

INTEGRACIÓN EN PSICOTERAPIA EN TERAPEUTAS EN FORMACIÓN: ATRIBUCIÓN DE FACTORES COMUNES E INGREDIENTES ESPECÍFICOS EN CASOS PROTOTÍPICOS DE CINCO ORIENTACIONES PSICOTERAPÉUTICAS

PSYCHOTHERAPY INTEGRATION IN PSYCHOTHERAPISTS IN TRAINING: ATTRIBUTION OF COMMON FACTORS AND SPECIFIC INGREDIENTS TO PROTOTYPICAL CASES OF FIVE THEORETICAL APPROACHES

Luis Botella
y Joana Maestra*

Resumen

El objetivo de este trabajo es comprobar qué factores comunes e ingredientes específicos diferencian un grupo de terapeutas en formación en casos clínicos prototípicos de las principales orientaciones teóricas de la psicoterapia que han recibido apoyo empírico en cuanto a su eficacia. Los participantes de este estudio fueron 65 estudiantes de un programa de formación en psicología clínica y de la salud de tercer ciclo universitario. Los resultados obtenidos indicaron que los factores comunes son percibidos como muy comunes en todas las formas de psicoterapia y en la misma proporción y que los factores específicos no son percibidos como tan únicos de una forma de terapia. Más bien parece ser que están presentes en todas las orientaciones y en igual proporción (sin diferencias significativas).

Palabras clave: factores comunes, ingredientes específicos, terapeutas en formación, orientaciones teóricas

Abstract:

The aim of this study is to check what common factors and specific ingredients do a group of therapists in training differentiate in clinical cases prototypical of major theoretical orientations of psychotherapy that have received empirical support in terms of their effectiveness. Participants in this study were 65 students of a training program in clinical psychology and health. The results indicated that common factors are perceived as very common in all forms of psychotherapy and in the same proportion and that specific factors are not perceived as exclusive from one form of therapy and appear to be present in all of them and in the same proportion (no significant difference).

Key words: common factors, specific ingredients, therapists in training, major theoretical orientations

Recibido: 31-05-13 | Aceptado: 11-12-15

A pesar de las diferencias teóricas entre modelos psicoterapéuticos y el interés de sus proponentes por demostrar su superioridad relativa, la conclusión que se extrae de la revisión de la literatura hasta el momento es que ninguna de ellas sobresale claramente por encima de las demás (véase la re-

visión de Botella, Maestra, Feixas, Corbella y Vall, 2015).

Tanto las investigaciones metaanalíticas clásicas como las más restrictivas coinciden en la misma conclusión: no hay un vencedor claro en la competición entre diferentes modelos psicoterapéuticos. El dictamen oficial de la APA de Agosto de 2012 (véase <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>) establece que “a diferencia de las marcadas diferencias en cuanto a mejoría entre los

* Luis Botella y Joana Maestra
E-Mail: lluisbg@blanquerna.url.edu
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXV p.p. 39-48
© 2016 Fundación AIGLE.

pacientes tratados con psicoterapia y los que no, las diferentes formas de psicoterapia producen típicamente resultados relativamente similares”.

Esa equivalencia general de resultados lleva a pensar en la existencia de factores comunes a todas las orientaciones, es decir, aspectos compartidos por ellas independientemente de lo que las diferen-

Tabla 1. Cuadro resumen de los ingredientes específicos y factores comunes propuestos por cada orientación

ORIENTACIONES	INGREDIENTE ESPECÍFICO
Psicoanálisis	Insight
Conductual	Recondicionamiento
Humanista	Crecimiento del Self
Cognitiva	Reestructuración Cognitiva
Sistémica	Cambios relacionales
AUTOR/ES	FACTORES COMUNES PROPUESTOS
Jerome Frank	relación de confianza emocionalmente significativa. marco de curación fundamento racional, esquema conceptual o mito ritual
Judd Marmor	relación cliente-terapeuta confianza del cliente en el terapeuta y expresión de sentimientos aprendizaje cognitivo condicionamiento operante experiencia emocional correctiva modelado sugestión y persuasión ensayo y práctica de competencias ambiente de apoyo
Nicholas Hobbs	relación terapéutica segura descondicionamiento de la ansiedad generada por otras figuras transferencia internalización del locus de control desarrollo de un sentido aceptable de la vida
Marvin Goldfried	experiencia correctiva feedback
John Paul Brady	relación terapéutica segura expectativas de éxito por parte del cliente estrategias de incremento de la sensación de control desarrollo de conductas adaptativas puesta en práctica de las conductas autocontrol
Toksoz Karasu	experiencia afectiva dominio cognitivo regulación conductual
William Stiles, David Shapiro y Robert Elliot	factores del terapeuta conductas de participación activa del cliente alianza terapéutica
Hans Strupp	creación de un contexto interpersonal aprendizaje terapéutico
Lisa Greencavage y John Norcross	características del cliente cualidades del terapeuta proceso de cambio estructura del tratamiento relación terapéutica

cia. También la síntesis de John Norcross en 2011 (véase <http://www.divisionofpsychotherapy.org/continuing-education/task-force-on-evidence-based-therapy-relationships/conclusions-of-the-task-force/>) de las conclusiones de la rigurosa revisión de la Task Force on Evidence-Based Therapy Relationships de las divisiones 12 y 29 de la APA enfatiza que: (a) La relación terapéutica contribuye de forma sustancial y constante al resultado de la terapia independientemente del tipo de tratamiento específico, y (b) La relación terapéutica explica por qué los clientes mejoran (o por qué no) por lo menos tanto como el método de tratamiento concreto.

Las razones para seguir promocionando terapias específicas, a la vez que ignoran dichos factores comunes, tienen que ver probablemente con intereses económicos y socio-políticos propios de cada escuela de terapia en concreto, pero a la luz de la investigación en psicoterapia (al menos de momento) no se ha podido demostrar que ninguna de ellas merezca un estatus especial en cuanto a su eficacia por encima de las demás.

En el mismo sentido, son aún pocos los programas de formación en psicoterapia que enfatizan aspectos integradores y de factores comunes a las diferentes orientaciones, de nuevo debido probablemente a que muchos de dichos programas aun arrastran la tradición de ir estrechamente vinculados a escuelas terapéuticas concretas con sus intereses creados.

El objetivo de este trabajo es comprobar qué factores comunes e ingredientes específicos diferencian un grupo de terapeutas en formación en casos clínicos prototípicos de las principales orientaciones teóricas de la psicoterapia que han recibido apoyo empírico en cuanto a su eficacia. En los apartados siguientes se detallan dichos factores en cuanto a su utilización como parte del método de este estudio. El estudio se centró en terapeutas en formación dado que aún no estaban adscritos a ninguna orientación teórica específica y por tanto eran más ajenos a los intereses creados de cada una de ellas que los más veteranos. Por otra parte, se eligió un programa de formación con una base generalista no adscrita a una sola orientación sino que incluye módulos con base psicodinámica, cognitiva, conductual, constructivista y sistémica (además de los fundamentos de terapias humanistas propios del trabajo sobre la alianza terapéutica).

Método

Participantes

Los participantes de este estudio fueron 65 estudiantes de un programa de formación en psicología

clínica y de la salud de tercer ciclo universitario. Sus edades estaban comprendidas entre 23 y 45 años (con una media de 25,7 y una desviación típica de 5,4). Un 80% eran mujeres y un 90% no tenían experiencia clínica. Un 25% de los participantes procedían de diferentes universidades españolas y extranjeras y un 75% de la misma en que se impartía el programa. La formación básica de los participantes era de Licenciado/da en Psicología e incluía una formación generalista pero extensa en las diferentes orientaciones y formas de psicoterapia.

Material y Procedimiento

Después de una sesión expositiva centrada en (a) un recordatorio de los principales enfoques terapéuticos, (b) sus ingredientes específicos y (c) el concepto de factores comunes propuestos por los autores más representativos del ámbito (ver Tabla 1) se repartió a cada participante un dossier de casos prototípicos (ver Anexo A) de cada orientación: psicodinámica, humanista, cognitiva, conductual y sistémica, extraídos de manuales clínicos propios de cada una (Bas, 1997; Herr y Weakland, 1979; Rogers, 1957; Pérez, 1996).

Se facilitó un dossier para cada participante con el fin de que lo leyeran como tarea para casa. Junto con este material se entregó una rejilla a cada participante, en la cual aparecían los factores comunes en una primera parte y, en una segunda, los ingredientes específicos que cada orientación propone como propios. La idea era que los participantes consideraran si en los casos prototípicos se había detectado la presencia tanto de factores comunes a todas las orientaciones como de ingredientes específicos propios de cada orientación que pudieran estar presentes en las otras. Los ingredientes específicos propuestos fueron (ver Tabla 1): para la terapia psicoanalítica el insight, para la terapia conductual el acondicionamiento, para la humanista el crecimiento del self, para la terapia cognitiva la reestructuración cognitiva y para la terapia sistémica los cambios relacionales.

Los ingredientes específicos propuestos coinciden por un lado con los manuales clínicos de los autores más representativos de cada orientación.

Resultados

1. Análisis de Factores Comunes

1.1. Análisis Genérico

En la Tabla 2 se presentan la mínima, máxima, mediana y desviación típica de las puntuaciones

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de puntuaciones promedio de factores comunes

	N	MÍNIMA	MÁXIMA	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
Psicodinámica (P)	65	2,58	3,58	3,05	0,24
Conductual (CN)	65	2,26	3,58	2,99	0,29
Cognitiva (CG)	65	2,21	3,53	3,13	0,28
Humanista (H)	65	2,74	3,63	3,14	0,24
Sistémica (S)	65	2,58	3,63	3,08	0,25

promedio de factores comunes atribuidas por los participantes del estudio a cada uno de los casos analizados.

Los resultados del análisis de varianza demostraron que no había diferencias significativas entre ninguna puntuación de factores comunes atribuida a cada uno de los casos.

1.2. Análisis Específico

Con respecto al análisis de la significación de las diferencias entre cada uno de los factores comunes atribuidos a cada una de las orientaciones, en las 5 tablas siguientes se presentan la mínima, máxima, mediana y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común atribuidas por los participantes del estudio a cada uno de los casos analizados.

Tabla 3. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Psicodinámico

	N	MÍNIMA	MÁXIMA	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
P1	65	1	4	2,91	0,91
P2	65	1	5	2,78	0,93
P3	64	1	4	2,77	0,99
P4	65	1	4	2,97	0,86
P5	65	1	4	3,09	0,90
P6	65	1	4	2,77	0,84
P7	65	2	4	3,20	0,85
P8	65	1	4	3,31	0,85
P9	65	1	4	2,66	0,78
P10	65	2	4	3,34	0,83
P11	65	2	4	3,48	0,56
P12	65	1	4	2,91	0,93
P13	65	1	4	2,97	0,85
P14	65	1	4	3,20	0,83
P15	65	1	4	3,11	0,92
P16	65	1	4	3,06	0,90
P17	65	1	4	3,09	0,78
P18	65	2	4	3,25	0,68
P19	64	1	4	3,11	0,80
	63				

Tabla 4. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Conductual

	N	MÍNIMA	MÁXIMA	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
CN1	65	1	5	2,77	1,01
CN2	64	0	4	2,48	1,13
CN3	65	1	4	3,02	0,87
CN4	65	0	4	2,91	0,99
CN5	65	1	4	3,00	0,85
CN6	65	1	4	2,88	0,96
CN7	65	1	4	3,03	1
CN8	65	1	4	2,91	1,028
CN9	65	1	4	3,05	0,82
CN10	65	0	4	3,42	0,86
CN11	65	1	4	2,94	0,92
CN12	65	1	4	3,06	0,85
CN13	65	0	4	2,94	1,07
CN14	65	1	4	2,82	1,03
CN15	65	2	4	3,35	0,74
CN16	65	1	4	2,83	0,86
CN17	65	1	4	3,05	0,87
CN18	65	2	4	3,32	0,77
CN19	65	1	4	3,05	0,78
	64				

Los resultados de los cinco análisis de varianza para cada una de las cinco tablas demostraron que no había diferencias significativas en las puntuaciones de cada factor común atribuida a cada uno de los casos:

Con el fin de comprobar si había algún patrón subyacente a la distribución de puntuaciones de los factores comunes atribuidas a los casos prototípicos, se llevó a cabo un Análisis Factorial exploratorio mediante un análisis de componentes principales. Los resultados del Análisis Factorial indicaron que no había una estructura factorial clara subyacente a los datos de la distribución de puntuaciones. De hecho, incluso con 29 factores sólo se llegaba a explicar un 88,04% de la varianza de los datos.

Con la finalidad de analizar posibles similitudes en el patrón de la distribución de puntuaciones de los factores comunes atribuidas a los casos prototípicos, se llevó a cabo un análisis de la matriz de correlaciones de Pearson entre los casos comparados dos a dos. La matriz de correlaciones indicó que sólo había una correlación significativa ($r=-0,30$;

$p<0,005$ bilateral) entre los casos de terapia Humanista y Conductual. La humanista y la conductual presentaban un patrón de factores comunes opuesto.

2. Análisis de Ingredientes Específicos

2.1. Análisis Genérico

Con respecto al contraste de la significación de las diferencias de las medias de cada ingrediente específico identificados en todos los casos prototípicos en general, los resultados del análisis de varianza demostraron que no había diferencias significativas entre las medias de ninguna puntuación de ingredientes específicos identificados en todos los casos prototípicos en general.

2.2. Análisis Específico:

2.2.1. Por ingrediente específico

Tabla 5. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Cognitivo

	N	MÍNIMA	MÁXIMA	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
CG1	65	1	5	2,85	0,96
CG2	64	1	5	2,63	0,98
CG3	65	1	4	2,83	0,99
CG4	65	1	4	2,98	0,99
CG5	65	1	4	3,09	0,84
CG6	65	1	4	3,12	0,82
CG7	65	1	4	3,18	0,92
CG8	65	1	4	3,17	1,01
CG9	65	1	4	3,03	0,95
CG10	65	2	4	3,51	0,73
CG11	65	1	4	3,20	1
CG12	65	1	4	3,15	0,85
CG13	65	2	4	3,29	0,78
CG14	65	1	4	3,11	1,02
CG15	65	1	4	3,35	0,78
CG16	65	1	4	3,40	0,63
CG17	65	1	4	3,12	0,76
CG18	65	2	4	3,22	0,78
CG19	64	1	4	3,19	0,87
	63				

En referencia al contraste de la significación de las diferencias de las medias de cada uno de los ingredientes específicos identificados en todos los casos prototípicos en general, los resultados del análisis de varianza demostraron que no había diferencias significativas entre las medias de ninguna puntuación de ninguno de los ingredientes específicos identificados en todos los casos prototípicos en general.

2.2.2. Por caso prototípico

En cuanto al contraste de la significación de las diferencias de las medias de cada ingrediente específico identificado en cada uno de los casos prototípicos en particular, los resultados del análisis de varianza demostraron que no había diferencias significativas entre las medias de ninguna puntuación de ninguno de los ingredientes específicos identificados en cada uno de los casos prototípicos en particular.

Discusión

El hecho de que las medias de las puntuaciones de factores comunes atribuidos a las diferentes orientaciones no muestren diferencias entre sí, demuestra no sólo que todos los factores comunes son percibidos en todas las orientaciones sino que además lo son en igual proporción (sin diferencias significativas), por lo tanto se puede concluir que los terapeutas en formación identifican aspectos comunes de procedimiento y práctica terapéutica en todos los casos del estudio (pese a sus aparentes diferencias teóricas debidas a ser casos ejemplares). Esto podría ser debido a: (a) que todos los participantes del estudio se equivoquen y no sean capaces de ver que los casos son mucho más diferentes que similares, o (b) que subyacente a la aparente discrepancia entre los casos haya factores comunes mucho más supraordenados que los participantes del estudio saben identificar debido precisamente a tener una formación no ortodoxa ni exclusiva de ninguna orientación específica. La conclusión más

Tabla 6. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Humanista

	N	MÍNIMA	MÀXIMA	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
H1	65	2	4	3,08	0,78
H2	65	2	5	2,89	0,77
H3	63	2	4	2,90	0,78
H4	65	2	4	3,02	0,82
H5	65	2	4	3,15	0,77
H6	65	2	4	3,06	0,63
H7	65	2	4	3,23	0,84
H8	65	2	4	3,28	0,84
H9	65	2	4	2,68	0,56
H10	65	2	4	3,32	0,83
H11	65	2	4	3,66	0,51
H12	65	2	4	3,09	0,72
H13	65	2	4	3,14	0,75
H14	65	2	4	3,26	0,81
H15	65	2	4	3,12	0,86
H16	65	2	4	3,43	0,61
H17	65	2	4	3,11	0,62
H18	65	2	4	3,11	0,73
H19	64	2	4	3,17	0,81
	62				

plausible parece ser la (b), pues cuesta creer que 65 licenciados estudiantes de un programa de tercer ciclo universitario y provenientes de universidades diferentes se equivoquen todos ellos y en el mismo sentido.

Este resultado, añadido a la constatación de que los factores comunes explican un 30% del resultado terapéutico y de que son realmente comunes a todas las orientaciones y en igual medida, haría aconsejable dar más relevancia a estos factores en la formación de futuros terapeutas. Resulta sorprendente que tradicionalmente se haya dado más importancia en la formación de psicoterapeutas a supuestos “factores específicos” que resultan no ser únicos de una sola forma de terapia y que, incluso en algunos de ellos no se sabe qué porcentaje del resultado final de la terapia explican, cosa que probablemente justifica que no se haya podido demostrar que ninguna forma de psicoterapia sea mejor que ninguna otra en general y en todos los casos.

En la medida en que este resultado sea correcto, parece evidente que los puntos en común entre to-

das las orientaciones deberían recibir más atención que las diferencias entre las diversas formas de terapia.

Bajo otro punto de vista, los participantes del estudio no identifican ninguna orientación como caracterizada por más ni por menos factores comunes que las otras. Las cinco orientaciones son percibidas como igualmente cargadas de factores comunes en proporciones muy parecidas. Esta ausencia de perfil diferencial resulta curiosamente similar a los resultados de ausencia de eficacia diferencial. Ésta podría ser otra versión diferente del veredicto del pájaro Dodo. Si bien la versión habitual de la fuente original de Lewis Carrol es que “todas han ganado y todas tienen derecho a su premio”, los resultados del presente estudio indican que “todas son más similares que diferentes”.

Por otra parte, los participantes de la muestra no identifican ninguno de los 19 factores comunes como más predominante que ningún otro. Los 19 se distribuyen de manera similar al ser aplicados a los cinco casos prototípicos. Los factores comunes

Tabla 7. Mínima, máxima, media y desviación típica de las puntuaciones promedio de cada factor común, aplicadas al caso Sistémico

	N	MÍNIMA	MÀXIMA	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
S1	65	1	4	2,88	0,91
S2	65	1	5	2,91	0,78
S3	65	1	4	3,08	0,82
S4	65	2	4	3,12	0,82
S5	65	1	4	3,17	0,84
S6	65	1	4	2,80	0,87
S7	65	2	4	3,15	0,83
S8	65	2	4	3,38	0,76
S9	65	1	3	2,54	0,69
S10	65	2	4	3,26	0,87
S11	65	3	4	3,46	0,50
S12	65	1	4	3,12	0,80
S13	65	1	4	2,92	0,83
S14	65	1	4	3,15	0,81
S15	65	2	4	3,26	0,81
S16	65	1	4	2,95	0,96
S17	65	2	4	3,17	0,72
S18	65	2	4	3,28	0,74
S19	63	1	4	2,97	0,76
	63				

son realmente comunes, sino no se distribuirían igual. Este resultado podría ser debido a que diferentes orientaciones usan diferentes nombres para un mismo proceso de cambio psicoterapéutico. Es decir, si los 19 factores comunes se distribuyen de igual manera en los cinco casos prototípicos, es que los 19 factores están presentes en los cinco casos y en proporción similar, por lo tanto podría ser que los factores comunes se encuentren denominados de una manera diferente en cada una de las cinco orientaciones (e incluso sean etiquetados como factores específicos), pero que el proceso psicológico o el concepto en sí, sea el mismo.

Aun así, los 19 factores comunes no tienen una importancia jerárquica diferencial clara y el Análisis Factorial no es capaz de agruparlos en factores matemáticos, es decir no parecen representar subcategorías de factores de orden superior. Este hecho indica que no forman conglomerados que se puedan reducir fácilmente a dimensiones supraordenadas. Esto se debe probablemente a que los factores se extraen de planteamientos de 12 autores diferentes

que ya hicieron una abstracción del nivel más alto posible a la hora de hacer sus propuestas. Debido a este alto nivel de abstracción, sería explicable que no se encuentren “metafactores” comunes.

Aun cuando no hay diferencia en las puntuaciones medias de factores comunes atribuidas a las diferentes orientaciones, sí se evidencia que los participantes del estudio perciben una discrepancia significativa entre los patrones de factores comunes de dos casos: el de terapia Humanista con el de terapia Conductual. Estos dos casos presentan entre ellos un patrón de puntuaciones inverso, es decir todo lo que caracteriza a una orientación, no caracteriza a la otra. Con respecto a factores comunes, las puntuaciones altas de uno corresponden a puntuaciones bajas del otro y viceversa. Este hecho no implicaría que una forma de terapia fuera más o menos integradora que la otra, sino que las dos son integradoras en aspectos sistemáticamente diferentes.

Estos resultados sugieren las ventajas de la Selección Sistemática de Tratamientos –SST- (Beutler y Harwood, 2000). La SST se basa fundamentalmen-

te en la evaluación tanto de las variables del paciente como de las del tratamiento para que la interacción entre las dos sea lo más acertada posible. Para esta finalidad se tienen en cuenta unos niveles de decisión (variables del paciente, contexto, procedimientos terapéuticos y adecuación de las intervenciones). Si bien la SST se basa en la implementación de terapias conceptualmente “puras” (es decir, de modelos no integradores), a partir de los datos del presente estudio se abre la posibilidad de plantear una propuesta de SSFC (Selección Sistemática de Factores Comunes) que podría funcionar adaptada al paciente, según su problemática, estilo de afrontamiento, y cualquier otra variable psicológica relevante.

Los resultados demuestran que no hay diferencias significativas entre las medias de ninguna puntuación de los ingredientes específicos identificados en todos los casos prototípicos en general y además no hay diferencias significativas entre las medias de ninguna puntuación de ninguno de los ingredientes específicos identificados en todos los casos prototípicos en general.

Esto indica que las orientaciones contrastadas no sólo se caracterizan por tener mucho en común (como ya se ha discutido en párrafos anteriores) sino también por tener ingredientes específicos de las otras. Pese a la insistencia de cada orientación en su supuesta unicidad y diferencia radical con las otras debido al uso de técnicas propias, parece que los participantes en este estudio identifican ejemplos de factores específicos (no necesariamente técnicas) de todas las orientaciones en todas ellas.

Así, el cambio humano en terapia no se puede reducir fácilmente a una sola finalidad dado que los propios pacientes cambian en múltiples dimensiones a la vez (cognitiva, conductual, emocional, relacional, autobiográfica...). Puede que el terapeuta, si es ortodoxo de una orientación, no lo reconozca explícitamente, pero hay mucha investigación que indica que el paciente sí lo hace, véase, por ejemplo, la documentada revisión de Bohart y Tallman, (1999), y este estudio además demuestra que un grupo de observadores externos con conocimiento avanzado del tema también identifican todas las dimensiones del cambio psicológico humano en cada caso de terapia exitosa, sea ésta de la orientación que sea.

Al principio del estudio se formulaban una serie de preguntas que surgían ante el hecho de que algunos terapeutas de algunas orientaciones continuaban enfatizando la importancia de los factores específicos de su enfoque terapéutico por encima del resto a pesar de que la investigación, al menos por el momento, no ha encontrado ninguna evidencia de que ninguna orientación psicoterapéutica sea

superior a ninguna otra. Los resultados obtenidos en este estudio ponen de manifiesto: (a) que los factores comunes son muy comunes en todas las formas de psicoterapia y en la misma proporción y (b) que los factores específicos no son tan únicos de una forma de terapia y más bien parece ser que están presentes en todas las orientaciones y en igual proporción (sin diferencias significativas).

Dados estos resultados, ¿por qué no se promocionan más los factores comunes, si realmente son tan determinantes del éxito terapéutico?, ¿por qué tanta preocupación en destacar los ingredientes específicos de una forma de psicoterapia cuando se ha demostrado que el cambio terapéutico está influido más por las características del paciente y de la relación terapéutica que por ningún factor específico? ¿Por qué no tienen más peso estas variables en la formación de terapeutas, si son tan importantes para el cambio terapéutico? Parece que los únicos argumentos que aquí tienen cierto sentido son los de los intereses creados, ya sean comerciales, económicos y/o sociales.

Si realmente estos argumentos (comerciales, políticos y sociales) son los que tienen el peso suficiente como para continuar sobrevalorando los ingredientes específicos, cuando en realidad no son tan específicos, esto representaría:

- (a) un impedimento innecesario para el avance de la integración que resultaría el más acertado y el más enriquecedor para nuestra disciplina;
- (b) una actitud dogmática y fragmentaria respecto a otras orientaciones terapéuticas, que podrían ser igualmente válidas y efectivas;
- (c) un desprestigio para la disciplina, ya que desde la visión del usuario se relaciona a menudo la multiplicidad de orientaciones con la fragmentación disciplinaria, con el resultado de que se considera a nuestra disciplina como incoherente e inconsistente;
- (d) una desventaja para el cliente, puesto que los psicoterapeutas estarían preocupados por las variables de cambio (ingredientes específicos) que realmente no tienen tanto peso en el cambio terapéutico (variables del paciente y relación terapéutica), y
- (e) que los profesionales de nuestra disciplina estarían más interesados en pertenecer a un grupo socio-académico determinado (identificado por determinadas revistas, congresos y asociaciones) e incrementar sus ingresos, que en el bienestar final de los clientes, el cuidado de su salud mental y el compromiso de ofrecer el mejor tratamiento posible.

Teniendo en cuenta estas constataciones sería interesante continuar investigando estos intereses creados; si realmente son tan importantes como para que continúe habiendo esta fragmentación de conocimiento y estas discrepancias entre orientaciones; si realmente es todavía necesaria la defensa de los ingredientes específicos porque realmente son específicos o si, por el contrario, estos ingredientes se encuentran en todas las orientaciones y son procesos de cambio que pueden ser activados por cualquier tratamiento de cualquier orientación.

Por otra parte sería aconsejable continuar investigando también sobre la integración como intento de construcción de un marco dialógico cooperativo de exploración que pueda beneficiar tanto a nuestra disciplina como a nuestros clientes, en un intento de comprensión más holístico de sus procesos de cambio y de sus experiencias, para que nuestra ayuda sea lo más efectiva posible.

REFERENCIAS

- Bas, F. (1997). El proceso terapéutico en el tratamiento de una depresión unipolar. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona: Paidós.
- Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive Psychotherapy. A practical guide to systematic treatment selection*. New York: Oxford.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How Clients Make Therapy Work: The Process of Active Self-healing*. Washington DC: American Psychological Association.
- Botella, L., Maestra, J., Feixas, G., Corbella, S. y Vall, B. (2015). Integración en psicoterapia 2015: Pasado, presente y futuro. Documento de trabajo. Recuperado de ResearchGate: https://www.researchgate.net/publication/284869588_Integracion_en_psicoterapia_2015_pasado_presente_y_futuro
- Herr, J. y Weakland, J. (1979). *Terapia Interaccional y tercera edad*. Buenos Aires: Nadir.
- Pérez, A. (1996). *Prácticas psicoterapéuticas: psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*. Barcelona: Paidós.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.