



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

### **FACTORES ATRIBUCIONALES DE EFECTIVIDAD DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN PSICOTERAPEUTAS DE LIMA**

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar por el título profesional de  
Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica

**Autor:**

Gárate Reyes, Bruno Giordano

**Asesor:**

Montes De Oca Serpa, Jesús Hugo  
(ORCID: 0000-0002-6529-6717)

**Jurado:**

Castillo Gómez, Gorqui  
Hervías Guerra, Edmundo  
Del Rosario Pacherras, Orlando

**Lima - Perú**

**2023**

### **Dedicatoria**

A todo aquel que busca hacer de la  
psicología una mejor profesión; y a ti, que  
hallaste este trabajo. Espero te sea útil.

### **Agradecimientos**

A todas las personas que han interactuado conmigo, ya que forman parte de mi historia, gracias a esas experiencias soy quien soy ahora. Gracias a mi familia, profesores, amigos, compañeros y a quienes estén por llegar a mi vida. Gracias.

## Índice

|                                               |           |
|-----------------------------------------------|-----------|
| Dedicatoria                                   | ii        |
| Agradecimientos                               | iii       |
| Índice                                        | iv        |
| Resumen                                       | v         |
| Abstract                                      | vi        |
| <b>I. INTRODUCCIÓN</b>                        | <b>1</b>  |
| 1.1. Descripción y formulación del problema   | 2         |
| 1.2. Antecedentes                             | 4         |
| 1.2.1. Antecedentes nacionales                | 4         |
| 1.2.2. Antecedentes internacionales           | 5         |
| 1.3. Objetivos                                | 7         |
| 1.3.1. Objetivo general                       | 7         |
| 1.3.2. Objetivos específicos                  | 7         |
| 1.3. Justificación e importancia              | 7         |
| <b>II. MARCO TEÓRICO</b>                      | <b>9</b>  |
| 2.1. Bases teóricas                           | 9         |
| 2.1.1. Breve panorama histórico               | 9         |
| 2.1.2. Psicoterapia y tratamiento psicológico | 14        |
| 2.1.3. Modelos de psicoterapia                | 17        |
| 2.1.4. Evaluación de la psicoterapia          | 22        |
| 2.1.5. Efectividad del tratamiento            | 25        |
| <b>III. MÉTODO</b>                            | <b>37</b> |
| 3.1. Tipo de investigación                    | 37        |
| 3.2. Ámbito temporal y espacial               | 37        |
| 3.3. Fenómeno de investigación                | 37        |
| 3.4. Población y muestra                      | 37        |
| 3.5. Instrumento                              | 38        |
| 3.6. Procedimientos                           | 39        |
| 3.7. Análisis de datos                        | 39        |
| <b>IV. RESULTADOS</b>                         | <b>40</b> |
| <b>V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>             | <b>63</b> |
| <b>VI. CONCLUSIONES</b>                       | <b>73</b> |
| <b>VII. RECOMENDACIONES</b>                   | <b>76</b> |
| <b>VIII. REFERENCIAS</b>                      |           |
| <b>XI. ANEXOS</b>                             |           |

## **Resumen**

La presente investigación tuvo como objetivo analizar los factores atribucionales de efectividad de los tratamientos psicológicos realizados por psicoterapeutas de Lima. La investigación fue de enfoque cualitativo, siguiéndose los pasos de la fenomenología hermenéutica; por lo que se empleó una entrevista de elaboración propia con 9 preguntas, orientadas a conocer los factores atribucionales de efectividad, que se validó obteniéndose una V de Aiken de 0.94. Los participantes del estudio fueron 6 psicoterapeutas de orientación conductual-contextual (3), humanista (1) y psicoanalítica (2). Los resultados evidenciaron que los terapeutas de las tres orientaciones coincidieron en que las características de los consultantes, las circunstancias de la vida de los consultantes y el rol e importancia de la relación o alianza terapéutica son factores que influyen en la efectividad. Hubo coincidencias entre algunos terapeutas sobre los factores atribucionales relacionados a los servicios de apoyo a la efectividad, las expectativas del consultante, las características del terapeuta, los aprendizajes y conductas promovidas en terapia. Por el contrario, ningún terapeuta coincidió, independientemente de su enfoque, sobre la atribución de los factores específicos o técnicas.

*Palabras clave:* efectividad, psicoterapeutas, investigación cualitativa, alianza terapéutica.

### **Abstract**

The aim of this research was to analyze the attributional factors of effectiveness of psychological treatments carried out by psychotherapists in Lima. The research was qualitative in approach, following the steps of hermeneutic phenomenology; therefore, an interview of our own elaboration with 9 questions was used, oriented to know the attributional factors of effectiveness, which was validated obtaining an Aiken V of 0.94. The participants of the study were 6 psychotherapists of contextual-behavioral (3), humanistic (1) and psychoanalytic (2) orientations. The results showed that the therapists of the three orientations agreed that the characteristics of the clients, the life circumstances of the clients and the role and importance of the therapeutic relationship or alliance are factors that influence effectiveness. There was agreement among some therapists on attributional factors related to effectiveness support services, client expectations, therapist characteristics, learning and behaviors promoted in therapy. No therapist agreed, regardless of approach, on attribution of specific factors or techniques.

*Key words:* effectiveness, psychotherapists, qualitative research, therapeutic alliance.

## **I. INTRODUCCIÓN**

Las investigaciones en psicoterapia surgen como una respuesta a la necesidad de conocer qué tratamientos funcionan para tratar diferentes problemas así como para saber por qué funcionan, dado el incremento de los problemas psicológicos en la población mundial. A diferencia de los experimentos en psicología, podríamos decir que la investigación en psicoterapia aún está en sus comienzos, tratándose de conocer qué es lo que hace que los tratamientos funcionen, esto es una de las razones que impulsó la realización de esta investigación, partiendo de la perspectiva de quienes practican la psicoterapia en nuestro país.

El presente trabajo consta de nueve capítulos: en el capítulo I, la introducción, se señala la descripción del problema que aborda este estudio; de igual manera se revisan los antecedentes nacionales e internacionales sobre la investigación realizada sobre los factores de efectividad atribuidos a la psicoterapia en general. Así mismo, se plantea tanto el objetivo general y los objetivos específicos, para finalmente describir la justificación e impactos esperados del trabajo. En el capítulo II, el del marco teórico, se presentan las bases existentes sobre la investigación en psicoterapia, una breve revisión sobre la evolución histórica de la investigación en psicoterapia, que es la psicoterapia y los modelos psicológicos, la descripción de los conceptos manejados en psicoterapia, así como la evaluación de la misma, para finalmente llegar a la investigación realizada sobre los factores de efectividad psicoterapéutica. En cuanto al capítulo III, el método, se detalla el enfoque, diseño y tipo de investigación, de igual manera los aspectos temporales y espaciales, el fenómeno estudiado, la población y la muestra con sus características, el instrumento de empleado para llevar a cabo la investigación, y los procedimientos y análisis de datos empleados. En el capítulo IV, los resultados, se presentan los resultados obtenidos luego de la aplicación de la entrevista empleada para la recolección de los datos, presentándose estos de manera detallada. En cuando al capítulo V, la discusión, se describen los resultados en contraste con los objetivos planteados y los antecedentes que existen en la literatura científica.

Pasando al capítulo VI, se mencionan las conclusiones del trabajo realizado, mientras que en el capítulo VII se detallan las recomendaciones para investigaciones futuras. El capítulo VIII está compuesto por las referencias que fueron revisadas y citadas en este trabajo, y finalmente el capítulo IX es de los anexos, donde se encuentran el consentimiento informado, la matriz de categorización y consistencia de la entrevista empleada, la guía de preguntas de la entrevista, así como también la transcripción de las entrevistas realizadas a los participantes de esta investigación.

### **1.1 . Descripción y formulación del problema**

En las últimas décadas ha habido un incremento de las investigaciones sobre la eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos, para que así los profesionales hagan su práctica basados en la evidencia disponible. Por un lado, los estudios de eficacia son acerca de diversos tratamientos psicológicos para tratar diferentes tipos de etiquetas psicopatológicas; con el fin de conocer qué tratamientos funcionan qué problemas psicológicos (Alonso-Vega et al., 2019). Los estudios de efectividad, por su parte, se diferencian básicamente por realizarse en contextos clínicos, donde se hace la práctica profesional habitual, y por tener un menor nivel de control experimental.

A nivel mundial, este interés se ha reflejado en el desarrollo de programas orientados a difundir e implementar este tipo investigaciones y la práctica basada en la evidencia (McHugh & Barlow, 2010), la elaboración de reportes nacionales (Task Force on Outcomes and Progress Monitoring in Psychotherapy of the Canadian Psychological Association, 2018) o la importación de iniciativas internacionales para que mayor cantidad de personas tenga acceso a intervenciones psicológicas beneficiosas (Knapstad et al., 2019). Este fenómeno se ha desarrollado principalmente en países europeos y anglosajones como Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y Noruega.

En Latinoamérica la implementación y difusión de estos estudios y prácticas han sido considerablemente menores, aunque sí hay esfuerzos. En Puerto Rico, por ejemplo, un grupo de investigadores se interesó por indagar los conocimientos, conductas y actitudes hacia la práctica basada en la evidencia (Bernal & Rodríguez-Soto, 2010; Martínez-Taboas, 2014; Rodríguez-Soto et al., 2015), que conlleva a los estudios sobre eficacia y efectividad. En México se ha realizado un estudio similar al anterior (Jiménez et al., 2020), y existe una ONG (COMEPREP, 2018), en este mismo país, que está orientada a fomentar la práctica basada en la evidencia.

Por otro lado, en el ámbito nacional las investigaciones sobre este tema son escasos, aunque los estudios de caso constituyen una fuente de evidencia sobre las intervenciones psicológicas en contextos clínicos peruanos. A parte de los estudios de caso, destaca una investigación realizada en psicoterapeutas sobre los criterios que emplean para evaluar su “eficiencia” (Mantilla & Sologuren, 2006), en un intento por implementar esta línea de investigación en el Perú. Es claro que existe un vacío teórico respecto a la realización de estas investigaciones en el país, y si bien el estudio anteriormente citado representa un primer paso para el desarrollo de esta línea de investigación, al día de hoy parece que las cosas no han cambiado mucho. Por lo tanto, la presente investigación se realizó en un intento por continuar este esfuerzo inicial e incrementar los conocimientos escasos de esta área. Es importante mencionar que este tema, aparte de representar un problema teórico, también tiene implicaciones prácticas, sociales y éticas ya que está íntimamente relacionado con el quehacer de los psicoterapeutas peruanos en su ejercicio profesional.

Por todo lo anteriormente descrito, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores atribucionales de efectividad de los tratamientos psicológicos en psicoterapeutas de Lima?

## **1.2 . Antecedentes**

### **1.2.1. Antecedentes nacionales**

Una importante investigación realizada en Lima fue la de Mantilla y Sologuren (2006) para explorar si los psicoterapeutas de cuatro orientaciones diferentes poseen en sus propias prácticas criterios para evaluar la eficacia de los tratamientos que realizan. La muestra estuvo conformada por 40 psicoterapeutas, 10 representantes de psicoanálisis (PA), 10 de psicoterapia psicoanalíticamente orientada (PP), 10 de psicoterapia racional (RE) y 10 de psicoterapia conductual cognitiva (CC). Como instrumento desarrollaron una entrevista semiestructurada que fue sometida a prueba de validez de contenido. Hallaron que el 72.5% de psicoterapeutas consideraban el alivio o mejora del problema del cliente como criterio de efectividad del tratamiento, 60% la mejora de la calidad de vida y bienestar subjetivo, y un 57.5% un mayor nivel de funcionalidad. Sobre la mejora del problema como criterio de efectividad, los PP le dieron una importancia del 90% y los CC de 80%. Por otro lado, el 35% de psicoterapeutas consideraba la motivación del cliente como el aspecto principal de la primera entrevista para evaluar la efectividad, y 30% la intensidad de los problemas que experimentan. Respecto a las características del funcionamiento mental del cliente como predictor de la mejora, el 62.5% consideran su capacidad de toma de conciencia, y 45% su flexibilidad. Otro aspecto es el rol de la relación terapéutica sobre la efectividad del tratamiento, que fue considerada importante por el 60% de psicoterapeutas, en tanto permite consolidar la alianza terapéutica. Un dato interesante es que el 47.5% de los psicoterapeutas definen la efectividad como la mejora o alivio de los problemas que trae el cliente, 37.5% la mejora de la calidad de vida, y el 25% como el logro de las metas planteadas al comienzo del tratamiento. Lo que se interpretaría que independientemente del modelo, lo que se entiende por efectividad es muy variable.

Si bien en esta investigación buscaron conocer los criterios para evaluar la eficiencia (que sería efectividad en realidad), los temas que abordaron abarcan también factores de efectividad

que han sido descritos en investigaciones al respecto, como la relación terapéutica, y otras variables.

### **1.2.2. *Antecedentes internacionales***

En España, Romero (2008) llevó a cabo una investigación para analizar el grado de responsabilidad que atribuyen los psicoterapeutas a diferentes variables sobre la cura en el proceso psicoterapéutico. La muestra estuvo constituida por 69 psicoterapeutas incluidos en los Gabinetes de Psicología del Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental, donde 35 eran hombres y 34 mujeres. De ellos, un 78.3% refirió tener más de 9 años de experiencia como psicoterapeutas y solo un 4.3% tener entre 0 a 3 años de experiencia. Asimismo, el 44.9% de la muestra refirió ser de orientación cognitivo conductual, 26.1% psicodinámica, 15.9% eclécticos y un 10.1% humanista-sistémica. El instrumento empleado fue una encuesta de elaboración propia que fue sometida a prueba de validez y de confiabilidad, que se dividía en tres bloques temáticos: características socio-demográficas, características propias del terapeuta y valoración de las variables que intervienen en la psicoterapia. Como tenían 12 variables, realizaron un análisis factorial exploratorio dando como resultado 4 factores: factores comunes de orden perceptivo favorecedores de la alianza, factores comunes del terapeuta, factores específicos, y factores comunes facilitadores de la implicación del paciente en la terapia. Se halló que el 39.1% de la muestra atribuía el éxito a los factores comunes, aunque no hubo diferencias significativas respecto a las otras categorías (factores específicos o ambos). En cuanto a la orientación teórica, para los cognitivo conductuales primaban ambos factores, mientras que para humanistas y psicodinámicos la cura se debía a los factores comunes. Respecto a si percibían que todas las psicoterapias tenían efectividad, el 73.9% de la muestra estuvo en contra de esta idea, el 23.2% a favor y un 2.9% desconocía. Por otro lado, el 55.6% de la muestra estuvo de acuerdo en que la variable más relevante era la relación terapéutica. Otro dato fue que aquellos con más de 9 años de experiencia atribuían mayoritariamente la responsabilidad de la cura tanto a factores

específicos como comunes, mientras que la mayoría que tenían menos de 9 años de experiencia eligieron a los factores comunes.

Por otro lado, Lynch (2012) realizó un estudio cualitativo exploratorio para expandir la comprensión sobre los factores que incrementan positivamente los resultados terapéuticos. La muestra estuvo conformada por 12 trabajadores sociales clínicos independientes licenciados, quienes se adscribían a diferentes modelos como cognitivo conductual, dialéctico conductual, eclécticos, psicodinámicos, entre otros modelos. Para la recolección de datos empleó una entrevista que constaba de 13 preguntas y posteriormente la información obtenida fue transcrita y sometida a análisis de contenido. Dentro de los resultados se halló que para los terapeutas la relación terapéutica, empatía, experiencia del terapeuta, modalidad terapéutica, motivación, personalidad y sintomatología del cliente contribuían todas a resultados terapéuticos satisfactorios en alguna medida. En general, los terapeutas estaban de acuerdo que la relación terapéutica es esencial para lograr resultados satisfactorios, y que el mostrarse interesado, cercano, respetuoso, validando y cálido incrementa el rapport. En cuanto a la empatía, también estuvieron de acuerdo en que ayuda a mejorar los resultados, reflejándose en ellos cuando escuchan atentamente, haciendo contacto visual y siendo genuino principalmente. Respecto a la experiencia del terapeuta, 7 de los entrevistados creían que no es decisivo para ser efectivo, mientras que 5 estaban a favor. En lo que se refería a la modalidad terapéutica, el 90% estuvieron de acuerdo en que cierto tratamiento es más efectivo para lidiar con síntomas específicos, pero que en general mantenían una postura ecléctica. En cuanto a la sintomatología, personalidad y motivación del cliente los terapeutas refirieron que afectaban los resultados: si había mayor perturbación psicológica los resultados no eran muy buenos, si la personalidad de la persona congeniaba con la del terapeuta había mejores resultados, y si tenía poca motivación los resultados no serían muy favorables.

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. *Objetivo general***

Analizar los factores atribucionales de efectividad de los tratamientos psicológicos realizados por psicoterapeutas de Lima.

#### **1.3.2. *Objetivos específicos***

Describir los factores atribucionales de efectividad de los tratamientos psicológicos realizados por psicoterapeutas de Lima.

Comparar los factores atribucionales de efectividad de los tratamientos psicológicos realizados por psicoterapeutas de Lima según su orientación o modelo de intervención psicológica.

### **1.3. Justificación e importancia**

La realización del presente trabajo de investigación fue relevante porque permitió conocer y analizar qué factores consideran los psicoterapeutas más importantes en la mejoría de sus clientes en general, es decir qué factores atribuyen la efectividad de sus tratamientos, así mismo el contraste con la literatura disponible sobre el tema. Por otro lado, la investigación cubre un vacío teórico, sirviendo además para complementar la información reportada por Mantilla y Sologuren en su investigación. Además, la investigación beneficiaría a los profesionales en psicología clínica particularmente, ya que los alcances de esta investigación se relacionan con el quehacer de los psicoterapeutas y es un paso hacia el desarrollo de la investigación de procesos y resultados en el país; lo que a su vez permitirá reflexionar sobre cómo mejorar la práctica, al conocer estos factores ya que se relacionan directamente con su ejercicio clínico y trabajo con clientes. La relevancia social en ese sentido estaría referida a cómo esta información pueda beneficiar la vida de los consultantes de los psicoterapeutas que accedan a esta información.

Esta investigación fue viable, ya que se disponía de los recursos necesarios para poder llevarla a cabo. Sin embargo, dentro de las limitaciones estuvo principalmente el acceso a la muestra, ya que al ser profesionales en ejercicio sus horarios de trabajo a veces interferían para la recolección de los datos. Sumado a esto, el hecho que los datos fueron recolectados mediante una entrevista estructurada, representa una limitación tecnológica y fuente de sesgos en la información recolectada. Finalmente, se puede decir que otra limitación fue el tamaño de la muestra y sus características: el tamaño dado que hubo mayor cantidad de una orientación sobre las otras, y en cuanto a las características ya que los psicoterapeutas debían cumplir ciertos requisitos para participar, como años ejerciendo como terapeutas y ser de una orientación psicológica en particular.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Bases teóricas

#### 2.1.1. Breve panorama histórico

Para hablar sobre los factores que predicen la efectividad de las psicoterapias, es importante ver el desarrollo histórico de esta área de investigación como se muestra a continuación. La *investigación de resultados* tiene como finalidad conocer qué tratamientos disponibles pueden aplicarse sobre diferentes problemas psicológicos, dando como resultado manuales o protocolos de tratamientos eficaces a elegir (Calero et al., 2011; Froxán-Parga et al., 2018). Esta línea de investigación no es exclusiva de la psicología, sino de las diversas disciplinas que se encargan del cuidado de la salud. Se originó en medicina gracias a: (1) Ernst Codman (Jefford et al., 2003) quien, al percatarse que los hospitales no emitían reportes sobre si los tratamientos beneficiaban a los pacientes, sugirió a los hospitales adoptar medidas que permitan evaluar si las prácticas médicas tenían algún resultado favorable; y a (2) Donabedian, quien sugirió usar el término “resultados” para referirse a los cuidados médicos efectivos que se basaran en algún tipo de medición.

En el caso de la psicología, el inicio de este movimiento está relacionado con la figura de Eysenck (Botella & Feixas, 1994; Calero et al., 2011; Froxán-Parga et al., 2018); quien comparó estudios de psicoterapia psicoanalítica y tratamientos de tipo ecléctico (Eysenck, 1952), concluyendo en general que estos tratamientos: (1) no facilitaban la recuperación o mejoría de los pacientes; y que (2) los pacientes mejoraban, en promedio, luego de dos años de haber recibido o no psicoterapia. Lo que significaba que la remisión espontánea era “mejor” que la psicoterapia, y que en el caso particular de la psicoterapia psicoanalítica los resultados parecían apuntar a que recibir este tratamiento era peor que no recibir intervención alguna. Estas afirmaciones generaron revuelo en el ámbito académico de aquella época y sirvió para promover esta línea de investigación en psicoterapia, así como para aumentar la cantidad de estudios que

buscaban mostrar que las conclusiones de Eysenck estaban erradas, como describió en su estudio anteriormente citado. De este modo la investigación de resultados, en la búsqueda sobre qué tratamientos son eficaces para tratar problemas psicológicos específicos, culminará, a decir de Froján (2011), “con la especificación de la *práctica psicológica basada en la evidencia*” (p. 201). Es importante, sin embargo, contextualizar con un poco de historia sobre cómo la investigación de resultados en psicoterapia se consolidó en las palabras de Froján citadas anteriormente.

En un contexto en el que la psiquiatría iba ganando terreno en el área de salud psicológica apoyándose en investigaciones sobre la eficacia de sus fármacos para tratar diferentes etiquetas psicopatológicas, la psicología clínica no podía quedarse de brazos cruzados, dando inicio a estudios que comprueben que los tratamientos psicológicos tenían algo que aportar a la salud psicológica y su recuperación. En vista de la necesidad de tener tratamientos que sean eficaces, la División 12 (1993) de la *American Psychological Association* (APA) formó el Grupo de Trabajo para la Difusión y Promoción de Procedimientos Psicológicos (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*). La formación de este grupo de trabajo dio a conocer sus propuestas mediante un reporte en el que definían el primer movimiento de terapias eficaces, reporte denominado Tratamientos Empíricamente Validados (*Empirically Validated Treatments*; en adelante TEV). En el reporte se proponían dos categorías para agrupar a los tratamientos psicológicos eficaces: (1) *tratamientos bien establecidos* y (2) *tratamientos probablemente eficaces*. Y para aquellos tratamientos que no encajaban en la categoría (2), se sugería considerarlos como *tratamientos experimentales*. En general, los criterios que debían cumplir los de la categoría (1) eran: I) tener al menos 2 estudios de diseño de grupos buenos, realizados por diferentes investigadores y que sean más eficaces que los fármacos, el placebo, otros tratamientos o equivalentes a un tratamiento ya establecido con buen poder estadístico; o II) que en estudios de caso único empleen buenos diseños experimentales y los comparen con otro tratamiento. En el caso de la categoría (2) en general debían cumplir: I) que 2 estudios

muestren que el tratamiento es más efectivo que un grupo de control en lista de espera, o II) que cumplan el criterio I) de (1), llevados a cabo por el mismo investigador. Otra de las sugerencias que hicieron fue sobre la especificidad de los tratamientos, es decir, los tratamientos debían ser específicos en su eficacia respecto a un trastorno/problema en particular (e.g., terapia psicodinámica para la ansiedad). Junto a esta sugerencia también se encontraba la de generar manuales o guías sobre los tratamientos de probada eficacia, para que puedan ser replicados en el ámbito clínico. En este reporte también incluyeron tratamientos y técnicas que para entonces habían demostrado tener efectos beneficiosos como: la terapia cognitivo conductual de Beck para la depresión, la terapia interpersonal para la bulimia, el programa de economía de fichas, desensibilización sistemática para fobia específica y terapia conductual para disfunción orgásmica femenina y disfunción eréctil. Hay que destacar que, de esta revisión de tratamientos, el grupo de trabajo tuvo dificultades para asignar a los tratamientos psicodinámicos a las categorías propuestas, debido a que no cumplían sus criterios. Por lo que no fueron considerados en los estudios revisados (al menos no en la categoría de tratamientos bien establecidos, porque en la categoría de tratamientos probablemente eficaces sí incluyeron la terapia psicodinámica breve).

Las críticas no se hicieron esperar en torno a este reporte, sobre todo por el adjetivo “validados”. Por ejemplo, Garfield (1996) destaca que estos tratamientos se basan en las etiquetas diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, manual que en aquel entonces tenía, y sigue teniendo hasta el día de hoy, diversas críticas respecto a su validez, sus límites para diferenciar el trastorno de la “normalidad”, sus explicaciones tautológicas o circulares, no tomar ni dar cuenta de algún biomarcador sobre los trastornos, la definición de los trastornos y su equiparación con síndromes o enfermedades, pobres coeficientes de confiabilidad, entre otros (Belloch et al., 2008; Lacasse, 2014; Vázquez et al., 2014). Otra de las críticas que menciona Garfield es sobre la cuestión de validez externa, y es que los

procedimientos empleados para demostrar la eficacia de un tratamiento (e.g., ser monitorizado sobre cómo aplicar la terapia o guiarse por un manual de acción) no reflejan lo que en la práctica clínica habitual se hace, y también que el término *validado* denota que este proceso ya ha sido finalizado y no se requiere de mayor investigación para los tratamientos. Todo esto conllevó a que se cambie el nombre por Tratamientos con Apoyo Empírico (*Empirically Supported Treatments*; TAE en adelante) y ya no TEV (Chambless & Ollendick, 2001) en reportes sucesivos.

Los TAE fueron definidos operacionalmente por Chambless & Hollon (1998) como tratamientos que han demostrado su eficacia, cumpliendo con criterios específicos, en estudios controlados y con una población definida. Ellos dejan en claro su interés y énfasis en los efectos de los tratamientos, y reconocen la importancia de otros factores que podrían explicar la varianza de los resultados, pero que estos no son el centro de su atención. De modo que, los estudios de eficacia se basarían en diseños experimentales con ajustes metodológicos rigurosos para maximizar la varianza primaria, y reducir la varianza secundaria y de error al mínimo. Por esta razón los ensayos clínicos aleatorios (ECA en adelante) serán vistos como los *gold standard* para los estudios de eficacia, pero también destacan a los experimentos de caso único, con sus debidos controles rigurosos, como opción. Hasta este punto se habían emitido tres listados sobre los TAE (Chambless et al., 1996; Chambless & Ollendick, 2001; Froxán-Parga et al., 2018) en los que se detallaban los tratamientos eficaces y los probablemente eficaces, con sus respectivos criterios, siendo la terapia cognitivo conductual la más frecuente para tratar diferentes trastornos psicológicos.

Como mencioné anteriormente, una de las críticas hacia los TAE era el de su poca validez externa y cómo estos estudios no reflejaban el trabajo habitual de un terapeuta, esto dio paso a que discuta sobre la *efectividad* de los tratamientos, como una forma diferente de evaluar los resultados. Los estudios de *efectividad* “tratan de demostrar que un tratamiento puede ser

igualmente beneficioso en un contexto clínico” (Lambert, 2013, p. 192) por lo que enfatizan la validez externa y la utilidad clínica, es decir, qué tanto un tratamiento sirve o es aplicable en la práctica clínica habitual (Bados et al., 2002) para el logro de resultados terapéuticos. Estos fueron impulsados principalmente por el segundo *Task Force* formado por la Division 12 en 1995, *Task Force on Psychological Intervention Guidelines*, cuyo objetivo era investigar sobre tratamientos psicológicos en niños y adolescentes. En su primer reporte, los miembros de este grupo sugirieron incluir los estudios de *efectividad*, como parte de la agenda de investigación de ese momento, sin embargo, quedaron bajo la sombra de los estudios controlados. Sumado a esto, también estaban aquellas investigaciones que se interesaban por la relación coste/beneficio al llevar a cabo un tratamiento (Antonuccio et al., 1997), en los que se podrían considerar variables de tiempo, gastos, accesibilidad y su relación con los resultados; y estos representan a los estudios de *eficiencia*.

Finalmente, los TAE se consolidaron en un nuevo *Task Force*, el de la Práctica Basada en la Evidencia en Psicología (Evidence-Based Practice in Psychology [EBPP]; APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006) como resultado de una comparación con el trabajo que venía haciendo la Medicina Basada en la Evidencia (Sackett et al., 1996) y de la necesidad de incluir a la psicología en este movimiento. La finalidad de la Medicina Basada en la Evidencia consistía, a grandes rasgos, en integrar tanto la mejor evidencia clínica disponible, provista por la investigación, y la experiencia clínica, que eran los juicios y pericia del médico; para tomar decisiones sobre la salud y cuidado de los pacientes (Sackett et al., 1996).

Es importante hacer una aclaración en este punto para tener un mejor panorama y complementar la información descrita hasta el momento sobre los TAE y la EBPP en general. Gracias a las TAE se desarrollaron guías de tratamientos. Estas guías tenían que cumplir ciertos criterios para poder ser evaluadas y distribuidas. La evaluación de las guías (APA, 2002), y de la investigación que busque ser fuente de evidencia en general, quedó separada en dos

dimensiones: *eficacia y utilidad clínica* (o *efectividad*); cada una con diferentes criterios. La primera dimensión incluiría las evaluaciones científicas y sistematizadas de tratamientos que “funcionan”; y la segunda dimensión se centraba en el trabajo hecho en los contextos “naturales” donde se brinda el servicio (e.g., consultorio, hospital, localidades, entre otros), en base a la evidencia de investigación disponible, lo que permitiría ver si estos son factibles de aplicar y generalizar a estos ambientes. Es así como ambas dimensiones quedaron reconocidas como los pilares sobre los que debía orientarse cualquier intervención psicológica para sostener que se basaban en evidencias o hallazgos de investigación.

Retomando la explicación, la EBPP se definirá en el documento de la nueva Task Force como “the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences [la integración de la mejor investigación disponible unida a la experiencia clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias del paciente]” (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 273), y a diferencia de los TAE, usa la evidencia disponible para servir al psicólogo, de modo que pueda obtener los mejores resultados posibles para el paciente; en vez de buscar qué tratamiento funciona para trastornos específicos. Hay que aclarar que, con *la mejor investigación disponible*, o evidencia, se refiere a todos aquellos resultados obtenidos hasta el momento en diferentes campos de investigación, como evaluación, problemas clínicos, estrategias de intervención, entre otras áreas, que corresponden al nivel básico de investigación en psicología. Y que, además, la *experiencia clínica* constituye el logro de resultados efectivos en la propia práctica personal, es decir las competencias y desempeño alcanzados como psicólogo profesional como producto de su entrenamiento, educación y experiencia.

### **2.1.2. Psicoterapia y tratamiento psicológico**

Una intervención psicológica se puede entender a grandes rasgos como aquellas estrategias que permiten solucionar diversos problemas (Olivares et al., 2012) de un

cliente/paciente. La psicoterapia es una de las tantas formas de intervención psicológica que puede brindar un psicólogo clínico, y es sobre la que me enfocaré en la presente investigación por su pertinencia con el tema. Existen diversas definiciones sobre psicoterapia que suelen variar, generalmente, en función del enfoque o modelo psicológico que un autor adopta. Esto se detallará más adelante, pero antes veamos algunas definiciones sobre este concepto.

Para Pusch et al. (2012) la psicoterapia consiste en el tratamiento, mediante diferentes y variados métodos, de trastornos emocionales y mentales, por parte de un profesional entrenado, lo que implica una relación de trabajo. Por otro lado, Eskin (2013) de manera genérica sostiene que la psicoterapia consistiría en el tratamiento de problemas emocionales o mentales valiéndose de métodos psicológicos; mientras que en un sentido más técnico se la define, o considera, como un proceso ejecutado de manera sistemática para tratar problemas de salud mental usando el conocimiento científico, que como es lógico se sustenta en teorías formuladas en psicopatología y psicoterapia. También se puede entender por psicoterapia al tratamiento, mediante estrategias psicológicas, de enfermedades físicas o emocionales que son producto de una suerte de influencia de la mente sobre uno (Cautin, 2010). Una descripción más extensa y diferente a las anteriores la da Pérez-Álvarez (2019), refiriéndose a la psicoterapia como una relación única, diferente a cualquier otro tipo de relación, que brinda acompañamiento, acogida y protección, a diferencia de otros tipos de relación, y que a menudo produce mejorías desde su inicio y hasta antes de iniciada dicha interacción, cuyo instrumento por excelencia es la entrevista. Por su parte, la Division 12 de la APA (2017) la define como una relación terapeuta-paciente en la que se busca que los pacientes puedan: encontrar alivio a su estrés emocional, así como disminuir sus respuestas de ansiedad, miedo o depresión; buscar soluciones a sus diferentes problemas, como insatisfacción laboral; y cambiar las formas de comportarse y pensar que merman el disfrute personal y su productividad. Una definición similar a la anterior es propuesta por Wampold and Imel (2015):

Psychotherapy is a primarily interpersonal treatment that is a) based on psychological principles; b) involves a trained therapist and a client who is seeking help for a mental disorder, problem, or complaint; c) is intended by the therapist to be remedial for the client disorder, problem, or complaint; and d) is adapted or individualized for the particular client and his or her disorder, problem, or complaint. [La psicoterapia es principalmente un tratamiento interpersonal que: a) se basa en principios psicológicos; b) incluye a un terapeuta capacitado y un cliente que busca ayuda para un trastorno mental, problema o queja; c) el terapeuta intenta ser un remedio para el trastorno, problema o queja del cliente; y d) se adapta o individualiza para el cliente en particular y su trastorno, problema o queja.] (p. 37)

A diferencia de los autores anteriores, Froján y Santacreu (1999) optan por hablar de *tratamientos psicológicos* en vez de *psicoterapia*, y los definen como un proceso o intervención para la resolución de algún problema de una persona. Por su parte, Labrador et al. (2003) sostiene que un tratamiento psicológico es aquella intervención que tiene lugar en un contexto clínico, en donde un profesional emplea técnicas psicológicas para eliminar el sufrimiento o enseñar habilidades a una persona con las que pueda sobrellevar sus problemas cotidianos.

Es importante señalar que hay autores que hacen una diferenciación entre *tratamiento psicológico*, o *terapia psicológica*, y *psicoterapia*, pero en esencia ambos se refieren a lo mismo ya que generalmente, como describe del Pino Pérez (2000), esta distinción obedece más a un afán de diferenciarse entre las tradiciones de terapia dentro de la psicología; que al final de cuentas todas han buscado explicar los problemas psicológicos y ofrecer procedimientos de solución a las personas para que puedan lograr niveles satisfactorios de bienestar, armonía y desarrollo tanto social, familiar y personal, cada tradición bajo su modelo teórico explicativo de dichos fenómenos. Esta afirmación concuerda con lo que Olivares et al. (2012) describirían años más tarde, y es que para ellos la diferencia entre *psicoterapia* y *tratamiento psicológico* radica

en que la última es más coherente de usar bajo un modelo cognitivo conductual porque el término *psicoterapia* ha sido usado por diversos modelos (e.g., médico, humanista o psicodinámico) que son diferentes teóricamente; por lo que definen a un *tratamiento psicológico* como aquel que comprende un conjunto de técnicas y estrategias específicas o combinadas con las que un psicólogo, siguiendo el plan formulado según su modelo, ayuda/logra que la, o las, persona que acude a él, pueda cambiar su forma de responder a ciertas configuraciones estímulares, siempre que esta forma de responder cumpla criterios diagnósticos de un trastorno psicológico o resulte problemático.

Como mencioné anteriormente, estas definiciones suelen variar según el modelo al cuál el terapeuta/psicólogo se adscribe, y es por esto que algunos autores optan por hablar o referirse a enfermedad, trastorno o problemas psicológicos; así también mencionan diferentes objetivos según el modelo de intervención. A continuación, veremos algunas definiciones sobre los modelos psicológicos, y así mismo se describirán aquellos que se relacionan con las características de quienes vayan a participar del presente estudio.

### **2.1.3. Modelos de psicoterapia**

Un modelo se puede entender, en general, como un sistema de representación de un fenómeno (hecho, situación, evento, entre otros) del mundo/realidad, que trata de describirlo de manera aproximada, y generalmente están en función de una teoría (Beatriz, 2001; Börner et al., 2012; Bribiesca & Merino, 2008; Carvajal, 2013; Hartmann, 2005). En ese sentido, los modelos teóricos están circunscritos a diferentes disciplinas que se encargan del estudio de un fenómeno, evento, hecho particular de la realidad, como la física, biología, química, sociología, entre otras. Cada una de ellas tratan de aproximarse a la explicación de ciertos fenómenos específicos de la realidad, y para lograrlo desarrollan teorías. Una teoría puede entenderse, de manera general, como un sistema de principios, generales y abstractos, con los que funciona la realidad (Bueno-Cuadra, 2016); o también, de manera más específica, como un conjunto de conceptos

interrelacionados, proposiciones y definiciones sobre un fenómeno específico, todos estos sistematizados con el fin de explicar y predecirlos (Kerlinger & Lee, 2002).

La psicología no es ajena a todo esto, por lo que desde sus inicios se han desarrollado diferentes teorías y modelos para explicar qué es la psicología, cuál debería ser su objeto de estudio, cómo estudiarlo, y demás cuestiones relacionadas. Esto ha facilitado la existencia de *las psicologías*, como lo llama Ribes (2000), que son producto de los diferentes planteamientos sobre el objeto de conocimiento a estudiar, y que al ser estos problemas de carácter ontológico, esto es considerar la naturaleza de lo psicológico de manera distinta, trae por consiguiente formas diversas de abordarlos epistemológicamente. Lo que ha llevado a que cada teoría, continúa Ribes, formulada por las diferentes psicologías no tengan similitudes empíricas, metodológicas o conceptuales, desarrollándose cada una independiente de la otra. Veamos a continuación, brevemente, algunos de estos modelos y las terapias desarrolladas a partir de estos.

**2.1.3.1. Psicoanálisis y terapia psicodinámica.** El psicoanálisis es tanto teoría y técnica, y un movimiento por que trascendió el ámbito de la psicología, cuyo creador fue Freud (Pérez Álvarez, 1998), quien constituyó la primera psicoterapia a saber. Este modelo enfatiza el inconsciente que, postulan, es un factor importante en la conducta y adaptación humana (Lipner et al., 2017), asimismo constituye todo a lo que una persona no puede acceder conscientemente, en su aparato mental, porque está reprimido (Santamaría & Fumero, 2008) al estar compuesto por experiencias indeseables o dolosas; este inconsciente también es una fuente de impulsos primitivos, entendidos como los instintos compartidos con los animales, inhibidos en el desarrollo ontogénico de cada persona. Con el paso del tiempo, del psicoanálisis surgió la psicodinámica que incluye a las teorías que se derivaron del trabajo inicial de Freud, pero que no estaban de acuerdo con ciertas explicaciones freudianas, y que desarrollaron diferentes teorías explicativas sobre la personalidad, emociones, sueños, motivación, entre otros temas; estas comparten entre sí el énfasis sobre la importancia que tienen los eventos en la infancia sobre el

funcionamiento y personalidad del adulto (Hansell et al., 2008). Tanto psicoanálisis como psicodinámica han desarrollado diversas psicoterapias, que a grandes rasgos se diferencian en que la terapia psicodinámica es breve, se hace cara a cara, y el terapeuta puede no tener el certificado de ser psicoanalista; mientras que la terapia psicoanalítica tiene una duración muy amplia, que puede durar años, donde el paciente no mira al terapeuta por estar sobre un diván, y quien lo imparte es alguien que tiene un certificado de ser psicoanalista (Novotney, 2017), aunque todas se consideran como terapias psicoanalíticamente orientadas. En la terapia psicoanalítica, algunos de los conceptos formulados dentro de la teoría son empleados y trabajados en psicoterapia, así conceptos como el de auto-reflejo, mecanismos de defensa, estructura mental, contenido mental inconsciente, transferencia y contratransferencia, se trabajan en la interacción terapeuta-cliente (Enrico, 2000) .

**2.1.3.2. Psicoterapia humanista.** La psicología humanista representa otra perspectiva, y también es considerada un movimiento, que tiene sus bases en el existencialismo (incluyendo a la fenomenología), el constructivismo y lo transpersonal; se distingue por tener una visión holística de lo psicológico, centrada en la exploración fenomenológica y en el potencial de las personas, así como en la libertad que tienen para cambiar y crear/recrear diferentes aspectos de su personalidad a medida que aprenden de sí mismos (Bland & DeRobertis, 2019). La figura representativa de la psicología humanista es Maslow, quien (Moss, 2015) enfatizó en ver y estudiar al hombre en su totalidad, como un ser creativo, lleno de funcionalidad y salud. Los principios básicos que comparten los integrantes de la perspectiva humanista en psicología, según la Asociación Americana de Psicología Humanista (Martorel, 2008), son: 1) se centra en la persona y su experiencia interna, así como el significado que tiene para ella, 2) enfatiza lo que distingue a la persona de los demás, sus características humanas (creatividad, autorrealización, entre otros), 3) el mantenimiento de lo que es significativo intrínsecamente, y 4) el compromiso con la dignidad y valor humano, así como el interés en el desarrollo de sus potencialidades

inherentes. Dentro de esta tradición se han desarrollado numerosos tipos de terapia (Angus et al., 2015; Riveros, 2014), como la terapia centrada en el cliente, terapia experiencial de las emociones, terapia orientada a la focalización, la terapia gestalt, la terapia transpersonal, entre otras. Si bien las terapias humanistas comparten las características descritas, no hay un cuerpo teórico que rijan a estas, de modo que los conceptos propuestos dependen mucho de lo que un tipo de intervención propone, sin embargo algunos conceptos que se ven, principalmente desde la terapia Gestalt, son el del self, defensas, lo transpersonal, la transferencia, e intersubjetividad, por mencionar algunos (Rowan, 2016).

**2.1.3.3. Psicoterapia conductual.** El conductismo se entiende como una filosofía de la ciencia sobre la conducta que se ocuparía de responder el por qué uno se comporta del modo que lo hace (Baum, 2017) y otras cuestiones relacionadas a esto. Como ciencia, de la conducta o comportamiento, comprende tres niveles de articulación paradigmática: 1) como filosofía, el conductismo, toma como su objeto de estudio la conducta, que es entendida como la interacción organismo/individuo-ambiente; 2) en cuanto a metodología emplea al análisis experimental de la conducta, donde se formulan las leyes y principios producto de la investigación; y 3) la aplicación y tecnología, derivada del nivel anterior, se expresa en la ingeniería del comportamiento (Montgomery, 2018). Sin embargo, existen variados *conductismos* como ilustra O' Donohue (1999), que si bien comparten fundamentos similares, se diferencian porque o bien evalúan un mismo problema a niveles de abstracción (psicólogos o filósofos conductistas) distintos o bien evalúan distintos problemas; algunos de estos conductismos son (Pérez-Acosta et al., 2002; Pérez-Álvarez, 2004) el radical de Skinner, propositivo de Tolman, teleológico de Rachlin, interconductual de Kantor, contextualismo funcional de Hayes, entre otros. Por otro lado, en el ámbito aplicado, la terapia se ha dividido por generaciones, cuya división corresponde a momentos históricos específicos y características de cada generación, así se reconocen tres generaciones (Pérez, 2014). La primera generación de terapias, nacida en Norteamérica y

desarrollada en la década de 1950, se sustenta en los trabajos de Watson y Skinner teniendo así dos ramificaciones, la línea basada en los principios del condicionamiento respondiente se denominaría *terapia de conducta* y se aplicaba en el ámbito clínico con población ambulatoria, mientras que los basados en el condicionamiento operante se conocería como *análisis aplicado de la conducta* o *análisis conductual aplicado* y su aplicación se daría en contextos institucionales con pacientes internados; la segunda generación, nacida en Gran Bretaña y Sudáfrica y desarrollada en la década de 1970, significó un cambio debido a influencia del enfoque cognitivo sobre la terapia de conducta, bajo este contexto de revolución cognitiva es que aparecen los notables Aaron Beck con la terapia cognitivo-conductual (TCC) y Albert Ellis con la terapia racional emotiva conductual (TREC), mientras que la rama del análisis de conducta aplicado continuó sus investigaciones independiente y apartado; finalmente la tercera generación, nacida en Norteamérica y desarrollada en la década de 1990, supuso una vuelta a la primera generación en términos de retomar el trabajo de Skinner sobre la conducta verbal y el análisis de conducta aplicado al contexto clínico, además apareció como un descontento y crítica por las terapias cognitivas, adoptando así una base sobre la filosofía del contextualismo funcional y algunas de las terapias que surgen en este contexto son la terapia de aceptación y compromiso (ACT, siglas en inglés) de Hayes, la psicoterapia analítico funcional (FAP, siglas en inglés) de Kohlenberg y Tsai, la terapia dialéctico conductual (DBT) de Linehan, entre otros (Dougher & Hayes, 2000; Obando & Parrado, 2015; Pérez, 1996, 2006, 2014). Al igual que los otros dos enfoques mencionados, desde el conductismo las diferentes formas de psicoterapia tienen sus propios conceptos sobre los cuáles se parte también para hacer la intervención; sin embargo, todas comparten las mismas bases que son los principios de aprendizaje y el análisis funcional (López & Costa, 2012)

#### **2.1.4. Evaluación de la psicoterapia**

La investigación en psicoterapia básicamente se ha dividido en dos líneas principales para evaluarla: 1) la investigación de resultados, centrada en responder qué terapias funcionan y tienen mejores resultados, siendo los estudios de eficacia, efectividad y eficiencia los que responden esta cuestión; y 2) la investigación de procesos, que se encarga de explorar y estudiar aquello que afecta los resultados en el proceso de interacción terapéutica (Paredes-Rivera, 2016).

Al respecto, Comer and Kendall (2013) describen y discuten aquellos temas pertenecientes a la evaluación de los resultados, por lo que he de resumir dicha información en las siguientes líneas. En primer lugar, discuten sobre los principios que han de guiar a los investigadores en esta área, lo dividen en dos tópicos: a) el rol del científico que practica en psicoterapia y b) la relevancia de los tratamientos con apoyo empírico. Sobre el primer punto, el adoptar una postura científica conlleva que el investigador sea coherente con esta filosofía, lo que se ha reflejado en el desarrollo de diversos métodos para evaluar los resultados en psicoterapia. Este modelo guía a los investigadores a evaluar sus teorías y desempeño con rigor, y a los practicantes a usar el conocimiento basado en dichas investigaciones para mejorar la vida de sus clientes. Entonces el punto b) toma relevancia para lograr lo anteriormente descrito, ya que los tratamientos con apoyo empírico, al ser tratamientos hallados eficaces en estudios acumulados bajo ensayos clínicos aleatorizados, representan un puente entre la investigación y la práctica, sin dejar de lado la efectividad. En segundo lugar, están las cuestiones y consideraciones metodológicas sobre el diseño, procedimientos, medidas, análisis de datos y reportes de las terapias, que se describen en las siguientes líneas a continuación. De las consideraciones sobre el diseño se toma en cuenta principalmente los procedimientos de control, que permiten a los investigadores atribuir con seguridad que los efectos de una intervención se deben a esta y no a otros factores, diseños que se derivan de la ciencia experimental (Castro, 1975). Algunos métodos de control son la asignación aleatoria, la elección de condiciones de

control (e.g., el *no tratamiento*, *lista de espera*, *atención-placebo* y *tratamiento local estándar*), la evaluación de la respuesta al tratamiento en el tiempo, y la comparación de múltiples tratamientos. En cuanto a las consideraciones sobre procedimientos, se tienen en cuenta 1) la definición de la variable independiente, que implica el uso de un manual de tratamiento donde se detalla cómo ejecutarlo, con el fin que sea replicable por otros investigadores; 2) la comprobación de la integridad de la variable independiente, se refiere a la planeación cuidadosa a seguir para evitar que los efectos de la intervención se contaminen; 3) la selección de la muestra, se consideran las características que deben tener los participantes para ser incluidos en la investigación y para evitar los sesgos de heterogeneidad; y 4) el escenario u entorno de estudio, es el lugar donde se realizará la investigación, esto es importante porque se relaciona con qué tanto una investigación hecha en un laboratorio, universidad u otros ambientes, pueda llevarse a la práctica clínica privada, en consultorio, centros de salud, entre otros. Respecto a las consideraciones de medida, la variable dependiente resulta de mayor importancia, y existe una amplia variedad de métodos para medir la(s), lo adecuado sería emplear medidas de auto-reporte, pruebas, observaciones de personal entrenado, calificaciones de personas cercanas al cliente y los juicios del terapeuta; así también el empleo de la *estrategia de informantes múltiples* (que en adolescentes y niños puede ser muy útil), y la *estrategia multimodal*, que implica incorporar diversos modos de evaluación, para obtener información sobre constructos de interés. Sobre el análisis de datos, hay que entender que es un proceso de extracción de la información que hemos recolectado, útiles para hacer inferencias estadísticas. En el caso de la investigación en psicoterapia cuatro áreas resultan importantes: pérdida de datos y desgaste, la significancia clínica, mecanismos de cambio y el análisis de resultados acumulados. La pérdida de datos y de participantes, por abandono (*desgaste*), son problemas que suelen ocurrir en las investigaciones, y dos formas de abordarlos consiste en reportar y conducir el análisis de los resultados de los participantes que fueron incluidos al momento de aleatorización, o analizar los resultados de aquellos que solo completaron el tratamiento. La significancia clínica, a diferencia de la

significancia estadística, se refiere a qué tan significativo o relevante ha sido el cambio hallado por la prueba estadística, en términos de cambios en el funcionamiento del cliente/paciente; y para medirlo se han desarrollado diferentes métodos, dos de ellos son el *índice de cambio confiable* y las *comparaciones normativas de la muestra*. Luego está la evaluación de los mecanismos de cambio, y aquí se enfatizan las *variables moderadoras y mediadoras*: las primeras son aquellas que influyen sobre la magnitud o dirección de una relación causal, en psicoterapia serían aquellas variables que afectan los efectos del tratamiento (variable independiente) sobre el resultado (la variable dependiente); mientras que las mediadoras permiten explicar el cómo y por qué del proceso, el mecanismo por el cuál un tratamiento tiene un efecto sobre el resultado. Finalmente, el análisis de los resultados acumulados se refiere a las revisiones sobre la literatura generada en los estudios de eficacia, y estos pueden ser revisiones sistemáticas cualitativas o metaanálisis (que son las herramientas preferidas para sintetizar los efectos encontrados en estudios de eficacia).

Si la pregunta para la investigación de resultados gira en torno a si una terapia funciona o no, la investigación de procesos se encargará de abordar la cuestión de por qué funciona dicha terapia, o qué la hace efectiva. En líneas generales, la investigación de procesos incluiría todas las experiencias, eventos, acciones, emociones, pensamientos del cliente y terapeuta, que tienen lugar durante la psicoterapia (Orlinsky, 2009), todo lo que ocurre en dicha interacción. En esta área, la investigación se ha enfocado a estudiar la *relación terapéutica*, que sería el *factor común* más importante entre las diferentes psicoterapias existentes (Crits-Christoph et al., 2010; Wampold et al., 2010). Esto se abordará a mayor detalle más adelante ya que de aquí se desarrollaron investigaciones con el fin de identificar qué factores, o variables, eran los que predecían o se les podía atribuir el éxito terapéutico, que es de lo que va esta investigación. Como se comentó anteriormente, esta línea de investigación, la de procesos, se enfocó en el estudio de la relación terapéutica como constructo, pero Froján et al. (2006, 2008, 2010, 2011, 2015; Froján

& Ruiz, 2013) y su equipo (de Pascual-Verdú et al., 2019; Montaña-Fidalgo et al., 2011; Ruiz-Sancho et al., 2013), a lo largo de su trayectoria han estudiado el proceso terapéutico como interacción terapéutica bajo el modelo conductual y han desarrollado un sistema de categorías sobre las conductas verbales basándose en los procesos básicos de aprendizaje que tienen lugar en el contexto clínico, en la relación terapeuta-cliente, lo que explicaría el por qué la terapia funcionaría: por la puesta en marcha de procesos de aprendizaje que, para los clientes, darían lugar a nuevas conductas, unas más adaptativas (Froján, 2011).

Hay muchos otros puntos sobre la evaluación de los resultados y procesos en psicoterapia, pero su discusión es extensa y si bien se relaciona con la presente investigación, escapa del objetivo principal de la misma; el lector interesado siempre puede investigar las palabras clave puestas en cursiva en el texto, o revisar las referencias para profundizar al respecto.

#### **2.1.5. *Efectividad del tratamiento***

Existen diversas definiciones al respecto, sin embargo el concepto de efectividad de un tratamiento psicológico surge de la investigación realizada en psicoterapia y junto a los estudios de eficacia buscan responder la cuestión de cómo saber si la psicoterapia funciona (Seligman, 1995). La *efectividad o utilidad clínica* se refiere a las investigaciones que tienen como objetivo determinar si un tratamiento produce algún efecto medible en diferentes pacientes, con sus etiquetas psicopatológicas particulares, en el entorno clínico real (Pérez et al., 2003; Seligman, 1995), y a diferencia de los estudios de eficacia, se trabaja con personas que presentan diversos problemas o sintomatología y pagan por el tratamiento. Al respecto, Shean (2016) describe que estos estudios usualmente son llevados a cabo en entornos de la práctica clínica, y es común que no incluyan el uso de manuales de terapia, grupos de control o de comparación, y los pacientes típicamente presentan múltiples diagnósticos o problemas complicados. Este tipo de estudios, mencionan algunos autores (Chambless & Hollon, 1998; Hoagwood et al., 1995), deberían haber

mostrado ser eficaces en investigaciones controladas para realizarse luego en los entornos naturales o de la práctica clínica (e.g., Hospital, casa o escuela), con muestras heterogéneas y practicantes del mundo real más que con terapeutas investigadores. En resumidas cuentas, los estudios de efectividad son un acercamiento hacia cómo los psicoterapeutas laboran en su práctica clínica, lo que implica trabajar y aceptar a toda persona que busca sus servicios, y a desempeñarse sin emplear algún manual estandarizado como guía, acercándose más la terapia que se da en una clínica u hospital (Martínez-Taboas, 2014).

Entonces, el concepto de utilidad clínica o efectividad tendría ciertos aspectos particulares, y Bados (2002) nos menciona tres: 1) el de generalizabilidad de aquellos resultados obtenidos en estudios bajo condiciones artificiales hacia los entornos clínicos reales, con lo que se verificaría si los hallazgos con terapeutas y sujetos en condiciones experimentales, y los métodos de trabajo, son reproducibles en la práctica real; 2) la viabilidad del tratamiento o intervención, es decir, qué tanto es aceptado el tratamiento por los clientes (debido a su duración, coste, efectos secundarios, entre otros), la probabilidad que sea cumplido y qué tan fácil sea para difundirlo entre profesionales; y 3) su eficiencia, esto es, la relación coste/beneficio que tiene el tratamiento para el cliente y, por consiguiente, la sociedad. Debido a estas características, los estudios de efectividad se enfocan en la validez externa principalmente, más que en la interna, de sus diseños experimentales, ya que buscan demostrar que el tratamiento en estudio puede ser igual de beneficioso cuando se realiza en un ambiente clínico, que en un ambiente controlado o de laboratorio (Lambert, 2013). Por lo tanto, Ferro y Vives (2004) sostienen que este concepto está relacionado con el grado de satisfacción del paciente/cliente con la terapia, por lo que la efectividad de la intervención sería de mayor interés para el clínico ya que, al evaluar estos estudios la validez externa, se puede saber con los resultados si realmente producen efectos favorables en ámbitos clínicos y sobre diferentes poblaciones; pero para lograrlo es necesario elegir las variables dependientes a medir, y que señalen si los cambios se deben a la intervención

aplicada, así los estudios con una medida pre y posintervención serían el requisito mínimo para cumplir con este objetivo. Bajo esta idea, si el tratamiento que aplicamos, en un consultorio o lugar de trabajo clínico típico, es beneficioso en alguna medida para el cliente/paciente o para quienes se ha diseñado (e.g., mejora la adaptación a su entorno social, o reduce los síntomas/problemas), diremos que la intervención fue efectiva (Castro Solano, 2003).

**2.1.5.1. Factores asociados o atribuibles a la efectividad del tratamiento.** Como se adelantó anteriormente, en la investigación de procesos lo que interesaba era por qué el tratamiento funcionaba, lo que dio pie a la realización investigaciones que respondieran esta interrogante. Dado que las investigaciones que comparaban diferentes psicoterapias daban resultados similares de efectividad, que una no era mejor que otra, se refirió a este hecho como el *veredicto del dodo* (Rosenzweig, 1936; Seligman, 1995), lo que llevó a los investigadores a hablar de factores específicos (como técnicas) e inespecíficos (luego llamado factores comunes, que sería lo que las terapias compartían). Así es como en esta área la investigación se enfocó en estudiar la *relación terapéutica* principalmente, que como ya se había comentado es el *factor común* de mayor importancia compartido entre los diferentes tratamientos psicológicos disponibles, caracterizado por el *vínculo*, implicando la confianza, respeto, agrado y cuidado mutuo, que los clientes experimentan hacia su terapeuta cuando están de acuerdo respecto a los objetivos del tratamiento y las técnicas que se emplearán para alcanzarlos (Crits-Christoph et al., 2010; Wampold et al., 2010). El estudio de los factores comunes entre las terapias parte del hecho de que al ser comparadas diferentes terapias psicológicas obtienen resultados similares (Wampold et al., 1997), razón por la que se supone que hay factores comunes entre las terapias que son las responsables del éxito terapéutico (Rosenzweig, 1936), al menos en buena medida. Sobre esto, Lambert (2013), de la evidencia y literatura disponible que revisó, agrupa una serie de variables/constructos en 3 categorías que serían los factores comunes: de (1) apoyo (incluye las variables de: alivio, relación positiva, catarsis/liberación de tensión, estructura/organización,

reconocer la experticia del terapeuta, alianza terapéutica, ambiente seguro, mitigación de soledad, identificación con el terapeuta, participación activa terapeuta/cliente; calidez, respeto, empatía, genuinidad y aceptación del terapeuta, y exploración abierta/de confianza), de (2) aprendizaje (incluye las variables de: consejos, aprendizaje cognitivo, asimilación de experiencias problemáticas, reexperimentación afectiva, retroalimentación, toma de conciencia, experiencias emocionales correctivas, razonamientos, cambios sobre las expectativas de efectividad personal, exploración del marco de referencia interno, y reencuadre de las autopercepciones) y de (3) acción (incluye las variables de: afrontamiento de miedos, toma de riesgos, dominio del aspecto cognitivo, se fomenta realizar nuevos comportamientos, aumentar los esfuerzos, práctica, modelado, experiencias de éxito, pruebas de realidad, lidiar con situaciones, y regulación conductual/emocional). Es importante mencionar que los factores comunes representan solo una parte de los factores terapéuticos que, en conjunto, explicarían la mejora del cliente/paciente. Estos factores también fueron descritos por Lambert (2003), quien los separó en cuatro: a) los cambios extraterapéuticos: incluye variables que apoyan/influyen en la recuperación de la persona y son propios de ella (e.g., mecanismos homeostáticos, resiliencia), o de su entorno/ambiente (e.g., apoyo social, eventos repentinos), este factor representaría el 40% de la mejora que ocurre en la terapia; b) las expectativas (efecto placebo): representa la mejoría del cliente por el simple hecho de estar recibiendo terapia y su credibilidad en que lo que se hace en terapia será beneficioso, este factor explicaría el 15% de la mejora; c) las técnicas: se refiere a las técnicas específicas de cada terapia (e.g., desensibilización sistemática o hipnosis), este factor explicaría el 15% de la mejoría; y los ya mencionados d) factores comunes: que incluyen un amplio rango de variables que, independientemente de la orientación teórica del terapeuta, son comunes entre los terapeutas como se ha descrito, y este último factor explicaría el 30% de la mejoría del cliente/paciente en la terapia. Veamos ahora la evidencia disponible sobre estos factores propuestos por Lambert.

**A. Factor de cambios extraterapéuticos.** En este factor, que sería el de mayor peso predictivo, se considerarían variables propias del consultante y variables de su entorno. Este factor es similar al concepto de variables disposicionales propuesto por Kantor, ya que se refiere a todas las condiciones de un organismo y su entorno que influyen en el comportamiento del mismo, de modo que repertorios de conducta, estilos particulares de actuar-personalidad, nivel socioeconómico, características biológicas y socioculturales, condiciones físicas del entorno, estar cansado, la historia de aprendizaje, y muchas más, influyen en que un organismo haga un comportamiento determinado o no (Froxán-Parga et al., 2020), y pues particularmente en la mejoría del problema psicológico que esté atravesando. Sobre este factor, Bohart and Greaves (2013) hacen una revisión de la literatura disponible de las características del cliente y sus circunstancias, investigadas hasta ese entonces y de mayor importancia para ellos ya que como mencioné estas variables son muchísimas, que se correlacionaban o influían en los resultados de la terapia. Empezando con las circunstancias, comentan que las variables que predicen el dejar la terapia y son consistentes en el tiempo son el pertenecer a un estatus socioeconómico bajo, ser mayor de edad, ser de sexo masculino, tener estatus de minoría, miedo a ser estigmatizado y finalmente ser alguien que es fuente de estrés para otras personas más no para sí mismo. Sobre el pertenecer a una minoría los resultados son conflictivos, mientras que, sobre el miedo o vergüenza sobre el estigma, o ya de paso tener creencias negativas sobre la salud mental en general, influiría en que las personas no busquen tratamiento psicológico. Respecto a las variables sociodemográficas, en general, comentan que los resultados son débiles o inconsistentes en su mayoría, siendo el género y la edad los más inconsistentes o de correlación débil, y el estatus socioeconómico el que más se relaciona con abandono o no recibir terapia, lo que es bastante lógico, sin mencionar el hecho que un bajo nivel socioeconómico guarda relación con ciertos problemas como la depresión (Falconnier, 2009). El metaanálisis más reciente sobre estatus socioeconómico y resultados en psicoterapia, encontró que existe una asociación pequeña pero significativa entre un bajo estatus socioeconómico y pobres resultados en psicoterapia, de

modo que estar desempleado, percibir bajos ingresos y vivir en vecindarios deprivados son factores que influyen en el éxito terapéutico (Finegan et al., 2018). Siguiendo esta línea, las circunstancias que interfieren en la vida de los consultantes también lo hacen con que dejen la terapia, así la distancia para ir a terapia, tiempo de espera para el tratamiento, los horarios, se asocian con una alta probabilidad de abandono. Otra de las variables que revisan es la de contar con apoyo social, que se tiene una relación débil con los resultados, aunque algunas investigaciones han encontrado que se relaciona con morbilidad y mortalidad (Reblin & Uchino, 2008) tempranas, además de tener un impacto también sobre síntomas específicos de estrés en personas (Mallinckrodt, 1989). Además, se ha visto que contar con apoyo social ayuda a la reducción de síntomas con mayor rapidez en tratamientos de corta y larga duración en personas diagnosticadas con ansiedad y depresión (Lindfors et al., 2014), y en un estudio reciente se halló que contar con apoyo social se asociaba con mejores resultados en terapia (Zimmerman et al., 2020).

Sobre las variables personales de los consultantes, concluyen de lo revisado que tener diagnóstico de trastorno de personalidad, tener baja motivación, unas pobres habilidades para relacionarse con otros, y el grado de disfunción psicológica se asocian con pobres resultados y/o abandono del tratamiento. Sobre la motivación, en general los resultados apuntan a que cuando esta es intrínseca, como forma de estar listo y preparado para cambiar, y no sienten presión es más probable que se mantengan en terapia y hagan cambios. En general, los mejores predictores sobre los resultados son el nivel o grado de perturbación psicológica del consultante al ingresar a terapia y su conducta dentro del tratamiento. Esto parece ser cierto, ya que en una investigación con adolescentes, se halló que era más probable que aquellos que tenían conductas más problemáticas abandonaran el tratamiento (Gergov et al., 2021).

Aquí podrían verse también tratamientos alternativos o paralelos que pueda tomar el cliente y contribuyan a su mejoría, ya que son ajenos al trabajo psicoterapéutico. Así, recibir

tratamiento farmacológico encajaría en este grupo, dado que hay metaanálisis que reportan mejores resultados para personas con depresión del efecto combinado de psicoterapia más farmacoterapia (Cuijpers, 2014; Karyotaki et al., 2016). Sumado a esto, el asistir a grupos de apoyo también sería una de las circunstancias que se suman a la mejora, y es que se ha encontrado que son efectivos para mejorar el bienestar, mejorar las competencias sociales, reducir síntomas, entre otros beneficios (Worrall et al., 2018). El recibir terapias alternativas también entraría en esta categoría pero las pocas investigaciones que hay al respecto muestran muy poca, o nula, eficacia (Fønnebø et al., 2007; Strauss et al., 2011) para mejorar los problemas psicológicos en general. Finalmente, el hecho de involucrarse en actividades recreativas o que son agradables para la persona se ha visto que se relaciona con no desarrollar depresión, dado que usualmente las personas deprimidas se involucran en menos actividades placenteras (Ferreira & Barham, 2018; Lewinsohn & Graf, 1973).

**B. Factor de expectativas.** Estas en general son las expectativas que puede tener el consultante sobre el terapeuta y sobre la terapia que recibirá. Sobre este punto, los autores Bohart and Greaves (2013), también hacen una revisión, comentan que hay investigaciones que reportan que cuando el consultante cree que la terapia funcionará más rápido de lo que realmente dura, hay probabilidad de abandono temprano, aunque la evidencia no es concluyente. Además, esto se puede prevenir informando al cliente la duración aproximada de la terapia. Otra de las expectativas tiene que ver con la propuesta de tratamiento, la justificación del mismo, ya que si no creen en ella abandonarán. En algunas investigaciones, comentan, cuando se les pregunta a los consultantes por qué dejan la terapia los argumentos que dan es porque la terapia los decepcionó o porque su progreso era muy poco en la misma.

El tema de las expectativas es inevitable no solo en psicoterapia sino en medicina, y es que se ha visto que estas juegan un rol en la mejoría de personas que no reciben un tratamiento activo (el llamado efecto placebo) para enfermedades y en psicoterapia igualmente (Doering et

al., 2018). En investigaciones recientes se ha reportado que las expectativas sobre la posible mejora, que el tratamiento funcionará realmente, influyen en los resultados del tratamiento en personas diagnosticadas con trastornos de conducta alimentaria (Turner et al., 2019); en personas diagnosticadas con ansiedad generalizada las expectativas sobre los resultados aumentaron a medida que avanzaba el tratamiento, y una baja expectativa sobre los resultados estaba asociada con una mayor severidad en depresión (Visla et al., 2021). Algo similar se ha visto en personas con depresión, donde el número de episodios depresivos se relacionaban negativamente con las expectativas de los resultados en las primeras etapas del tratamiento, y en cambio un bienestar elevado se relacionaba positivamente con estas mismas expectativas sobre los resultados (Visla et al., 2019). De modo que, las expectativas juegan un rol sobre los resultados del tratamiento, y a su vez se van modificando a lo largo del tratamiento por otras variables, como el de la alianza terapéutica (Constantino et al., 2021).

**C. Factores específicos (técnicas).** En este factor se incluiría toda la literatura que hay disponible sobre estudios de eficacia en psicoterapia, donde se estudian técnicas específicas o terapias (en forma de protocolo, con mayor o menor grado de control) para tratar las diferentes etiquetas diagnósticas del DSM y ver sus efectos. Ya sabemos que este factor explicaría un 15% de la efectividad del tratamiento, y se le ha restado “importancia” respecto a los factores comunes por que al ser comparados diversos tratamientos las diferencias en los resultados que se obtienen son mínimos. Sin embargo, en una revisión sistemática realizada por Tolin (2014) sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual comparada con otros tratamientos, reporta que esta tiene mejores resultados que los tratamientos de comparación, principalmente sobre problemas de ansiedad, y señala que este fallo en hallar dichas diferencias al comparar tratamientos se debe principalmente por el hecho de querer retener la hipótesis nula sobre la alternativa, en este caso de que todos los tratamientos comparados dan resultados similares, lo que lleva al sesgo. Sobre este *veredicto del dodo*, González-Blanch y Carral-Fernández (2017) comentan que se debe tener

en cuenta que los tratamientos investigados sobre su eficacia: son pocos, estos estudios que concluyen el *veredicto del dodo* presentan diversas limitaciones (debilidades metodológicas, sesgos de los investigadores y sobreestimación de resultados), las comparaciones no se han realizado en todas las categorías del DSM, hay evidencia de que en ciertos casos un tratamiento es más favorable que otro (en ansiedad principalmente), y que como aún se desconocen los mecanismos de cambio que operan en terapia concluir que todas son iguales no es acertado. Además de estos sesgos de publicación y metodología, está el problema de que una vez ajustados estas fuentes de sesgo, los estimados de eficacia de diferentes tratamientos estudiados se hacen muy pequeños, cayendo incluso bajo el límite de lo clínicamente relevante, asemejándose más a los placebos usados en dichos estudios (Hengartner, 2018). Lo que lleva a este campo de investigación a una crisis, aunque esto no sea un tema solo de la psicología sino también de la farmacoterapia, donde estos sesgos también se ven. Por este motivo, es que el terreno de investigación sobre los factores comunes seguido ganando mayor atención, especialmente la alianza terapéutica y el recibir feedback de los consultantes, ya que al ser predictores de éxito, su evaluación en el proceso terapéutico sería lo ideal para encaminarse hacia la efectividad del tratamiento y consiguiente mejora del consultante (Gimeno-Peón et al., 2018).

**D. Factores comunes.** Recordemos que Lambert separa los factores comunes en tres: de apoyo, aprendizaje y acción. Estos seguirían este orden en terapia, bajo la idea de que la comprensión, empatía, aceptación llevan a fortalecer la relación, permitiendo lograr cambios emocionales y cognitivos, que finalmente darían paso a que el consultante pueda hacer cosas para lidiar con los problemas que le aquejan. Los factores de apoyo se pueden entender como un conjunto de variables propias del terapeuta, y que en general abarca todos los repertorios conductuales que de alguna manera muestran interés, dan alivio al dolor del consultante, atención, comprensión, cercanía, el no juzgar lo que refiere el cliente, y que se hace con mayor frecuencia en las etapas iniciales del tratamiento. De estos factores, el más estudiado, y ya

comentado anteriormente, es el de la alianza terapéutica que sabemos tiene evidencia a su favor, y en contra en otras ocasiones, de su influencia sobre la efectividad psicoterapéutica. Sin embargo, esta alianza es una variable que va cambiando y construyéndose en la interacción consultante-terapeuta, y es aquí donde las otras variables de apoyo adquieren su importancia. Así es como Lambert (2013) comenta, de la revisión que hace al respecto, que: el interés en ayudar al consultante, ser habilidoso interpersonalmente (comprender, persuadir, etc.), tener una orientación más psicológica (en comparación a una biológica o centrada en el modelo médico) del problema, son características de los terapeutas que se han relacionado con mayor éxito. De hecho, se ha reportado que los terapeutas que se muestran más activos y comprometidos con el tratamiento predicen una rápida disminución de síntomas en intervenciones de corta duración (Heinonen et al., 2012), y por el contrario los que disfrutan menos y tienen una menor confianza en el trabajo es un predictor de resultados pobres en intervenciones de corta duración. En otro estudio de Heinonen and Nissen-Lie (2019) se halló que las características de empatía, calidez, capacidad de manejar la crítica, comunicación positiva y clara, y respeto por parte de los terapeutas, fueron predictores consistentes de mejores resultados terapéuticos a diferencia de los terapeutas que no tenían estas características. También se ha estudiado si la experiencia que tenga el terapeuta influye en los resultados, de lo que no hay resultados concluyentes (Six, 2014), aunque un estudio reportó que los terapeutas no mejoran a mayor experiencia que tengan, sino que al contrario serían menos efectivos con el tiempo, aunque este deterioro sea de una magnitud extremadamente pequeña (Goldberg et al., 2016). Estos resultados son similares a los encontrados por Pfeiffer et al. (2020), donde reportaron que en niños y adolescentes con algún trauma, el género, la experiencia clínica o conocimientos teóricos sobre trauma por parte de los terapeutas no fueron estadísticamente relevantes para alcanzar resultados en terapia.

Los factores de aprendizaje por su parte, los podemos entender como los cambios que ocurren principalmente sobre la conducta cognitiva y emocional del consultante como resultado

de lo que este va aprendiendo en las sesiones, así, por ejemplo, la asimilación de los problemas y cambio de perspectiva que menciona Lambert tendrían coherencia aquí. En una investigación realizada por McElvaney and Timulak (2013), los consultantes que obtuvieron buenos resultados reportaron que los aspectos que encontraron beneficiosos fueron el apoyo, material práctico psicoeducativo y el sentirse más calmados principalmente; mientras que los que no obtuvieron buenos resultados o mejoría consideraron que lo que fue beneficioso fue principalmente el darse cuenta de cómo funcionaba su problemática, tener mayor conocimiento sobre sus experiencias problemáticas y el apoyo. Por otro lado, algunos aprendizajes que un grupo de consultantes en un estudio reportó como beneficiosos en terapia fueron: hablar sobre sus emociones y mantenerse en contacto con las mismas, tomar decisiones, dejar que las cosas sucedan, identificar sus emociones, escuchar la retroalimentación que da el terapeuta, y sobre todo lograr una mejor comprensión sobre sus emociones, objetivos, problemas y situaciones que ocurren en sus vidas (Watson et al., 2012). En esta misma línea, Binder et al. (2010) entrevistaron a un grupo de personas que recibieron psicoterapia para conocer su experiencia sobre los cambios positivos que lograron, siendo estos cambios el aprender a relacionarse de otra manera con las personas, cambiar patrones de conducta que los hacían sufrir, lograr un mejor autoconocimiento, afrontar efectivamente las emociones difíciles que puedan tener, estar más en contacto con el presente, y aprender a aceptarse y valorarse a sí mismos con sus fortalezas y limitaciones. Finalmente, en un reciente metaanálisis cualitativo (Ladmanová et al., 2021) se organizaron meta categorías sobre aspectos que fueron de ayuda para los consultantes, describiéndose factores de apoyo y aprendizaje como: el lograr una nueva perspectiva o entendimiento sobre sí mismos, sentirse más relajados, sentirse escuchados, comprendidos y aceptados (aunque esto se relaciona con los factores de apoyo); aprender nuevas estrategias y/o habilidades de afrontamiento a situaciones problemáticas o para alcanzar objetivos, estar en mayor contacto con las propias emociones (usualmente evitados), percatarse de sus progresos, experimentar seguridad, apoyo y esperanza; aprender a aceptarse a sí mismos con sus problemas y situaciones que les tocan vivir,

y aprender una nueva forma de ver y comprender a los demás (en relación al impacto que tienen sobre los demás y a considerar sus emociones, pensamientos y conductas en general).

Por último, los factores de acción serían las conductas que se buscan promover en el consultante, todo lo que se busca que pueda aprender a hacer y practicar tanto fuera como dentro de la terapia. En la investigación de Watson et al. (2012), los consultantes sostuvieron que realizar las actividades/tareas que les daba el terapeuta fue de mucha ayuda en el tratamiento porque servían para hacer progresos a nivel cognitivo y emocional; además de razonar, expresar sus emociones, hacer preguntas, intentar cosas nuevas y participar en los ejercicios, todos estos fueron mencionados. En pacientes con cáncer, refirieron que hablar sobre su situación les permitió ganar mayor comprensión de sí mismos y desarrollar estrategias para afrontar situaciones emocionales de mucho malestar, desafiar sus pensamientos, exponerse a situaciones temidas y programar sus actividades (Morgan & Cooper, 2015). En una revisión hecha por Quick et al. (2017), las categorías descritas por consultantes que fueron de ayuda serían nuevamente el aprender estrategias de solución de problemas, explorar y experimentar las emociones, participar activamente, ser aceptados y sentirse comprendidos.

### **III. MÉTODO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

La presente investigación es de enfoque cualitativo porque busca comprender o analizar a profundidad cómo un grupo de personas (psicoterapeutas) perciben o experimentan un fenómeno (Hernández & Mendoza, 2018), el de los factores de efectividad de sus tratamientos. El diseño de investigación se ajusta al fenomenológico hermenéutico, ya que el interés va dirigido hacia la interpretación de la experiencia de los participantes a través de sus discursos, para lo que se definió el problema de investigación o fenómeno estudiado, siendo este los factores atribucionales de efectividad terapéutica (Creswell, 2007; Hernández & Mendoza, 2018). El tipo de investigación sería descriptiva porque busca conocer un fenómeno y describirlo (Yapu et al., 2013).

#### **3.2. Ámbito temporal y espacial**

La investigación se llevó a cabo entre los meses de diciembre de 2021 a julio de 2022 con psicoterapeutas de diferentes orientaciones teóricas que residían en Lima.

#### **3.3. Fenómeno de investigación**

La presente investigación tiene como fenómeno de estudio factores atribucionales de efectividad de tratamientos psicológicos, que se definirá como un conjunto de categorías que explicarían el cambio/mejora del consultante en terapia (Lambert, 2003, 2013), por ende, la efectividad del tratamiento.

#### **3.4. Población y muestra**

La población del presente estudio fueron psicoterapeutas de orientación psicoanalítica (psicoanalistas, terapeutas psicodinámicos, entre otros), humanista (terapia gestáltica, terapia centrada en el cliente, logoterapia, etc.) y conductista (entre terapeutas afines a la primera, segunda y tercera generación de terapias conductuales), que residían en Lima y tenían ejerciendo

psicoterapia, principalmente con población adulta, mínimo cuatro años. De modo que la muestra estuvo conformada inicialmente por 13 psicoterapeutas, 6 de orientación conductual, 5 de orientación humanista y 3 de orientación psicoanalista, de ambos sexos (6 mujeres y 8 hombres) y con diferentes años de experiencia (8 de ellos tenían entre 4 y 10 años ejerciendo psicoterapia, y 6 entre 11 y 25 años de ejercicio). Sin embargo, se revisaron los aspectos de la entrevista y el fenómeno estudiado, por lo que se reajustaron las preguntas y surgieron nuevas, de lo que se volvió a solicitar la participación de estos terapeutas, pero solo 6 respondieron, de los cuáles 3 terapeutas eran de orientación conductual, 1 humanista y 2 psicoanalistas. Fue con esta nueva recogida de datos que se realizó el análisis e interpretación de los discursos. Respecto a la selección de la muestra, fue mediante muestreo no probabilístico, en este caso la clase de muestra fue de casos-tipo que es común en diseños fenomenológicos, eligiéndose a participantes con ciertas características para conocer y analizar sus experiencias en relación a un fenómeno particular, el cuál es el interés de este estudio (Hernández & Mendoza, 2018).

### **3.5. Instrumento**

El instrumento empleado en esta investigación fue la entrevista estructurada para recopilación de los discursos, teniéndose como referencia para su elaboración los factores de efectividad en psicoterapia descritos por Lambert (2003) y las investigaciones mencionadas en los antecedentes. Para la construcción de la entrevista se elaboró una matriz de categorización (ver Anexo B), de ésta se formularon las preguntas que serían la guía de la entrevista para los psicoterapeutas participantes, y de igual manera la matriz de consistencia se puede revisar en dicho apartado (ver Anexo A). La entrevista estuvo conformada por 9 preguntas abiertas (ver Anexo C), en las que el participante podía expresarse en función a su experiencia. Cada pregunta estaba orientada a responder qué factores atribuía el terapeuta a la efectividad de los tratamientos según su experiencia. La entrevista fue sometida a una prueba de validez de contenido por criterio de jueces (ver Anexo D), obteniéndose una V de Aiken de 0.94 en la misma. De este

modo, la entrevista queda validada por criterio de contenido de jueces expertos. Por tanto, el instrumento quedó válido para su aplicación.

### **3.6. Procedimientos**

Una vez formuladas las preguntas de la entrevista, se hizo una pequeña guía sobre lo que se diría a los terapeutas al inicio de la misma. El contacto con los terapeutas inició con una búsqueda en Linked In principalmente, y una vez encontrados se les contactó mediante sus redes, informándoles sobre la investigación, los objetivos, el instrumento a emplear y su duración. Cuando algunos aceptaron ser parte de la investigación, se pasó a coordinar las fechas y horario de entrevistas según la disposición de los participantes, luego se les envió un formulario de Google donde se indicaba el consentimiento informado (ver anexo E), explicándose el propósito de la investigación y el acuerdo de ellos para ser parte de la misma a voluntad propia; la confidencialidad de sus datos y anonimato, y su conformidad con la grabación de la entrevista. Finalmente, se les envió un enlace de Google Meet, plataforma en la que se llevaron a cabo las entrevistas que fueron grabadas mediante la aplicación Apowesoft Online Launcher, y luego transcritas (ver anexo F) y analizadas.

### **3.7. Análisis de datos**

La información recolectada mediante la grabación de las entrevistas se transcribió en un documento de Microsoft Excel. Aquí se separaron hojas por cada pregunta para posteriormente analizar los discursos que irían dentro de la matriz de categorización. Hecho esto se procedió a realizar el análisis de contenido, que permitió establecer y organizar categorías/variables a partir de los discursos interpretados para cada una de las preguntas en función a la información/discurso que cada psicoterapeuta brindó.

#### IV. RESULTADOS

En relación a los factores de efectividad descritos por Lambert, se pudo describir y comparar indagando sobre estos factores atribucionales, por lo que se seguirá con el orden descrito, primero sobre los cambios fuera de sesión, expectativas, técnicas y los factores comunes. Dentro de los cambios extraterapéuticos son los factores personales y circunstanciales los que pueden influir en la efectividad. Respecto a lo personal, como se revisó, se enfocó sobre las características de los consultantes que favorecen a que el tratamiento sea efectivo, estos según los terapeutas eran: la motivación, inteligencia, edad, gravedad de problema, conciencia del problema, expectativas y habilidades sociales.

La única característica señalada donde coincidieron los terapeutas de las tres orientaciones fue la motivación:

T1 (c): “Bueno, básicamente la motivación personal, la motivación intrínseca. Ese interés que tiene la persona por buscar un cambio.”

T2 (h): “Lo más importante es que quieran trabajar y que hayan llegado por ellos mismos (...), personas que estén motivadas que realmente no importa que no sepan por dónde empezar.”

T6 (p): “Creo que la principal característica es que quieran estar ahí conmigo haciendo algo.”

En ese sentido, podemos entender la motivación como la disposición del consultante para alcanzar un cambio respecto a sus conductas problemáticas o dificultades en su vida, reflejado en conductas como la búsqueda del terapeuta, seguimiento de las instrucciones del terapeuta, puesta en práctica de las tareas y/o aprendizajes que tienen lugar en el contexto terapéutico. Para los tres terapeutas mencionados, esta motivación gira principalmente sobre la búsqueda de un psicólogo para lograr cambios en su vida, siendo este interés en cambiar lo que influiría que la

terapia pueda funcionar, porque si no está interesado o reconoce que deba cambiar algo, entonces no asistiría a terapia o la abandonaría.

La inteligencia como característica fue mencionada por un conductista y un psicoanalista. Se interpreta aquí como la habilidad del consultante para comprender y analizar lo que el terapeuta dice en sesión:

T1 (c): “El nivel cultural también es importante, porque cuanto más instruida sea la persona, va a tener más capacidad de análisis, de analizar y usar la lógica.”

T6 (5): “Inteligencia, ehm, comprensión, capacidad simbólica (...).”

En el caso de ambos terapeutas, esta inteligencia se orientaría sobre la capacidad de la persona para entender lo que, probablemente, el terapeuta busque que aprenda, sin necesidad de decírselo, sino que pueda darse cuenta y sacar sus propias conclusiones.

La conciencia y gravedad del problema fue mencionada por un conductista, entendiéndose por la primera el que la persona se dé cuenta o reconozca que tiene una dificultad/problema psicológico, y por la segunda el grado de perturbación que el problema afecte su vida:

T3 (c): “Depende del tipo de cliente. Hay clientes que, y sobre todo los que tienen algún tema de desregulación emocional o algún tema de personalidad, es mucho más complejo (...). Que la persona desarrolle procesos de aceptación en el sentido de que entienda lo que le sucede, aceptar también literalmente como la palabra dice, esto es lo que soy, lo que tengo, qué puedo hacer.”

Este terapeuta enfoca la conciencia del problema sobre el reconocimiento y aceptación sobre cómo está en dicho momento, que con lo que hace y tiene quizá no baste y lleve a buscar nuevas estrategias y con esto la terapia. Mientras que la gravedad, de lo que refiere, se enfoca en

cómo esta puede dificultar el tratamiento dada la complejidad del problema de la persona, pudiendo hacer el tratamiento más lento.

Un psicoanalista mencionó la capacidad de relacionarse, interpretándose como la habilidad del consultante para establecer una relación con su terapeuta que facilita la cooperación y trabajo:

T5 (p): “Capacidad de generar vínculos, sí, porque tiene que tener un vínculo con el analista.”

La capacidad de relacionarse acá descrita por la terapeuta, se orientaría más sobre el repertorio actual del consultante para comunicarse y socializar con el terapeuta, dado que es el vínculo el que podrá llevar a una buena relación y posteriores resultados, y si no lo tendría podría dificultar el proceso o hasta quizás hacerlo inviable.

La edad fue mencionada por un conductista, tiene que ver con el hecho de que ésta puede favorecer o dificultar el proceso terapéutico:

T1: “Otro tema también es el tema de la edad, yo noto que, dicho sea de paso, no trabajo mucho con adolescentes, no he trabajado mucho solo he asesorado; el niño y adolescente depende básicamente de los padres o con quienes viven, entonces esas personas a veces no se comprometen.”

Sobre la edad, acá se mencionan como una barrera dado que dependiendo de esta la persona pueda estar más dispuesta a trabajar como no, algo que se menciona acá relacionado a los adolescentes y niños que es muy común que no vayan por decisión propia, sino los padres son quienes evalúan su conducta como problemática y deciden llevarlo al psicólogo.

Finalmente, las expectativas del consultante como característica fue mencionada por un conductista:

T4 (c): “Cómo toma contacto con el terapeuta, cuál es el medio que utiliza, cómo lo comunica, cuáles son los objetivos que busca alcanzar, cuáles son sus expectativas.”

Aquí finalmente, las expectativas giran sobre lo que la persona espera obtener o piensa antes de ir a terapia para lograr. Aunque también hay como una forma de gravedad, dado que menciona el “cómo toma contacto” y “cómo lo comunica”, pudiendo interpretarse de alguna manera si es que la persona busca con urgencia algo porque siente que se está desbordando o no puede más.

Continuando con el factor de cambios extraterapéuticos, el aspecto circunstancial es muy amplio, y de lo que se revisó se dividió justamente en qué situaciones o circunstancias influirían sobre la efectividad y sumado a esto el uso de otros servicios ajenos a la terapia que complementarían. En relación a las circunstancias de la vida de los consultantes, se mencionaron: la estabilidad económica, redes de apoyo social, metas personales y resiliencia.

Las redes de apoyo social fueron mencionadas por los terapeutas de las tres orientaciones, entendiéndose como el grupo de personas con las que el consultante puede relacionarse e interactuar, incluiría compañeros de trabajo, familia, amigos, entre otros:

T2 (h): “El tema de la familia, el apoyo, es decir el que tengan un sostén (...), la familia, los amigos, que tengan redes de apoyo.”

T1 (c): “El ambiente donde viven, con quiénes vive, si es una persona soltera, pues obviamente va a tener más pronóstico, mejor pronóstico cuando viven con una familia y de alguna manera se siente contenido emocional, afectivamente.”

T6 (p): “Las redes de soporte. Cuando la familia está involucrada, las personas cercanas.”

Estas redes de apoyo, como grupos sociales o personas en general con las que mantiene contacto el consultante, por lo que refieren los terapeutas apoyarían principalmente dando una contención emocional a quien sufre o atraviesa algún problema psicológico, contención que se

podría ver como una forma de escucha e interés sobre lo que le pasa cuando experimenta emociones dolorosas o también como el pasar momentos agradables que mejorarían el estado de ánimo de la persona.

Solo dos conductistas mencionaron el hecho de lograr metas personales, que se interpretaría como el logro de aspectos importantes en la vida de la persona permitiendo su desarrollo general y satisfacción. Esta circunstancia estaría muy relacionada con la de contar con estabilidad económica:

T3 (c): “Que la persona pueda desarrollarse y desempeñarse y lograr metas en la vida.”

T4 (c): “Con qué acciones comprometidas viene la persona y qué le podemos proponer para que esas acciones comprometidas se puedan orientar hacia sus valores personales.”

El logro de metas personales acá se puede ver que ambos terapeutas lo mencionan como las oportunidades y acciones que la persona ya ha estado haciendo hasta cierto punto, todo esto en relación a aquellas cosas que considera más importantes en su vida y quiere alcanzar.

La estabilidad económica fue mencionada por un conductista, entendiéndose como el hecho de contar con un trabajo y percibir ingresos para poder costear el tratamiento:

T1 (c): “La independencia económica, el que tengan un trabajo de alguna forma que los sustente es importante.”

Esta estabilidad se puede observar que es importante dado que si no se cuenta con esto no se podría ser autosuficiente en la vida de uno mismo, y porque limitaría el acceso a la salud psicológica o sería fuente de estrés de no tener esta independencia.

Un psicoanalista mencionó la resiliencia, refiriéndose a capacidad de la persona para poder sobresalir y adaptarse a situaciones difíciles o adversas que ocurren en su vida, aunque esto estaría más relacionado a una característica de la persona que una circunstancia:

T5 (p): “Que haya tenido la capacidad, no la capacidad, la posibilidad, mejor dicho, de haber creado condiciones básicas para crecer, porque incluso si es que surge un trauma grande o algo después de que el paciente ha tenido la solidez necesaria, va a poder salir de eso. Una persona que nunca consiguió estructurarse desde muy temprana edad, nunca tuvo la posibilidad de estructurarse, es crear todo eso de la nada, no que sea imposible, de hecho, se puede, simplemente es un tratamiento más difícil.”

Si bien es cierto la resiliencia es más una característica, puede observarse que la terapeuta mencionó el hecho de que la persona haya tenido “la posibilidad” de afrontar situaciones adversas y lograr superarlas, pudiéndose dar lugar acá a esas posibilidades que favorezcan esta resiliencia a factores protectores como apoyo familiar o de otra índole, o el simple hecho de haber tenido experiencias difíciles que harían como una especie de factor protector porque ya se sabe que lo adverso puede ocurrir, en cambio alguien que no y le ocurre no poder afrontarlo bien.

Finalmente, en relación a los cambios extraterapéuticos, los servicios de apoyo o complementarios, es decir todas aquellas cosas ajenas a la terapia que podrían influir en la mejora de la persona, fueron considerados. Así, los servicios de apoyo mencionados por los psicoterapeutas fueron: médicos para enfermedad, tratamientos alternativos, mindfulness, actividades artísticas, coaching telefónico, grupos de apoyo, nutricionista y apoyo psiquiátrico.

Psicoanalistas y conductistas mencionaron apoyarse en médicos en casos en los que el consultante tenga alguna enfermedad, de igual modo con el nutricionista en casos que lo ameriten. Esto aplica también para el apoyo psiquiátrico, cuando la problemática lo amerita, dada la complejidad o perturbación de la persona:

T4 (c): ““Las interconsultas médicas con personas que tienen condiciones crónicas en su salud.”

T6 (p): “Muchas veces trabajo con psiquiatras de la mano.”

Por su parte los humanistas refirieron:

T5 (p): “Si es necesario nutricionista, si es necesario médicos de cabecera, se buscan.”

De lo que mencionan, estos servicios médicos quedarían condicionados a la presencia de alguna enfermedad, que pueda estar contribuyendo con el malestar psicológico de alguna manera, o si por un tema psicológico ocurren problemas de salud. Esto sería el caso con los llamados trastornos de conducta alimentaria, que en muchos casos generan desequilibrios gastrointestinales, así como daño esofágico en caso de purgas, y aquí entraría el nutricionista de igual manera. Si bien es cierto los psiquiatras son médicos, ellos no trabajan con enfermedades, por dicha razón se los separó del factor de apoyo médico, ya que los psicofármacos no actúan sobre ninguna enfermedad.

El empleo de tratamientos alternativos fue mencionado por un conductista y humanista, esto incluiría cualquier procedimiento o tratamiento naturista, inocuo, que no se ha visto que sean efectivos:

T1 (c): “Me apoyo también en algo, en la medicina no tradicional porque es natural.”

T2 (h): “Complementario (...) las flores de Bach...”

Estos tratamientos mencionados por los terapeutas apuntan hacia el uso de algunas plantas que consideran puede ser beneficioso de alguna manera, aunque estas prácticas no van más allá como el uso de reiki, homeopatía u otros tratamientos alternativos.

Un humanista y psicoanalista mencionaron apoyarse de actividades artísticas, esto englobaría cualquier tipo de actividad recreativa relacionada al arte como la música, danza, pintura, etc., y practicarla:

T2 (h): “Complementario (...) la danza.”

T6 (p): “Muchas veces trabajo con (...) terapeutas por el arte, con terapeutas ocupacionales en el caso de los niños.”

En el caso de la terapeuta 2, el uso de la danza particularmente como algo complementario al tratamiento, posiblemente para mejorar el estado de ánimo de la persona, mientras que el terapeuta 6 lo usa con una finalidad terapéutica en sí misma, dado que menciona trabajar con terapeutas del arte y ocupacionales, de igual manera para mejorar el estado de ánimo o una cuestión motriz respecto a lo último.

El mindfulness fue mencionado solo por el terapeuta humanista, y si bien esta técnica/procedimiento es empleado como parte integral de ciertos tratamientos, puede emplearse como una práctica complementaria no específica de los tratamientos:

T2 (h): “Complementario (...) el mindfulness.”

Finalmente, un conductista mencionó el coaching telefónico y asistir a grupos de habilidades. El coaching implica brindar un servicio adicional para que el consultante pueda estar en contacto con el terapeuta en casos de experimentar malestar muy intenso o necesitar aclarar alguna duda. Los grupos de habilidades incluirían cualquier forma de grupo humano en el que se promueva el trabajo de habilidades que ayuden a mejorar la salud psicológica.

T3 (c): “Tengo un celular especial para pacientes y a los pacientes siempre les digo si es que hay una situación difícil, o de emergencia, avísenme por favor”, “También les recomiendo que vayan a grupos de habilidades.”

Este servicio del celular tendría una función preventiva en casos de personas con conductas autolesivas y no sepan cómo proceder, el contacto telefónico serviría para hacer frente a estas situaciones donde la persona siente que hará algo que atente contra su vida. El terapeuta mencionó particularmente los grupos de habilidades, como una forma de promover el aprendizaje de nuevas conductas que sean útiles a la persona para mejorar en general su salud,

pueden ser habilidades sociales como atencionales o de regulación emocional, que de hecho es algo que se hace en la terapia dialéctico conductual, terapia a la que se adscribe este terapeuta.

El factor que continúa es el de las expectativas, y si bien Lambert las separa en dos, acá se indagó sobre ambas en conjunto, ya que se consideró que en una sola pregunta se podría abarcar ambas. De este modo, en relación a las expectativas de los consultantes sobre los resultados, se comentó que su influencia afecta: la adherencia al tratamiento, y que tiene poca relevancia.

Terapeutas conductistas y psicoanalistas mencionaron que estas expectativas influirían sobre la adherencia al tratamiento, esto involucra aceptar el tratamiento a recibir y permanecer en el mismo, y dependiendo de si las expectativas, de lo que espera recibir el consultante, se ajustan a lo propuesto pues favorecerían o no el seguir con el mismo. Esto se evidencia en:

T1 (c): “Las expectativas del usuario constituyen parte de la alianza terapéutica y esta alianza es un factor muy importante en el éxito del tratamiento.”

T4 (c): “Quienes están informados de sus derechos como consultantes, indagan y solicitan información acerca del tratamiento y la experiencia profesional, lo que considero pertinente, en esa medida es probable que se genere una mejor alianza terapéutica y por lo tanto, adherencia al tratamiento.”

T6 (p): “La expectativa de que eso va a funcionar, la confianza de que, ha pedido referencias. De que tú como terapeuta, eres bueno o has tenido una trayectoria que de alguna manera él pueda tener cercanía, y de que otras personas han sido ayudadas por este tratamiento es fundamental.”

Los dos terapeutas conductuales consideran que estas expectativas juegan un rol en la alianza terapéutica, y esto hace que estas influyan sobre la adherencia o permanencia en el tratamiento y están más orientadas hacia lo esperable del tratamiento, mientras que la

psicoanalista menciona y se refiere un poco más sobre las expectativas de sí misma como terapeuta, lo que sabe de antemano la persona que va a llevar tratamiento con ella, y que esto de igual manera influiría en la adherencia.

El terapeuta humanista mencionó que tiene poca relevancia, dado que estas pueden despejarse con el diálogo y así lograr acuerdos con el consultante:

T2 (h): “Yo siento que las expectativas no son realmente significativas porque todos tienen expectativas, y es una cuestión del terapeuta que vayas dialogando con el consultante y le vayas aclarando cosas en el camino, y vayan también llegando a ciertos acuerdos.”

Desde este punto de vista, las expectativas podrían ser algo que influya pero conversando sobre las cosas que el consultante busca o espera lograr estas se podrían aclarar y disipar de alguna manera su influencia sobre los resultados.

El siguiente factor es el llamado específico o de las técnicas, y como se vio esta es la que usualmente se le atribuye mucho énfasis por parte de los terapeutas cuando se les ha preguntado, la que explicaría en buena medida la efectividad. Sobre las técnicas y su influencia en la efectividad del tratamiento, se mencionaron: reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, resolución de problemas, activación conductual, focusing, técnicas de respiración, principios básicos de aprendizaje, técnicas de exposición, análisis funcional, hexaflex, matrix, técnica psicoanalítica, y sinceridad.

Sobre este punto en particular, los terapeutas conductuales y humanistas dijeron que el uso de las técnicas dependía de cada caso, y que las técnicas se ajustaban a cada persona, pero mencionaron las que suelen emplear con frecuencia. Al ser mencionadas y ser técnicas conocidas no hay interpretación que hacer. El único detalle es en relación a un psicoanalista que mencionó usar la sinceridad como técnica, aparentemente fue una interpretación equivocada de la pregunta

dado que en ese momento se encontraba en una reunión. Aunque, de lo que refirió podría decirse que usar la sinceridad para lograr algo en particular podría considerarse como una estrategia más que una técnica, para alcanzar objetivos terapéuticos:

T6 (p): “La sinceridad creo que es la principal. Ser genuino, ser sincero, ser natural, disculparte cuando te equivocas, y preocuparte realmente por tu paciente.”

Por otro lado, la técnica que no fue mencionada directamente, sino se interpretó, fue la de los principios básicos de aprendizaje, que se entiende como el grupo de procedimientos que se basan en los procesos de aprendizaje pavloviano y operante:

T3 (c): “Los procesos de cambio bajo mi perspectiva conductual son los principios conductuales, no, el refuerzo, refuerzo intermitente, reforzamiento diferencial, moldeamiento, ósea todos esos procesos básicos realmente generan que la persona tenga mayores repertorios conductuales, promover mayor flexibilidad.”

Aunque las técnicas como la desensibilización sistemática o de exposición entrarían bajo esta categoría dado que todas las técnicas conductuales se basan en los principios básicos de aprendizaje, se consideraron separadas por una cuestión de especificidad o precisión sobre lo que los terapeutas refirieron.

En relación a los factores comunes, se indagaron en función a la división que hace Lambert de los mismos, y aquí si bien, se preguntó por cada uno, en relación a los factores comunes de apoyo, se hizo una indagación particularmente sobre la importancia de la alianza terapéutica, dado que como se ha revisado es lo que se le ha dado mayor atención y énfasis para explicar la efectividad de los tratamientos. En general, la relación terapéutica fue considerada muy importante por todos los terapeutas, aunque se interpretaron dos roles que tendría respecto a la efectividad del tratamiento: facilita la adherencia y predice la efectividad. Los terapeutas de las tres orientaciones coincidieron en que la alianza terapéutica además de ser muy importante,

sería predictora de la efectividad del tratamiento, por lo que tendría un papel activo en relación a la mejoría del consultante, dándosele mucho énfasis para construirla y lograr resultados:

T2 (h): “Es lo esencial, lo principal, es algo en lo que yo trabajo desde el primer segundo (...) para mí el vínculo es lo más importante, como te lo he dicho en las otras preguntas, es lo que más trabajo, en lo que más me esfuerzo.”

T3 (c): “Es fundamental, probablemente si no hay la relación terapéutica no se pueden generar cambios. Es necesario que la otra persona se sienta escuchada, comprendida, entendida, es fundamental para poder lograr cambios.”

T5 (p): “Mira, creería, sin temor a equivocarme, que el 100% de la efectividad. Si no hay una buena alianza no pasa nada. Porque todo se desarrolla en base al vínculo.”

De lo que refieren estos terapeutas, esta relación tiene un papel central de cara al trabajo terapéutico, que sería la base sobre la que se empezarían a trabajar las técnicas o intervención en sí misma, de modo que el no lograr desarrollar esta alianza implicaría no alcanzar resultados esperados, dado que el consultante no estaría dispuesto a trabajar o abandonaría si no se sintiese comprometido y/o entendido.

Mientras que un conductista mencionó que es muy importante, pero que su rol estaría más en relación a mejorar la adherencia al tratamiento, aunque si bien esto se relaciona con la predicción de los resultados, no sería lo único sobre lo que se enfocaría el tratamiento:

T1 (c): “Es importantísimo (...) del 1 al 10 un 7 (...). La alianza terapéutica, esa relación de confianza, como amistad que se brinda a una persona, ese hacerle sentir que yo lo puedo ayudar, que yo lo puedo orientar, que yo lo puedo de alguna manera dirigir su búsqueda, es muy importante.”

Continuando con los factores comunes de apoyo, se exploró sobre las características de los terapeutas que consideraron apoyan la efectividad de sus intervenciones, mencionándose:

empatía, confianza, cercanía/calidez, confrontativo, genuino/spontáneo, supervisión y autoconocimiento.

La empatía fue mencionada por conductistas y psicoanalistas, entendiéndose como la facilidad del terapeuta para poder comprender las circunstancias que atraviesa su consultante, y cómo esto da paso a sentir sufrimiento o malestar que lo lleva a buscar sus servicios. Se evidencia en:

T1 (c): “Esa predisposición a escuchar y en todo momento ponerme en el lugar de la otra persona.”

T5 (p): “La honestidad, la sensibilidad, la empatía.”

Esta empatía se refleja en el terapeuta 1 en escuchar y tratar de entender el punto de vista del otro, mientras que en el segundo es más sobre el ser sensible a lo que cuenta la persona.

La cercanía/calidez fue mencionada por el terapeuta humanista y conductistas, se interpreta como el comportarse de modo que se trata al cliente “al mismo nivel” del terapeuta, en el sentido que no hay una relación de superioridad o jerarquía, sino de igualdad entre dos personas que trabajan conjuntamente para un propósito en particular. En este sentido, mostrarse “cercano” también implica mostrarse atento e interesado en el relato del consultante y acogerlo, acompañándolo y sirviendo de soporte emocional frente a esas experiencias dolorosas que puede referir en consulta. Sobre esto los conductistas refirieron:

T2 (h): “Yo soy muy cercana con mis pacientes, es decir, conmigo no hay esta sensación de este es el terapeuta y este el paciente (...). Lo que me han dicho mis pacientes (...) que suelo ser muy amorosa (...), que los recibo de esta manera muy tierna que se sienten con ganas que les inspiro confianza y alivio y me puedo abrir.”

T3 (c): “Yo puedo de repente tener etapas, generalmente la primera fase donde es más validación, más comprensión, más comprender.”

T4 (c): “Quien consulta, también aprecia eso no, encontrarse con otro ser humano que experimenta las mismas emociones, y eso creo que ayuda a que las personas puedan fortalecer la alianza terapéutica (...) abrirse a la emoción.”

Esta cercanía en el caso de la terapeuta 2, se refleja en la ternura con la que refiere trata a sus consultantes, quienes se lo han hecho saber, que es amorosa, lo que da paso a la confianza y alivio que genera en sus consultantes. En el caso del terapeuta 3, esta calidez fue mencionada como validación, que es de igual manera escuchar y reflejar que se entiende el problema, de una manera que se acoge al otro, mientras que en el último terapeuta esto es similar al 2, mostrándose como un igual, una persona con otra que también siente y se emociona.

La confianza también fue mencionada por un conductista y el terapeuta humanista, y se interpreta como esa seguridad que brindan al consultante, y esto sería resultado de prestar atención, interés, dar soporte, y otras características:

T1 (c): “La capacidad de brindar confianza.”

T2 (h): “Que los recibo de esta manera muy tierna que se sienten con ganas que les inspiro confianza y alivio y me puedo abrir.”

Sobre la confianza en el primer caso la confianza queda lograda, como se comentó, mediante la escucha atenta, mientras que con el terapeuta 2 es más un producto del trato cálido y tierno que menciona tener con sus consultantes, aunque claro esto también implica escuchar atentamente y con interés.

Otra característica donde hubo coincidencia entre un conductista y psicoanalista fue el ser genuino/espontáneo, que se entendería como el comportarse de manera natural, sin fingir o pretender comportarse de una forma distinta a la usual:

T4 (c): “El mostrarse este litigio con la intención genuina de que sí me importa, creo que esas son algunas de las características que vamos reconociendo en nosotros mismos,

superar un temor de que como si necesitásemos escondernos (...), que la otra persona te conozca como realmente eres.”

T3 (p): “La honestidad, (...) de hecho, sí la honestidad, la transparencia, yo soy muy obvia, yo soy lo que soy frente a mis pacientes o frente a, ellos se dan cuenta cómo soy yo.”

En cuanto a la espontaneidad, en ambos terapeutas se relaciona con el hecho de mostrarse como con cualquier otra persona, sin aparentar algo que no se es por estar en un rol de terapeuta. En alguna medida esto se relacionaría con lo de cercanía, al mostrarse tal cual es, como una persona, que también piensa y se emociona, más que como un profesional.

El ser confrontativo fue mencionado por un terapeuta conductista, interpretándose por esta el hacer que el consultante empiece a realizar las cosas que lo ayudarán a mejorar su situación, en caso no lo esté haciendo y ya se haya visto en consulta:

T3 (c): “Generalmente la primera fase donde es más validación, más comprensión, más comprender, pero llega un momento en donde digo ok, entiendo tu situación, qué vamos a hacer. Tenemos que hacer algo porque si nos mantenemos en lo mismo como consecuencia nos vamos a quedar en lo mismo. Entonces hay que tratar de hacer algo diferente, no digo que sean cambios totales, pero de repente cambios pequeños, no.”

Esta confrontación se ve como una forma de decir las cosas claras y directas, haciéndole notar al cliente, por ejemplo, en caso se le ha explicado algo y sigue haciendo las mismas conductas, que está evadiendo una situación o que no realiza las actividades planeadas y que son necesarias para la mejora del mismo. Esta confrontación, además, no es una donde se critica o juzga lo que el cliente experimenta o hace, se trata con respecto al cliente, pero con firmeza suficiente para que pueda dejar aquellos reportorios conductuales que son parte del problema.

Finalmente, un psicoanalista mencionó el autoconocimiento y la supervisión como características que se relacionan con la efectividad. El autoconocimiento implicaría el hecho de conocerse a sí mismo, conocer sobre su propio comportamiento, pensamientos, emociones en diferentes situaciones; mientras que la supervisión como el hecho de contrastar o que alguien más supervise la información de sus casos:

T14: “Ehm, de manera retrospectiva, mi análisis personal, y de manera prospectiva, las supervisiones. En el sentido que, todo lo que hice antes, en cuanto a conocerme a mí misma es uno de los factores más importantes, pero luego también cuando ya tengo material y situaciones en sesión que puedo llevar en supervisión. Creo que esas dos cosas son las que me permiten darle la vuelta a situaciones donde uno piensa que no hay mucho que hacer, no. Esas dos.”

Aquí se asumen que las supervisiones son la que se suele recibir de otros colegas sobre los casos que se están tratando para así recibir retroalimentación y mejorar la intervención, y de hecho esto se relaciona con el autoconocimiento, en el sentido de poder darse cuenta de lo que se está trabajando y quizá las limitaciones que se puedan tener y consecuentemente pedir ser supervisado para mejorar.

Por el lado de los factores comunes de aprendizaje, se indagó sobre cuáles o qué aprendizajes que logren desarrollar/adquirir los consultantes consideraban importantes de cara a la efectividad del tratamiento, identificándose: cambios conductuales, comprender jerarquía del yo, contactar el presente, saber del tratamiento recibido, aceptación, autoconocimiento, autocompasión, y expresar deseos personales.

La aceptación fue mencionada por terapeutas conductuales. Esta se interpreta como la capacidad del consultante para abandonar la lucha con sus experiencias privadas dolorosas o que causan malestar, sin evitar o escapar de ellas.

T3 (c): “El malestar y el sufrimiento humano es parte de la vivencia humana, del hecho de vivir. Y que, no necesariamente el malestar es lo que genera dificultades o problemas en la vida, sino las cosas que perdemos por dejarnos llevar por ese malestar (...) trabajar más aceptación, más disposición al malestar.”

T4 (c): “Cuando un consultante se involucra activamente en el proceso de la terapia y es capaz de responder sus "para qué", estará más dispuesto a notar sus pensamientos, lo que siente en el cuerpo, de las emociones y menos dispuesto a buscar el "por qué".”

El proceso de aceptación es algo propuesto en la terapia de aceptación y compromiso, y de lo que mencionan los terapeutas se refieren justamente a esto, el que el consultante pueda aprender a aceptar sus emociones y pensamientos que usualmente busca a toda costa eliminar, dado que es usualmente esta lucha con el querer eliminar el malestar lo que termina generando mayor sufrimiento al alejarse de lo que importa en la vida de uno o deteriorando la vida por las conductas que se usan para evitar o escapar de estas experiencias internas. Aunque claro que para llegar a este aprendizaje toma tiempo.

Un conductista mencionó los cambios conductuales, que no es un aprendizaje en sí sino el resultado de los aprendizajes adquiridos por el consultante. Esto puede verse como una dificultad para entender la pregunta o que era poco clara lo que, de hecho, el terapeuta mencionó que era una pregunta muy general. Más allá de esto, esta respuesta refleja la importancia de la mejoría en términos de las diferentes dimensiones del comportamiento, y que estos aprendizajes serían vistos en términos de resultados en estos cambios emocionales, cognitivos o conductuales.

T1 (c): “Todos los cambios que haga la persona a nivel cognitivo, conductual, y a nivel emocional.”

El comprender la jerarquía del yo y contactar con el presente fueron mencionados por el humanista. Comprender la jerarquía del yo se interpreta como el aprendizaje sobre que las

personas tenemos diferentes dimensiones o partes y que estas en conjunto conforman al yo, las emociones, pensamientos, recuerdos, lo espiritual, etc., todas son experiencias que son integradas en un yo. Mientras que contactar el presente, se entiende como el hecho de aprender a atender, interactuar con lo que pasa en el aquí y ahora de la persona, sin distraerse de lo que se hace por pensar sobre cosas que podrían pasar o sobre cosas que ya pasaron.

T2 (h): “El hecho de que las personas puedan entender que somos más que la suma de todas nuestras partes”. “El que dejen de enfocarse en el por qué (...) cuando realmente se dan cuenta que el pasado no importa, que el futuro siempre es una oportunidad y estamos siempre en el aquí y el ahora, y que el pasado hay que dejarlo atrás, y que también dejarlo atrás es una decisión.”

Acá la terapeuta refiere lo de la jerarquía del yo como la frase de que todos somos más que la suma de nuestras partes, mientras que el momento presente como el hecho de que siempre estamos en el aquí y ahora.

Respecto al saber del tratamiento recibido, fue mencionado por un terapeuta conductual, y refiere al hecho de que el consultante sepa sobre las características del tratamiento, si se ha investigado, cómo es, entre otras cosas similares:

T3 (c): “El hecho de referirles a los consultantes qué es una terapia basada en evidencias, y qué no es una terapia basada en evidencia.”

Sobre conocer del tratamiento, el terapeuta se orienta más sobre el hecho de hacer saber a la persona que existen tratamientos que tienen un fuerte respaldo de investigaciones y otras que no, siendo esto algo un aprendizaje que se puede inferir generaría una especie de confianza de saber el consultante lo que recibirá.

El orientarse a valores fue mencionado por otro conductista, y se entiende como el aprendizaje de que hay cosas que puede hacer el consultante para acercarse hacia lo que considera importante en su vida y le gustaría lograr o alcanzar:

T4 (c): “Si un consultante nota que es capaz de vivir una vida que valga la pena vivirla.”

Esto de los valores es algo que también se fomenta en la terapia de aceptación y compromiso, y que para este terapeuta que los consultantes aprendan que pueden vivir su vida orientada a lo que consideran importante a pesar de su sufrimiento es posible.

Por otro lado, una psicoanalista mencionó el autoconocimiento y la autocompasión. El autoconocimiento ya se ha mencionada anteriormente en otra pregunta. La autocompasión por su lado, se interpreta como el ser más amable y gentil con la propia experiencia interna (emociones, pensamientos) y sobre sí mismo, sin juzgarse o criticarse de manera muy negativa por algo:

T5 (p): “Aprender a entenderse a sí mismos, a no ser tan duros consigo mismos.”

De lo que menciona la terapeuta, el conocerse a sí mismo y no ser tan duro iría de la mano, dado que, si uno se conoce con todo y sus limitaciones y fortalezas, en momentos en los que uno pueda equivocarse o no poder lograr algo dadas sus limitaciones en ese momento, pues no sería tan duro con lo que se dice.

Finalmente, el otro terapeuta psicoanalista mencionó el expresar deseos personales, que se interpreta como que el consultante aprenda a decir sus opiniones, deseos, pensamientos libremente.

T6 (p): “La capacidad de estar con un otro, no, pensándose. La capacidad de hablar de sí mismos, pero con otro, saber que no siempre se les va a entender al cien por ciento, y, sí, eso.”

Particularmente acá, lo de expresar deseos está más en relación a poder conversar o interactuar con otras personas a pesar de que pueda haber la incertidumbre de que probablemente no todo lo que uno pueda decir el otro lo entenderá con la intención que uno quería, pero a pesar de eso seguir ahí.

Finalmente, sobre los factores comunes de acción, aquellas conductas que consideran importantes promover para lograr la efectividad, se mencionaron: autoestima, autoconcepto, autoconocimiento, empatía, aceptación, describir experiencias, flexibilidad psicológica, acciones orientadas a valores y la espontaneidad. Si bien son más constructos, se mencionaron algunas acciones concretas.

El autoconocimiento y aceptación fueron mencionados por el humanista y un psicoanalista. Ambas ya han sido definidas anteriormente, y se evidencia en:

T2 (h): “La capacidad de autoobservación, ósea que puedan preguntarse qué me pasa con esto (...) es el hecho de no tomarse las cosas personal [sic] (...). Que cada quién hace lo mejor que puede con la información que tiene (...) sobre todo el tema de autocuestionarse.” Sobre aceptación: “que no tengan miedo de sentir emociones negativas, que las emociones negativas, que no existen emociones positivas o negativas, simplemente son emociones, y que cada emoción te viene a dar un mensaje.”

T5 (p): ““El autoconocimiento y la aceptación. Aprender a leer su propio inconsciente”.

Si bien antes se mencionó el autoconocimiento, acá es mencionado por el terapeuta 2 como principalmente el poder observarse así mismo, mientras que para el terapeuta 5 va orientado a conocer su inconsciente, y claro esto es parte de la teoría psicoanalítica. Anteriormente se mencionó a la aceptación como el reconocer las propias emociones y pensamientos que pueden ser dolorosos y no querer eliminarlos, acá lo menciona la terapeuta 2 como el no tener miedo a sentir emociones de cualquier índole, y que como tales dan mensajes,

y de hecho esto es parte de la aceptación, dar la bienvenida a estas experiencias sean agradables o desagradables porque siempre estarán y tienen una función, lo que se vería como conducta en el reconocer la experiencia sin hacer algo por eliminarla.

Las acciones orientadas a valores fueron mencionadas por dos terapeutas conductuales, y esto se interpreta como las conductas de acercamiento que se promueven en el consultante hacia lo que considera importante en su vida en general.

T3 (c): “promover conductas que estén más relacionadas a un repertorio más flexible, más funcional, y sobre todo que vaya más en coherencia a lo que es importante para el consultante.”

T4 (c): “Acciones comprometidas en dirección a sus valores personales.”

Esto de las acciones orientadas a valores es otro concepto que viene de la terapia de aceptación y compromiso, y como describen los terapeutas, implica hacer que el consultante pueda hacer cosas que lo acerquen hacia lo que para él/ella sea muy importante, por más pequeñas que sean estas acciones.

La autoestima y autoconcepto fue mencionada por un terapeuta conductual, entendiéndose por la primera el conjunto de creencias y actitudes sobre la valoración que tiene la persona sobre sí misma, y el autoconcepto el cómo se define u opina la persona sobre sí misma.

T1 (c): “Promover, generar, desarrollar, fortalecer la autoestima (...) considero que si una persona aprende a fortalecer su autoestima va a tener cambios en todos los casos (...). El autoconcepto en particular es observable a través de la verbalización, si le pregunto que se defina a sí misma, me lo puede decir o escribir.”

Aquí la autoestima y autoconcepto serían conductas o acciones observables en la medida en que la persona pueda cambiar su forma de expresarse o hablar sobre sí misma, algo que es

importante dado que permite evaluar mediante el reporte verbal los cambios que ha logrado el consultante.

La empatía y el describir experiencias fueron mencionadas por el humanista, por el segundo factor se entiende el que la persona aprenda a describir su propia experiencia privada tal como la siente, sin emitir juicios de valor o evaluaciones.

T2 (h): “Que no tengan etiquetas sobre lo que están sintiendo (...) que simplemente aprendan a describir.”

Un terapeuta conductual mencionó la flexibilidad psicológica, este es un concepto tomado de la terapia de aceptación y compromiso y se refiere a promover conductas en la persona relacionadas a disminuir los repertorios conductuales evitativos, y aumentar los repertorios sobre fuentes de estimulación apetitiva.

T3 (c): “promover conductas que estén más relacionadas a un repertorio más flexible, más funcional (...). Reducir conductas que de repente más se basan por patrones rígidos o reglas verbales, o por conductas evitativas, o que realmente no nos permiten acercarnos a cosas que sean tan importantes y valiosas.”

Otro conductista mencionó el notar los pensamientos, que se interpreta como la habilidad de poder darse cuenta de cuándo aparecen los pensamientos y dejarlos ahí sin empezar a centrarse en ellos o prestarles atención.

T4 (c): “Que el consultante pueda observar y distanciar pensamientos rumiativos.”

Finalmente, la espontaneidad fue mencionada por una psicoanalista, algo ya definido anteriormente, aunque en este caso promovido en el repertorio del consultante:

T6 (p): “Que ellos hagan lo que realmente desean, ósea que realmente sepan que lo que están haciendo parte de un deseo y que sea solo de ellos, y que sean libres de hacerlo, y que sean genuinos.”

Acá se enfatiza el hecho de que la persona pueda comportarse libremente, sin tener miedo o vergüenza, que si gusta hacer algo lo pueda hacer sin ponerse peros, visto así se relaciona mucho con el hecho de acciones orientadas a valores.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como ya se había comentado en capítulos anteriores, esta investigación tuvo como objetivo analizar los factores atribucionales de efectividad de los tratamientos psicológicos realizados por psicoterapeutas, y como objetivo específico comparar según la orientación o modelo de intervención del terapeuta. En relación a la efectividad, se sostuvo que implica que un tratamiento sea beneficioso en un contexto diferente al del laboratorio (Lambert, 2013), el contexto clínico donde labora el psicólogo terapeuta; y que esta estaría influida por una serie de factores como las características de los pacientes y terapeutas (American Psychological Association, 2002; Bados et al., 2002), los aspectos sobre la relación terapéutica y el proceso (Wampold et al., 1997), las técnicas específicas, las expectativas y los factores extraterapéuticos o circunstancias ajenas a la terapia (Lambert, 2003). Se partió de la idea de que los factores atribuidos a la efectividad serían diferentes según el modelo u orientación de los terapeutas, ya que la forma de conceptualizar y abordar un caso se subordina a estos; sin embargo, se encontraron coincidencias entre terapeutas de diferentes orientaciones. Esto implicaría, de cierta forma, que las psicoterapias serían más comunes que diferentes incluso en sus factores específicos al ser comparadas (Botella & Maestra, 2016), ya que de lo contrario los factores atribucionales descritos serían muy diferentes o variados, además de conceptualmente relacionadas o específicas de sus enfoques, lo que de hecho no fue el caso dado que inclusive hubieron diferencias entre los mismos terapeutas de la misma orientación en ciertos factores.

En este sentido, respecto al factor de cambios extraterapéuticos, particularmente sobre las características de los clientes que apoyarían a la efectividad del tratamiento, los terapeutas de las tres orientaciones coincidieron en la motivación, lo que en términos funcionales del comportamiento implica que ciertos acontecimientos en la vida del sujeto tienen lugar y funcionan como operaciones de establecimiento para que realice ciertas conductas (de Pascual et al., 2020), que en este caso, como se comentó, sería el hecho que el cliente busque a un

terapeuta, teniendo esa disposición para el cambio. Esto muy coherente con lo que Lambert (2013) menciona en su revisión, que cuando la motivación es intrínseca, la persona se siente por sí misma preparada y lista para cambiar, esto predeciría una adherencia al tratamiento. Se ha visto en algunos estudios que la motivación no se relaciona significativamente con el resultado del tratamiento (Johansson, 2019), aunque sí se ha relacionado con la adherencia, es decir asistir a terapia y no dejarla (Marker et al., 2019), aunque no con la mejoría del cliente per se. En la investigación de Mantilla y Sologuren (2006) la motivación personal fue mencionada, por los terapeutas, como un elemento de la primera sesión importante en relación a efectividad; mientras que Lynch (2012) reportó que la motivación fue factor un importante para los terapeutas ya que aumentaba la efectividad del tratamiento. Otra característica donde hubo coincidencia entre un conductista y psicoanalista fue sobre la inteligencia, y el resto de características como la edad, gravedad y conciencia de problema, expectativas y capacidad para relacionarse, fueron mencionadas, pero sin coincidir. Todas las categorías mencionadas son coherentes con lo descrito por Bohart and Greaves (2013), quienes hace una revisión sobre las características de los clientes relacionados con el tratamiento, la severidad del problema en algunas investigaciones se relacionó con peor pronóstico y en otras lo contrario, la motivación también se mostró como un predictor pero las investigaciones no son concluyentes, esta variable fue también relacionada con la cooperación y participación del cliente por Gonzalez (2002) que encontró que depende de cómo el terapeuta interactúe con el cliente y la edad que tampoco ha mostrado relacionarse con mejores resultados. Aunque en la investigación de Mantilla y Sologuren, la capacidad para establecer alianza terapéutica, modo de vincularse con el terapeuta, capacidad de conciencia, expectativas del tratamiento, y el nivel intelectual sí fueron mencionados por los terapeutas de esta investigación, junto con otras características. Algo que también describe Lynch, sobre las características de gravedad del problema o sintomatología y la habilidad de formar una relación.

Continuando con el factor de cambios extraterapéuticos, en lo que respecta a las circunstancias de la vida de los clientes que apoyan en alguna medida a la efectividad de las intervenciones, tres terapeutas participantes de este estudio de las tres orientaciones coincidieron en que el contar con redes de apoyo social es importante. Las redes de apoyo social, entendido como la información que tiene una persona que lo lleva a creer, uno o más de las siguientes informaciones, que es amado y cuidado, estimado y valorado, o que pertenece a una red de mutuas obligaciones y comunicación (Cobb, 1976); tiene sentido a la luz de lo que diferentes autores han investigado en relación a esta con morbilidad y mortalidad de las personas (Reblin & Uchino, 2008), o sobre cambios en síntomas específicos de estrés (Mallinckrodt, 1989), además que en recientes investigaciones se ha reportado que contar con este apoyo social se relaciona con la disminución de problemas o malestar psicológico y un incremento en la satisfacción con la vida en población asiática (Khatiwada et al., 2021; Yu et al., 2020). Una circunstancia mencionada por dos conductistas fue el haber alcanzado metas personales, esto se ha visto que guarda una relación con el bienestar psicológico subjetivo de la persona y con cambios en el sentido de vida (Stauner, 2013), de modo que podría verse como un factor que favorecería la efectividad. La estabilidad económica, mencionada por un conductista, en sí misma no se ha estudiado mucho, sino el estatus socioeconómico, y es algo que se ha visto guarda relación con ciertos problemas psicológicos como la depresión (Falconnier, 2009) y en general es considerado un factor de riesgo para una pobre salud mental (Lam et al., 2019), esto es lógico dado que los factores sociales tienen un importante impacto sobre la salud psicológica. Finalmente, un psicoanalista mencionó la resiliencia, aunque esto esté más relacionado a las características de los consultantes, se ha reportado que esta se relaciona negativamente con malestar psicológico (Bacchi & Licinio, 2017; Yasien et al., 2016), más resiliencia menos malestar, aunque en relación a la efectividad no se encontró evidencia.

El último aspecto sobre cambios extraterapéuticos fue el de los servicios complementarios que contribuyen con que el tratamiento sea efectivo, donde conductistas y psicoanalistas coincidieron en apoyarse en médicos en caso de enfermedad, nutricionista y en psiquiatras. En el caso del apoyo psiquiátrico, esto tiene sentido para lo que reportan los metaanálisis sobre el efecto combinado de la psicoterapia más farmacoterapia, que en el caso de la depresión particularmente combinados dan mejores resultados (Cuijpers, 2014; Karyotaki et al., 2016). En relación a los médicos y nutricionistas, estos estarían más supeditados a los efectos de las conductas problema de la persona, siendo los trastornos de conducta alimentaria, adicciones, y otros que atentan contra la salud de la persona, donde sean requeridos y evidentemente mejorarían la calidad de vida de la persona. Respecto a los tratamientos alternativos, mencionado por un conductista y un humanista, existen pocas investigaciones al respecto, y las pocas que hay muestran muy poca, o nula, eficacia (Fønnebo et al., 2007; Strauss et al., 2011), relacionándose más a un efecto placebo. Por otro lado, un humanista y psicoanalista mencionaron el hacer actividades artísticas, esto se ha visto que se asocia con menores niveles de malestar psicológico y mayor satisfacción con la vida (Toyoshima et al., 2016; Wang et al., 2020), de hecho el que la persona pueda hacer actividades que le generen placer se ha relacionado mucho con la depresión, ya que usualmente las personas deprimidas se involucran en menos actividades placenteras (Ferreira & Barham, 2018; Lewinsohn & Graf, 1973), por lo que sí tiene una influencia. Un conductista refirió emplear el coaching telefónico, y esto no es nuevo ya que la telepsicología, en sus diversas formas, se ha mostrado efectiva para tratar diferentes problemas (Godine & Barnett, 2013), y sus aplicaciones pueden ir desde proveer apoyo vía correos o llamadas en caso el cliente tenga crisis, hasta monitorear su progreso (Barnett, 2014). Este mismo terapeuta mencionó también recomendar a sus consultantes asistir a grupos de habilidades, grupos que, junto a los que brindan apoyo, han mostrado ser efectivos para mejorar el bienestar, mejorar las competencias sociales, reducción de síntomas, entre otros (Worrall et al., 2018). Finalmente, el terapeuta humanista mencionó el mindfulness como algo complementario, y es

una técnica/procedimiento que de hecho se usa como parte del trabajo terapéutico en terapias como la terapia cognitivo conductual basada en mindfulness, en la terapia dialéctico conductual y la de aceptación y compromiso, ya que se ha visto que tiene muy buenos resultados, viéndose efectiva para tratar problemas psicológicos en población infantil, adolescente y adulta (Franco et al., 2010; Zhang et al., 2022).

Respecto al factor de expectativas, los terapeutas conductistas y psicoanalistas coincidieron en que estas jugarían un rol en relación a la adherencia. En la investigación de Mantilla y Sologuren, las expectativas en relación al tratamiento fueron mencionadas por los terapeutas en relación a aspectos de la primera entrevista tomados para evaluar la efectividad. Una revisión sobre el papel de las expectativas, resume que estas afectan los resultados, de hecho Lambert las menciona por esta razón, esta varía en el proceso y además estas pueden afectar los resultados dependiendo de la congruencia de las expectativas del consultante y del terapeuta, además de variar en función de edad, género, estilo de relacionarse, severidad de síntomas, experiencias pasadas, rasgos de personalidad, y funcionamiento interpersonal (Antichi et al., 2022). Solo un terapeuta mencionó que no tenían gran relevancia, y de hecho en esta revisión se ve también cómo éstas se modifican con el paso de las sesiones y aclaraciones que pueda hacer el terapeuta.

En el siguiente factor de efectividad, las técnicas que se mencionaron fueron muy variadas, de hecho, ningún terapeuta mencionó las mismas técnicas, aunque en el caso de los conductistas esto obedece a los principios de aprendizaje. En la investigación de Romero, se vio que los terapeutas atribuían un 20% a la efectividad de la terapia a las técnicas, aunque acá no se preguntó sobre esto, las técnicas mencionadas gozan de efectividad. Esto puede consultarse en la página de la División 12 de la APA (Division 12 of the American Psychological Association, n.d.), donde se mencionan los diferentes tratamientos disponibles que se han visto eficaces para el tratamiento de diferentes problemas psicológicos, técnicas en sí mismas que se ven como

tratamientos y mencionaron los psicólogos son terapias basadas en la exposición, terapia resolución de problemas, terapias basadas en mindfulness (en el caso del focusing), la terapia de activación conductual para depresión, terapia de aceptación y compromiso (para el Hexaflex y Matrix), y terapias psicoanalíticas y psicodinámicas.

Siguiendo con los factores, respecto a los factores comunes, la relación o alianza terapéutica fue considerada por todos los terapeutas como un factor importante para la efectividad, pero las respuestas fueron diferentes en cuanto al rol que cumpliría, de este modo terapeutas de las tres orientaciones coincidió en que esta tenía un rol predictivo sobre los resultados de la terapia, mientras que solo un conductista mencionó que esta facilitaba la adherencia al tratamiento. Este primer rol sobre la relación, de que es un factor predictivo se ha visto en una investigación reciente (Zilcha-Mano et al., 2015), que esta depende mucho de cómo la valora el terapeuta, además de que esta va cambiando como resultado también de lo mejora de los síntomas de la persona tratada, y que esta alianza sería un producto de los cambios sintomáticos. Por otro lado, el rol de que sirve para la adherencia y no ser lo único, es más coherente, ya que, como se ha visto, una buena relación terapéutica es un factor predictor de efectividad, pero es uno más dentro de un grupo de factores, como lo son las técnicas empleadas, los cambios extraterapéuticos y las expectativas del cliente sobre la terapia (Lambert, 2003).

En relación a los factores comunes de apoyo, las características de los terapeutas que apoyan la efectividad del tratamiento, conductistas y el terapeuta humanista coincidieron en ser cálidos/cercanos y brindar confianza al consultante. El mostrarse cercano con el cliente, que como se dijo no solo era mostrarse “horizontalmente” en el trato sino también acompañar y atender a lo que narra, fue referida por Heinonen et al. (2012) como que el terapeuta se muestre activo y comprometido, lo que fue predictor de una rápida disminución de síntomas en intervenciones de corta duración, además los terapeutas que mostraban menos disfrute y confianza en el trabajo fue predictor de resultados pobres en intervenciones de corta duración.

Un terapeuta mencionó la validación y se incluyó dentro del trato cercano y cálido, dado que la validación, que implica que el terapeuta comunique que las conductas del cliente tienen sentido atendiendo a las situaciones que pasan en su vida y lo acepte tomando su discurso en serio (Linehan, 1993), empatía (factor que fue mencionado por un conductista y psicoanalista) y cercanía aquí presentadas son similares a las características socioemocionales descritas por Heinonen and Nissen-Lie (2019) en su estudio, que comprendía constructos como la empatía, calidez, capacidad de manejar la crítica, comunicación positiva y clara, y respeto; que fueron predictores consistentes de mejores resultados terapéuticos. El ser espontáneo/genuino, mencionado por un conductista y psicoanalista, fue algo que mencionaron psicoterapeutas en el estudio de Mantilla y Sologuren. Respecto a ser confrontativo no se encontró alguna evidencia que hable al respecto como tal. Sobre el recibir supervisión, que fue mencionado por un psicoanalista, solo una investigación (Heinonen et al., 2014) reportó que cuando los terapeutas enfrentan dificultades, pero emplean estrategias constructivas (como buscar supervisión, discutir con algún colega, entre otros) esto funciona como predictor para una reducción rápida de los síntomas del cliente. Para la característica de autoconocimiento, fue mencionado por terapeutas en la investigación de Mantilla y Sologuren. En la investigación de Lynch las características que refieren los terapeutas que consideran ayudan a la efectividad son: la empatía, el mostrar interés, la cercanía, calidez, validar, respeto y mostrarse abierto; mientras que en la de Mantilla y Sologuren igualmente mencionan la empatía, autenticidad, autoconocimiento, calidad humana, flexibilidad y apertura, compromiso con el trabajo, y experiencia y preparación. Características, que como se puede observar son similares a las reportadas acá. Cabe recordar que como se ha descrito antes, Lambert (2013) menciona que el mantener una relación positiva, con respeto, empatía, calidez, la experticia del terapeuta, la estructura/organización de la terapia, la exploración abierta/confianza, son factores comunes de apoyo que apoyarían la efectividad.

En lo concerniente a los factores comunes de aprendizaje, las respuestas no coincidieron entre terapeutas de diferentes orientaciones. La aceptación fue mencionada por dos conductistas, esta es promovida en la terapia de aceptación y compromiso como una forma de poder lograr que la persona abandone la lucha con sus experiencias internas que tanto evita, como pensamientos y emociones, dado que aumenta el dolor y sufrimiento de la persona al largo plazo (Forsyth & Ritzert, 2018). Otros aprendizajes que fueron mencionados y están íntimamente relacionados a la terapia de aceptación y compromiso son el comprender la jerarquía del yo, contactar con el presente, y orientarse a valores. Algo curioso es que esto de la jerarquía del yo y estar en el presente fue algo mencionado por la terapeuta humanista, viéndose que habría ciertas similitudes entre los enfoques. De hecho, algunas de las similitudes que comparte ACT con las terapias humanistas es su foco sobre problemas existenciales y de sentido/significado de la vida, ven el sufrimiento como algo que no se puede erradicar proponiendo la aceptación, parten de una comprensión contextual del sufrimiento no como trastornos, y priorizan cualidades de que sea experiencial (Sabucedo, 2021). Saber sobre el tratamiento no se ha podido encontrar referencias al respecto, y sobre el expresar deseos personales, autoconocimiento y autocompasión sí, de hecho, Lambert (2013) menciona los factores de aprendizaje de experiencias emocionales correctivas, reencuadre de la percepción de uno mismo, reexperimentación afectiva y la toma de conciencia que se relacionan con estos mencionados por los terapeutas.

Finalmente, de los factores comunes de acción que fueron mencionados, el autoconocimiento y aceptación fueron mencionados por el humanista y un psicoanalista, en formas de conductas promovidas lo primero implica diferentes procesos, por ejemplo en una investigación se halló que este autoconocimiento estaría asociado positivamente con la salud mental (Behjati et al., 2011), la autoimagen como parte de esto se ha visto que cumpliría un rol predictivo sobre los resultados, particularmente sobre la reducción de síntomas y problemas

interpersonales (Ryum et al., 2014); esto también se relaciona con el autoestima, dado que todos son “componentes” del yo o self. Nuevamente, dos terapeutas conductistas mencionaron aspectos del trabajo de ACT, que son las acciones orientadas a valores, notar los pensamientos (que sería defusión cognitiva) y promover la flexibilidad psicológica, que es sobre lo que trabaja ACT, y se ha visto que es eficaz para tratar problemas de ansiedad, depresión, dolor crónico, uso de sustancias, y otras condiciones como psicosis o trastornos de conducta alimentaria (Gloster et al., 2020).

Las diferencias y semejanzas halladas en el presente trabajo y los de Mansilla y Sologuren, Lync y Romero pueden deberse a, en el caso de las diferencias, los marcos teóricos tomados en consideración en el presente fueron más amplios en comparación a los tomados por ellos, además la experiencia de quienes han llevado a cabo dicha investigación y la actual difiere, así como la propia experiencia personal de los terapeutas entrevistados acá; y en cuanto a las similitudes, a que realmente hay factores atribucionales de efectividad comunes que explicarían la efectividad de los tratamientos psicológicos, y que por lo que se ha podido observar en el marco teórico, en alguna medida estarían bien definidos por la delimitación de Lambert.

Los resultados apuntan a que realmente hay factores atribucionales de efectividad que emplean los psicoterapeutas de Lima, y que estos en su mayoría son similares independientemente de la orientación de los terapeutas, además de respaldar los estudios e investigaciones citadas al respecto. Por lo visto en la teoría, hay diferentes investigaciones sobre ciertos factores, que variables en estudios cuantitativos, que afectan o contribuyen a que un tratamiento sea efectivo, y otros que no son concluyente o no se han estudiado, como el tema de la edad respecto a las características de los consultantes y terapeutas. Si bien la clasificación que hace Lambert sobre los factores de efectividad son útiles, hay algunos factores atribucionales que se repiten entre los cuatro factores como es el caso de la aceptación, autoconocimiento y las expectativas, y esto no debería sorprender dado muchos conceptos están relacionados y se

pueden comprender de manera muy diferente, ya que, como se había comentado, mucho de esto está relacionado a que existan diferentes modelos en psicología que tratan de hacer explicaciones de la realidad en función a sus modelos teóricos.

Hay que tener en consideración que ha habido limitaciones en la realización del presente estudio. Uno de ellos es el hecho de tener diferente cantidad de representantes de cada enfoque, particularmente del humanista ya que fue solo un terapeuta de esta orientación, aunque de todos modos lo que importa es la perspectiva de cada uno de los entrevistados, así sean pocos. Otras de las limitaciones de la muestra es la división de las orientaciones, ya que se los agrupó bajo tres grandes categorías, donde lo ideal sería agruparlos según el tipo de terapia específica que realizan o más acorde, por ejemplo, a un terapeuta cognitivo conductual se le consideró como terapeutas conductual-contextual. En cuanto al instrumento de medición empleado, no fue validado y además la entrevista misma fue de tipo estructurada, no dando pie a una mayor exploración y precisión sobre las respuestas de los psicoterapeutas, que podría haber enriquecido con mayor información y despejando dudas en el camino.

De todo lo dicho, esta investigación tiene importancia teórica ya que en el país son pocas las investigaciones relacionadas a los factores de efectividad de los tratamientos psicológicos, e importancia práctica porque permite conocer cómo los terapeutas llevan a cabo su práctica terapéutica y poder tomar en cuenta estos factores aquí investigados, ya que como se ha visto en investigaciones contribuyen a mejores resultados terapéuticos permitiéndonos mejorar nuestras intervenciones.

## VI. CONCLUSIONES

1. Los datos obtenidos a través de este estudio cualitativo denotan características semejantes y distintivas sobre cada factor como las siguientes. Sobre las características de un consultante que apoyan la efectividad, se halló que la motivación fue la característica en la que coincidieron los terapeutas participantes de las tres orientaciones. Una característica en la que coincidió un terapeuta conductista y psicoanalista fue la inteligencia, de tal manera que se puede inferir que dan una alta valoración a la capacidad cognitiva para resolver problemas. De las demás características que fueron mencionadas, no hubo coincidencias independientemente del enfoque, así solo un conductista menciona la conciencia y gravedad del problema. Otro de los conductistas participantes del estudio mencionó la edad como característica relevante. Las expectativas fueron mencionadas por otro conductista, y finalmente la capacidad de relacionarse solo fue mencionada por un psicoanalista, a partir de lo cual se puede deducir que pone énfasis en aspectos socioemocionales de los consultantes para su recuperación efectiva.
2. La circunstancia de la vida de los clientes que apoya la efectividad que fue común para los terapeutas de las tres orientaciones fue el contar con redes de apoyo social. Las metas personales fueron mencionadas solamente por dos conductistas, mientras que otro terapeuta conductual mencionó la estabilidad económica. Finalmente, un psicoanalista mencionó la resiliencia, a partir de ello se puede interpretar que da una gran importancia a los aspectos del desarrollo personal de la persona para sobresalir frente a las adversidades.
3. Sobre los servicios complementarios al tratamiento que apoyan la efectividad del tratamiento, no hubo uno en común entre los terapeutas de las tres orientaciones. El uso de tratamientos alternativos fue mencionado por un terapeuta conductual y humanista. El apoyo sobre médicos en casos de enfermedad fue mencionado por conductistas y psicoanalistas, así como el apoyo psiquiátrico y de un nutricionista en caso halla

problemas asociados a la alimentación. Las actividades artísticas fue algo que mencionó el terapeuta humanista y un psicoanalista. Solo el humanista mencionó también el uso de mindfulness. Mientras que solo un conductista mencionó el asistir a grupos de habilidades y coaching telefónico.

4. Las expectativas de los consultantes en relación a la efectividad no fueron consideradas de igual manera por los terapeutas de las tres orientaciones. Los terapeutas conductistas y psicoanalistas coincidieron en que influye en la adherencia al tratamiento. Mientras que el humanista fue el único que mencionó que no era algo muy relevante en relación a la efectividad del tratamiento, dado que era algo que podía ir cambiando al informarle al consultante.
5. Las técnicas efectivas consideradas por los terapeutas fueron completamente diferentes entre los terapeutas de las tres orientaciones, independientemente de su enfoque. Cada terapeuta mencionó algo distinto, a pesar de ser de la misma orientación. Las técnicas mencionadas por los conductistas fueron, aunque no coincidieron además de que mencionaron que eran condicionales al caso o problemática que presentaba el consultante: reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, resolución de problemas, activación conductual, principios básicos de aprendizaje, técnicas de exposición, análisis funcional, hexaflex y matrix. El humanista mencionó el focusing y técnicas de respiración. Finalmente, los psicoanalistas la técnica psicoanalítica y la sinceridad.
6. La relación terapéutica en relación con la efectividad fue para todos los terapeutas un aspecto muy importante para la efectividad, y en cuanto a su rol los terapeutas de las tres orientaciones coincidieron en que esta predice la efectividad del tratamiento. Solo un terapeuta conductual mencionó que su rol era el de facilitar la adherencia al tratamiento.
7. De las características de las terapeutas consideradas que apoyan la efectividad no hubo coincidencias entre los terapeutas de las tres orientaciones. La calidez/cercanía y

confianza fue mencionado por conductistas y humanista. La empatía la mencionaron un conductista y un psicoanalista. El mostrarse genuino/espontáneo lo mencionaron un psicoanalista y un conductista. Solo un conductista mencionó el ser confrontativo. Por otro lado, un psicoanalista mencionó el autoconocimiento y el recibir supervisiones, de esta manera se puede interpretar que considera relevante el hecho darle seguimiento a sus consultantes como algo importante de cara a la efectividad.

8. De los aprendizajes promovidos en terapia que serían importantes en relación a la efectividad que fueron mencionados, no hubo coincidencias entre ninguno de los terapeutas según su orientación, y solo hubo una coincidencia entre terapeutas conductuales que fue la aceptación. Los terapeutas conductuales mencionaron los cambios conductuales, saber del tratamiento recibido, orientarse a valores y aceptación. El humanista comprender la jerarquía del yo y contactar con el presente. Finalmente, los psicoanalistas mencionaron el autoconocimiento, autocompasión y el expresar deseos personales.
9. Respecto a las conductas consideradas importantes en relación a la efectividad de la terapia, fueron diversas y hubo coincidencias entre terapeutas de diferentes enfoques, pero no todos mencionaron la misma. El autoconocimiento y la aceptación fueron mencionado por el humanista y un psicoanalista. Las acciones orientadas a valores fueron mencionadas por dos conductistas. Por otro lado, el otro terapeuta conductista mencionó la autoestima y autoconcepto. El humanista mencionó además la empatía y el describir las experiencias. Los otros dos conductistas mencionaron la flexibilidad psicológica y el notar los pensamientos respectivamente. Y finalmente un psicoanalista mencionó la espontaneidad, de lo que puede interpretarse que este terapeuta da una gran importancia al hecho de que un consultante pueda dar sus opiniones libremente sin inhibirse.

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Agrupar a los terapeutas, aparte de su orientación, según el tipo de tratamiento que ejercen para que los resultados sean más específicos y representativos en relación a aquellos factores atribucionales que consideran relevantes.
2. Investigar otros factores atribucionales de manera aislada sin necesariamente tomar la categorización que propone Lambert para comparar la información y elaborar un nuevo sistema de categorización sobre dichos factores.
3. Ampliar la investigación del estado actual de los factores atribucionales aquí mencionados por los terapeutas en el contexto peruano en general para aumentar el conocimiento de este tema a nivel nacional.

## VIII. REFERENCIAS

- Alonso-Vega, J., Núñez, M., Lee, G., & Froján-Parga, M. X. (2019). *El tratamiento de Enfermedades Mentales Graves desde la investigación de procesos*. 7(1), 44–65. [http://conductual.com/articulos/El tratamiento de enfermedades mentales graves desde la investigacion de procesos.pdf](http://conductual.com/articulos/El%20tratamiento%20de%20enfermedades%20mentales%20graves%20desde%20la%20investigacion%20de%20procesos.pdf)
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052–1059. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.12.1052>
- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K., & Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25, 330–347. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.989290>
- Antichi, L., Cacciamani, A., Chelini, C., Morelli, M., Piacentini, M., & Pirillo, L. G. (2022). Expectations in psychotherapy: An overview. *Ricerche Di Psicologia*, 45(1). <https://doi.org/10.3280/rip2022oa13574>
- Antonuccio, D. O., Thomas, M., & Danton, W. G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, 28(2), 187–210. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(97\)80043-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(97)80043-3)
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Bacchi, S., & Licinio, J. (2017). Resilience and Psychological Distress in Psychology and Medical Students. *Academic Psychiatry*, 41(2), 185–188. <https://doi.org/10.1007/s40596-017-0459-6>

- Bados, A., García, E., & Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 477–502.  
[https://aepec.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-52.pdf](https://aepec.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-52.pdf)
- Barnett, J. E. (2014). *Integrating technology into practice: Essentials for psychotherapists*. Society for the Advancement of Psychotherapy.  
<http://www.societyforpsychotherapy.org/integrating-technology-into-psychotherapy-practice>.
- Baum, W. M. (2017). *Understanding behaviorism: Behavior, culture, and evolution* (3rd ed.). Wiley.
- Beatriz, S. (2001). Las teorías y modelos en la explicación científica: implicancias para la enseñanza de las ciencias. *Ciência & Educação (Bauru)*, 7(1), 85–94.  
<https://www.scielo.br/pdf/ciedu/v7n1/06.pdf>
- Behjati, Z., Saeedi, Z., Noorbala, F., Enjedani, E., & Meybodi, F. A. (2011). Integrative Self-Knowledge and Mental Health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 705–708.  
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.137>
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). Conceptos y modelos en psicopatología. In A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (pp. 33–68).
- Bernal, G., & Rodríguez-Soto, N. del C. (2010). Development and psychometric properties of the evidence-based professional practice scale (EBPP-S). *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 29(4), 385–390. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21261178/>
- Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2010). What is a “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients’ point of view. *Psychotherapy*

*Research*, 20(3), 285–294. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300903376338>

Bland, A. M., & DeRobertis, E. M. (2019). Humanistic Perspective. In V. Zeigler-Hill & T. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8\\_1484-2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1484-2)

Bohart, A. C., & Greaves, A. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 219–257). Wiley.

Börner, K., Boyack, K. W., Milojević, S., & Morris, S. (2012). An introduction to modeling science: Basic model types, key definitions, and a general framework for the comparison of process models. In A. Scharnhorst, K. Börner, & P. van den Besselaar (Eds.), *Models of science dynamics* (1st ed., pp. 3–22). Springer. [https://www.researchgate.net/publication/256246836\\_An\\_Introduction\\_to\\_Modeling\\_Science\\_Basic\\_Model\\_Types\\_Key\\_Definitions\\_and\\_a\\_General\\_Framework\\_for\\_the\\_Comparison\\_of\\_Process\\_Models](https://www.researchgate.net/publication/256246836_An_Introduction_to_Modeling_Science_Basic_Model_Types_Key_Definitions_and_a_General_Framework_for_the_Comparison_of_Process_Models)

Botella, L., & Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia : investigaciones de resultados. In M. Garrido & J. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos Contemporáneos y Aplicaciones* (pp. 91–104). [https://www.researchgate.net/publication/258030269\\_Eficacia\\_de\\_la\\_psicoterapia\\_investigaciones\\_de\\_resultados](https://www.researchgate.net/publication/258030269_Eficacia_de_la_psicoterapia_investigaciones_de_resultados)

Botella, L., & Maestra, J. (2016). Integración en psicoterapia en terapeutas en formación: atribución de factores comunes e ingredientes específicos en casos prototípicos de cinco orientaciones psicoterapéuticas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 39–48. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281946989005>

Bribiesca, L., & Merino, G. (2008). Teorías, modelos y paradigmas en la Investigación. *Revista*

*Deficiencia*, 79–88. [https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/59\\_2/PDF/11-5-80-88.pdf](https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/59_2/PDF/11-5-80-88.pdf)

Bueno-Cuadra, R. (2016). La formación del investigador en ciencias sociales y en psicología. *Cultura: Revista de La Asociación de Docentes de La USMP*, 30, 225–252. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55189177/LA\\_FORMACION\\_DEL\\_INVESTIGADOR\\_EN\\_CIENCIAS\\_SOCIALES\\_Y\\_EN\\_PSICOLOGIA.pdf?1512353445=&response-content-](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55189177/LA_FORMACION_DEL_INVESTIGADOR_EN_CIENCIAS_SOCIALES_Y_EN_PSICOLOGIA.pdf?1512353445=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTHE_TRAINING_OF_THE_RESEARCHER_IN_SOCIAL.pdf&Expires=1601933910&Signature=d)

Calero, A., Froján, M. X., & Montaña, M. (2011). Investigación de resultados y procesos sobre la técnica de reestructuración cognitiva. *Apuntes de Psicología*, 29(3), 359–377. <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/236>

Carvajal, Á. (2013). Teorías y modelos: formas de representación de la realidad. *Revista Comunicación*, 12(1), 33–46. <https://doi.org/10.18845/rc.v12i1.1212>

Castro, L. (1975). *Diseño experimental sin estadística: usos y restricciones en su aplicación a las ciencias de la conducta*. Trillas.

Castro Solano, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate*, 3, 59–90. <https://doi.org/10.18682/pd.v3i0.503>

Cautin, R. L. (2010). A century of psychotherapy, 1860–1960. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: continuity and change* (2nd ed., pp. 3–38). American Psychological Association.

Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7–18. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>

- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685–716.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A., & Mccurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 5–18.  
<https://pdfs.semanticscholar.org/9cd0/1d8fcd52cec4d9389d5846c18e69c6f6f8e6.pdf>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- COMEPREP. (2018). *La psicología basada en evidencias*.  
[http://www.comeprep.org/psicologia\\_basada\\_en\\_la\\_evidencia.pdf](http://www.comeprep.org/psicologia_basada_en_la_evidencia.pdf)
- Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2013). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 21–48). Wiley.
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Goodwin, B. J., Visla, A., Flückiger, C., Muir, H. J., & Gaines, A. N. (2021). Indirect effect of patient outcome expectation on improvement through alliance quality: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 31(6), 711–725.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1851058>
- Creswell, W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., & Mukherjee, D. (2010). Psychotherapy research process-outcome research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 298–340). Wiley.

Cuijpers, P. (2014). Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of mild to moderate major depression? *JAMA Psychiatry*, 71(7), 747–748.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.277>

de Pascual-Verdú, R. D., Trujillo-Sánchez, C., Gálvez-Delgado, E., Andrés-López, N., Castaño-Hurtado, R., & Froján-Parga, M. X. (2019). Sistema ACOVEO: una propuesta funcional para el análisis de la interacción verbal en terapia. *Conductual*, 7(2), 69–82.  
<http://hdl.handle.net/11268/8462>

de Pascual, R. D., Gálvez, E., Serrador, C., Gyran, T., & Froján, M. X. (2020). Análisis funcional de términos psicológicos. In *Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones* (pp. 162–205). Pirámide.

del Pino, A. (2000). *Tratamientos psicológicos: una perspectiva conductual*. Resma.

Division 12 of the American Psychological Association. (n.d.). *Psychological treatments*.  
<https://div12.org/treatments/>

Division 12 of the American Psychological Association. (1993). *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-28753-4\\_202237](https://doi.org/10.1007/978-3-642-28753-4_202237)

Division 12 of the American Psychological Association. (2017). *What Is Psychotherapy?*  
<https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/psychotherapy>

Doering, B. K., Glombiewsky, J. A., & Rief, W. (2018). Expectation-Focused Psychotherapy to Improve Clinical Outcomes. *International Review of Neurobiology*, 138, 257–270.  
<https://doi.org/10.1016/bs.irm.2018.02.004>

Dougher, M. J., & Hayes, S. C. (2000). Clinical Behavior Analysis. In Michael J. Dougher (Ed.), *Clinical Behavior Analysis* (pp. 11–25). Context Press/New Harbinger Publications.

- Enrico E., J. (2000). *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*. Jonson Aronson Inc.
- Eskin, M. (2013). *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice*. Elsevier.  
<https://doi.org/10.1016/C2011-0-07817-1>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Falconnier, L. (2009). Socioeconomic status in the treatment of depression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(2), 148–158. <https://doi.org/10.1037/a0015469>
- Ferreira, H. G., & Barham, E. J. (2018). Relationships between pleasant events, depression, functionality and socio-demographic variables in the elderly. *Paidéia*, 28.  
<https://www.scielo.br/pdf/paideia/v28/1982-4327-paideia-28-e2815.pdf>
- Ferro, R., & Vives, C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panacea*, 5(16), 97–99.  
[https://www.researchgate.net/publication/256870796\\_Analisis\\_de\\_los\\_conceptos\\_de\\_efectividad\\_eficacia\\_y\\_eficiencia\\_en\\_psicologia](https://www.researchgate.net/publication/256870796_Analisis_de_los_conceptos_de_efectividad_eficacia_y_eficiencia_en_psicologia)
- Finegan, M., Firth, N., Wojnarowski, C., & Delgadillo, J. (2018). Associations between socioeconomic status and psychological therapy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 35(6), 560–573. <https://doi.org/10.1002/da.22765>
- Fønnebø, V., Grimsgaard, S., Walach, H., Ritenbaugh, C., Norheim, A. J., MacPherson, H., Lewith, G., Launsø, L., Koithan, M., Falkenberg, T., Boon, H., & Aickin, M. (2007). Researching complementary and alternative treatments – the gatekeepers are not at home. *BMC Med Res Methodol*, 7(7). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-7-7>
- Forsyth, J. P., & Ritzert, T. R. (2018). Cultivating psychological acceptance. In S. C. Hayes & S. G. Hofman (Eds.), *Process-based CBT. The science and core clinical competencies of*

*cognitive behavioral therapy* (pp. 363–374). Context Press/New Harbinger Publications.

Franco, C., Mañas, I., Cangas, A. J., Moreno, E., & Gallego, J. (2010). Reducing Teachers' Psychological Distress through a Mindfulness Training Program. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 655–666. <https://www.redalyc.org/pdf/172/17217376012.pdf>

Froján, M. X. (2011). ¿Por qué funcionan los tratamientos psicológicos? *Clínica y Salud*, 22(3), 201–204. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000300001&script=sci\\_arttext&tlng=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000300001&script=sci_arttext&tlng=e)

Froján, M. X., Montaña, M., & Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18(4), 797–803. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3311>

Froján, M. X., Montaña, M., Calero, A., García, Á., Garzón, Á., & Ruiz, E. M. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20(4), 603–609. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3529>

Froján, M. X., Pardo, R., Vargas, I., & Linares, F. (2011). Análisis de las reglas en el contexto clínico. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 10(1), 135–154. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3749683>

Froján, M. X., Ruiz, E., Cortines, A., Saiz, J., & de Frutos, G. (2015). Análisis funcional de la interacción terapéutica: una propuesta clínica y metodológica. *Rehabilitación Psicosocial*, 12(2), 4–13. <http://conductual.com/articulos/Analisis funcional de la interaccion terapeutica.pdf>

Froján, M. X., & Ruiz, E. M. (2013). Análisis funcional de la interacción terapéutica. *Conductual, International Journal of Interbehaviorism and Behavior Analysis*, 1(1), 72–92. <http://conductual.com/articulos/Analisis funcional de la interaccion terapeutica.pdf>

- Froján, M. X., & Santacreu, J. (1999). *¿Qué es un tratamiento psicológico?* Biblioteca Nueva.
- Froján, M. X., Vargas, I., Calero, A., & Ruiz, E. (2010). Categorización de la conducta verbal del cliente durante la reestructuración cognitiva. *Análisis y Modificación de Conducta*, 36(153–154), 105–114.  
<https://pdfs.semanticscholar.org/6973/8893ad78f3267eace4f857c9a8ade06f7b1c.pdf>
- Froxán-Parga, M. X., Alonso-Vega, J., Trujillo, C., & Estal, V. (2018). Eficiencia de las terapias: ¿un paso más allá de la eficacia? Análisis crítico del modelo cognitivo-conductual. *Apuntes de Psicología*, 36(1–2), 55–62.  
<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/711>
- Froxán-Parga, M. X., Andrés López, N., Estal, V., Pereira, G., & Trujillo Sánchez, C. (2020). Desarrollo del análisis funcional de la conducta humana en contextos naturales. In *Análisis funcional de la conducta humana. Concepto, metodología y aplicaciones* (pp. 97–161). Pirámide.
- Garfield, S. L. (1996). Some problems associated with “validated” forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(3), 218–229. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1996.tb00073.x>
- Gergov, V., Lindberg, N., Lahti, J., Lipsanen, J., & Marttunen, M. (2021). Effectiveness and Predictors of Outcome for Psychotherapeutic Interventions in Clinical Settings Among Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 12(628977), 1–11.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.628977>
- Gimeno-Peón, A., Barrio-Nespereira, A., & Prado-Abril, J. (2018). Monitorización sistemática y feedback en psicoterapia. *Papeles Del Psicólogo*, 39(3), 174–182.  
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2872>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical

- status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Godine, N., & Barnett, J. E. (2013). The use of telepsychology in clinical practice: Benefits, effectiveness, and issues to consider. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning*, 3(4), 70–83. <https://doi.org/10.4018/ijcbpl.2013100105>
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11. <https://doi.org/10.1037/cou0000131>
- González-Blanch, C., & Carral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles Del Psicólogo*, 38(2), 94–106. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2828>
- Gonzalez, D. M. (2002). Client variables and psychotherapy outcomes. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 559–578). American Psychological Association.
- Hansell, J., Ehrlich, J., Katz, W., Lerner, H., & Minter, K. (2008). *Psychoanalysis & Psychodynamic Psychology. A modular unit lesson plan/ teaching resource for high school psychology teachers*. <https://www.apa.org/ed/precollege/topss/lessons/psychoanalysis.pdf>
- Hartmann, S. (2005). *Models as a Tool for Theory Construction: Some Strategies of Preliminary Physics*. <http://philsci-archive.pitt.edu/2410/1/Models.pdf>
- Heinonen, E., Knekt, P., Jääskeläinen, T., & Lindfors, O. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *Eur Psychiatry*, 29(5), 265–274. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.07.002>

- Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 301–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.023>
- Heinonen, E., & Nissen-Lie, H. A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Hengartner, M. P. (2018). Raising Awareness for the Replication Crisis in Clinical Psychology by Focusing on Inconsistencies in Psychotherapy Research: How Much Can We Rely on Published Findings from Efficacy Trials? *Frontiers in Psychology*, 9(256). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00256>
- Hernández, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill. [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf)
- Hoagwood, K., Hibbs, E., Brent, D., & Jensen, P. (1995). Introduction to the Special Section: Efficacy and Effectiveness in Studies of Child and Adolescent Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 683–687. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.5.683>
- Jefford, M., Stockler, M. R., & Tattersall, M. H. N. (2003). Outcomes research: What is it and why does it matter? *Internal Medicine Journal*, 33(3), 110–118. <https://doi.org/10.1046/j.1445-5994.2003.00302.x>
- Jiménez, A. L., Vargas, E., & Martínez, K. I. (2020). Disposición a la práctica basada en evidencia: un estudio con alumnos de Psicología. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, 2(3), 328–337. <https://revistacneip.org/index.php/cneip/article/view/131>

Johansson, S. (2019). *Self-expressed motivation as a predictor of treatment outcome in internet administered depression treatment* [Stockholms Universitet].  
[https://carlbring.se/pub/2019\\_SUSANNJOHANSSON.pdf](https://carlbring.se/pub/2019_SUSANNJOHANSSON.pdf)

Karyotaki, E., Smit, Y., Holdt, K., Huibers, M. J. H., Robays, J., de Beurs, B., & Cuijpers, P. (2016). Combining pharmacotherapy and psychotherapy or monotherapy for major depression? A meta-analysis on the long-term effects. *Journal of Affective Disorders*, 194, 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.036>

Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento* (4ta ed.). McGraw-Hill.

Khatiwada, J., Muzembo, B. A., Wada, K., & Ikeda, S. (2021). The effect of perceived social support on psychological distress and life satisfaction among Nepalese migrants in Japan. *PLoS ONE*, 16(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246271>

Knapstad, M., Lervik, L. V., Sæther, S. M. M., Aarø, L. E., & Smith, O. R. F. (2019). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(2), 90–105. <https://doi.org/10.1159/000504453>

Labrador, F. J., Vallejo, M. A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., & Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop*, 17. <http://www.sepcys.es/uploads/documentos/Documento-Eficacia-Tratamientos-SEPCyS.pdf>

Lacasse, J. R. (2014). After DSM-5: A Critical Mental Health Research Agenda for the 21st Century. *Research on Social Work Practice*, 24(1), 5–10. <https://doi.org/10.1177/1049731513510048>

Ladmanová, M., Řiháček, T., & Timulak, L. (2021). Client-Identified Impacts of Helpful and

- Hindering Events in Psychotherapy: A Qualitative Meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 32(6), 723–735. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.2003885>
- Lam, J. R., Tyler, J., Scurrah, K. J., Reavley, N. J., & Dite, G. S. (2019). The Association between Socioeconomic Status and Psychological Distress: A Within and Between Twin Study. *Twin Research and Human Genetics*, 22(5), 312–320. <https://doi.org/10.1017/thg.2019.91>
- Lambert, M. J. (2003). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94–129). Oxford University Press.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 169–218). Wiley.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 261–268. <https://doi.org/10.1037/h0035142>
- Lindfors, O., Ojanen, S., Jääskeläinen, T., & Knekt, P. (2014). Social support as a predictor of the outcome of depressive and anxiety disorder in short-term and long-term psychotherapy. *Psychiatry Research*, 216(1), 44–51. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.12.050>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Lipner, L. M., Mendelsohn, R., & Muran, J. C. (2017). Psychoanalysis. In A. Wenzel (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Abnormal and Clinical Psychology* (pp. 2709–2711). SAGE Publications.
- López, E., & Costa, M. (2012). *Manual de consejo psicológico: una visión despatologizada de la psicología clínica*. Síntesis.

- Lynch, M. M. (2012). *Factors Influencing Successful Psychotherapy Outcomes*.  
[https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1057&context=msw\\_papers](https://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1057&context=msw_papers)
- Mallinckrodt, B. (1989). Social support and the effectiveness of group therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 170–175. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.170>
- Mantilla, C., & Sologuren, X. (2006). Criterios para evaluar la eficiencia: hablan psicoterapeutas psicoanalíticos, conductuales cognitivos, racionales emotivos y psicoanalistas. *Revista de Psicología de La PUCP*, 24(2), 223–266.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3378/337829537004.pdf>
- Marker, I., Salvaris, C. A., Thompson, E. M., Tolliday, T., & Norton, P. J. (2019). Client Motivation and Engagement in Transdiagnostic Group Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Predictors and Outcomes. *Cognitive Therapy and Research*, 43, 819–833. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10014-1>
- Martínez-Taboas, A. (2014). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 63–78.  
<https://doi.org/10.22544/rcps.v33i2.33>
- Martorel, J. L. (2008). *La psicología humanista*.  
[https://extension.uned.es/archivos\\_publicos/webex\\_actividades/4486/humanista1.pdf](https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/4486/humanista1.pdf)
- McElvaney, J., & Timulak, L. (2013). Clients' experience of therapy and its outcomes in 'good' and 'poor' outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(4), 246–253.  
<https://doi.org/10.1080/14733145.2012.761258>
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). The Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Treatments: A Review of Current Efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73–84. <https://doi.org/10.1037/a0018121>

- Montaño-Fidalgo, M., Froján-Parga, M. X., Ruiz-Sancho, E. M., & Virúes-Ortega, F. J. (2011). El proceso terapéutico" momento a momento" desde una perspectiva analítico-funcional. *Clínica y Salud*, 22(2), 101–119. <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v22n2/v22n2a02.pdf>
- Montgomery, W. (2018). *Conductismo: Un análisis paradigmático. Cuestiones teóricas, filosóficas y profesionales*. Yo publico.
- Morgan, C., & Cooper, M. (2015). Helpful and unhelpful aspects of counselling following breast cancer: A qualitative analysis of post-session Helpful Aspects of Therapy forms. *Counselling and Psychotherapy Research*, 15(3), 197–206. <https://doi.org/10.1002/capr.12028>
- Moss, D. (2015). The roots and genealogy of humanistic psychology. In K. J. Schneider, J. F. Pierson, & J. F. T. Bugental (Eds.), *The handbook of humanistic psychology. Theory, research, and practice* (2nd ed., pp. 3–18). SAGE Publications.
- Novotney, A. (2017). Psychoanalysis vs. Psychodynamic therapy. *Monitor on Psychology*, 48(11). <https://www.apa.org/monitor/2017/12/psychoanalysis-psychodynamic>
- O’ Donohue, W., & Kitchener, R. F. (1999). Introduction: The behaviorisms. In W. O’ Donohue & R. F. Kitchener (Eds.), *Handbook of behaviorism*. Academic Press.
- Obando, L., & Parrado, F. (2015). Aproximaciones conductuales de primera, segunda y tercera generación frente a un caso de ludopatía. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8(1), 51–61. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.8105>
- Olivares, J., Macià, D., Olivares-Olivares, P. J., & Rosa-Alcázar, A. I. (2012). *El ejercicio de la psicología aplicada. La profesión de psicólogo*. Pirámide.
- Orlinsky, D. E. (2009). The “generic model of psychotherapy” after 25 years: Evolution of a research-based metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 319–339.

<https://doi.org/10.1037/a0017973>

- Paredes-Rivera, A. (2016). La urgencia de la evidencia en psicoterapia. *Revista Interacciones*, 2(1), 53–63. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5759441>
- Pérez-Acosta, A., Guerrero, F., & López, W. (2002). Siete conductismos contemporáneos: una síntesis verbal y gráfica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(1), 103–113. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56020106>
- Pérez-Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama: la psicología según el conductismo*. Minerva Ediciones.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles Del Psicólogo*, 40(1), 1–14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Pérez Álvarez, M. (1998). La Psicología Clínica desde un punto de vista contextual. *Papeles Del Psicólogo*, 69, 25–40. <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=771>
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Biblioteca Nueva.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159–172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis.
- Pérez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Rodríguez, C., & Amigo, I. (2003). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. In M. Pérez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez, & I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 12–35). Pirámide.
- Pfeiffer, E., Morup, S., Tutus, D., Holt, T., Wentzel, T., & Jensen, T. K. (2020). Does the therapist matter? Therapist characteristics and their relation to outcome in trauma-focused

- cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1776048>
- Pusch, D., Dobson, K. S., & O'Brien, P. J. (2012). Psychotherapy. In V. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (2nd ed., pp. 240–247). Academic Press.
- Quick, E. L., Dowd, C., & Spong, S. (2017). Revisiting a meta-analysis of helpful aspects of therapy in a community counselling service. *British Journal of Guidance and Counselling*, 46(2), 148–159. <https://doi.org/10.1080/03069885.2017.1340582>
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Curr Opin Psychiatry*, 21(2), 201–205. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89>
- Ribes, E. (2000). Las psicologías y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de La Conducta*, 26(3), 367–383. <http://rmac-mx.org/wp-content/uploads/2013/05/Vol-26-n-3-367-383.pdf>
- Riveros, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología UCBSP*, 12(2), 135–186. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v12n2/v12n2a1.pdf>
- Rodríguez-Soto, N., Bernal, G., & Cumba-Avilés, E. (2015). The role of individual characteristics, knowledge, and attitudes toward the use of Evidence-Based Practices among mental health providers in Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 26(1), 122–134. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21261178/>
- Romero, A. F. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de Psicología*, 24(1), 88–99. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16724111.pdf>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy.

*American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412–415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>

Rowan, J. (2016). *The reality game: a guide to humanistic counselling and psychotherapy*. Routledge.

Ruiz-Sancho, E. M., Froján-Parga, M. X., & Calero-Elvira, A. (2013). Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. *Anales de Psicología*, 29(3), 779–790. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.135401>

Ryum, T., Vogel, P. A., Walderhaug, E. P., & Stiles, T. C. (2014). The role of self-image as a predictor of psychotherapy outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(1), 62–68. <https://doi.org/10.1111/sjop.12167>

Sabucedo, P. (2021). Acceptance and commitment therapy (ACT) and humanistic psychotherapy: an integrative approximation. *British Journal of Guidance & Counselling*, 49(3), 347–361. <https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1597016>

Sackett, D., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71–72. <https://doi.org/10.1115/1.2899246>

Santamaría, C., & Fumero, A. (2008). *El psicoanálisis ¡vaya timo!* Laetoli.

Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>

Shean, G. (2016). Psychotherapy outcome research: Issues and questions. *Psychodynamic Psychiatry*, 44(1), 1–24. <https://doi.org/10.1521/pdps.2016.44.1.1>

Six, T. (2014). *Characteristics of highly effective therapists* [Universiteit Gent]. <https://libstore.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/166/096/RUG01->

- Stauner, N. (2013). *Personal Goal Attainment, Psychological Well-Being Change, and Meaning in Life* [University of California]. <https://escholarship.org/uc/item/3t34c68w>
- Strauss, J. L., Coeytaux, R., McDuffie, J., Nagi, A., & Williams, J. . . J. (2011). *Efficacy of complementary and alternative medicine therapies for posttraumatic stress disorder*. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82774/pdf/Bookshelf\\_NBK82774.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82774/pdf/Bookshelf_NBK82774.pdf)
- Task Force on Outcomes and Progress Monitoring in Psychotherapy of the Canadian Psychological Association. (2018). *Outcomes and Progress Monitoring in Psychotherapy* (Issue September). [https://cpa.ca/docs/File/Task\\_Forces/Treatment Progress and Outcome Monitoring Task Force Report\\_Final.pdf](https://cpa.ca/docs/File/Task_Forces/Treatment_Progress_and_Outcome_Monitoring_Task_Force_Report_Final.pdf)
- Tolin, D. F. (2014). Beating a Dead Dodo Bird: Looking at Signal vs. Noise in Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(4), 351–362. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12080>
- Toyoshima, M., Kaneko, Y., & Motohashi, Y. (2016). Leisure-time activities and psychological distress in a suburban community in Japan. *Preventive Medicine Reports*, 4, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.04.007>
- Turner, H., Bryant-Waugh, R., Marshall, E., & Wood, F. (2019). Patient expectations, eating disorder severity and personality features: Impact on eating pathology in psychological therapy for eating disorders. *Eating Behaviors*, 32, 85–89. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.01.002>
- Vázquez, C., Sánchez, Á., & Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: uso y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. In V. E. Caballo, I. C. Salazar, & J. A. Carrobbles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2da ed., pp. 93–117).

- Visla, A., Constantino, M. J., & Flückiger, C. (2021). Predictors of change in patient treatment outcome expectation during cognitive-behavioral psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy*, 58(2), 219–229. <https://doi.org/10.1037/pst0000371>
- Visla, A., Flückiger, C., Constantino, M. J., Krieger, T., & Grosse, M. (2019). Patient characteristics and the therapist as predictors of depressed patients' outcome expectation over time: A multilevel analysis. *Psychotherapy Research*, 29(6), 709–722. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1428379>
- Wampold, B. E., Hollon, S. D., & Hill, C. E. (2010). Unresolved questions and future directions in psychotherapy research. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: continuity and change* (2nd ed., pp. 333–356). American Psychological Association.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge.
- 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. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.122.3.203>
- Wang, S., Mak, H. W., & Fancourt, D. (2020). Arts, mental distress, mental health functioning & life satisfaction: fixed-effects analyses of a nationally-representative panel study. *BMC Public Health*, 20(208). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8109-y>
- Watson, V. C., Cooper, M., McArthur, K., & McLeod, J. (2012). Helpful therapeutic processes: Client activities, therapist activities and helpful effects. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 14(1), 77–89. <http://dx.doi.org/10.1080/13642537.2012.652395>
- Worrall, H., Schweizer, R., Marks, E., Yuan, L., & Lloyd, C. (2018). *The effectiveness of support*

<https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=6502&context=smhpapers>

Yapu, M., Arnold, D. Y., Spedding, A. L., & Pereira, R. (2013). *Pautas metodológicas para investigaciones cualitativas y cuantitativas en ciencias sociales y humanas* (4th ed.). Fundación PIEB.

Yasien, S., Abdul, J., & Shaheen, T. (2016). Relationship between psychological distress and resilience in rescue workers. *Saudi Medical Journal*, 37(7), 778–782.  
<https://doi.org/10.15537/smj.2016.7.15004>

Yu, H., Li, M., Li, Z., Xiang, W., Yuan, Y., Liu, Y., Li, Z., & Xiong, Z. (2020). Coping style, social support and psychological distress in the general Chinese population in the early stages of the COVID-19 epidemic. *BMC Psychiatry*, 20(426).  
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02826-3>

Zhang, Y., Chen, S., Wu, H., & Guo, C. (2022). Effect of Mindfulness on Psychological Distress and Well-being of Children and Adolescents: a Meta-analysis. *Mindfulness*, 13, 285–300.  
<https://doi.org/10.1007/s12671-021-01775-6>

Zilcha-Mano, S., Solomonov, N., Chui, H., McCarthy, K. S., Barret, M. S., & Barber, J. P. (2015). Therapist-reported alliance: is it really a predictor of outcome? *Journal of Counseling Psychology*, 62(4), 568–578. <https://doi.org/10.1037/cou0000106>

Zimmerman, D., Wampold, B. E., Rubel, J. A., Schwartz, B., Poster, K., Schilling, V. N. L. S., Deisenhofer, A. K., Hehlmann, M. I., Gómez, J. M., & Wolfgang, L. (2020). The influence of extra-therapeutic social support on the association between therapeutic bond and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 1–11.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1847344>



## XI. ANEXOS

### Anexo A: Matriz de consistencia

| Problema general                                                                                                    | Objetivo general                                                                                                             | Objetivos específicos                                                                                                           | Categorías                     | Subcategorías                | Método                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuáles son los factores atribucionales de efectividad de los tratamientos psicológicos en psicoterapeutas de Lima? | Analizar los factores atribucionales de efectividad de los tratamientos psicológicos realizados por psicoterapeutas de Lima. | 1.Describir los factores atribucionales de efectividad de los tratamientos psicológicos realizados por psicoterapeutas de Lima. | Cambios extraterapéuticos (C1) | Variables personales (SC1C1) | <b>1. Enfoque, diseño y tipo de investigación</b><br>El enfoque es cualitativo porque busca comprender a profundidad el fenómeno de estudio.<br>El diseño es fenomenológico hermenéutico, dado que se centra en la interpretación de los discursos de los participantes.<br>El tipo es descriptivo, ya que se describen los factores atribucionales interpretados a partir de los discursos de los participantes. |
|                                                                                                                     |                                                                                                                              |                                                                                                                                 |                                | Variables externas (SC2C1)   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                     |                                                                                                                              |                                                                                                                                 | Expectativas (C2)              | Sobre el terapeuta (SC1C2)   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                     |                                                                                                                              | Técnicas (C3)                                                                                                                   |                                | Sobre el tratamiento (SC2C2) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                     |                                                                                                                              |                                                                                                                                 |                                | T. psicoanalíticas (SC1C3)   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                     |                                                                                                                              |                                                                                                                                 | T. humanistas (SC2C3)          |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                     |                                                                                                                              | T. conductistas (SC3C3)                                                                                                         |                                |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

---

psicoterapeutas de  
Lima según su  
orientación o  
modelo de  
intervención  
psicológica.

### 3. Instrumento

Se empleó una guía de entrevista elaborada  
a partir de una matriz de categorización.  
Se empleó la técnica de la entrevista.

Apoyo (SC1C4)

Factores  
comunes (C4)

Aprendizaje  
(SC2C4)

Acción (SC3C4)

---

## Anexo B: Matriz de categorización

| Fenómeno de estudio                                                                                                                                                              | Categoría (C)                  | Subcategoría                       | Indicadores                                                                                                                                                                                                      | Ítems/preguntas                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Factores de efectividad terapéutica<br>Variables que explicarían el cambio/mejora del consultante en terapia<br>(Lambert, 2003, 2013), por ende, la efectividad del tratamiento. | Cambios extraterapéuticos (C1) | Variables personales               | Estilos particulares de actuar, características personales y factores motivacionales del consultante                                                                                                             | ¿Qué características de sus consultantes considera importantes para que el tratamiento sea efectivo?                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                  |                                | Variables externas                 | Factores contextuales que influyen en la conducta                                                                                                                                                                | ¿Qué circunstancias/situaciones en la vida de sus consultantes considera que apoyen/influyen a la efectividad su tratamiento?<br>¿Emplea algún servicio de apoyo/complementario que contribuya con la efectividad de su tratamiento? |
|                                                                                                                                                                                  | Expectativas (C2)              | Sobre el terapeuta                 | Creencias positivas o negativas sobre las competencias del terapeuta basado en su aspecto y trato                                                                                                                | ¿De qué manera considera que las expectativas que el cliente pueda tener, sobre Ud. como terapeuta o sobre el tratamiento que le vaya a dar, influyan en la efectividad de la terapia?                                               |
|                                                                                                                                                                                  |                                | Sobre el tratamiento               | Creencias positivas o negativas sobre el tratamiento que el terapeuta le ha dicho le dará                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                  | Técnicas (C3)                  | T. Psicoanalíticas/ psicodinámicas | Cualquier técnica, procedimiento, práctica específica que se enseña, realiza y sustenta en la teoría, investigación y práctica psicoterapéutica de orientación psicoanalítica (asociación libre, catarsis, etc.) | ¿Qué técnicas específicas de su tratamiento considera que influyen en la efectividad de la terapia?                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                  |                                | T. Humanistas                      | Cualquier técnica, procedimiento, práctica específica que se enseña, realiza y sustenta en la teoría, investigación y práctica psicoterapéutica de orientación humanista (silla vacía)                           |                                                                                                                                                                                                                                      |

|                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                   |
|--------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Factores comunes<br>(C4) | T.<br>Conductuales | Cualquier técnica, procedimiento, práctica específica que se enseña, realiza y sustenta en la teoría, investigación y práctica psicoterapéutica de orientación conductual y cognitiva (Rees. Cog., DS, exposición, etc.)                                                                                                      |                                                                                                                                                   |
|                          | Apoyo              | Conductas del terapeuta que muestran interés, comprensión, disposición a ayudar, cercanía, no juzgar, y experiencias en general que buscan hacer sentir al consultante escuchado y respetado. Estas ocurren en la primera fase de terapia.                                                                                    | ¿Qué rol o importancia considera que cumple la relación o alianza terapéutica en la efectividad de sus tratamientos                               |
|                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ¿Qué características tuyas, como terapeuta, considera, o se ha percatado, que apoyen la efectividad su tratamiento?                               |
|                          | Aprendizaje        | Cambios principalmente cognitivos y emocionales como resultado de lo que aprende el consultante en la interacción terapéutica.                                                                                                                                                                                                | ¿Qué aprendizajes de sus consultantes considera más importantes en relación a la efectividad de la terapia?                                       |
|                          | Acción             | Conductas promovidas por el terapeuta, en sesión o fuera de ella como tareas, para que el cliente las realice en su vida de cara a la solución de lo que representa un problema en su vida. Está relacionado más con el hacer cosas, como practicar la comunicación asertiva, hacer nuevas cosas, regular las emociones, etc. | ¿Qué conductas considera más importantes promover/enseñar/trabajar con sus consultantes a favor de su mejora y de la efectividad del tratamiento? |

**Anexo C: Guía de preguntas de entrevista para conocer los factores atribucionales de efectividad de tratamientos psicológicos empleados por psicoterapeutas**

| <b>Preguntas de entrevista</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. ¿Qué características de sus consultantes considera importantes para que el tratamiento sea efectivo?</li><li>2. ¿Qué circunstancias/situaciones en la vida de sus consultantes considera que apoyen/influyen a la efectividad su tratamiento?</li><li>3. ¿Emplea algún servicio de apoyo/complementario que contribuya con la efectividad de su tratamiento?</li><li>4. ¿De qué manera considera que las expectativas que el cliente pueda tener, sobre Ud. como terapeuta y/o sobre el tratamiento que le vaya a dar, influyan en la efectividad de la terapia?</li><li>5. ¿Cómo considera que las técnicas específicas de su tratamiento influyen en la efectividad de la terapia?</li><li>6. ¿Qué rol o importancia considera que cumple la relación o alianza terapéutica en la efectividad de sus tratamientos?</li><li>7. ¿Qué características tuyas, como terapeuta, considera, o se ha percatado, que apoyen la efectividad su tratamiento?</li><li>8. ¿Qué aprendizajes de sus consultantes considera más importantes en relación a la efectividad de la terapia?</li><li>9. ¿Qué conductas considera más importantes promover/enseñar/trabajar con sus consultantes a favor de su mejora y de la efectividad del tratamiento?</li></ol> |

**Anexo D: Evaluación de validez de contenido por criterio de jueces para la entrevista sobre a psicoterapeutas**

| Ítem  | Pertinencia | Relevancia | Claridad | Total |
|-------|-------------|------------|----------|-------|
| 1     | 1           | 1          | 1        | 1.00  |
| 2     | 1           | 1          | 1        | 1.00  |
| 3     | 1           | 1          | 1        | 1.00  |
| 4     | 1           | 0.67       | 0.67     | 0.78  |
| 5     | 1           | 0.67       | 0.67     | 0.78  |
| 6     | 1           | 1          | 1        | 1.00  |
| 7     | 1           | 1          | 0.67     | 0.89  |
| 8     | 1           | 1          | 1        | 1.00  |
| 9     | 1           | 1          | 1        | 1.00  |
| Total | 1           | 0.93       | 0.89     | 0.94  |

## **Anexo E: Consentimiento informado**

La siguiente investigación tiene como objetivo analizar los factores atribucionales de efectividad de los tratamientos psicológicos realizados por psicoterapeutas de Lima, por esta razón le solicito su participación voluntaria en una sesión virtual, donde se le harán preguntas relacionadas al tema. El responsable de la investigación es Bruno Giordano Gárate Reyes, estudiante de psicología del sexto año, quien pertenece a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

La entrevista a realizar será grabada para facilitar el análisis de los datos, y toda la información recopilada se mantendrá de manera estrictamente anónima para garantizar la confidencialidad de los datos del entrevistado. Si, por el contrario, no desea se realice la grabación, no se irá contra su voluntad, respetando su decisión. Asimismo, si Ud. desea, podrá abandonar el proceso en cualquier momento.

Lima, diciembre del 2021.

## **Anexo F: Entrevistas por cada terapeuta**

### ***Terapeuta 1. Orientación conductual-contextual***

**Pregunta 1.** Bueno, básicamente la motivación personal, la motivación intrínseca. Ese interés que tiene la persona por buscar un cambio. Número dos, el nivel cultural también es importante, porque cuanto más instruida sea la persona, va a tener más capacidad de análisis, de analizar y usar la lógica. Otro tema también es el tema de la edad, yo noto que, dicho sea de paso, no trabajo mucho con adolescentes, no he trabajado mucho solo he asesorado; el niño y adolescente depende básicamente de los padres o con quienes viven, entonces esas personas a veces no se comprometen. Básicamente eso yo creo que esos son los criterios para que un tratamiento sea efectivo. También es importante el ambiente en donde se desarrollan, por ejemplo, en el caso de las adicciones, nosotros sabemos que es bien complicado cuando la persona sigue viviendo en el mismo barrio, en el mismo medio familiar agresivo y todo lo demás no; pero básicamente lo que mencioné.

**Pregunta 2.** En el caso de los adultos como te dije, el caso de la independencia económica, el que tengan un trabajo de alguna forma que los sustente es importante porque les va permitir hacer actividades de autonomía que se sugiere a veces, viajes, a veces matricularse al gimnasio, de repente ir al cine o hacer una dieta o qué se yo, entonces eso es importante. Número dos, el ambiente donde viven, con quiénes vive, si es una persona soltera, pues obviamente va a tener más pronóstico, mejor pronóstico cuando viven con una familia y de alguna manera se siente contenido emocional, afectivamente. En el caso de parejas también, porque el soporte emocional es muy importante de la pareja, en el caso que juegue rol de coterapeuta y todo eso. Entonces yo creo que esos factores, inciden bastante en una efectividad de un tratamiento. Cuando no los hay, lamentablemente no es que nosotros estemos fallando ni la técnica, ni la estrategia, sino el contexto mismo del usuario de alguna forma interviene o

interfiere que el tratamiento avance. Y lamentablemente pues, no somos dioses para solucionarlo todo. Hay situaciones en que sí, el contexto lo complica.

**Pregunta 3.** Yo creo que el apoyo complementario en algunos casos lo tomo de los médicos, cuando en algún momento considero que el usuario debe tomar algún medicamento, y no solamente de tipo ansiolítico o depresivo, sino a veces de tipo dietético, o algo similar, las que tengan que ver con salud física. También, soy bastante, me apoyo también en algo, en la medicina no tradicional porque es natural, y bueno a pesar que no hay datos bien evidentes, pero son complementarios no es que sean el eje. Eso lo considero también.

**Pregunta 4.** Si ponemos en una escala numérica, del 1 al 10, a esa parte yo le doy un cincuenta por ciento, por que las expectativas del usuario constituyen parte de la alianza terapéutica; y esta alianza tiene un factor muy importante en el éxito del tratamiento. Obviamente ahí se ponen en juego factores de empatía, de lenguaje verbal de la imagen frente a una persona, el tono de voz, y todo eso va a generar un efecto en el usuario y de acuerdo a ello va a responder.

**Pregunta 5.** En primer lugar, la reestructuración cognitiva, surte bastante efecto cuando la aplico. Eh, bueno las otras técnicas dependen de cada caso, no, por ejemplo la desensibilización sistemática en el caso de ansiedades, la resolución de problemas en el caso de conducta depresiva o activación conductual en el caso de depresión, pero básicamente reestructuración cognitiva en todos los casos.

**Pregunta 6.** Uf, un rol importantísimo, sí, es importantísimo, no es el 100% pero sí es uno muy importante, un elevado porcentaje; del 1 al 10 un 7, y eso me lo grabé siempre hace años cuando yo leí la entrevista motivacional, y los autores hacen hincapié en ello. La alianza terapéutica, esa relación de confianza, como amistad que se brinda a una persona, ese hacerle sentir que yo lo puedo ayudar, que yo lo puedo orientar, que yo lo puedo de alguna manera dirigir

su búsqueda, es muy importante, y eso lo noté bastante cuando trabajé con adictos en algún momento. Entonces la respuesta es, muy importante, del 0 al 10, un 7.

**Pregunta 7.** Bueno en lo personal yo creo que una de mis mayores fortalezas es la capacidad de brindar confianza, a través del tono de voz, de la exposición, del lenguaje, no. Esa predisposición a escuchar y en todo momento ponerme en el lugar de la otra persona. A veces es necesario, dejo criterios técnicos, y yo noto cuando la persona necesita ser escuchada y generalmente, en la gran mayoría de cierre de sesiones me dicen eso, no. Me he sentido escuchado, me brinda confianza, me ha ayudado, entonces yo creo que esa es una de mis fortalezas.

**Pregunta 8.** Todo cambio conductual en la terapia es un aprendizaje obviamente, entonces todos los cambios que hagan las personas a nivel cognitivo, a nivel conductual o emocional pues son aprendizajes. Aprendizajes de ese tipo, cognitivo, conductual y emocionales.

**Pregunta 9.** A raíz de la práctica he llegado a la conclusión que el tema de la autoestima. Para mí es muy importante, promover, generar, desarrollar, fortalecer la autoestima pues, no. Pero no esa autoestima pues clásica de quíerete a ti mismo, no, sino la autoestima con sus cuatro componentes como lo dice Risso: el autoconcepto, el autorrefuerzo, la autoeficacia y el autoreforzamiento, no. Yo considero que si una persona aprende a fortalecer su autoestima, va a tener cambios en todos los casos, no. Cuando recibo los casos, en la mayoría de los casos detecto fallos en la autoestima en su forma de hablar, cómo piensan, cómo se ven, cómo se visten, creo eso. De forma concreta el autoconcepto, es una conducta observable a través de la verbalización. Si yo le pregunto defínete a ti mismo, me lo escribe o me lo dice y es observable. Lo que refiere o dice de sí mismo.

## ***Terapeuta 2. Orientación humanista***

**Pregunta 1.** Lo más importante es que quieran trabajar y que hayan llegado por ellos mismos, eso es lo más importante, que sean personas que buscaron y llamaron ellos mismos. Me pasa que llaman otras personas por la persona, y como que ya he comprobado a través de la experiencia de que no, no suelen ir, pero cuando son personas que llaman por sí mismas, o sea personas que estén motivadas que realmente no importa que no sepan por dónde empezar, que me digan “me muero de miedo de empezar un proceso”, ósea esa sinceridad, para mí lo más importante es que sean personas que puedan confiar en mí. Que hagan clic conmigo para que se puedan abrir, que se sientan cómodos con el terapeuta que los va a atender porque imagínate, va abrir su corazón y todo su mundo interno, por eso yo hago una especie de encuentro virtual antes de empezar la sesión donde nos conocemos.

**Pregunta 2.** Me suena muy general, pero, lo tomo como algo externo puede ser el tema de la familia, el apoyo, es decir el que tengan un sostén...Esos serían factores favorables, no, personas que tienen redes de apoyo...Sería eso, la familia, los amigos, que tengan redes de apoyo.

**Pregunta 3.** Sí. Yo me di cuenta de la importancia de tener muchas herramientas en los diferentes niveles del ser, y yo amo la psicología, la psicoterapia, siento que la palabra es 100% sanadora, pero también es verdad que no puedes llegar al mundo interno de todas las personas solo con la palabra porque las mismas personas, no saben cómo expresar, cómo ponerlo en palabras. Ahí fue cuando me empecé a interesar mucho en la meditación, y sí empleó mucho el mindfulness en psicoterapia, me gustó mucho el arte, así que también complementé con todo lo que son trabajos creativos, trabajo mucho con la danza, me parece que el movimiento es importante y el movimiento es una forma de expresión no verbal que ayuda a las personas que justamente tienen estos temas para poder expresar en palabras y poco a poco las palabras van encontrando orden. Complementario, mira, el mindfulness, la danza, las flores de Bach, me parecen que son muy importantes, son un remedio natural, es un remedio que podemos recetar

los psicólogos, así que me he capacitado en todo eso y va acompañando, las flores de Bach son medicina natural alternativa que van acompañando todo este proceso. Básicamente esas serían las 3 cosas que empleo.

**Pregunta 4.** Bueno, en mi experiencia siento que realmente no es significativo. Sí es cierto, que todos los consultantes vienen con expectativas y nosotros como terapeutas sabemos eso, sabemos que están las expectativas. Ahora, también sabemos que las expectativas pueden estar de acuerdo o no de lo que es la realidad dentro de lo que es el espacio terapéutico y lo único que toca hacer es comunicarle, contarle sobre el procedimiento. De hecho, sí, para mí es importante preguntarle al consultante qué expectativas tienes tú en tu proceso, qué es lo que te gustaría llevarte, cuánto tiempo te gustaría estar. Sobre todo, con el tema del tiempo, no. Hay gente que dice que quiere que le digas si todo se va a solucionar en 2 sesiones, 3 sesiones, 4 sesiones como máximo. Entonces uno puede realmente explicarles que cada persona es diferente, que realmente hay personas que tienen procesos muy rápidos, además también es diferente si tú vienes por un tema puntual, que ese tema se resuelve y luego se pueden abrir otros temas y ya está en ti si quieres continuar explorando en ti o no. Y hay otras personas que vienen como casi, casi de esto que me siento mal, no sé qué tengo, necesito encontrarme, entonces ahí estamos hablando de un proceso quizás más existencial, donde hay muchas cosas que ordenar. Entonces, yo siento que las expectativas no son realmente significativas porque todos tienen expectativas, y es una cuestión del terapeuta que vayas dialogando con el consultante y le vayas aclarando cosas en el camino, y vayan también llegando a ciertos acuerdos.

**Pregunta 5.** Tengo varias técnicas que uso bastante, pero específicamente la que se llama *focusing*, es esa que trata de focalizar en el cuerpo la atención, porque realmente el cuerpo es nuestra principal herramienta, la inteligencia corporal te da muchísima información. Entonces, algo que trabajo bastante con los consultantes es aprender, aprender a conectar con tu cuerpo, aprender a escuchar a tu cuerpo, entonces trabajo muchísimo el *focusing*, también trabajo las

respiraciones. Los diferentes tipos de respiración que hay, porque está la profunda, la holotrófica, ósea hay muchos tipos de respiración para diferentes incluso temas, no. Por ejemplo, alguien que tiene un tema como de rabia o ira, es ir con esa respiración que es rápida, es agresiva, casi casi como el tema del embarazo. Entonces sirve el tema de la respiración, el tema del *focusing*, para mí es básico, lo uso en todo. Por ahí otra técnica, pero esas dos las uso totalmente para todo tipo de consultantes.

**Pregunta 6.** Es lo esencial, lo principal, es algo en lo que yo trabajo desde el primer segundo, por eso te estoy comentando que antes de yo acepta a una persona a que lleve un proceso terapéutico conmigo, para mí es importante tener este primer encuentro virtual en donde nosotros, y eso te lo cuento como una cosa entre nosotros, yo a esa consulta la hago con un precio super accesible, es más cuando empecé lo hacía gratis, que solamente me sirve para conocer a la persona, para que se sientan cómodos, y yo les digo qué tal, cómo te sientes conmigo, siempre les hago esa pregunta, me parece que es lo más importante, y me encanta que puedan ser sinceros conmigo y me digan, sí, o mejor voy a seguir buscando. Creo que los pacientes tienen derecho a saber en qué ambiente van a estar, en qué ambiente van a darse las sesiones, cuál es la vibra, la energía que transmite el terapeuta, y tienen todo el derecho de sentirse cómodos porque van a entrar en un proceso de sanación. Por eso, para mí el vínculo es lo más importante, como te lo he dicho en las otras preguntas, es lo que más trabajo, en lo que más me esfuerzo. Sí, que puedan tener esa confianza, ósea yo tengo pacientes de años de años de años, que obviamente ya salieron de un proceso, ya están en lo que querían estar, pero seguimos llamándonos para cumpleaños, me siguen saludando por el día del psicólogo, nos vemos de vez en cuando, como quien dice un refuerzo o simplemente para conversar y eso es lindo. Mantener incluso el vínculo, después de. Es lo más importante.

**Pregunta 7.** Yo disfruto de la terapia al 100%, y para mí la terapia es un acto meditativo, en el que pongo toditita mi atención, todo mi corazón lo estoy poniendo ahí. Yo soy muy cercana

con mis pacientes, es decir, conmigo no hay esta sensación de este es el terapeuta y este el paciente, y estamos sentados, no, yo soy como muy activa, me siento al costado de los pacientes. Obviamente estoy todo el tiempo generando un vínculo para que se pueda dar como esa cercanía, hablo como muy... Lo que me han dicho mis pacientes y que me ellos mismos se dieron cuenta de cuáles son mis características, me suelen decir que suelo ser muy amorosa, ósea que realmente se siente como esta vibra dulce, que los recibo de esta manera muy tierna que se sienten con ganas que les inspiro confianza y alivio y me puedo abrir. Yo sí me considero una terapeuta bastante cercana, bastante amorosa con sus pacientes

**Pregunta 8.** Lo que realmente he visto es el hecho de que las personas puedan entender que somos más que la suma de todas nuestras partes, no. Ósea, para mí eso es básico, y creo que en mi experiencia, cada vez que las personas se dan cuenta de que realmente, no solamente es el cuerpo, no solamente es la mente, no solamente son las emociones, sino que hay algo como la dimensión espiritual si lo quieres llamar así, y el alma, y entonces que somos multidimensionales. Y que son muchas cosas. Otro aprendizaje es el que dejen de enfocarse en el por qué, porque muchas veces vienen los consultantes como por qué me pasa esto, y tienen una especie de fantasía de que cuando yo identifique la causa del problema todo se va a solucionar, pero como nosotros somos seres multicausales, y ese es un aprendizaje genial. Cuando ellos se dan cuenta que somos multicausales y tenemos que dejar de enfocarnos en el por qué sino en el para qué, para qué está esto, para qué me sirve, para qué quiero salir. Y, que realmente el pasado, y el pasado está en el pasado, que el pasado es un mito un poco. Sí es importante sanar el pasado, hay cosas que te suman, pero no es indispensable para que tú puedas ser feliz en tu presente. Y que realmente el tema del futuro, y es más vivir en el presente, no. Ese es un aprendizaje, cuando realmente se dan cuenta que el pasado no importa, que el futuro siempre es una oportunidad y estamos siempre en el aquí y el ahora, y que el pasado hay que dejarlo atrás, y que también dejarlo atrás es una decisión. No necesariamente es un, pero todavía me falta ver este tema. No,

también hay un punto en el que tú llegas y dices, oye yo elijo, ya dejar atrás mi pasado. Y cuando llegan a ese punto de aprendizaje, uf, la terapia se dispara, porque las personas ya dejan de ser víctimas, no, y dicen ahora soy protagonista de mi vida, y ya, sí, tengo muchas cosas atrás, pero yo ya quiero estar bien, ósea yo quiero estar aquí, ahora y mi futuro. Entonces eso, el aprendizaje del pasado, que no es algo indispensable, que es una elección dejar de ser víctimas, y como te digo esto de que somos multidimensionales.

**Pregunta 9.** Primero la capacidad de autoobservación, ósea que puedan preguntarse qué me pasa con esto. Qué estoy sintiendo, ósea la autoobservación es básica en el proceso de psicoterapia y en la vida, no. Cuando tú estás frente a una situación o a un problema, te puedas preguntar un ratito, qué me está pasando con esto, para que no reacciones, sino para que respondas, no, con responsabilidad. Porque finalmente la responsabilidad es la habilidad que tiene alguien para responder, así que no reaccionar, sino responder. Otro tipo de conducta, es el hecho de no tomarse las cosas personales, no, y entender que realmente las cosas que uno escucha, las que uno dice, estás hablando de tus propias experiencias, y así como te pasa a ti, son tus propias experiencias, y el otro también habla en base a sus propias experiencias, no. Que cada quién hace lo mejor que puede con la información que tiene. Entonces esos aprendizajes, esas habilidades, bueno el tema también de la empatía, de también, como te decía, el tema de la respiración, de poder tomarse un momento. Pero sobre todo el tema de autocuestionarse, no, el preguntarse qué me pasa, qué estoy sintiendo, conectar con el cuerpo, bueno, no sé ahorita se me ocurre eso. Pero básicamente tiene que ver con el autoobservarse, y sobre todo que no tengan miedo de sentir emociones negativas, que las emociones negativas, que no existen emociones positivas o negativas, simplemente son emociones, y que cada emoción te viene a dar un mensaje. Entonces, quitar un poquito el estigma de las emociones negativas, cuando aprenden eso, dejan de tener conductas como de cada vez que estoy mal tengo que hacer algo para quitarme el malestar, o cada vez que me dan ganas de llorar, tengo que hacer, entonces empiezan a darse

permisos. Entonces ya es, tengo ganas de llorar, un poco voy a tender a esa necesidad, y voy a llorar. Incluso el aprender a asociar saludablemente las lágrimas. Porque yo creo que se han asociado con la tristeza, pero de pronto las lágrimas le digo a las personas, qué son, son agua, y qué hace el agua, te limpia, para qué la usas, el agua te está limpiando, tiene esa función de limpiarte de adentro hacia afuera. Entonces las personas, cuando empiezan a entender que yo me puedo dar permiso para llorar, que no es que me estoy sintiendo mal, simplemente es en este momento estoy sintiendo esto y necesita expresarse de esta manera. Una de las conductas que más trato de promover es que no tengan etiquetas sobre lo que están sintiendo, que no digan es que estoy mal, es que estoy triste, es que estoy deprimida. No, sino que simplemente aprendan a describir, me está pasando algo, estoy teniendo una emoción, una sensación, y esta quiere expresarse a través de las lágrimas. Entonces ellos comienzan a tener una conducta en cuanto a su propio lenguaje y a su propio discurso, sin etiquetas, con menos juicio, se quedan como en la descripción fenomenológica de, solamente me está pasando esto, estoy sintiendo esto, quiero expresarlo de tal forma, y me atiendo. Entonces aprenden a autosostenerse, que es una conducta básica, no, el autosostenerse para autogestionarse también, internamente.

### ***Terapeuta 3. Orientación conductual-contextual***

**Pregunta 1.** Yo te diría que depende del tipo de cliente. Hay clientes que, y sobre todo los que tienen algún tema de desregulación emocional o algún tema de personalidad, es mucho más complejo, e inclusive una de las terapias que ha mostrado más efectividad con trastornos de personalidad y desregulación que es DBT, uno de los principios es que los pacientes hacen lo mejor que pueden. Ósea no es su intención, entre comillas, sabotear el tratamiento, o entre comillas generar más malestar, realmente esa no es su intención, sino que hacen lo mejor que pueden, no. Lo que creo que de repente se busca en el tratamiento es que en primera instancia haya un espacio donde la persona se sienta comprendida, escuchada, si lo vemos en términos de DBT, que haya validación en los distintos niveles, pero desde lo básico a un nivel 6. Creo que

una vez hay ese espacio de validación, empatía, de que el cliente se siente como que entendido y también comprende su situación, una vez que comprende su situación creo que ahí ya podemos esperar procesos de cambio. Porque, nadie va a querer cambiar si es que primero no acepta ni conoce lo que está sucediendo. Otro principio de DBT, si uno quiere generar cambio, primero es aceptar nuestra situación actual. No podemos hacer cambios si es que no aceptamos primero, esto es lo que soy, esto es lo que tengo, esto es lo que me sucede, ahora qué puedo hacer. Creo que por eso es fundamental que primero exista ese contexto de validación y bueno, que reconozca que hay ciertos temas, porque a veces ciertos clientes realmente no tienen la culpa de lo que les pasa porque sucedió cosas en su vida que realmente a cualquiera le haría ser así. Si bien se entiende, es comprensible eso, realmente el único que va a poder solucionar sus temas, es esa persona..., pero para decir eso se necesita un ambiente de confianza. Para responder resumidamente a tu pregunta, primero tener un ambiente validante y se necesitaría que la persona desarrolle procesos de aceptación en el sentido de que entienda lo que le sucede, aceptar también literalmente como la palabra dice, esto es lo que soy, lo que tengo, qué puedo hacer.

**Pregunta 2.** Bueno, sus testimonios, Por ejemplo, generalmente mi especialidad son temas de depresión y ansiedad, es lo que idealmente deseo trabajar en consulta, temas más complejos poco a poco se ha ido aprendiendo. Pero dentro de los caso que han sido exitosos, porque creo que sabrás que no todos los casos son perfectos, y todo va a salir perfectamente, pero dentro de los testimonios que han sido exitosos generalmente refieren que una frase que utilizan es que han podido recuperar su vida, han podido recuperar aquellos aspectos que sentían como perdidos, o sentían que sus malestares y dificultades les estaba afectando...Yo soy de la idea de que la terapia no solo se trata de la disminución de síntomas, para mí la terapia no solo consiste en que me sienta menos depresivo y ahí quedó, sino es también un aspecto que la persona pueda desarrollarse y desempeñarse y lograr metas en la vida, creo que la psicoterapia busca eso, porque los síntomas van y vienen.

**Pregunta 3.** Yo por ejemplo tengo un celular especial para pacientes y a los pacientes siempre les digo si es que hay una situación difícil, o de emergencia, avísenme por favor, de repente si hay algún cambio de cita, o alguna una dificultad, una crisis, me puedan escribir o me puedan llamar...pongo ciertas reglas, las llamadas no van a ser muy extensas...ese yo creo que sería el servicio complementario. A veces yo también les recomiendo que vayan a grupos de habilidades. En DBT se utilizan grupos de habilidades, por ejemplo, yo no hago, no es que yo sea terapeuta DBT exclusivamente. También a veces les recomiendo eso.

**Pregunta 4.** Bueno, yo diría que influyen muchísimo. Yo considero que las expectativas son fundamentales, no. El tema es qué tipo de expectativas tiene el consultante, para mí. Porque todos tenemos expectativas del tratamiento, y yo al menos me baso de una postura terapéutica, de un enfoque de tratamiento que a veces no coincide mucho con las expectativas que tienen los pacientes, los consultantes. Generalmente, la mayoría de personas que yo he atendido, lo que buscan es no sentir malestar, es decir, quiero sentirme menos ansioso, menos triste, no quisiera sentirme inestable, miedo. Como una lógica de querer evitar el malestar. Y bajo las perspectivas conductuales, contextuales que yo al menos manejo, eso es hasta contraproducente, no. No permite realmente que la persona pueda alcanzar metas y objetivos, sino que se encuentre en ese círculo vicioso que le llamamos reforzamiento negativo, el evitar al final genera que la persona se siga manteniendo en su mismo repertorio. Entonces, las expectativas son importantes, a veces las expectativas que tienen las personas relacionadas a no sentir el malestar, dificultan el tratamiento inclusive.

**Pregunta 5.** Lo importante es considerar los principios, ósea los procesos que realmente generan los cambios conductuales, no. A veces las personas se focalizan en que, ah aplico tal técnica, ah aplico otra tal técnica, o la aplico de tal manera, utiliza tal metáfora, no. Y no es tanto necesariamente la técnica, sino el proceso que tú quieres cambiar. Entonces, yo más diría que las personas, o los terapeutas podrían más enfocarse en el hecho de utilizar los procesos de cambio,

no. Y los procesos de cambio bajo mi perspectiva conductual son los principios conductuales, no, el refuerzo, refuerzo intermitente, reforzamiento diferencial, moldeamiento, ósea todos esos procesos básicos realmente generan que la persona tenga mayores repertorios conductuales, promover mayor flexibilidad. Para detallar, en casos de depresión se ha identificado claramente de que reducir conductas evitativas, y aumentar conductas en activación, es un tratamiento muy efectivo. Para casos de ansiedad, creo que todos lo sabemos, lo que más funciona son la exposición como principio y técnica. Entonces, yo lo que diría es que en vez de fijarnos en qué técnicas son las más efectivas, yo creo que lo más importante sería identificar qué procesos son los que generan los cambios, no. Cuáles son los procesos de base.

**Pregunta 6.** Es fundamental, probablemente si no hay la relación terapéutica no se pueden generar cambios. Es necesario que la otra persona se sienta escuchada, comprendida, entendida, es fundamental para poder lograr cambios. Como te mencionaba, primero es necesario la validación, la aceptación para luego generar cambios. No se puede generar un cambio si es que no hay primero validación y aceptación. Y es fundamental promover esa relación para poder salir y cumplir con los objetivos terapéuticos.

**Pregunta 7.** Yo me considero que soy bien exigente, igual que con mis alumnos, también soy docente, soy exigente con ellos y mis pacientes. Yo puedo de repente tener etapas, generalmente la primera fase donde es más validación, más comprensión, más comprender, pero llega un momento en donde digo, ok, entiendo tu situación, qué vamos a hacer, tenemos que hacer algo porque si nos mantenemos en lo mismo como consecuencia nos vamos a quedar en lo mismo. Entonces hay que tratar de hacer algo diferente, no digo que sean cambios totales, pero de repente cambios pequeños, no. Y creo que, para mí, es algo que he tratado de aprender, todavía lo sigo aprendiendo, en tratar de mantener ese equilibrio entre buscar cambios y también validando, seguir entendiendo, seguir comprendiendo. Creo que esa idea de buscar ese equilibrio, ese balance, es algo que no es fácil, no te voy a mentir, tampoco lo domino en un 100% y no

creo que lo vaya a dominar en un 100%, pero creo que eso es algo que me ha ayudado a trabajar con muchos clientes, sobre todo con aquellos que tienen características de desregulación emocional, casos más complejos. Cuando son casos de cosas específicas, es mucho más fácil, pero cuando son más complejos esa idea del equilibrio creo que es fundamental... También me considero que escucho, ósea yo soy una persona que siempre me he podido quedar callado bastante tiempo y escuchar, tratar de comprender la situación. Me considero también una persona que escucha, comprensiva y que también bueno sé entender, entiendo el malestar del otro, creo que también eso es importante.

**Pregunta 8.** Creo que un aspecto que es muy importante, dentro del tema de psicoeducación, es el hecho de referirles a los consultantes qué es una terapia basada en evidencias, y qué no es una terapia basada en evidencia. Es creo que fundamental, el hecho de mencionarle al consultante en función de un diagnóstico, en función a un patrón, alguna dificultad que presente, qué es lo que, según las investigaciones, no porque se lo recomendó tal psiquiatra tal psicólogo, sino lo que dicen las investigaciones, no. Obviamente explicarlo de una manera simple y sencilla, pero que al fin y al cabo le proporcionemos la información sobre que esto es lo que funciona, y sea conmigo o sea con otro terapeuta, que desarrolles el protocolo, la técnica, busques ese tipo de intervención que le va a ser beneficioso, no. Creo que en la fase de psicoeducación eso es fundamental. Para mí también otro aprendizaje que creo que es muy importante es que, no necesariamente uno tiene que evitar el malestar. El malestar y el sufrimiento humano es parte de la vivencia humana, del hecho de vivir. Y que, no necesariamente el malestar es lo que genera dificultades o problemas en la vida, sino las cosas que perdemos por dejarnos llevar por ese malestar. Me acuerdo mucho de un taller grupal que participé, y justo la otra psicóloga preguntaba no, que esta señora comentaba que estaba teniendo muchas dificultades con su esposo, que ella se enojaba mucho, era muy impulsiva. Y al final hablando le preguntaba, qué es lo que realmente más te duele, el hecho de sentir cólera, el malestar, o el

hecho de que tu relación no está funcionando como tú quisieras que funcionara. Qué es lo que realmente te genera dolor, sufrimiento y malestar, el tener problemas con mi pareja, ah entonces mira, no necesariamente es el impulso, la cólera, el malestar que tienes sino es que esto está afectando cosas que son importantes en tu vida. De repente, por ahí podríamos empezar a trabajar. Conectar más con ese aspecto importante y valioso, y no necesariamente focalizarnos en el hecho de no sentir, no pensar, no sentir malestar. Creo que ese es otro aprendizaje fundamental, trabajar más aceptación, más disposición al malestar.

**Pregunta 9.** Hay muchas posturas de esto. Dependiendo del tipo de terapia, va a depender las conductas objetivo que queramos desarrollar, no. Por ejemplo, en activación conductual, qué es lo que vamos a tratar de promover, aumentar conductas basadas en la importancia, con valor, de agrado. Y reducir conductas evitativas, que se basen en la pasividad. No sé pues, en FAP, fomentar más CCR2, y reducir CCR1 que es otra manera de ver, no. Ósea en resumen creo que la idea sería, promover conductas que estén más relacionadas a un repertorio más flexible, más funcional, y sobre todo que vaya más en coherencia a lo que es importante para el consultante. Sea cual sea el proceso, o la técnica porque pueden existir miles de técnicas, pero que lo que busquemos es que eso se refuerce, que eso se promueva. Y, por otro lado, lo que vamos a buscar también es reducir conductas, no. Reducir conductas que de repente más se basan por patrones rígidos o reglas verbales, o por conductas evitativas, o que realmente no nos permiten acercarnos a cosas que sean tan importantes y valiosas, no. Entonces, creo que todo tratamiento conductual-contextual de alguna manera busca eso, no. Inclusive en DBT, lo que se trabaja dentro de la primera fase es qué conductas tú quisieras aumentar, y qué conductas quisieras reducir, y en función a eso vemos qué podemos hacer para manejarlo, no.

#### ***Terapeuta 4. Orientación conductual-contextual***

**Pregunta 1.** Pues todas, en el momento que la persona toma contacto, en estos momentos el contacto básicamente es online y prácticamente todo en realidad, cómo toma contacto con el

terapeuta, cuál es el medio que utiliza, cómo lo comunica, cuáles son los objetivos que busca alcanzar, cuáles son sus expectativas, ..., explicarle un poquito el modelo también, ... porque de repente no le va a gustar a la persona cómo se le propone el abordaje...entonces también hay que explicarle cómo va a funcionar. Y no todas las personas podrían estar de acuerdo con un formato así, están como mucho más adaptados o acostumbrados, en la medida que hayan tenido otras terapias, posiblemente más con un modelo más de tipo médico, buscar el síntoma ya atacar el síntoma y solamente puede que estén más de acuerdo con los psicofármacos o porque vienen derivados de médicos psiquiatras.

**Pregunta 2.** Creo que son, si lo mirásemos desde la perspectiva ACT, el aspecto vinculado con si es que están dispuestos, con qué acciones comprometidas viene la persona y qué le podemos proponer para que esas acciones comprometidas se puedan orientar hacia sus valores personales. Porque también da lo siguiente, que muchas personas buscan una ayuda terapéutica, pero no por la ayuda terapéutica, sino porque alguien se lo dijo y de pronto, dice mi mamá, dice mi esposa, y en otros casos es porque un familiar está buscando el tratamiento no directamente para sí sino para una persona que considera que tiene un problema, y esa persona ni sabe, no tiene ni idea que están buscando un tratamiento y eso también hay que aclarar a la persona que contacta con el terapeuta, ¿el paciente sabe?, le ha pedido ayuda, le ha pedido que le busque algún tipo de tratamiento. Esas variables también son muy importantes tomarlas en cuenta.

**Pregunta 3.** Para algunas personas requieren supervisión nutricional, ..., entonces lo que hago es sugerirles que pueda tener también algunas sesiones o consulta con algún nutricionista no, por ejemplo, porque quizá necesita mejorar su alimentación para que pueda contribuir de algún modo los problemas de ansiedad o problemas de sueño, evidentemente si es que hay un tema de trastorno de conducta alimentaria... Las interconsultas médicas con personas que tienen condiciones crónicas en su salud, una persona que pueda tener diabetes, hipertensión arterial,

alguna condición crónica, allí ponerla en contacto con el médico tratante. Es importante que pueda tener algún seguimiento y pueda estar regulado desde el punto de vista médico... Eventualmente podríamos interactuar con el médico psiquiatra, aunque hay algunos cuestionamientos al tema de los psicofármacos en la medida que si partimos de que necesitamos evidencias de efectividad, el problema está en los psicofármacos no, si no hay biomarcadores entonces ahí entramos un poquito en colisión, no porque tengamos problemas con el médico psiquiatra, sino cuál va a ser el tratamiento farmacológico que va a utilizar con la persona... Hay que considerar esos aspectos y considerar si es que el médico psiquiatra sí confía y sí estimula que el paciente tome terapia psicológica, cosa que el uso del psicofármaco sea una ayuda inicial y después pueda estar en franco proceso de retirada, y que no le diga que necesita tomar medicación de por vida...

**Pregunta 4.** A mi parecer es un criterio relativo, en nuestro medio hay necesidad de información y difusión de lo que son terapias psicológicas, siendo un derecho del consultante conocer la trayectoria profesional y las competencias o calificaciones que posee el psicoterapeuta. De quienes están informados de sus derechos como consultantes, indagan y solicitan información acerca del tratamiento y la experiencia profesional, lo que considero pertinente, en esa medida es probable que se genere una mejor alianza terapéutica y por lo tanto, adherencia al tratamiento.

**Pregunta 5.** En primer lugar, hay que tener en cuenta que es necesario tener claridad acerca del problema actual del consultante, realizar un buen análisis funcional y así poder delimitar el procedimiento a seguir, por lo tanto, no hay una técnica per se, se elige de acuerdo a las necesidades del consultante, y ello implica tener conocimiento de su historia de aprendizaje, y del contexto donde ocurre, lo que permite identificar la función que cumple la conducta disfuncional y cómo es que se desencadena y cómo se mantiene. Es tarea del psicoterapeuta elegir las técnicas terapéuticas a emplear como parte de los procesos que puedan evidenciar su

eficacia en el tratamiento. En general, trabajar con el hexaflex o con la matrix es lo más cercano a la respuesta para la pregunta planteada

**Pregunta 6.** Pues es sumamente importante ese contacto que parte de lo que acabo de decir, para poder generar una mejor adherencia, acciones comprometidas genuinamente, que esa alianza se vea fortalecida por un interés genuino, que le importas. Es algo que tiene que suceder, irse fortaleciendo, no como una relación de dependencia, sino como una relación genuina, en la cual podamos facilitar que la persona pueda tomar contacto también con sus entre comillas demonios, y empezar irlas identificado y distanciándolas, que ayude a que tener la valentía, el coraje de poder atreverse a. Y eso es fundamental, darle la fortaleza a ese primer contacto, sumamente empático, compasivo, para que la alianza terapéutica sea sólida y que garantice que realmente hay una adherencia al tratamiento y eso se va consiguiendo momento a momento, semana a semana porque hay un momento en que la persona te dice, mira esto no te lo he contado, pero ahora siento que es momento de contarlo y no es como que, oye y por qué no me lo contaste al comienzo.

**Pregunta 7.** En algún momento nos hemos hecho esa pregunta, estamos convencidos que somos así como la máxima expresión en psicoterapia, pero nos damos cuenta que no va de esa forma. Con los años, con el tiempo transcurrido, el contacto con personas, facilita que la expresión, que las emociones propias puedan también estar mucho más manifiestas, no sentirse como el sabelon y ser uno más con el otro y creo que se aprende con el tiempo, porque el entrenamiento es como permanente, entonces se va aprendiendo con el tiempo a sincerar ese aspecto de la persona y no tener como ese escudo ahí. Y evidentemente creo que la otra parte, quien consulta, también aprecia eso no, encontrarse con otro ser humano que experimenta las mismas emociones, y eso creo que ayuda a que las personas puedan fortalecer la alianza terapéutica, confiar en alguna manera, aunque todo sea un poco más subjetivo en realidad. Abrir eso no, abrirse a la emoción no significa que como a veces nos han enseñado que no, que te vas

enganchan con el tema, porque algunas cosas que se aprenden directamente en el contacto con la otra persona sin que eso no signifique que no nos deba de afectar de alguna manera. Entonces el mostrarse este litigio con la intención genuina de que sí me importa, creo que esas son algunas de las características que vamos reconociendo en nosotros mismos, superar un temor de que como si necesitásemos escondernos, y mostrarnos como si fuésemos una especie de Iron Man, y creo que esto en algún momento todo terapeuta lo va a transitar y luego eso se va a ir transformándose, y que la otra persona te conozca como realmente eres, qué cosas has ido también cambiando, transformando a lo largo del tiempo y de la vida misma, y no se trata de ser terapeuta viejo o joven, sino en qué momento se va tomando contacto con esa experiencia y poder transitarlo por ahí.

**Pregunta 8.** Si un consultante nota que es capaz de vivir una vida que valga la pena vivirla, es capaz entonces de realizar más acciones comprometidas con sus valores personales y reconocer que lo que lo agobia generalmente son reglas verbales que están fusionadas y están siendo hiperreflexivas lo que le impide ver las cosas como realmente son. Cuando un consultante se involucra activamente en el proceso de la terapia y es capaz de responder sus "para qué", estará más dispuesto a notar sus pensamientos, lo que siente en el cuerpo, de las emociones y menos dispuesto a buscar el "por qué". Esa mirada contextualizada del consultante es clave en el tratamiento y que conduce a vivir una vida tal como quiere vivirla o lo coloca en esa dirección elegida.

**Pregunta 9.** Acciones comprometidas en dirección a sus valores personales, el consultante y el terapeuta serán un equipo que facilite mediante el uso de algunas estrategias que incluyen las experienciales, que el consultante pueda observar y distanciar pensamientos rumiativos, las metáforas sirven para dicho propósito (defusión en ACT), ejercicios de conciencia plena, etc. Y mientras el consultante evoca conductas clínicamente relevantes (CCR)

vaya a su vez planificando actividades en función a sus áreas vitales y sus valores personales, esas son las conductas a promover.

### ***Terapeuta 5. Orientación psicoanalista***

**Pregunta 1.** A ver, de hecho, inteligencia, ehm, comprensión, capacidad simbólica, hum, capacidad de generar vínculos, sí, porque tiene que tener un vínculo con el analista. Ehh, capacidad de cuestionarse las cosas, sí, seguramente hay muchas más, esas son las que se me vienen ahorita a la cabeza. Pero básicamente, en realidad, ósea todo se resume en la capacidad simbólica, estás hablando con una psicoanalista, ósea que igual eso sesga cuando hagas esta entrevista cuando la hagas a un cognitivo conductual, pero para mí, es la capacidad simbólica que tiene el paciente de entender más allá de los hechos concretos que le están pasando, si no es capaz, se queda en el cuadradito y no se puede ver más allá de lo que significan los hechos, no va a cambiar nunca.

**Pregunta 2.** Que haya tenido la capacidad, no la capacidad, la posibilidad, mejor dicho, de haber creado condiciones básicas para crecer, porque incluso si es que surge un trauma grande o algo después de que el paciente ha tenido la solidez necesaria, va a poder salir de eso. Una persona que nunca consiguió estructurarse desde muy temprana edad, nunca tuvo la posibilidad de estructurarse, es crear todo eso de la nada, no que sea imposible, de hecho, se puede, simplemente es un tratamiento más difícil.

**Pregunta 3.** A veces si es que el paciente es grave uso, tengo psiquiatras con los que lo medican.

**Pregunta 4.** Depende del caso, pero generalmente cuando viene más predispuesto a que el análisis funcione favorablemente, suele ayudar. Lo mismo en sentido inverso.

**Pregunta 5.** El psicoanálisis es la técnica en sí misma.

**Pregunta 6.** Mira, creería, sin temor a equivocarme que el 100% de la efectividad. Si no hay una buena alianza no pasa nada. Porque todo se desarrolla en base al vínculo. Pues nuevamente te digo, me imagino que estás entrevistando a un montón de gente, yo soy psicoanalista, ósea que, por ahí, te agarra... Mi trabajo, sin alianza no hay nada.

**Pregunta 7.** La honestidad, la sensibilidad, la empatía, de hecho, sí la honestidad, la transparencia, yo soy muy obvia, yo soy lo que soy frente a mis pacientes o frente a, ellos se dan cuenta cómo soy yo.

**Pregunta 8.** Aprender a entenderse a sí mismos, a no ser tan duros consigo mismos.

**Pregunta 9.** El autoconocimiento y la aceptación. Aprender a leer su propio inconsciente.

#### ***Terapeuta 6. Orientación psicoanalista***

**Pregunta 1.** El paciente analizable. Mira, desde mi aproximación, yo creo que en un primer momento el que se tiene que adecuar es el analista. En ese sentido, no diría que hay criterios que me digan, este va a ser un buen paciente, no. Mi trabajo es encontrar las formas de comunicarnos. Yo, trabajo con niños algunas veces, con problemas de lenguaje, con rasgos de autismo en el espectro y también con adultos neuróticos, entonces creo que he ampliado bastante eso, no. Creo que la principal característica es que quieran estar ahí conmigo haciendo algo, y ya eso es bastante.

**Pregunta 2.** Las redes de soporte. Cuando la familia está involucrada, las personas cercanas, bueno no necesariamente tienen que ser su familia, no, pero cuando la configuración de personas cercanas que está con el paciente sabe del problema, son empáticas con la situación y están comprometidos creo que ese es un golazo.

**Pregunta 3.** De manera multidisciplinar, sí, muchas veces trabajo con psiquiatras de la mano, con terapeutas por el arte, con terapeutas ocupacionales en el caso de los niños con trastornos más severos, sí. Sí me apoyo por supuesto.

**Pregunta 4.** La expectativa de que eso va a funcionar, la confianza de que, ha pedido referencias. De que tú como terapeuta, eres bueno o has tenido una trayectoria que de alguna manera él pueda tener cercanía, y de que otras personas han sido ayudadas por este tratamiento es fundamental. Eso es parte de la sugestión. De hecho, creo que si no hubiera eso, no hubiera alianza terapéutica pues no, a menos que sea parte de la patología, que viene de frente a cuestionar tu trayectoria, tu trabajo, la terapia, es un poco como, entonces qué hacemos acá.

**Pregunta 5.** La sinceridad creo que es la principal. Ser genuino, ser sincero, ser natural, disculparte cuando te equivocas, y preocuparte realmente por tu paciente. Creo que si tienes esas cuatro cosas. Quizás muchas veces no sepas qué decir, pero va a haber una alianza terapéutica y se va a dar un cambio.

**Pregunta 6.** Creo que es por sí misma una herramienta, por que la relación terapéutica ya de por sí es una herramienta. Está ejerciendo una acción curativa en la persona, entonces, que al inicio esta relación tenga tintes positivos, de idealización, de compromiso, como yo te decía, quiero estar acá para cambiar las cosas. Cumple un rol muy importante. Que no quiere decir que debe ser inmutable, esa relación va ir cambiando y de eso se trata, pero considero que es muy importante porque es parte de la herramienta psicoterapéutica.

**Pregunta 7.** Eh, de manera retrospectiva, mi análisis personal, y de manera prospectiva, las supervisiones. En el sentido que, todo lo que hice antes, en cuanto a conocerme a mí misma es uno de los factores más importantes, pero luego también cuando ya tengo material y situaciones en sesión que puedo llevar en supervisión. Creo que esas dos cosas son las que me

permiten darle la vuelta a situaciones donde uno piensa que no hay mucho que hacer, no. Esas dos.

**Pregunta 8.** Claro, la palabra aprendizaje, de repente es mi prejuicio, me remite a una técnica donde quizás yo doy pautas, consejos, que ellos deban aprender a aplicar. Pero, en cuanto a los objetivos, no, del psicoanálisis, que es lo que yo intento practicar, eh, creo que lo que más se llevan es la capacidad de estar con un otro, no, pensándose. La capacidad de hablar de sí mismos, pero con otro, saber que no siempre se les va a entender al cien por ciento, y, sí, eso. A tolerar, esa distancia entre las dos mentes, saber que tu terapeuta no te lee la mente, que no es uno contigo, que es un otro distinto, ajeno, pero que a la vez los dos pueden estar ahí, pensándose, creo que eso es lo que me gustaría que todos se lleven.

**Pregunta 9.** Bueno, las conductas van a ser específicas al paciente, yo creo que lo que intento promover es la libertad, no. Que ellos hagan lo que realmente desean, ósea que realmente sepan que lo que están haciendo parte de un deseo y que sea solo de ellos, y que sean libres de hacerlo, y que sean genuinos, entonces si eso significa dejar de fumar. Bienvenido, y si significa, poderse ir un mes de vacaciones, sin preocuparse, también. Quizás para otros signifique dejar de comer azúcar, no lo sé. Pero más que una conducta específica, creo que es la libertad de ejercer su deseo.