



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Factores que componen la Psicoterapia y
presentación de un Enfoque Integrativo como vía
de actuación

Autor/a: Beatriz Gonzalvo Iranzo

Director/a: Luis Miguel Pascual Orts

Curso Académico 2023/2024

Teruel, 8 de marzo de 2024

**Factores que componen la psicoterapia y presentación de un Enfoque Integrativo como
vía de actuación**

Beatriz Gonzalvo Iranzo

Universidad de Zaragoza

Resumen

En el presente trabajo se analizan los factores de los que se compone la psicoterapia agrupándolos en dos vertientes principales: los factores específicos (aspectos referidos a las técnicas aplicadas) y los factores comunes. El análisis se centra en la segunda vertiente, desgranando los aspectos que componen los factores comunes y poniendo especial énfasis en uno de ellos, la alianza terapéutica. Por último, se concluye con la propuesta de un enfoque integrativo que recoge, de forma resumida, los principales ejes a tener en cuenta en la práctica terapéutica teniendo en consideración tanto las técnicas (factores específicos) como los elementos comunes previamente comentados.

Palabras clave: psicoterapia, factores comunes, enfoque integrativo.

**Factors that make up Psychotherapy and presentation of an Integrative Approach as a
path of action**

Beatriz Gonzalvo Iranzo

University of Zaragoza

Abstract

In this paper, the factors that make up psychotherapy are analyzed, grouping them into two main aspects: specific factors (aspects referring to the applied techniques) and common factors. The analysis focuses on the second aspect, breaking down the aspects that make up the common factors and placing special emphasis on one of them, the therapeutic alliance. Finally, it concludes with the proposal of an integrative approach that summarizes the main axes to be taken into account in therapeutic practice, taking into consideration both the techniques (specific factors) and the common elements previously mentioned.

Keywords: psychotherapy, common factors, integrative approach.

Índice

1. Introducción.....	4
2. Los factores comunes en psicoterapia.....	7
2.1. La alianza terapéutica como factor común relacional... ..	11
3. Antecedentes históricos de los enfoques integrativos.....	13
4. Propuesta de intervención de un Enfoque Integrativo	17
5. Conclusiones.....	24
6. Líneas futuras.....	25

1. Introducción

Hay un acuerdo común al que clínicos e investigadores de la comunidad científica internacional han llegado: la psicoterapia funciona (Fruggeri, Balestra y Venturelli, 2023). Estos efectos se pueden encontrar en una gran variedad de situaciones y contextos personales: niños, adultos y ancianos; individuos, familias y parejas; oficinas privadas y centros públicos; y muchas otras situaciones más. La pregunta relativa al «si» la psicoterapia funciona encuentra respuestas esperanzadoras.

Ahora bien, desde los inicios de la psicología como disciplina científica, han habido diferentes enfoques terapéuticos basados en los grandes modelos teóricos como el psicoanálisis, existencial, humanista, sistémico, contextual o cognitivo-contextual. Estos enfoques se han ido diversificando y proliferando de tal forma que hoy día se han contabilizado más de quinientos tipos diferentes de psicoterapia (Wampold e Imel, 2015). Ante la expansión de tantas psicoterapias, hay un interés necesario en evaluar su eficacia en la práctica clínica. Los estudios que se han centrado en este tema muestran que las diferentes psicoterapias tienen una eficacia similar independientemente de las diferentes concepciones y procedimientos de los que se caracterizan cada una de ellas (Pérez-Álvarez, 2020).

El interés en evaluar la eficacia de las diferentes psicoterapias no es novedoso ya que, a mediados de los setenta, diferentes revisiones de la literatura especializada, llegaban a la conclusión de que no hay evidencia empírica para sustentar la superioridad de las intervenciones de una escuela psicoterapéutica sobre las de otra (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975). Este resultado ha sido conocido en la literatura sobre psicoterapia como «la paradoja del Pájaro Dodo» en alusión a Alicia en el país de las maravillas. El personaje del pájaro Dodo en Alicia en el País de las Maravillas organiza una carrera en la que cada participante corre sin un rumbo fijo. Al finalizar la carrera, cuando Alicia pregunta quién ha ganado, el pájaro Dodo responde que "todos han ganado" y que cada uno debe recibir su premio, el cual, por supuesto, Alicia debe pagar. Esta paradoja del pájaro Dodo fue formulada por primera vez por Rosenzweig (1936) en base a sus observaciones, donde todas las psicoterapias de diferentes orientaciones demostraron la eficacia de sus intervenciones, pero ninguna pudo demostrar su superioridad sobre las demás.

El debate que hoy día se encuentra entre los profesionales de las diversas orientaciones psicológicas son preguntas relativas al *cómo* y *por qué* funciona la psicoterapia. Para dar respuesta a esa cuestión podemos centrar nuestra atención en las técnicas de intervención proporcionadas por los distintos modelos terapéuticos, es decir, en aquellos factores definidos como «específicos» porque caracterizan una determinada orientación teórico-metodológica.

Desde este punto de vista, la investigación sobre los factores específicos parte del supuesto de que son las técnicas de intervención las que tienen un papel central en el óptimo resultado de una psicoterapia, tanto es así que este tipo de investigación se dirige a demostrar la validez o no de un modelo de intervención específico y a detectar las situaciones clínicas en las que se muestra válido o más válido que otros (Fruggeri, Balestra y Venturelli, 2023).

En cambio, existe otra vía que está enfocada en una serie de factores presentes en todos los contextos terapéuticos independientemente del modelo de referencia adoptado por el terapeuta, es decir, la calidad de la relación entre el profesional y el paciente, las características del paciente, del contexto y del terapeuta. Estos elementos son independientes del tipo de modelo aplicado y se definen como «no específicos o comunes».

Como se ha mencionado al inicio, ya en 1936, Rosenzweig planteaba la pregunta de si los factores que realmente influyen en las diversas psicoterapias podrían tener más en común de lo que se cree. Lo que sugería es que, si un terapeuta tiene una personalidad efectiva y se adhiere consistentemente a un sistema de conceptos adaptado a los problemas de la personalidad enferma, el tipo de terapia utilizada tendría relativamente pocas consecuencias. De esta manera, Rosenzweig (1936) se dedicó a identificar los posibles factores que influyen en métodos declaradamente diferentes de psicoterapia.

Actualmente, este tipo de estudios se han englobado bajo las investigaciones centradas en la práctica basada en la evidencia (EBPP, por sus siglas en inglés: *Evidence-Based Practice in Psychology*) que ha sido definida en psicología por la *American Psychological Association* (APA) como un concepto que se sostiene sobre tres pilares fundamentales: las mejores evidencias científicas disponibles, la pericia clínica y la consideración de las características, cultura y preferencias del paciente. Los Tratamientos Empíricamente Validados (EST, por sus siglas en inglés: *Empirically Supported Treatments*) forman parte del primer pilar y se refieren a aquellos programas de tratamiento psicológico que cumplen con los criterios definidos por el equipo de trabajo de la División 23 de Psicología Clínica de la APA para considerar que un tratamiento determinado es eficaz a la hora de intervenir sobre un trastorno o problema bien definido.

En este sentido, por ejemplo, uno de los criterios para poder considerar que un tratamiento es válido hace referencia a la necesidad de que exista un manual estructurado donde se especifiquen los distintos pasos a seguir durante la terapia. Sin embargo, si tenemos en cuenta los estudios que muestran que la lealtad al manual empeora los resultados del tratamiento (Hatcher, 2015) y la ausencia de miramiento a las características, cultura y

preferencias del paciente en tal caso, la adhesión rígida a un manual puede llegar a ser contraria a los otros dos factores de la EBPP.

Se puede percibir como los dos pilares restantes de la EBPP comentados al inicio quedan, en cierto modo, relegados siendo precisamente los factores más determinantes de que el tratamiento obtenga buenos resultados. Focalizar la atención exclusivamente en uno de los pilares (como puede ser el modelo terapéutico) dejando en un segundo plano el resto puede llevar a realizar una práctica insuficiente considerando que lo eficaz es únicamente el tipo de terapia en sí, y no la propia psicoterapia en su conjunto (con los factores que ello implica) (Gimeno, Barrio y Álvarez, 2018).

En su resolución sobre el reconocimiento de la efectividad de la psicoterapia, la APA (2012) indica cómo los resultados del tratamiento se ven más influenciados por ciertas características del paciente, así como por factores asociados al contexto y al profesional clínico, que por el propio diagnóstico o por una “marca” específica de tratamiento (utilizando la propia APA el término *brand*, marca, en inglés). Asimismo, se señala que no existen diferencias significativas entre distintos modelos de terapia. En cambio, sorprende ver cómo en la literatura sobre la psicoterapia existen multitud de publicaciones y recursos donde consultar los tipos de tratamiento considerados eficaces, pero escasa información sobre los componentes de la relación que influyen en los resultados de la terapia, los cuales apenas tienen difusión (Norcross y Wampold, 2011).

Tal y como la investigación ha demostrado (Lafferty, Beutler y Crago, 1989; Ikiishi, Lambert, Nielson y Ogles, 2003), algunos profesionales obtienen mejores resultados que otros, independientemente del enfoque en el que se basen. Por lo tanto, convendría tener en cuenta todos los factores influyentes más allá de pensar únicamente en términos de tratamientos eficaces. Se ha visto que entre el 3 y 7% de la varianza de los resultados de la psicoterapia está relacionada con variables del terapeuta (Wampold e Imel, 2015). Si a ello, además, añadimos la contribución que hace el psicoterapeuta al buen funcionamiento de la alianza terapéutica, el porcentaje podría aumentar todavía más.

Otro de los datos lo podemos encontrar en el estudio meta-analítico de Greenberg et al. (2001), donde encontraron una correlación de 0,32 entre empatía y resultados terapéuticos, independientemente del tratamiento aplicado. Los mecanismos por los cuales se produce esta asociación, según estos autores, se basan en cuatro ejes principales: la mejora de la relación entre terapeuta – paciente, lo que promueve una mayor adherencia al tratamiento, la mejora en la interacción personal del paciente con sus otros significativos, la facilitación de la autoexploración emocional, cognitiva y verbal del cliente, y la contribución a la

autoaceptación y la autoescucha, de tal modo que el paciente aprenda a ser empático consigo mismo.

En último término, los resultados de la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia han mostrado que son las variables comunes relacionadas con el paciente (expectativa de cura, fe en el terapeuta, etc.), con el terapeuta (empatía mostrada, capacidad de escucha, etc.) y, en especial, con la interacción terapéutica (alianza terapéutica) las que explicarían un mayor porcentaje del cambio terapéutico (Botella y Feixas, 1994; Safran y Muran, 1998, 2000; Safran, 2002; Samstag, Muran, y Safran, 2004; entre otros).

Así pues, la psicoterapia se basa en una aplicación de principios metodológicos y técnicos, pero también se trata de una situación de relación interpersonal, y es precisamente a partir de esta consideración donde varios estudios han desviado la atención hacia factores más contingentes a la situación psicoterapéutica, demostrando a lo largo de los años cómo el resultado está sólo parcialmente determinado por el uso de una técnica específica o de un modelo de referencia en relación con una sintomatología específica, y cómo, en cambio, hay factores relationales y contextuales que parecen entrar en juego en la determinación del éxito de una psicoterapia (Luborsky, Singer y Luborsky 1975; Frank 1976; Lambert 1992; Hubble, Duncan y Miller 1999; Wampold 2001; Sprenkle y Blow 2004).

En definitiva, podríamos resumir diciendo que el interés centrado en los EST ha ensombrecido la importancia de otros factores tan importantes en la psicoterapia como las variables relationales, hasta el punto que hay algunos autores que plantean que el modelo de tratamiento sólo afecta al 1% de la varianza de los resultados (Wampold e Imel, 2015).

El objetivo de este Trabajo Fin de Máster es destacar la importancia de los aspectos relationales en la psicoterapia y cómo estos factores se integran en una propuesta de enfoque que tenga en consideración tanto las técnicas (factores específicos) como otros elementos de gran trascendencia en la psicoterapia, a través de un análisis de la literatura especializada en el tema. Para ello en primer lugar expondremos en qué consisten los factores comunes a las psicoterapias, centrándonos en la alianza terapéutica para posteriormente presentar de forma resumida los principales ejes de un modelo que aglutine y tome en consideración dichos factores.

2. Los factores comunes en psicoterapia

La primera formulación de la teoría de los factores comunes es atribuida a Jerome Frank, cuya primera edición de su libro se remonta a 1961. Frank se propuso estudiar las

similitudes entre las intervenciones psicoterapéuticas de diferentes orientaciones teóricas reconocidas en el mundo occidental, así como las de aquellos que desempeñan funciones equivalentes en otras culturas, como los brujos, chamanes y otros sanadores tradicionales (Frank, 1961). De acuerdo con Frank (1973, 1988; Frank y Frank, 1991), todos los métodos de psicoterapia o sanación tienen en común ciertos elementos curativos que explican en gran medida su efectividad. Las formas de intervención varían debido a que reflejan las concepciones que cada cultura tiene sobre la salud, así como sus valores y aún a pesar de esto, existen características compartidas.

Desde entonces, numerosos terapeutas han investigado los factores comunes, ofreciendo diversas descripciones y realizando valiosas aportaciones a la práctica de la psicoterapia y la formación de psicoterapeutas (Beitman, 1987; Beitman y Yue, 1999; Karson y Fox, 2010; Lambert, 2013).

Una revisión rigurosa de la investigación empírica sobre los resultados de la psicoterapia realizada por Lambert (1992) mostró que los elementos relacionados con la historia y el contexto del cliente, es decir, los factores extraterapéuticos, tienen el mayor porcentaje de incidencia en la mejora terapéutica (40%), seguidos por la relación terapéutica, es decir, la relación que se crea entre el cliente y el terapeuta al realizar la intervención (30%). La técnica, o el modelo de referencia del terapeuta, y los procedimientos asociados, solo afectaban el resultado en un 15%, al igual que los factores placebo y la expectativa positiva del cliente en relación con el tratamiento inciden también ellos en un 15%. La investigación sobre la relación entre los resultados de las psicoterapias y los factores no específicos contradice la perspectiva que identifica el motor del cambio en el tipo de enfoque adoptado.

El modelo de los factores comunes, de hecho, introduce la idea de que cada tratamiento ampliamente utilizado en el entorno clínico, con una estructura teórica reconocida y fundamentación empírica (Wampold, 2001), puede ser eficaz en la medida en que sea capaz de introducir una serie de condiciones relacionales consideradas necesarias para el cambio (Laska, Gurman y Wampold, 2014). Estas serían: a) un vínculo emocional positivo entre el cliente y el terapeuta; b) un contexto de cuidado percibido como seguro; c) una intervención que proporcione explicaciones creíbles y opciones viables para superar dificultades específicas; y d) un involucramiento en los procedimientos de intervención propuestos por el terapeuta que permita al cliente implementar cambios que sean adaptativos y evolutivos respecto a las dificultades presentadas.

Además, en el contexto del estudio de factores no específicos o comunes, se ha profundizado también por separado sobre las características del paciente y del terapeuta que pueden influir en el resultado terapéutico.

Son numerosas las listas de factores comunes. Si nos detenemos en el planteamiento de Frank en su estudio comparativo de las psicoterapias en una perspectiva antropológica (Frank, 1982; Frank y Frank, 1993), encontramos factores comunes tanto de los problemas psicológicos como de las psicoterapias. Independientemente del diagnóstico recibido, todos los problemas de salud mental comparten una desmoralización caracterizada por la preocupación y la desesperanza. A su vez, según este autor, todas las psicoterapias comparten cuatro factores básicos: el agente sanador, el sitio clínico, la mitología (*rationale*) y el ritual (acciones terapéuticas).

A) *El agente sanador*

El agente sanador, en nuestro caso, el clínico, ya es en sí un factor influyente en el proceso terapéutico, empezando por el reconocimiento social de su actividad, la apariencia (trato y aspecto presentado) y la relación emocional y de confianza que establezca con el paciente. De ahí la importancia de los trabajos que destacan la figura, el aspecto y el comportamiento del clínico.

Las características del terapeuta como factor común a los modelos técnicos se refieren a la evidencia por la cual, incluso ofreciendo el mismo tipo de tratamiento en términos técnicos, algunos terapeutas logran mejores resultados en comparación con otros colegas. Según los estudios realizados sobre este aspecto, los terapeutas más efectivos son capaces de crear una buen alianza con una mayor variedad de clientes; presentando buenas habilidades interpersonales; son flexibles, abiertos, respetuosos, confiables y están interesados en el paciente; proporcionan explicaciones de la problemática que sean aceptables para el paciente, es decir, en línea con sus premisas, sus valores y su cultura, y son adaptativas, es decir, apoyan la superación de las dificultades; no son «culturalmente arrogantes», es decir, son capaces de cuestionarse su propio trabajo; monitorean el cambio de sus pacientes comentándolo con ellos; son conscientes de sus propios procesos internos y emociones y no permiten que interfieran involuntariamente en el proceso terapéutico, pero pueden utilizarlos deliberadamente con fines clínicos; también ejercitan sus habilidades terapéuticas en actividades que tienen lugar fuera del escenario clínico (Ackerman y Hilsenroth, 2003; Wampold y Carlson 2011; Wampold 2015; Norcross y Lambert 2018). Estos aspectos son muy importantes, ya que describen el conjunto de habilidades que debe poseer un terapeuta

para realizar intervenciones efectivas con sus clientes. Si tenemos en cuenta que la literatura documenta que el impacto del terapeuta en el resultado de la psicoterapia, el llamado «efecto terapeuta», incide al menos en el 5-8% del resultado final (Barkham et al., 2017), los aspectos enumerados anteriormente deberían tenerse en cuenta en la formación de los psicoterapeutas.

B) El sitio clínico

El sitio clínico o “ambiente de cura” como dice Frank es otro factor asociado al agente que también tiene considerable influencia en el proceso sanador por el significado que implica. Como tampoco lo que dice un cura va a misa a no ser que lo diga en misa o un juez como no sea en el tribunal con toga, lo que hace y dice el clínico en su lugar es más importante y determinante de lo que él mismo es consciente a veces.

C) La mitología

La mitología o *rationale* se refiere al componente central de la terapia, el marco de referencia, concepción y explicación que la terapia ofrece acerca de lo que le ocurre al paciente y de lo que sería recomendable hacer en consecuencia. Todas las psicoterapias tienen su mitología, y esta mitología no es tanto una explicación verdadera sino una verdadera explicación. Es decir, no son explicaciones verdaderas porque no están describiendo una realidad dada, tratan con una realidad interactiva que reelaboran de alguna manera. Y entonces, las psicoterapias con su propia mitología o *rationale*, crea su propio nicho al hilo de su práctica, publicación de casos, investigación, literatura científica, etc.

D) El ritual

El ritual refiere las acciones terapéuticas específicas de cada terapia. Podemos encontrar en cada psicoterapia sus propios rituales: interpretaciones, tumbarse en un diván, auto-registros, análisis funcionales, reestructuración cognitiva, exposición, tareas para casa, clarificación de valores, relajación, mindfulness, silla-vacía y un largo etcétera.

Llegados a este punto, se puede detectar un considerable debate acerca del papel específico de las distintas técnicas en relación con los factores comunes. Pero, teniendo en cuenta lo ya comentado hasta ahora y planteándolo en términos de modelo médico (centrado en técnicas) y modelo contextual centrado en relaciones y factores comunes (Wampold e Imel, 2015). El debate alcanza a la cuestión si la psicoterapia es una ciencia humana o tecnológica (Pérez-Álvarez, 2019). Las técnicas funcionan en tanto forman parte del contexto de una terapia con su relación y *rationale*.

2.1. La alianza terapéutica como factor común relacional

A lo largo de muchos años, el concepto de alianza ha estado asociado con la corriente psicodinámica, aunque con notables diferencias entre los diversos autores. Solo más tarde se reconoció también su importancia para terapias de diferentes enfoques (Strupp, 1973).

Incorporando los aportes teóricos que se desarrollaron gradualmente, Bordin (1979) propuso, a finales de la década de los setenta, una definición de alianza de trabajo cuyo valor heurístico sigue siendo muy relevante tanto para la terapia individual como para la terapia conjunta. Según el autor, la alianza de trabajo se compone de: un acuerdo entre el terapeuta y el paciente sobre los objetivos del tratamiento, un acuerdo sobre las tareas de la terapia que son necesarias para alcanzar estos objetivos, y un vínculo afectivo entre ambos. Esta primera definición de alianza de trabajo resalta dos aspectos fundamentales de la relación terapeuta-paciente: la participación de este último en la terapia en términos de colaboración y la conexión emocional necesaria para respaldar el proceso de cambio terapéutico. El amplio consenso recibido por la propuesta de Bordin ha llevado a que sea la base sobre la cual se construyen la mayoría de los instrumentos de medición de la alianza.

La literatura científica ha documentado ampliamente que la relación es un factor determinante en un proceso terapéutico. No es simplemente el trasfondo de la intervención, sino la trama misma a través de la cual se desarrolla. Fife y sus colaboradores (2014) han sintetizado las indicaciones provenientes de la investigación sobre la efectividad de las psicoterapias y lo han plasmado de forma gráfica en lo que han denominado la "Pirámide terapéutica" (véase figura 3), que ilustra de manera icónica cómo se implementa la competencia técnica a través de la relación creada entre el terapeuta y el paciente. En este sentido, los instrumentos son dispositivos indispensables que deben ser guardados en la "caja de herramientas", listos para ser utilizados con el fin de promover la competencia dialógica del psicoterapeuta. Sin embargo, su uso no puede prescindir de la competencia relacional, es decir, la capacidad de analizar y monitorear la trama interactiva que se desarrolla en la relación con el cliente.

Respecto a la relación terapéutica, existen dos significados principales. Por un lado, se refiere a la calidad de la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente. Por otro lado, indica el proceso de construcción de significados al que dan lugar el terapeuta y el paciente a través de su interacción.

La percepción que los pacientes tienen del interés del terapeuta por ellos es un factor determinante en la escucha, el cambio e incluso la interrupción o no de la terapia (Friedlander,

Escudero y Heatherington, 2006). La relación de colaboración entre el paciente y el terapeuta se define como una "alianza" y se basa en la creación de una relación caracterizada por la confianza mutua, la simpatía, el respeto y el cuidado. Esta relación implica el consenso sobre los objetivos del proceso terapéutico y un compromiso activo para lograrlos (Horvath y Bedi, 2002). La calidad de la relación entre el terapeuta y el paciente es fundamental para construir un proceso terapéutico positivo. De hecho, numerosas investigaciones han demostrado que la alianza terapéutica es el principal predictor de los resultados positivos en la terapia individual (Horvath y Dymonds, 1991; Martin, Garske y Davis, 2000), de pareja (Johnson y Talitman, 1997; Quinn, Dotson y Jordan, 1997; Knoblich-Fedders, Pinsof y Mann, 2007) y familiar (Johnson, Wright y Ketting, 2002; Escudero et al., 2008). Además, cuando la alianza se ve afectada, puede llevar a interrupciones prematuras del tratamiento (Sharf, Primavera y Diener, 2010; Yoo, Bartle-Haring y Gangamma, 2016).

Continuando con la investigación realizada al respecto por otros autores, Norcross y Wampold (2011) presentan los elementos de la relación terapéutica que se relacionan con los resultados de la psicoterapia, factores que han demostrado ser eficaces y el nivel de evidencia asociado a los mismos (véase la figura 1). En consonancia con la investigación de dichos autores, la alianza, la cohesión, la empatía y la recogida del feedback del paciente serían los elementos con mayor nivel de eficacia demostrada.

Nivel de evidencia	Elementos de la relación
Eficacia demostrada	<i>Alianza en terapia individual</i> <i>Alianza en terapia con adolescentes</i> <i>Alianza en terapia familiar</i> <i>Cohesión en terapia de grupo</i> <i>Empatía</i> <i>Recoger el feedback del paciente</i>
Probablemente eficaz	<i>Consenso en las metas</i> <i>Colaboración</i> <i>Consideración positiva</i>
Resultados prometedores, pero con investigaciones insuficientes	<i>Congruencia / autenticidad</i> <i>Reparar las rupturas de la alianza</i> <i>Manejar la contratransferencia</i>

Figura 1. Factores de la relación terapéutica que han mostrado su eficacia. *Adaptado de Nocross y Wampold (2011)*

A su vez, en el mismo estudio también se hallaron una serie de elementos de la relación que son ineficaces e incluso pueden ser dañinos para los pacientes, tratándose de actitudes del terapeuta (véase la figura 2). Es de especial relevancia destacar como algunos de

ellos (como la rigidez, la centralidad del terapeuta o “el lecho de Procusto”) encajan con algunas de las cuestiones comentadas anteriormente que se relacionan con el privilegio de la “marca” del modelo por encima de otros factores que entran en juego durante el proceso terapéutico (Gimeno, Barrio y Álvarez, 2018).

Elementos ineficaces de la relación
- Confrontaciones
- Procesos negativos (comentarios y conductas de rechazo, hostiles, peyorativas, críticas o culpabilizadoras).
- Suposiciones (intuir o asumir la satisfacción del paciente y el éxito del tratamiento sin consultarla con aquél).
- Terapeuta-centrismo (privilegiar la perspectiva del terapeuta sobre la del paciente).
- Rigidez (tratamientos inflexibles y excesivamente estructurados; adhesión dogmática a una teoría o método terapéutico).
- “Lecho de Procusto” (hacer que el paciente se ajuste a las características del tratamiento, en lugar de lo contrario).

Figura 2. Elementos ineficaces en la relación terapéutica. *Adaptado de Nocross y Wampold (2011)*

Como hemos comentado a lo largo de la introducción, junto con los factores propios de las técnicas terapéuticas que han sido ampliamente estudiadas y que tienen un alcance limitado en su eficacia, hay otros directamente involucrados en el éxito terapéutico pero que no han sido recopilados, estudiados y propuestos de forma sistemática. Por ello, en el siguiente apartado queremos presentar un modelo que englobe todos aquellos aspectos que deben ser tenidos en cuenta para mejorar la eficacia de la psicoterapia, que sean relevantes y que habría que tener en cuenta en la posterior formación de los profesionales dedicados a la terapia.

3. Antecedentes históricos de los enfoques integrativos

Las investigaciones llevadas a cabo sobre los factores específicos y no específicos han contribuido a la identificación de los distintos elementos que intervienen en el proceso terapéutico, documentando también su impacto en el logro exitoso de la intervención. No obstante, es fundamental reconocer que las técnicas, los factores de relación y las características de los participantes, cuando se consideran de manera independiente, no tienen un efecto significativo en la mejoría del paciente (Castonguay y Beutler, 2006). El debate acerca de qué elementos de la psicoterapia son relevantes para obtener un resultado positivo ya no puede centrarse en la supremacía de un factor en detrimento de otro, sino que debe apuntar a proporcionar modelos a través de los cuales se pueda comprender la compleja relación que existe entre variables específicas y no específicas.

La psicoterapia busca integrarse mediante la búsqueda de principios genéricos que sean lo suficientemente amplios y efectivos en todas las intervenciones realizadas para promover cambios positivos en la vida de los pacientes. Estos principios deben servir de guía a todos los terapeutas y también proporcionar a la sociedad una base sólida para evaluar la coherencia de esta disciplina.

La primera forma de definir operativamente la integración de la psicoterapia surgió a partir de la identificación de los factores comunes. Desde entonces, se han realizado numerosos estudios que aportan evidencia de que todas las psicoterapias que funcionan emplean estos principios básicos, los cuales están fuertemente vinculados con la alianza terapéutica (anteriormente comentado). Existen una serie de principios genéricos que se han identificado, más allá de los factores comunes y de los componentes de la alianza terapéutica.

Entre estos principios se pueden mencionar los estadios de cambio identificados por Prochaska (1979), un modelo que permite identificar la predisposición para generar cambios durante un proceso terapéutico y que es una herramienta que se puede aplicar en cualquier modelo o enfoque en particular.

El movimiento de integración de la psicoterapia cobró fuerza a partir de estos hallazgos y se reflejó en una serie de propuestas que pueden agruparse en tres grandes categorías. Por un lado, las propuestas de carácter ecléctico que promovieron la conveniencia de utilizar intervenciones terapéuticas que fueran permeables a emplear diferentes recursos técnicos provenientes de diversas fuentes teóricas, con la condición de que tuvieran suficientes pruebas empíricas de eficacia y fueran utilizados de manera articulada en un diseño coherente.

Los terapeutas continuaron avanzando en la búsqueda de una forma de integración más completa desarrollando la integración teórica, que busca desarrollar un modelo capaz de combinar lo mejor de diferentes enfoques en torno a un eje teórico lo suficientemente sólido que pueda servir como modelo explicativo del funcionamiento de los procesos en los que interviene la psicoterapia.

Existe una amplia variedad de modelos de psicoterapia que tienen un enfoque integrativo. Dentro de esta línea, podemos encontrar diversas propuestas que no solo se basan en principios teóricos de los cuatro grandes enfoques (psicodinámico, existencial, cognitivo-conductual y sistémico), sino que también integran variantes y modalidades particulares de estos enfoques. Entre ellos, se pueden encontrar la Terapia Centrada en los Esquemas, presentada por Young para el abordaje de los trastornos de personalidad. Si bien esta terapia se basa en el modelo original de Beck, se aleja del enfoque clásico al sostener que para tratar

estas disfunciones se requiere de un abordaje menos directivo y más centrado en la relación terapéutica. Para lograr esto, es necesario recurrir a elementos provenientes de otros enfoques teóricos. Según el autor, la Terapia Centrada en los Esquemas es un modelo amplio e integrativo, que presenta una considerable superposición con otros sistemas de psicoterapia, incluyendo los modelos psicodinámicos.

Dentro de la tradición cognitiva, otro enfoque que se destaca por su carácter integrativo es la Terapia Dialéctico Conductual de Linehan. Inicialmente, esta terapia se popularizó en el abordaje de pacientes mujeres con trastorno de personalidad límite, pero luego se extendió a otras áreas de la psicopatología.

Autores que provienen de otros modelos teóricos, como Ryle, han desarrollado otros modelos integrativos. Por ejemplo, el modelo cognitivo-analítico, que combina componentes cognitivos y psicodinámicos, se enfoca en el uso de representaciones secuenciales diagramáticas en intervenciones breves que abordan tanto los aspectos cognitivos como emocionales presentes en la disfuncionalidad del paciente. Una de las propuestas más recientes es la terapia cognitivo-integrativa de Wenzel, que sugiere la utilización de procedimientos de distintas etapas del desarrollo de la terapia cognitiva (incluyendo enfoques clásicos y de tercera generación). Esta terapia se define como un paquete de tratamiento personalizado que surge de la conceptualización del caso de cada paciente e incorpora estrategias cognitivas, conductuales y basadas en la aceptación, en armonía con el cultivo y mantenimiento de la relación terapéutica.

Más recientemente, Fife y colaboradores (2014) presentaron un metamodelo denominado “Pirámide Terapéutica” (véase la Figura 3) con la intención de integrar estos distintos componentes comentados. Este modelo considera la interconexión de tres factores: técnica, alianza terapéutica y “modo de ser” del terapeuta.



Figura 3. La pirámide terapéutica. Fuente: Fife et al. (2014)

La dimensión técnica se refiere al conocimiento y uso de enfoques terapéuticos específicos y métodos de intervención relacionados, fundamentales para la práctica clínica. Aunque la competencia técnica es necesaria, no es suficiente para lograr el éxito terapéutico: los modelos clínicos se implementan a través de la relación que se establece entre el paciente y el terapeuta. La dimensión relacional, propuesta por el modelo de Fife y sus colaboradores en términos de alianza terapéutica, es entendida como la calidad y fortaleza de la relación colaborativa entre el paciente y el terapeuta, la cual se establece independientemente del modelo clínico utilizado (Horvath, 2001). La estructura jerárquica del modelo sugiere que la técnica, situada en la cúspide de la pirámide, resulta eficaz cuando se basa en una buena alianza entre el paciente y el terapeuta, la cual, a su vez, se fundamenta en la forma en que el terapeuta se posiciona en relación con sus clientes. Las habilidades terapéuticas del terapeuta, ubicada en la base de la pirámide, está referida a la actitud que los terapeutas tienen hacia los pacientes en el transcurso de la terapia. A través de la actitud, el tono de voz y la elección de las palabras, los terapeutas pueden hacer que los clientes se sientan seres humanos únicos, merecedores de ser escuchados y no juzgados, o, por el contrario, pueden objetivarlos haciéndoles sentir como simples "casos clínicos" que deben ser clasificados en la categoría diagnóstica correcta, limitando así el reconocimiento de su singularidad. El "modo de ser" del terapeuta, tal como se entiende en este modelo, implica la reflexión sobre la capacidad de "ver" al otro, o bien de trabajar en uno mismo para poder descentralizarse y comprender la realidad que los pacientes traen consigo.

Por otro lado, autores pertenecientes al campo de la psicoterapia integradora como Castonguay y Hill (2012) o Holmes y Bateman (2002) afirman que las terapias eficaces comparten tres componentes clave: una relación terapéutica, un marco de referencia explicativo y un medio para provocar el cambio.

Fernández-Álvarez (2019) remarca la importancia de destacar que la psicoterapia integrativa no es simplemente otro modelo más en el campo de la psicología, sino que es un movimiento que surge como respuesta a la fragmentación teórica que se había generado en nuestra disciplina, con las consecuentes implicaciones en la práctica. Si bien es cierto que las diferencias teóricas son comunes en el ámbito científico y reflejan la evolución de una disciplina en la construcción de paradigmas, también reconoce que toda ciencia requiere de cierta sistematicidad para desarrollarse de manera consistente (aplicado tanto a la operación de un conocimiento científico en el ámbito teórico como en sus aplicaciones prácticas).

4. Propuesta de Intervención de un Enfoque Integrativo

Teniendo en cuenta la información plasmada en los apartados anteriores, a continuación, se presenta una propuesta de Enfoque Integrativo como alternativa a tener en cuenta en la práctica clínica psicoterapéutica. Esta propuesta no está presentada con la intención de plasmarse como un modelo terapéutico al uso sino como un enfoque amplio que pueda recoger los máximos factores posibles que se han visto en la literatura científica que influyen y tienen un efecto eficaz sobre el proceso terapéutico.

Lejos de estar en contra de los EST y de los modelos de psicoterapia, muchos de los tipos de terapia han hecho aportaciones fundamentales al campo y, lo que es más importante, han resultado de ayuda para muchas personas. Lo que aquí se pretende conseguir es superar la limitación que supone basar únicamente nuestra psicoterapia en una parte limitada y aislada del conjunto de factores que suponen el éxito terapéutico y, por lo tanto, una vez conscientes, poder aunar todos ellos y dirigirnos hacia una práctica lo más óptima posible, tanto para los pacientes como para los profesionales que lo aplican.

Dicha propuesta engloba tanto los factores específicos comentados como los factores comunes o no específicos que muestran tener un considerable efecto en los resultados terapéuticos.

La siguiente propuesta recogería cinco ejes fundamentales: los tratamientos empíricamente validados, un marco de referencia explicativo, las características del terapeuta, las características del paciente y la relación terapéutica. En este trabajo comentaremos los diferentes elementos que se incluirían en cada uno de dichos factores, haciendo especial hincapié en la relación terapéutica.

1.- Tratamientos empíricamente validados (EST)

En función de la problemática presentada, es de especial relevancia tener en cuenta las evidencias científicas disponibles hasta el momento para aplicar los tratamientos empíricamente validados que sean más adecuados para el paciente y la problemática que le acompañe.

2.- Marco de referencia explicativo

El marco de referencia explicativo está dirigido a una forma de conversación especializada en dar sentido a los síntomas, roles, relaciones y otras conductas que pueda presentar el paciente. Para pensar en los problemas actuales y también en las posibles vías de salida.

Ayudar a descubrir y dar sentido al malestar que le acompaña al paciente resulta fundamental para poder crear una narrativa. Desde este enfoque la terapia se entiende como un lugar seguro donde descubrir y dar sentido a lo que discurre por su mente, dar forma a pensamientos y conductas.

3.- Características del paciente

En este apartado se mencionan aspectos que se considerarían de especial relevancia a tener en cuenta por parte del terapeuta para adaptar y diseñar un proceso terapéutico afín a las siguientes características del paciente:

1. Historia vital
2. Cultura
3. Contexto pasado y actual
4. Expectativas (y posible ajuste de las mismas)
5. Preferencias
6. Confianza y fe en el terapeuta y en el proceso terapéutico
7. Compromiso
8. Motivación
9. Idealización

4.- Características del terapeuta

A nivel general, se pueden describir distintas habilidades fundamentales para que el terapeuta pueda realizar una práctica óptima:

1. Tolerancia al silencio
2. Tomar una dirección contingente en la terapia
3. Proximidad
4. Uso de la conversación terapéutica para instigar la regulación afectiva y emocional
5. Disculpas sinceras cuando se comete un error
6. Flexibilidad y apertura
7. Respeto
8. Confianza
9. Interés por el paciente así como la muestra del mismo
10. Proporción de explicaciones sobre la problemática presentada que sean aceptables y comprensibles para el paciente (en línea con sus premisas, sus valores y su cultura)

11. Apertura a cuestionar su propio trabajo y mejorarlo, así como adaptarse a las condiciones del paciente
12. Capacidad de monitorear el cambio de sus pacientes (comentándolo con ellos)
13. Capacidad introspectiva de los propios procesos internos y emociones, las cuales están trabajadas y no permiten que interfieran involuntariamente en el proceso terapéutico
14. Congruencia y autenticidad
15. Trabajo y discurso desde la validación
16. Capacidad de escucha activa
17. Adaptación de las técnicas a las características del paciente
18. Calidez
19. Compromiso

5.- La relación terapéutica

Una parte de los pacientes que solicitan ayuda psicológica y comienzan un proceso terapéutico muestran formas inseguras de relacionarse con el mundo que generan (tanto a ellos como a quienes les rodean) considerable dolor y sufrimiento. Estos patrones inseguros se derivan, en una gran medida, de la experiencia vital que el paciente haya vivido, fruto del esfuerzo realizado por el individuo para sobrevivir (emocional o, en ocasiones, literalmente), teniendo en cuenta sus condiciones biológicas y ambientales en las que crece.

Puesto que la investigación realizada al respecto sugiere la posibilidad de cambio sobre estos patrones que dirigen la forma de relacionarse en el mundo, podemos conseguir, a través de ciertas relaciones, modificar esas pautas de relación integradas. La creación de un vínculo terapeuta-paciente basado en unos principios y patrones seguros resulta fundamental para ese cambio, y aquí es donde juega un papel fundamental la alianza terapéutica.

Las competencias terapéuticas que se proponen con el fin de crear una alianza terapéutica óptima son las siguientes:

1. Desarrollo de la pericia clínica para identificar las tendencias relacionales del paciente a través de un trabajo enfocado en la conciencia y sensibilidad hacia las conductas del paciente consigo mismo y con los demás.
2. Capacidad de transformar los patrones rígidos y disfuncionales del paciente hacia una mayor flexibilidad y apertura, promoviendo una relación segura y autónoma consigo mismo y con el entorno.
3. Habilidad para mantener una postura reguladora, tranquilizadora, sensible, sincrónica, mentalizadora y de aceptación radical.

4. Reflexión consciente de los estados mentales del terapeuta en la contratransferencia.
5. Establecimiento de una relación de confianza con el paciente.
6. Regulación sensible de los estados afectivos tanto del terapeuta como del paciente.
7. Reflexión sobre el mundo interno del paciente y las interacciones entre ambos.
8. Imaginación y descripción del entorno emocional temprano que subyace a las tendencias relacionales del paciente.
9. Identificación y abordaje de las resistencias manifestadas dinámicamente por el paciente en la relación terapéutica.
10. Explicación al paciente del papel adaptativo y de supervivencia que desempeñan sus defensas como estrategias para manejar amenazas a su seguridad.
11. Estímulo de la competencia narrativa y la construcción de una identidad emocionalmente coherente.
12. Apoyo al paciente en la generalización de relaciones seguras aprendidas en terapia a su vida diaria.
13. Facilitación del aprendizaje a través de la experiencia.
14. Alentar la sinceridad con uno mismo (es decir, autenticidad) y desarrollar una metodología que conducta a relatos más comprehensivos y matizados de uno mismo.
15. Ayudar al paciente a sentirse lo suficientemente seguro para ser capaz de abrirse a sorpresas y situaciones improbables y estar dispuesto a revisar patrones obsoletos.
16. Capacidad empática
17. Identificar y alentar la expresión de los sentimientos desagradables, especialmente en el caso de que estos se hayan visto negados o reprimidos.
18. Crear un apego seguro para que pueda explorar sus facetas dolorosas teniendo la certeza de que tiene el apoyo, alimento, simpatía y guía necesario.
19. Aportar consuelo y seguridad.
20. Recoger *feedback* del paciente y devolver el propio
21. Actitud de colaboración
22. Establecimiento de objetivos y metas conjuntas

Una propuesta específica desarrollada desde el ámbito de la terapia familiar que puede ser utilizada tanto como un marco de razonamiento sobre el proceso terapéutico en términos de alianza, como una tabla para evaluar comportamientos que amenazan o refuerzan la alianza es el instrumento que se conoce como el Sistema para la Observación de las Alianzas en la Terapia Familiar (SOATIF) (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006). Los autores

identificaron los comportamientos que constituyen los indicadores observacionales de este instrumento a través de una búsqueda sistemática realizada sobre una amplia variedad de elementos obtenidos de una revisión de la literatura, experiencias clínicas y análisis de grabaciones de terapias en vídeo.

El modelo SOATIF propone una conceptualización de la alianza que se caracteriza por ser transteórica, interpersonal y multidimensional. A diferencia de una orientación específica de terapia de pareja y familia, esta conceptualización conserva el factor común característico de la psicoterapia y considera las conductas que pueden ser significativas en cada terapia y con diferentes terapeutas. Además, es interpersonal, lo que implica tener en cuenta las interacciones reales que ocurren entre los miembros de la familia y entre cada paciente y el terapeuta. Por último, se trata de un modelo multidimensional, ya que desarrolla el constructo de alianza en cuatro dimensiones, que involucran tanto al paciente como al terapeuta: implicación en el proceso terapéutico, conexión emocional, seguridad y sentido de propósito compartido. Las cuatro dimensiones del SOATIF (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2019) se consideran interdependientes (ver Figura 5). Cada una de ellas resalta aspectos específicos de la construcción de la alianza que, sin embargo, no pueden ser considerados por separado de los demás. La implicación en el proceso terapéutico y la conexión emocional con el terapeuta son las dimensiones que reflejan las características de la alianza identificadas por Bordin (1979) y que se refieren a la relación específica paciente-terapeuta. Por otro lado, las dimensiones de Seguridad y Sentido de un propósito compartido se refieren a los aspectos de la alianza propios de la terapia conjunta, ya que se centran más específicamente en las relaciones intrafamiliares y de la familia con el terapeuta. Además, el Involucramiento y el Sentido de un propósito compartido afectan el funcionamiento cognitivo-conductual, mientras que la Conexión emocional y la Seguridad afectan el aspecto afectivo.

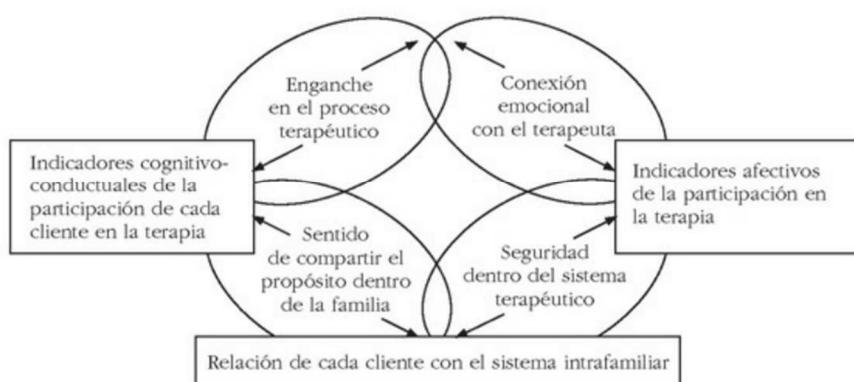


Figura 5. Interrelaciones de las dimensiones del SOATIF

a) *Seguridad dentro del sistema terapéutico*

La dimensión de la Seguridad implica el nivel en el que el paciente percibe el entorno terapéutico como un lugar seguro en el que puede tomar riesgos, abrirse y sentirse cómodo; un lugar en el que no es necesario ponerse a la defensiva, ya que los conflictos o las discrepancias pueden abordarse sin causar daño a nadie. La creación de un entorno seguro es lo que permite a los pacientes mostrarse vulnerables y, por lo tanto, establecer una conexión emocional (Escudero y Friedlander, 2017): Sentirse seguros no implica necesariamente "sentirse bien", sino estar dispuestos a permanecer en el proceso terapéutico y aceptar mostrar las propias debilidades al terapeuta.

b) *Conección emocional con el terapeuta*

La conexión emocional se refiere a la importancia que el paciente otorga al terapeuta en su vida y a la base de cuidado, confianza e interés en su relación. Está relacionada con la sensación de que el terapeuta se preocupa genuinamente por el paciente y está en sintonía con él. Se puede observar una buena conexión emocional cuando los pacientes expresan confianza en el terapeuta, muestran interés e incluso afecto hacia él, y sienten que pueden bromear y ser comprendidos. Algunas condiciones facilitan el establecimiento de esta conexión emocional, como tener experiencias de vida similares, valores o cosmovisiones comunes, o estilos de personalidad similares entre ambos. Esto facilita la relación y la comprensión mutua.

Sin embargo, la motivación también juega un papel central en esta conexión emocional. Cuando los pacientes están altamente motivados para iniciar la terapia, es más fácil establecer una relación de confianza, ya que ven el tratamiento como una oportunidad para mejorar. Por otro lado, un terapeuta que apoya la conexión emocional muestra empatía hacia el sufrimiento del paciente, lo tranquiliza respecto a su vulnerabilidad, muestra interés en su vida y es capaz de expresar abiertamente sus reacciones y sentimientos. Incluso puede compartir algunas cosas sobre su vida personal para generar cercanía emocional o de punto de vista.

La relación emocional entre el terapeuta y el paciente es esencial para el éxito de la terapia y para que el paciente se sienta comprendido y respaldado en su proceso. De hecho, las investigaciones realizadas para validar esta herramienta han demostrado que compartir emociones de manera controlada con los pacientes fortalece la alianza terapéutica (Carpenter, Escudero y Rivett, 2008). No es suficiente establecer una buena conexión emocional al comienzo del tratamiento para mantener una alianza positiva a lo largo de la terapia. Los

cambios que ocurren durante el proceso terapéutico, incluyendo la posibilidad de abordar temas especialmente dolorosos en un momento posterior, requieren un seguimiento constante de la conexión emocional.

c) La implicación en el proceso terapéutico

La participación activa del paciente en el proceso terapéutico es fundamental para el éxito del tratamiento. No se puede considerar la terapia como un simple acto de recibir instrucciones y tareas por parte del terapeuta, sino que el cliente debe sentirse involucrado y comprometido con el proceso. Para lograr esto, es necesario que el paciente tome en serio la terapia y crea en la posibilidad de cambio.

La implicación del paciente en la terapia se refiere a su participación en la definición de los objetivos terapéuticos, expresando sus problemas y sugiriendo posibles soluciones. Además, es importante que realice las tareas terapéuticas asignadas y reconozca los pequeños cambios que van surgiendo durante el proceso. Asimismo, es fundamental que valore los beneficios que experimenta a través de la terapia, atribuyéndolos al proceso terapéutico en sí y no a la casualidad o al destino.

Es importante tener en cuenta que la implicación del paciente en el proceso terapéutico puede variar según la cultura. Los pacientes de diferentes culturas pueden tener concepciones distintas sobre el papel de la terapia en su bienestar y pueden tener referencias diferentes sobre cómo sanar. Por lo tanto, los terapeutas deben interesarse por las teorías del cambio de sus pacientes y comprender los contextos culturales en los que se formaron.

d) El sentido de propósito compartido (centrado exclusivamente para terapia familiar)

Este indicador evalúa la cantidad de inversión que los miembros de la familia realizan en el proceso terapéutico. La dimensión se refiere a la percepción de cuánto están trabajando de manera activa y colaborativa para mejorar sus relaciones y alcanzar objetivos definidos en conjunto.

A pesar de que el SOATIF-O fue diseñado para trabajar con parejas y familias, las primeras tres dimensiones también pueden aplicarse a sesiones individuales, ya que en ellas se evalúa el comportamiento individual de cada miembro de la familia. Sin embargo, la cuarta dimensión, Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia, está destinada a evaluar al menos a dos miembros de la familia que asisten juntos a terapia. Dependiendo del propósito específico del investigador en cada estudio particular, esta dimensión puede evaluar

tanto el sistema familiar completo como sus subsistemas de forma separada (subsistema parental, hermanos, etc.).

De acuerdo con los autores (Escudero y Friedlander, 2017), una práctica clínica que desee establecer alianzas sólidas debe tener en cuenta la importancia de las diferentes dimensiones durante el proceso terapéutico. El primer paso para comenzar la terapia con éxito es fomentar un nivel mínimo de seguridad en los pacientes, por ejemplo, resaltando la confidencialidad del entorno terapéutico y reconociendo las dificultades que los pacientes pueden experimentar al discutir asuntos privados frente a un desconocido. Este paso permite crear un contexto relacional no defensivo en el cual se pueda cuidar la conexión emocional con los participantes. Validar la experiencia subjetiva de todos, mostrando un interés genuino por los diferentes puntos de vista, incluso cuando sean opuestos, hace que cada paciente no se sienta juzgado, sino emocionalmente comprendido. Una buena conexión emocional, junto con la seguridad y la sensación de que el terapeuta comprende la experiencia emocional de los demás y es capaz de protegerlos de un mayor sufrimiento, es la base que permite a los clientes participar activamente en la terapia, es decir, estar dispuestos a asumir los riesgos relacionados no solo con la expresión de sus propias dificultades, sino también con los caminos de cambio propuestos por la terapia misma. Los pacientes son apoyados en su compromiso por un terapeuta capaz de transmitirles la creencia de que la terapia puede ayudarlos a cambiar, centrándose en pequeños objetivos paso a paso.

5. Conclusión

Teniendo en cuenta la realidad que se viene presentando en el campo de la psicoterapia, resulta de especial relevancia trabajar hacia la dirección de una práctica responsable, que tenga en cuenta el papel que cumplen los factores comunes, no como mera condición necesaria y/o suficiente, sino como la herramienta fundamental que permite adaptar el tratamiento a la singularidad de cada persona y, entonces, poder desarrollar una verdadera práctica basada en la evidencia (Gimeno, Barrio y Álvarez, 2018).

Así, puesto que los modelos son únicamente presupuestos teóricos, la solución de encontrar los factores comunes a los tratamientos cognitivos, conductuales, sistémicos, psicodinámicos y fenomenológico-existenciales permite que el terapeuta, independientemente del enfoque que elija, cree una base sólida de los elementos que propician el cambio terapéutico.

6. Líneas futuras

Cabe tener en cuenta que la psicoterapia que se practica actualmente ha sido moldeada durante las últimas décadas por la industria farmacéutica. Una industria que ha convertido la psicoterapia en un campo que parece tener un potencial de expansión ilimitado para la venta de sus productos. En algunos momentos, adoptar las mismas metodologías de investigación y justificación que ha utilizado esta industria ha sido útil para proteger a la psicoterapia de ataques interesados. Y esto ha llevado a intentos de acreditar tratamientos que han sido validados empíricamente, lo cual ha permitido que la psicoterapia se mantenga presente en tiempos difíciles y sobreviva a la desafortunada década del cerebro. Sin embargo, esta no puede ser la dirección de investigación que guíe el desarrollo de la psicoterapia en los próximos años.

Hoy en día contamos con información actualizada que nos permite afirmar que los efectos logrados con las intervenciones psicoterapéuticas se deben, en gran medida, a la acción de factores comunes a todas las propuestas de intervención psicoterapéutica aceptadas en la actualidad. Cada vez sabemos más sobre cuáles pueden ser estos factores y cómo explicar su acción en base a lo que conocemos sobre el desarrollo ontogenético y lo que se ha denominado neurobiología interpersonal. Esto tiene varias implicaciones que deben ser consideradas.

En primer lugar, es necesario dejar de priorizar exclusivamente las investigaciones de eficacia a través de ensayos clínicos en trastornos definidos por las discutidas categorías diagnósticas del DSM o la CIE, que hasta ahora han acaparado la mayor parte del esfuerzo investigador y financiamiento. En su lugar, se deben potenciar los esfuerzos dirigidos a determinar qué tipo de factores facilitan los cambios deseados. En este momento, existen modelos muy sugerentes para hacer esto de manera sistemática.

En consecuencia, la formación de psicoterapeutas debería orientarse más hacia el dominio de estos factores y menos hacia la acreditación de terapeutas en tratamientos empíricamente validados.

Referencias bibliográficas

- Ackerman, S. J. y Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin. Psychol. Rev.* 23, 1–33. doi:10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- American Psychological Association (APA) Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006;61(4):271-85.
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J. y Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. En L. G. Castonguay y C. E. Hill (eds.), How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects (pp. 13-36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-002>
- Beitman, B. D. (1987). *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Beitman, B. D. y 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 edición 2004)
- Beutler, L.E., Crago, M. y Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 257-285). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, (16), pp.252-260.
- Botella, L. y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido (Ed.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.
- Caro, I. (1993). La identidad de la psicoterapia. En I. Caro (Comp.), *Psicoterapia e investigación de procesos* (pp. 17-39). Valencia: Promolibro.
- Caro, I. y Safran, J.D. (1991). Posibilidades de investigación en psicoterapia. El estudio de los procesos. *Boletín de Psicología*, 33, 59-82.
- Carpenter, J., Escudero, V. y Rivett, M. (2008). Training family therapy students in conceptual and observation skills relating to the therapeutic alliance: an evaluation, *Journal of Family Therapy*, (30), pp. 411-424.
- Castillo, J.A. y Poch, J. (1991). *La efectividad de la psicoterapia: Método y resultados de la investigación*. Barcelona: Hogar del Libro.

- Castonguay, L. G. y Beutler, L. E. (Eds.). (2006). *Principles of therapeutic change that work: Integrating relationship, treatment, client, and therapist factors* (Vol. I). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G. y Hill, C. E. (Eds.). (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13747-000>
- Escudero, V. y Friedlander, M.L. (2017). Therapeutic alliances with families: Empowering clients in challenging cases, Berlin, Springer; (trad. esp. Alianza terapéutica con familias: Cómo empoderar al cliente en los casos difíciles, Barcelona, Herder, 2019).
- Escudero, V., Friedlander, M.L., Varela, N. y Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, (30), 194-214.
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. *Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidos.
- Fernández-Álvarez, H. (2019). *Psicoterapia Integrativa: historia, presupuestos y futuro / Entrevistado por Carmen Beatriz Neufeld*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 15(2), 156-163.
- Fife, S.T., Whiting, J.B., Bradford, K. Y Davis, S. (2014). The therapeutic pyramid: a common factors synthesis of techniques, alliance, and way of being. *Journal of Marital and Family Therapy*, (40), 20-33.
- 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 comparativo de la psicoterapia. Buenos Aires: Troquel). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1976). Psychotherapy and the sense of mastery. In R. L. Spitzer, y D. F. Klein (Eds.), *Evaluation of psychotherapies: Behavior therapies, drug therapies, and their interactions*, 47–56.
- Frank, J. D. (1988). Elementos compartidos por todas las psicoterapias. In *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós. Retrieved from ORD
- Frank, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En J.H. Harvey y M.M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Frank, J. D. y Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press. Baltimore: John Hopkins Education.
- Frank, J. y Frank, J. B. (1993). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. JHU Press.
- Friendlander, M.L., Escudero, V. y Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: an empirically informed guide to practice*. Washington DC, American Psychological Association; (La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja, Barcelona, Editorial Planeta, S.A, 2019).
- Fruggeri, L., Balestra, F. y Venturelli, E. (2023). *Las competencias psicoterapéuticas*. España: Sentilibros.
- Garske, J.P. y Jay Linn, S. (1988). *Hacia un esquema general de la psicoterapia: eficacia, factores comunes e integración*. En S. Jay Linn y J.P. Garske (Eds.), Psicoterapias Contemporáneas. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Greenberg, L.S. y Pinsof, W.M. (1986). *Research strategies: Current trends and future perspectives*. En L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), The psychotherapeutic process: A research handbook. Nueva York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., Elliot, R. y Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 380-384
- Gimeno, A., Barrio, A. y Álvarez, M. T. (2018). Psicoterapia: marca registrada. *Psychotherapy: trademark*, 38(133), 131-144. 10.4321/S0211-57352018000100007
- Hatcher RL. Interpersonal competencies: responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *Am Psychol* 2015;70(8):747-57.
- Holmes, J. y Bateman, A. (Eds.). (2002). Integration in psychotherapy. Londres: Routledge
- Holmes, J. y Slade, A. (2019). *El Apego en la práctica terapéutica*. España: Desclée de Brouwer.
- Horvath, A.O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, (38), 4, 365-372.
- Horvath, A.O. y Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, (38), 139-149.
- Horvath, A.O. y Bedi, R.P. (2002). The alliance. *Psychotherapy relationships that work*, a cura di J.C. Norcross. New York, Oxford University Press, (pp. 37-69).
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., y Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy?* Washington, DC: American Psychological Association.

- Johnson, L.N., Wright, D.W. y Ketting, S.A (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: is it predictive of outcome?. *Journal of Marital and Family Therapy*, (28), 93-102.
- Johnson, S.M. y Talitman, E. .(1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, (23), 135-152.
- Karson, M. y Fox, J. (2010). *Common skills that underlie the common factors of successful psychotherapy*. American Journal of Psychotherap
- Kernberg, O.F., Burstein, E.D., Coyne. L., Appelbaum, L. Horwitz, L. y Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1-276.
- Knobloch-Fedders, L.M., Pinsof, W.M. y Mann, B.J. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Jornal of Marital and Family Therapy*, (33), 245-257.
- Lambert, M.J. (1992). *Psychotherapy outcome research. Implications for integrative and eclectic therapist*. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy Integration* (pp. 94-129). Nueva York: BasicBooks.
- Lambert, M. J. (Ed.). (2013). *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed). New York: Wiley.
- Laska, K. M., Gurman, A. S., y 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. y Wampold, B. E. (2014). Ten Things to Remember About Common Factor Theory. *Psychotherapy*, 51(4), 519–524.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. y Auerbach, A. (1988). Who Will Benefit From Psychotherapy? Nueva York: Basic Books.
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy. Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- Martin, D.L., Garske, J.P. y Davis, M.K. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables:a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (68), 438-450.
- Norcross, J. C. y Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford: Oxford University Press.

- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy* 55, 303–315. doi: 10.1037/pst0000193
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (eds). (2019). *Psychotherapy Relationships that Work: Evidence-Based Therapist Contributions*, Vol. 1. Oxford: Oxford University Press.
- Norcross J.C. y Wampold BE. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Norcross, J. C. y Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *J. Clin. Psychol.* 74, 1889–1906. doi: 10.1002/jclp.22678
- Pérez-Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Universitas.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40, 1-14. doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877
- Pérez-Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la psicoterapia: cómo salir. *Papeles del Psicólogo*, 41, 3. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2944>
- Prochaska J. (1979). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Homewood-IL: Dorsey.
- Quinn, W.H., Dotson, D. y Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*, (7), 429-438.
- 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>
- Safran, J.D. (2002, junio). *Therapists' contribution to the alliance: Opportunities and limitations. Discussion group co-led with L.S. Greenberg, A. Horvath, y W. Stiles*. Ponencia presentada en la Sociedad Anual para la Conferencia de la Investigación de Psicoterapia, Santa Barbara, EE.UU.
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (Eds.) (1998). *The therapeutic alliance in short term psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association Publications.
- Safran, J.D. y Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Nueva York: Guilford.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L., Inck, T. y Santangelo, C. (1993). *Hacia una aclaración de los procesos implicados en resolver fisuras en la alianza terapéutica*. En

- I. Caro (Comp.), Psicoterapia e investigación de procesos (pp. 199-237). Valencia: Promolibro.
- Samstag, L., Muran, J.C. y Safran, J.D. (2004). *Defining and identifying ruptures in psychotherapy*. En D. Charman (Ed.), Core concepts in brief dynamic therapy: Training for effectiveness. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sharf, J., Primavera, L.H. y Diener, M.J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 4(47), 637-645.
- Sprenkle, D., y Blow A. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113–129
- Sprenkle DH, Davis SD y Lebow JL. *Common factors in couple and family therapy: the overlooked foundation for effective practice*. Reprint ed. New York: The Guilford Press, 2013.
- Strupp, H.H. (1973). On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 1-8.
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 3(14), 270-277.
- Wampold, B.E. y Carlson, J. (2011). *Qualities and actions of affective therapists*. Washington DC, American Psychological Association.
- Wampold, B. E., Frost, N. D. y Yulish, N. E. (2016). Placebo effects in psychotherapy: A flawed concept and a contorted history. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3, 108–120. <http://dx.doi.org/10.1037/cns0000045>
- Wampold, B. E. y Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York: Routledge, 2015.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah; NJ: Erlbaum Publisher.
- Yoo, H., Bartle Haring, S. y Gangamma, R. (2016). Predicting premature termination with alliance at sessions 1 and 3: an exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 1(38), 5-17.

ANEXOS

Anexo I. Plantilla SOATIF-IND (Terapeuta)

SOATIF-IND (Terapeuta)

Nombre:

Fecha:

Valore las siguientes afirmaciones y rodee con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en terapia puede solucionar los problemas de el/los cliente/s.	1	2	3	4	5
2. Comprendo a este cliente	1	2	3	4	5
3 Las sesiones les sirven al cliente para abrirse (por ejemplo: expresar sentimientos o probar cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Resulta difícil que el cliente y yo comentemos lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
5. Estoy haciendo todo lo posible por ayudar a este cliente	1	2	3	4	5
6. Creo que los clientes se sienten cómodos y relajados en las sesiones.	1	2	3	4	5
7. Siento que estoy trabajando en equipo con mi cliente.	1	2	3	4	5
8. Creo que me he convertido en una persona importante para mi cliente.	1	2	3	4	5
9. Hay algún tema del que el cliente no se atreve a hablar en terapia.	1	2	3	4	5
10. El cliente entiende el sentido de lo que se hace aquí.	1	2	3	4	5
11. Me faltan conocimientos y capacidad para ayudar a este cliente.	1	2	3	4	5
12. A veces el cliente se muestran a la defensiva en las sesiones.	1	2	3	4	5

Anexo II. Plantilla SOATIF-IND (Paciente)

SOATIF (IND)

Nombre:

Fecha:

Valore las siguientes afirmaciones y rodee con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en terapia puede solucionar nuestros problemas.	1	2	3	4	5
2. El terapeuta me comprende.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones me sirven para abrirme (por ejemplo: expresar sentimientos o probar cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Resulta difícil comentar con mi terapeuta lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
5. El terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarme.	1	2	3	4	5
6. Me siento cómodo/a y relajado/a en las sesiones.	1	2	3	4	5
7. Siento que estoy trabajando en equipo con el terapeuta.	1	2	3	4	5
8. Considero que el terapeuta se ha convertido en una persona importante para mí.	1	2	3	4	5
9. Hay algún tema del que no me atrevo a hablar en terapia.	1	2	3	4	5
10. Entiendo el sentido de lo que se hace en terapia.	1	2	3	4	5
11. Al terapeuta le faltan conocimientos y capacidad para ayudarme.	1	2	3	4	5
12. A veces estoy a la defensiva en las sesiones.	1	2	3	4	5