, dirigidas por principios, basadas en la evidencia.”

Tales estrategias (sistematizadas y manualizadas) y la formación en ellas puede complementar la formación en TEV. Creen que ello permite compatibilizar las dos perspectivas y ponerlas a prueba en la investigación.

Pretenden que los terapeutas pueden ser entrenados específicamente para reconocer y responder a cinco puntos de partida:

1. Bajas expectativas de cambio (utilizando estrategias de persuasión sobre expectativas)
2. Rupturas de la alianza (utilizando estrategias de reparación)
3. Ambivalencia ante el cambio (utilizando principios de entrevista motivacional)
4. Auto-esfuerzo (utilizando principios de psicología social)
5. Señales de alarma cuando el paciente no se ajusta a los resultados esperados por un sistema de *feedback* (Usando instrumentos como los de Lambert)

Creen que el modelo irá evolucionando, pero manteniendo los principios de:

- a. Derivar marcadores de temas que se repiten regularmente en el proceso terapéutico
- b. Desarrollar formas de responder informadas por la evidencia

Desde esta perspectiva responden a algunas cuestiones planteadas por Laska y sus colaboradores sobre integración de las perspectivas de los TEV y los factores comunes.

- Creen que la reformulación de los factores comunes en términos de “si... entonces...” supone una ampliación de las lentes en los términos que reclaman Laska y sus colaboradores y puede ser estudiada en el marco de ensayos clínicos aleatorizados (ECAs)
- También creen que puede servir para resolver el cisma entre investigadores y clínicos
- Permite una mejor puesta en marcha de principios con base en las pruebas.
- Proporciona vías de formación menos costosas y cognitivamente más aceptables para los clínicos.

Plantean que los TEV pueden considerarse “mitos” reforzados por las pruebas empíricas de su eficacia (Que si son comunicadas al paciente refuerzan también las expectativas del paciente). La base teórica del TEV aseguraría la congruencia y aceptabilidad del “ritual”

En base a esto la “adherencia” debería redefinirse para considerar

- a. La congruencia entre el mito y el ritual (percibida por el paciente)
- b. La respuesta al contexto informada por la evidencia

Quizás entonces la adherencia resulte asociarse más poderosamente a los resultados

Perspectivas de futuro

Dicen que para que la perspectiva de los factores comunes se disemine e influya en la práctica debe no limitarse a detectar y señalar los factores sino proporcionar explicaciones de cómo funcionan. Tanto los investigadores de los TEV como los de los factores comunes deben reconocer los factores propuestos por los otros como legítimos. Constantino y Bernecker apuestan por diseños aditivos de investigación y por desarrollar formación en módulos que sea fácilmente diseminable.

Otras respuestas

Hofmann y Barlow

El número incluye también un comentario de Hofmann y Barlow (Hofmann & Barlow, 2014) a los que podríamos considerar como los más puros y autorizados representantes de los tratamientos empíricamente validados y la

perspectiva cognitiva-conductual. Comienzan afirmando que están de acuerdo en muchas cosas y que, en los últimos tiempos ha habido cambios en la actitud tanto de los adeptos a los factores comunes como a los TEV. Les parece que los de los factores comunes están bien representados por el propio trabajo de Laska y sus colaboradores e incluyen una definición más rigurosa de los que es un tratamiento “bona fide” y en el reconocimiento del papel de mecanismo específicos como la exposición. Sobre los cambios en el campo de los TEV, dicen literalmente

“nos estamos apartando de los manuales relativamente prescriptivos que contienen conjuntos de procedimientos discretamente diferentes para cada diagnóstico individual y adoptando un enfoque unificado transdiagnóstico que selecciona el principal mecanismo de cambio sustentado por la investigación contenido en tratamientos efectivos para muchas clases de trastornos y evaluando estas estrategias en ensayos clínicos aleatorizados comparándolo con las intervenciones específicas para un diagnóstico”

Dicen que esto ha sido posible gracias a una mejor comprensión de la psicopatología y un reconocimiento del papel del temperamento.

En definitiva, están de acuerdo en que los factores comunes no pueden ser ignorados y en que la investigación en TEV no puede limitarse en desarrollar más tratamientos de imitación, sino que debe estudiar mecanismos de cambio monitorizando resultados. Les parece que los desacuerdos entre las dos orientaciones son menos de los que se puede pensar.

Weinberger

Cierra el número una contestación de Weinberger (Weinberger, 2014). Weinberger es un investigador y psicoterapeuta psicodinámico que se ha aproximado ya en otras ocasiones al tema de los factores comunes en alguna ocasión con Wampold, uno de los autores de Laska y sus colaboradores. Plantea que la dicotomía entre TEV y factores comunes es falsa y contraproducente. Comparte con Laska y sus colaboradores la idea de avanzar en los dos sentidos y cree que algunas de las hoy consideradas técnicas específicas de los TEV deben ser consideradas también factores comunes.

Sobre el enfoque de los TEV resalta que estamos llamando inespecíficos a factores que sencillamente no están aún inespecificados, pero son especificables. Señala también que en los contextos reales los pacientes en psicoterapia elijen terapeutas y métodos con un criterio. En la aleatorización no se consideran estas variables. Y no hay base para suponer que están aleatoriamente distribuidas. Lo mismo puede aplicarse a los terapeutas. Suponerlo es partir del prejuicio de que los métodos son más importantes que las personas en los resultados. Por otro lado, hay que tener en cuenta que los resultados positivos de un TEV no permiten afirmar que ello se deba a los factores que hipotetizan los autores del manual.

Sobre la perspectiva de los factores comunes afirma que parte de dos asunciones no contrastadas: que las técnicas supuestas como esenciales en los TEV son secundarias y que, como las diferentes psicoterapias tienen los mismos resultados los factores comunes actúan en ellas de un modo similar.

Weinberger difiere de esta perspectiva en dos cosas: en primer lugar, alguno de los factores propuestos por Frank son claramente especificables y no generales. Por otro lado, la equivalencia puede deberse a que los tratamientos de todas las orientaciones aplican de modo igualmente *incompleto* e *inadecuado* los factores comunes poniendo unas en juego más unos y otras más otros.???

Weinberger se detiene en algunos factores comunes que no se incluyen frecuentemente (como va sucediendo con la *relación terapéutica*) en los ensayos clínicos, como las *expectativas* y la *atribución del cambio* logrado (Que se relaciona con las recaídas).

Además (y esto cambiaría la interpretación de algunos resultados de la investigación) propone que en lugar de seguir considerándolos específicos se consideren factores comunes el enfrentar los problemas (Exposición) y el dominio (o sensación de control).

Las conclusiones de Laska, Gurman y Wampold

Ante la imposibilidad de responder a cada uno de los autores que comentan su primer artículo Laska y sus colaboradores estructuran una breve respuesta común subrayando 10 puntos (Laska & Wampold, 2014).

1. Los factores comunes forman parte de una teoría científica

La teoría de Frank y la versión expandida que sustentan los autores está basada en la observación científica de cómo la gente sana en contextos sociales y describe factores específicos en los que se sustentan conjeturas sobre lo que debe observarse en diversas condiciones

2. Los mecanismos de cambio de los TEV están mal especificados

Los meta-análisis han mostrado pocas o ninguna diferencia entre las distintas terapias. Los que quieren objetar este hallazgo sostienen o que esto se puede explicar por un efecto similar de diferentes mecanismos (Baker & McFall, 2014) o que los tratamientos comparados comparten mecanismos de cambio comunes – como la exposición prolongada (PE por su siglas en inglés), terapia de procesamiento cognitivo (CPT por su siglas en inglés) y desensibilización por el movimiento rápido de los ojos (EMDR por su siglas en inglés) - (Asnaani & Foa, 2014). De lo uno no hay pruebas y ¿hasta dónde puede expandirse lo otro sin llegar a la hipótesis de los factores comunes?

3. Los modelos de factores comunes no son un sistema cerrado

De lo que se trata es de identificar factores que de acuerdo con Weinberger (Weinberger, 2014) no son *inespecíficos* sino *aún no especificados*.

4. No tiene sentido hablar de un Tratamiento de Factores Comunes – Y la cuestión de la estructura

La psicoterapia que se ofrece al paciente debe contener una explicación consistente del problema del paciente y un plan para resolver sus problemas.

Los tratamientos sin ninguna estructura son menos eficaces que los que proveen al paciente de una explicación y un plan de actuación (releen

desde aquí la información sobre el ensayo que citan Hofmann y Barlow en que la terapia dinámica es menos eficaz que la CBT en bulimia).

5. Cómo enfrentar las anomalías

Con “anomalía” se refieren al término que usa el epistemólogo Thomas Kuhn (Kuhn, 1962) para referirse a los resultados que contradicen lo que las teorías predicen.

Los resultados inesperados, según Kuhn, no hacen que los científicos consideren refutadas las teorías. Para explicarlos construyen hipótesis *ad hoc* que pueden enriquecer las teorías originales. Pero es un problema si son muchas. Como anomalías de la teoría de base de los TEV citan

- La adherencia al manual no predice los mejores resultados
- Los tratamientos que han resultado accidentalmente eficaces cuando se han ensayado como condición control (El caso paradigmático es el de la terapia interpersonal de la bulimia que fue elegida como condición placebo y resultó más eficaz que la terapia cognitivo conductual a largo plazo (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, & Kraemer, 2000; Fairburn, Gerald, Klerman, Weissman, & Myrna, 1993))
- El mantenimiento de la eficacia de las terapias que se han investigado con estrategias de desmantelamiento después de remover componentes que se consideraban esenciales

6. ¿Sobre qué se sustenta la teoría de los TEV?

Los autores citan la afirmación de Baker y McFall (Baker & McFall, 2014) de que el que una teoría no resulte cierta no invalida la utilidad de un tratamiento para criticar este enfoque meramente pragmático

Se preguntan qué es necesario para cuestionar la hipótesis de que existe un tratamiento específico para cada trastorno si no lo son:

- a. La equivalencia de los resultados de intervenciones que parten de teorías distintas
- b. Que sean efectivos tratamientos que no contienen los elementos que se considera que son responsables de la eficacia

- c. Que suprimir ingredientes que se consideran eficaces no altere la eficacia

7. Los factores comunes no implican café para todos

La teoría de los factores comunes no propone un tratamiento semejante para todos los pacientes. Antes bien como enfatiza Beutler en su respuesta, hace hincapié en la necesidad de adaptar las intervenciones a las características personales (y culturales) de cada caso.

8. Se han pasado por alto cosas importantes

Sólo Crits-Christoph et al se han referido a los costes de la diseminación de los TEV. Y no hay pruebas de que su implantación mejore la calidad de los servicios

Solo Crits-Christoph et al y Lambert y Ogles se hacen eco de nuestra observación de que proporcionar información sobre el proceso a pacientes y terapeutas puede mejorar la calidad de los servicios.

9. Los ensayos clínicos no son la única vía al conocimiento

Los ECAs no son la única vía al conocimiento, no dicen nada sobre los mecanismos de cambio.

Propugnan el uso de métodos correlacionales para estudiar la relación entre mecanismos y resultados.

Crean que se pueden diseñar ECAs para poner a prueba factores comunes.

10. Cosas diferentes para diferentes terapeutas

Los terapeutas necesitan basar su práctica en pruebas que encajen en su visión del mundo y de sí mismos. Las adecuadas para diferentes terapeutas pueden exigir diferentes métodos de investigación.

Concluyen con un llamamiento a expandir las lentes de la evidencia, reconocer los resultados de la investigación y aprovechar la importancia de los factores comunes para mejorar la calidad de los servicios.

Este número monográfico de *Psychotherapy* representa una excelente puesta al día del tema de los factores comunes.

Otros factores comunes candidatos

En los últimos años autores que trabajan desde diferentes orientaciones han propuesto que algunos de los principios que guían su práctica. Nos referiremos a dos de Ellos.

La capacidad reflexiva

La capacidad reflexiva o de mentalizar es la capacidad de explicarse el comportamiento propio y de los demás en función de estados mentales (que incluyen intenciones, deseos, pensamientos, emociones...) y, por tanto, de construir en base a ellos historias que los explican.

Esta capacidad reflexiva o de mentalizar ha sido objeto de investigación por los estudiosos del desarrollo humano especialmente desde que Mary Main y luego el grupo de Fonagy pudieran establecer que predecía el comportamiento de los adultos como cuidadores y actuaba como antídoto frente a los efectos nocivos de las experiencias adversas (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002; Main, J.Cassidy, & P.R.Shaver, 1999).

La terapia basada en la mentalización nació como un tratamiento manualizado para un trastorno que se suponía basado en un déficit específico de esta capacidad de mentalizar: el trastorno límite de la personalidad (Bateman & Fonagy, 2004, 2016).

Posteriormente se han desarrollado intervenciones basadas en la mentalización para otros muchos trastornos entre los que se encuentran otros trastornos de la personalidad pero también trastornos del comportamiento alimentario, depresión, efectos del trauma o adicciones (Bateman & Fonagy, 2012).

Ello ha llevado a los creadores del modelo a desarrollar la idea de que la capacidad reflexiva puede estar afectada de modo diferente en diferentes trastornos y que promover la capacidad reflexiva es un objetivo transversal a todo el trabajo terapéutico (Peter Fonagy, Bateman, & Bateman, 2011).

La idea de considerar la mentalización como un factor común no debería parecer extraña en la medida en la que, lo que los terapeutas de las distintas orientaciones han estado haciendo desde siempre es promover la capacidad

de dar cuenta del comportamiento propio y de las expectativas frente a los demás en términos de emociones, pensamientos, deseos y otros componentes de los estados mentales- Para ello los terapeutas psicodinámicos han ayudado a sus pacientes a comprender los problemas a tratar como el modo de defenderse ante la angustia que producen impulsos inconscientes. Los terapeutas cognitivos han ayudado a los suyos a construir historias en las que las emociones experimentadas se explican porque algún estímulo ha activado determinados esquemas que han disparado pensamientos automáticos, Los sistémicos han hecho algo parecido ayudando a las familias, por ejemplo, a construir la explicación de un comportamiento por la necesidad de mantener una regla que satisfaga lo que suponemos que son las expectativas de los demás... En definitiva, los terapeutas de todas las orientaciones utilizan unos u otros modelos para ayudar a promover la capacidad reflexiva.

Considerar la capacidad reflexiva como un factor común tiene importantes ventajas porque permite explicar el efecto sanador de la psicoterapia en el mismo registro en el que podemos dar cuenta del desarrollo del ser humano.

El *mindfulness* o la atención plena

El *mindfulness* es la capacidad de prestar atención al momento presente sin juzgar. El concepto y las prácticas utilizadas para desarrollarla provienen de tradiciones orientales, muy especialmente la budista, aunque han sido recientemente adaptadas y sometidas a investigación en Occidente, donde se han extendido mucho en las últimas décadas.

Los programas de entrenamiento en *mindfulness* han acumulado una cantidad enorme de pruebas para el manejo de muchas condiciones médicas y problemas de salud, sobre todo a partir de los trabajos del grupo de John Kabat-Zinn en el Hospital General de Massachusetts (Kabat-Zinn, 1990, 2013).

La práctica del *mindfulness* ha sido incorporada desde hace muchos años a diversas propuestas psicoterapéuticas (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Linehan, 1987; Rodríguez Vega, Bayón Pérez, Palao Tarrero, & Fernández Liria, 2013; Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Wallin, 2007) y a la formación de psicoterapeutas (Rodríguez Vega et al., 2013)

Una de las cosas que el *mindfulness* permite es desactivar las reacciones automáticas frente a estímulos, haciendo posible responder de un modo consciente y orientado por la voluntad. En la medida en que la psicoterapia puede entenderse como una actividad encaminada a que los automatismos que causan problemas a los pacientes, puedan ser detectados y desactivados en el momento de producirse, para abrir la posibilidad de una respuesta alternativa, esta posición *mindfulness* puede considerarse un factor común que se logra en las diversas escuelas por caminos distintos y se conceptualiza de formas diferentes.

El *mindfulness* proporciona también un modo de entender y de afrontar el rol del terapeuta y la relación terapéutica (Hick & Bien, 2008; Pollak, Pedulla, & Siegel, 2014).

El dilema del pájaro Dodo hoy

Como hemos planteado el dilema planteado por el hecho de que no haya podido demostrarse la superioridad de las intervenciones basadas en ninguna orientación terapéutica sobre las demás fue señalado en los años 30 (Rosenzweig, 1936), refrendado por los resultados de la investigación en los 70 (Luborsky et al., 1975) y certificado en los 90 a través del riguroso metaanálisis de Wampold y colaboradores (Wampold et al., 1997).

Guiados por la idea de que desde entonces se han refinado las intervenciones y los métodos de investigación y se han ampliado enormemente las muestras de los ensayos, Marcus y sus colaboradores llevaron a cabo un nuevo metaanálisis publicado en 2014 (Marcus, O'Connell, Norris, & Sawaqdeh, 2014) para poner a prueba la idea de la equivalencia de que las intervenciones basadas en las distintas escuelas obtiene – aún hoy – resultados equivalentes.

Metodológicamente Marcus y colaboradores, aunque utilizaron los criterios de selección de estudios de Wampold, hicieron innovaciones con el objeto de maximizar las diferencias y eludir posibles enmascaramientos que podían haber ocurrido en el trabajo de Wampold. Hay que decir que algunas de esas medidas son criticables. Por ejemplo, se decidió tomar sólo medidas de resultado primarias y en los trastornos del comportamiento alimentario los autores consideraron que el Índice de Masa Corporal (IMC), respecto al cual

los tratamientos tenían un efecto equivalente, era una medida secundaria, porque en el trastorno por atracones puede cursar con un IMC normal.

Seleccionaron 48 estudios que incluyen 51 muestras independientes y 8.789 pacientes.

Se detectaron diferencias pequeñas pero significativas al final del tratamiento, pero no en el seguimiento en varios análisis, resultados que son más claros si se elimina algún estudio que se desvía mucho de la media y puede considerarse *outlier*.

Los autores pretendían poner a prueba lo que Crits-Christoph (Crits-Christoph, 1997) llamó el *contraste cognitivo* esto es, la posibilidad de que si se comparan las terapias cognitivas en su conjunto estas resulten más eficaces que el resto, que habría encontrado apoyo en el meta-análisis de Tolin (Tolin, 2010) aunque no se confirme en el de Baardseth (Baardseth et al., 2013). Encontraron 40 estudios que comparan TCC con otras terapias. En medidas primarias a la terminación y en el seguimiento existen diferencias pequeñas, pero estadísticamente significativas, y un grado de heterogeneidad pequeño, pero también estadísticamente significativo. No hay, en cambio, diferencias en medidas consideradas secundarias. Si se analizan los resultados en función del tratamiento con el que se compara la TCC, resulta que ésta a la terminación tiene una magnitud de efecto superior a la psicoterapia psicodinámica y a la terapia interpersonal pero no a la modificación de conducta, terapia de aceptación y compromiso, y varias terapias misceláneas. En el seguimiento la magnitud de efecto sólo fue superior a la psicoterapia psicodinámica y no lo fue a la terapia interpersonal, la modificación de conducta, terapia de aceptación y compromiso, y varias terapias misceláneas

Crean que sus resultados aportan nuevos datos para el debate entre la especificidad y los factores comunes.

A favor de la especificidad está que han encontrado diferencias entre terapias “bona fide”, aunque las diferencias en la magnitud de efecto para los síntomas diana a la terminación son de 0,16 es decir muy pequeños según lo establecido por Cohen y su significado sería que el tratamiento más eficaz tendría una tasa de éxito de 55% frente a una tasa del 45% para el menos eficaz.

La hipótesis del pájaro Dodo (La equivalencia de los resultados de las intervenciones basadas en distintas orientaciones) recibe más apoyo respecto a los resultados considerados *secundarios* en la terminación y seguimiento e incluso en los primarios en el seguimiento. Además las diferencias encontradas son realmente pequeñas (Y cuanto las hay depende de cómo se ha utilizado el aparato estadístico y cómo se han manejado los *outliers*) y los resultados son en su conjunto muy parecidos a los de Wampold et al (Bruce E. Wampold et al., 1997).

En realidad, no hay diferencias más que en los síntomas diana o medidas primarias. Y hay que recordar que, por ejemplo, en el análisis del trastorno por atracones, incluso el Índice de Masa Corporal – para el que no había diferencias - fue considerado una medida secundaria. No se han detectado diferencias en las medidas de calidad de vida, gravedad o psicopatología en general que son el tipo de resultados que buscan los pacientes.

Los autores creen que habría que revisar por separado los estudios en los que se encuentran mayores diferencias. Se trata de estudios centrados en síntomas muy concretos (tics, crisis de pánico, fobia social...) en los que se comparan intervenciones muy centradas en ellos con otras como terapia de apoyo. En condiciones como la depresión o la ansiedad generalizada las diferencias en la magnitud de efecto son mucho menores o no existen. Esto sería congruente con la idea de Westen et al (Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004) de que los tratamientos muy cortos y focalizados funcionan con los problemas caracterizados por síntomas específicos y discretos y no con los estados afectivos generalizados (como la depresión o la ansiedad generalizada)

Respecto a la cuestión del contraste cognitivo creen que lo que resulta de su análisis es que la TCC resulta más efectiva que la psicodinámica para tratar síntomas específicos a la terminación y en el seguimiento, pero que la diferencia es menor de la encontrada por Tolin (Tolin, 2010). También resulta más eficaz que otras terapias en el tratamiento de la ansiedad, aunque aquí también las diferencias son mucho menores de lo que planteaba Tolin (0,12 frente a 0.43). Esto puede deberse a la exposición y a que Tolin excluyó las

comparaciones con modificación de conducta que también la usan. Aunque Marcus y colaboradores no hacen referencia a esto, recuérdese que algunos de los autores del número monográfico de *Psychotherapy* que hemos comentado más arriba propugnaban que la exposición fuera considerada como un factor común. (Michael J Lambert & Ogles, 2014; Weinberger, 2014). Marcus y sus colaboradores no encontraron diferencias en medidas secundarias o que no sean específicas.

Implicaciones y conclusiones del metaanálisis de Marcus y colaboradores

Marcus y colaboradores afirman que los resultados obtenidos sugieren que nos encontramos más de una situación de “*ambos/y*” que en una de “*o/o bien*” a la hora de seleccionar y formar psicoterapeutas.

Parece que hay algunos aspectos que requieren habilidades específicas mientras que otros responden igual de bien a una variedad de intervenciones. También hay que distinguir entre las situaciones en las que se buscan cambios muy específicos o más globales.

Este meta-análisis permite sustentar en alguna medida tanto el modelo más médico como el contextual. En realidad las cosas se plantean casi en los mismos términos en los que las expresó Luborsky en 1975 (Luborsky et al., 1975)

Comentario final

Es cierto que la psicoterapia se practica hoy en un mundo – el de la atención a la salud mental – que ha sido conformado en las últimas décadas por la industria farmacéutica que ha hecho de él un campo que parece capaz de ampliarse ilimitadamente para la venta de sus productos. Adoptar para investigar en psicoterapia y para justificar su práctica las mismas metodologías que han servido a esta industria ha servido en algunos momentos difíciles para preservar interesados ataques a la práctica de la psicoterapia. Y ello dio lugar a los intentos de acreditar tratamientos empíricamente validados que pudieron mantener la presencia de la psicoterapia en tiempos difíciles y sobrevivir a la funesta *década del cerebro* (Beck et al., 1979; Klerman, Rousanville, Chevron, Neu, & Weissman, 1984). Pero esta no puede ser la línea de investigación que guíe el desarrollo de la psicoterapia en los próximos años.

Disponemos hoy de información actualizada que nos permite sustentar que los efectos logrados con las intervenciones psicoterapéuticas se deben, al menos en una gran medida, a la acción de unos factores que son comunes a todas las propuestas de intervención psicoterapéutica actualmente aceptadas. Y sabemos cada vez más sobre cuáles puedan ser esos factores y cómo explicar su acción en base a lo que conocemos sobre el desarrollo ontogenético y o que se ha dado en llamar la neurobiología interpersonal. Ello tiene varias implicaciones que deberían ser tomadas en consideración.

En primer lugar, deberían dejar de priorizarse exclusivamente las investigaciones de eficacia a través de ensayos clínicos en trastornos definidos por las hoy discutidísimas categorías diagnósticas del DSM o la CIE, que hasta la fecha acaparan la mayor parte del esfuerzo investigador (y de la financiación). En su lugar deberían potenciarse los esfuerzos encaminados a determinar qué tipo de factores son los que facilitan que se produzcan los cambios deseados. En este momento existen modelos sumamente sugerentes para hacer esto de un modo sistemático.

Consecuentemente debería orientarse la formación de psicoterapeutas más a lograr el dominio de estos factores y menos a acreditar terapeutas en *tratamientos empíricamente validados*.

Bibliografía

- Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch.Gen.Psychiatry*, 57(5), 459–466.
- Asnaani, A., & Foa, E. B. (2014). Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy to Include a Common Factors Perspective : Comment on Laska , Gurman , and Wampold. *Psychotherapy*, 51(4), 487–490.
- Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., & Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33, 395–405.
- Baker, T. B., & McFall, R. M. (2014). The promise of science-based training and application in psychological clinical science. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(4),

482–6. <http://doi.org/10.1037/a0036563>

Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 258–297). New York: Wiley.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for the borderline personality disorder; mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization based treatment for personality disorders: a practical guide (Trad cast: Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2016)*. Oxford: Oxford University Press.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive treatment of depression: a treatment manual. (Trad cast: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Bouwer, 1983)*. New York: Guilford.

Beitman, B. D. (1987). *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Beitman, B. D., & Yue, D. (1999). *Learning Psychotherapy: a Time-Efficient, Research-Based and Outcome-Measured Psychotherapy Training Program (Trad cast: Psicoterapia. Programa de formación, Barcelona: Masson, 2004)*. New York: W.W.Norton. Retrieved from http://www.amazon.com/gp/reader/0393704467/ref=sib_dp_pt/102-6530931-9671343#reader-link (segunda ediccion 2004);

Beutler, L. E. (2009). Making Science Matter in Clinical Practice: Redefining Psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(3), 301–317. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01168.x>

Beutler, L. E. (2014). Welcome to the party, but... *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(4), 496–9. <http://doi.org/10.1037/a0036540>

Beutler, L. E., & Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions. Brunner/Mazel Integrative Psychotherapy Series*. New York: Brunner/ Mazel. Retrieved from http://www.amazon.com/gp/reader/0876305761/ref=sib_dp_pt/102-6530931-9671343#reader-link;

Beutler, L. E., Clarkin, J. F., & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic*

treatment of the depressed patient. New York: Oxford University Press.

Beutler, L. E., & Forrester, B. (2014). What needs to change: Moving from “research informed” practice to “empirically effective” practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24, 168–177.

Beutler, L. E., Forrester, B., Gallagher-Thompson, D., Thompson, L., & Tomlins, J. B. (2012). Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22, 255–281.

Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Eds.). (2006). *Principles of therapeutic change that work: Integrating relationship, treatment, client, and therapist factors (Vol. I)*. New York, NY: . New York: Oxford University Press.

Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497–504.

Chambless, D. L., Mary J. Baker, Baucom, D. H., Larry E. Beutler, Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ... Woody, S. R. (1996). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 5–14.

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu.Rev.Psychol.*, 52, 685–716.

Constantino, M. J., & Bernecker, S. L. (2014). Bridging the common factors and empirically supported treatment camps: Comment on Laska, Gurman, and Wampold. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(4), 505–9. <http://doi.org/10.1037/a0036604>

Constantino, M. J., Boswell, J. F., Bernecker, S. L., & Castonguay, L. G. (2013). Context-responsive integration as a framework for unified psychotherapy and clinical science: Conceptual and empirical considerations. *Journal of Unified Psychotherapy and Clinical Science*, 2, 1–20.

Crits-Christoph, P. (1997). Limitations of the Dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al (1997). *Psychological Bulletin*, 122, 216–220.

Crits-Christoph, P., Chambless, D. L., & Markell, H. M. (2014). Moving evidence-based practice forward successfully: Commentary on Laska, Gurman, and Wampold. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(4), 491–5. <http://doi.org/10.1037/a0036508>

Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 280–291. <http://doi.org/10.1016/>

- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319–324.
- Fairburn, C. G., Gerald, L., Klerman, G. L., Weissman, M., & Myrna, M. (1993). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In *New Applications of Interpersonal Psychotherapy* (pp. 353–378). Retrieved from http://books.google.com/books?id=_d2VN6pQJ18C&printsec=frontcover&dq=New+applications+of+interpersonal+psychotherapy&hl=es;
- Fiedler, F. E. (1950a). A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, nondirective and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology, 14*(6), 436–445.
- Fiedler, F. E. (1950b). The concept of the ideal therapeutic relationship. *Journal of Consulting Psychology, 14*(4), 239–245.
- Fonagy, P., Bateman, A., & Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*(1), 98–110. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2010.02005.x>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and Healing*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (Trad cast: salud y persuasión: un estudio comarativo de la psicoterapia. Buenos Aires: Troquel)*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1988). Elementos compartidos por todas las psicoterapias. In *Cognición y Psicoterapia* (pp. 73–102). Barcelona: Paidós. Retrieved from ORD;
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (3rd ed.)*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hansen, N., Lambert, M., & Forman, E. (2002). The psychotherapy dose effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 329–343. <http://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy (Trad Cast: Terapia De Aceptación Y Compromiso. Proceso Y Práctica Del Cambio Consciente. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2014)*. New York: The

Guilford Press.

- Hick, S. F., & Bien, T. (2008). *Mindfulness and the Therapeutic Relationship (Trad cast: Mindfulness y psicoterapia, Barcelona: Kairos, 2010)*. New York: Guildford.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2014). Evidence-Based Psychological Interventions and the Common Factors Approach : The Beginnings of a Rapprochement ? *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(4), 510–513.
- Holt, H., Beutler, L. E., Castonguay, L. G., Silberschatz, G., Forrester, B., Temkin, R., & Miller, T. W. (2013). A critical examination of the movement toward evidence-based treatments in the U.S. Department of Veterans Affairs. *The Clinical Psychologist*, 66, 8–12.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living (Trad cast: vivir con plenitud las crisis. Barcelona: Kairós, 2003)*. New York: Bantam Dell.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living; revised edition (Revised Edition) (Trad cast: Vivir con plenitud las crisis. Barcelona: Kairos, 2016)*. New York: Bantam.
- Karson, M., & Fox, J. (2010). Common skills that underlie the common factors of successful psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 64(3), 269–81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21043333>
- Klerman, G. L., Rousanville, B., Chevron, E., Neu, C., & Weissman, M. M. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Kuhn, T. S. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions (Trad cast: La estructura de las revoluciones científicas, Barcelona: Fondo de Cultura Económica, 2005)*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lakatos, I. (1978). *The Methodology of Scientific Research Programmes - Philosophical Papers Volume I (Trad cast: La metodología de los programas de investigación científica: Madrid: Alianza, 1983)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2013). *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed)*. New York: Wiley.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed)* (pp. 169–218). New York: Wiley.

- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2014). Common factors: Post hoc explanation or empirically based therapy approach? *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *51*(4), 500–4. <http://doi.org/10.1037/a0036580>
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2013). Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *51*(4), 467–481. <http://doi.org/10.1037/a0034332>
- Laska, K. M., & Wampold, B. E. (2014). Ten Things to Remember About Common Factor Theory. *Psychotherapy*, *51*(4), 519–524.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bull.Menninger Clin.*, *51*(3), 261–276.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, *32*, 995–1007.
- Main, M., J.Cassidy, & P.R.Shaver. (1999). Attachment theory:eighteen points with suggestions for future studies. In *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 845–887). New York: Guilford Press. Retrieved from ord;
- Marcus, D. K., O’Connell, D., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, *34*(7), 519–530. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.08.001>
- Minami, T., Wampold, B. E., Serlin, R. C., Hamilton, E., Brown, G. S., & Kircher, J. (2008). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 116–124. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.116>
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work; therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press. <http://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001>
- Pollak, S. M., Pedulla, T., & Siegel, R. D. (2014). *Sitting together: Essential skills for mindfulness-based psychotherapy (Trad cast: Sentarse juntos: habilidades esenciales para una psicoterapia basada en el mindfulness. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2016)*. New York: Guildford.

- Rodríguez Vega, B., Bayón Pérez, C., Palao Tarrero, A., & Fernández Liria, A. (2013). Mindfulness-based Narrative Therapy for Depression in Cancer Patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <http://doi.org/10.1002/cpp.1847>
- Rodríguez Vega, B., Melero-Llorente, J., Bayon Perez, C., Cebolla, S., Mira, J., Valverde, C., & Fernández-Liria, A. (2013). Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. *Psychotherapy Research*, 0(0), 1–12. <http://doi.org/10.1080/10503307.2013.838651>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415. <http://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- Segal, Z. V, Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse (Trad cast : terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de recaídas. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2006)*. New York : Guilford.
- Shoham, V., Rohrbaugh, M. J., Onken, L. S., Cuthbert, B. N., Beveridge, R. M., & Fowles, T. R. (2014). Redefining clinical science training: Purpose and products of the Delaware Project. *Clinical Psychological Science*, 2, 8–21. <http://doi.org/10.1177/2167702613497931>
- Swift, J. K., & Callahan, J. L. (2010). A comparison of client preferences for intervention empirical support versus common therapy variables. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 1217–1231. <http://doi.org/10.1002/jclp.20720>
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710–20. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003>
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy (Trad cast: Apego en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2011)*. New York: Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah; NJ: Erlbaum Publisher.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies : Empirically , “ All Must Have Prizes .” *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215.

- Weinberger, J. (2014). Common Factors Are Not So Common and Specific Factors Are Not So Specified : Toward an Inclusive Integration of Psychotherapy Research. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(4), 514–518.
- Weisz, J. R., Ng, M. Y., & Bearman, S. K. (2014). Reenvisioning the relation between science and practice in the dissemination-implementation era. *Clinical Psychological Science*, 2, 58–74. <http://doi.org/10.1177/2167702613501307>
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631–663.

Figura 1: Contribución de los factores terapéuticos a la mejoría en psicoterapia según Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129. New York: Basic Books.