

NUEVA VISITA A MORDOR: 40 AÑOS DE POLÉMICAS EN PSICOTERAPIA

NEW VISIT TO MORDOR: 40 YEARS OF CONTROVERSY IN PSYCHOTHERAPY

José Luis Martorell

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4818-3750>

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). España
Doctor en Psicología, Especialista en Psicología Clínica, Profesor Titular de la Facultad de Psicología de la UNED, Profesor del máster de Psicología Sanitaria y de la Salud de la UNED.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Martorell, J. L. (2021). Nueva visita a Mordor: 40 años de polémicas en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 32(119), 15-33. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i119.855>

Resumen

El artículo revisa las polémicas que se han dado en el campo de la psicoterapia. Se enmarcan estas polémicas tanto en los puntos de vista científicos como en la perspectiva de los intereses materiales que afectan a la práctica de la psicoterapia. Se revisan los temas de las eficacia absoluta y diferencial, los hallazgos y los sesgos en la investigación, los factores comunes, la situación de la enseñanza de la psicoterapia y se concluye con algunas recomendaciones para la práctica de la psicoterapia basadas en la investigación.

Palabras clave: *psicoterapia, investigación, eficacia de la psicoterapia, factores comunes, formación en psicoterapia.*

Abstract

The article reviews the controversies that have occurred in the field of psychotherapy. These controversies are framed both in scientific points of view and in the perspective of material interests that affect the practice of psychotherapy. The issues of absolute and differential efficacy, research findings and biases, common factors, and the situation of psychotherapy training are reviewed and it concludes with some research-based recommendations for the practice of psychotherapy.

Keywords: *psychotherapy, research, psychotherapy efficacy, common factors, psychotherapy training.*



*Un soneto me manda hacer Violante
que en mi vida me he visto en tanto aprieto.*

--Lope de Vega

*Es difícil que un hombre entienda algo cuando su salario depende de que
no lo entienda.*

--Upton Sinclair

Todo está dicho pero como nadie escucha, hay que repetirlo cada mañana.

--André Gide

Como Violante a Lope de Vega, la Revista de Psicoterapia me encarga un artículo para celebrar sus 40 años de andadura. Me proponen, vistos mis antecedentes criminales, que escriba sobre lo que ha sucedido en los últimos cuarenta años en las polémicas que han marcado el campo de la psicoterapia. Y descubro que lo que siento no es tanto aprieto, como Lope, sino una mezcla de pereza y rechazo, más parecido a lo que imagino que podría sentir Frodo si tuviera que volver a entrar en Mordor. Quizá desde fuera se pueda pensar que las polémicas y debates sobre la psicoterapia, sobre la ciencia y sus límites y la necesidad de combinarla con una visión profunda y comprensiva del ser humano son asuntos sosegados que, en todo caso, tienen la afable vehemencia del debate entre especialistas apasionados, pero todos en busca de la verdad y, en nuestro caso, de lo que más beneficie a nuestros pacientes. Pues no, ni de lejos es así.

Lucha de Intereses

La realidad es que las luchas por la supremacía (o, como veremos, por la mera supervivencia) dentro de la psicoterapia se parece más a un encuentro a navajazos entre rufianes en un sórdido callejón que a un elegante duelo a florete entre caballeros. Y, sin embargo, la inteligencia, la brillantez, y la persistente defensa de principios científicos y humanistas están también en este campo. En otro lugar señalé (Martorell, 2014) que lo anterior convive con el sectarismo y la ceguera selectiva sin, aparentemente, mayor problema. En fin, se podría decir que no hay ningún asunto humano que no oscile entre ambos polos. Sí, es verdad, pero nosotros vendemos ciencia y salud. Y, en realidad, ese es el problema: que vendemos. Una de las tesis de este artículo es que los intereses económicos y de poder han marcado desde el principio las luchas por la hegemonía en el campo de la psicoterapia. Mientras que a nadie se le escapa que la dimensión económica de la medicina no puede ser ignorada, que las farmacéuticas son organizaciones primariamente orientadas al beneficio y que deben ser controladas externamente obligando, por ejemplo, a que inscriban sus investigaciones desde su propuesta y no sólo dando a conocer sus resultados si son favorables y a que se hagan explícitos los conflictos de intereses, es decir, a dejar claro en cada artículo de investigación, como dicen los escoceses, quién es el que paga al gaitero, por alguna razón se ha supuesto que la psicoterapia, como no es un medicamento que se empaqueta y se vende, quedaba en alguna

medida fuera del mundo de los beneficios que proporciona el campo de la salud. Nada más lejos de la realidad.

Por aportar un dato revelador en 2019 el 9,5% de los adultos estadounidense recibió tratamiento psicoterapéutico, es decir, más de 25 millones de personas (Terlizzi y Zablotsky, 2020) haciendo una modestísima proyección, si cada paciente hace 20 sesiones al año con un coste de 100 dólares por sesión, la psicoterapia ha reportado en EE.UU. 50.000 millones de dólares en un año. En 2017 el NHS británico (National Health Services, 2021) derivó a psicoterapia a 1,4 millones de pacientes de los que 965.000 comenzaron tratamiento ese año, y esto sólo en el sistema público. En nuestro país, la Encuesta europea de salud en España de 2020 reporta, asómbrense, más de 39 millones de visitas anuales al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra, (Instituto Nacional de Estadística, 2021) sumando el sistema de salud pública y la asistencia privada, sin que desglose la asistencia a cada uno de esos profesionales, pero aun restando las consultas psiquiátricas no psicoterapéuticas el número cabe suponerlo alto. Estos terapeutas que proporcionan estas terapias se forman primero en Facultades de Psicología a las que hay que dotar de profesores y otros medios. Después en postgrados obligatorios o estancias en hospitales (más personal y más medios) y, en la mayoría de los casos, en formación posterior fuera de la universidad en alguna de las diferentes escuelas que la ofrecen (que no es barata precisamente y que mueve, por tanto, más dinero). Además, muchos terapeutas, sobre todo al principio de su carrera buscan supervisión (los supervisores cobran). Añadámosle a todo esto las subvenciones a los programas de investigación e intervención.

Y a partir de datos como éstos podemos empezar a comprender porqué los debates no sólo buscan la verdad sino también el beneficio, dos conceptos no siempre compatibles. Con estos datos en mente vamos a ver cómo se ha tratado de establecer qué es lo que vale y lo que no vale en psicoterapia.

Las Polémicas Históricas

En psicoterapia, entendida de un modo amplio como tratamiento psicológico, el foco ha pasado históricamente de probar que es un tratamiento efectivo, es decir, que es mejor hacer psicoterapia que no hacerlo, a tratar de establecer qué tratamiento es mejor, más efectivo o más eficiente para un trastorno concreto. Pero la cuestión de que hay tratamientos efectivos frente a otros que no lo son, con un cierto aroma de duelo en el OK Corral, no se ha abandonado nunca: “científicos vs. charlatanes”, “profundos vs. reduccionistas”, “liberadores vs. adaptadores” y toda una serie de pares mutuamente excluyentes y denigradores del rival. Es cierto, afortunadamente, que en los últimos años el debate ha mejorado en las formas, entre otras cosas porque para sorpresa de algunos -quizá de aquellos psicólogos de los que decía David Bannister (1989) que estaban en la triste condición de no poder pensar si no adjuntaban a su pensamiento un análisis de varianza- la investigación (en seguida iremos con los datos) no solo no ha apoyado que algunas de las grandes

escuelas de psicoterapia deben ser excluidas por su falta de soporte empírico, más bien al contrario, sino que ha sugerido que lo específico de cada tratamiento psicológico, las técnicas de cada escuela, solo aportan un peso limitado al conjunto de la efectividad terapéutica, pero a pesar de esta bajada de la virulencia en el debate la pugna se mantiene en un nivel soterrado.

Se podría decir que los grandes perjudicados de este debate, no siempre honesto, son los pacientes, pero no es así, por lo menos de un modo claro.

Anticipando uno de los resultados más potentes: la investigación ha mostrado, una y otra vez, que entre el 75 y el 80% de los pacientes que reciben terapia se ven beneficiados por ella (Lambert y Ogles, 2004; Wampold, 2001) y esto sucede en una amplia gama de problemas y de modalidades de terapia. Entonces, ¿por qué preocuparse? Dejemos que cada cual se forme en alguno de los grandes modelos probados (cognitivo-conductual, humanista-experiencial, dinámico o sistémico) y que el mercado y los metaanálisis repartan suerte. Y, de hecho, muchos de nuestros colegas operan así, probablemente porque no han leído con la suficiente atención a Darwin.

En primer lugar, conformarse con una situación concreta en un campo de la salud por muy favorable que parezca sería remedar al director de la oficina de patentes de Estados Unidos que a principios del siglo XX renunció, por honestidad a su cargo porque ya estaba todo inventado. La psicoterapia funciona razonablemente bien, pero tiene un amplio campo de mejora. Los pacientes se benefician, en general, de la terapia, pero podrían beneficiarse más o más rápido o incrementar la eficacia en trastornos mentales graves o cronicados. La cuestión de los factores terapéuticos de la cura psicológica sigue en pie (qué es lo que realmente cura de la psicoterapia), entre otras razones porque estudiar estos factores supone postergar las luchas escolásticas.

En segundo lugar, porque la formación por escuelas, primero en la Universidad (mayoritariamente la Cognitivo-Conductual) y luego en las escuelas propiamente dichas está hurtando a los futuros terapeutas dos de los resultados más sólidos de décadas de investigación: uno, que entre las grandes escuelas de psicoterapia no hay diferencias significativas de eficacia general (e.g., American Psychological Association, 2012) y, dos, que el peso de las técnicas específicas de la propia escuela no excede en ningún estudio del 15% de la varianza del resultado de la terapia (Lambert, 1992; Lambert y Ogles, 2004; Wampold e Imel, 2015; Wampold et al., 1997). Claro que una institución educativa puede elegir impartir la enseñanza desde una determinada orientación, pero para justificarla no puede ni obviar ni negar los datos de investigación. Hay excepciones a este sesgo, tanto entre las Universidades como dentro de ellas, pero me temo que no son más que excepciones.

Por otro lado, no atendemos, o no queremos ver, a uno de los datos más curiosos de nuestra profesión: la escuela que seguimos o decimos seguir (no es lo mismo), es decir, nuestra autocaracterización como terapeutas. Este es un tema que se ha investigado a lo largo de los años y del que he dado cuenta en otro lugar (Martorell,

2017). Cuando los estudios son amplios se observan unas ciertas tendencias: 1) Es raro que una escuela sobrepase el 50%. 2) Cuando lo hace es a base de macrodenominaciones, por ejemplo, incluyendo en lo cognitivo-conductual a modificadores de conducta con terapeutas que usan el mindfulness, o agrupando bajo el epígrafe de psicoanálisis a psicoanalistas relacionales con lacanianos, es decir, gente que, quizá, no se siente muy a gusto en esa compañía. Pero, aun así, rara vez se sobrepasa el 50%. 3) Actualmente, hay una primacía del modelo cognitivo-conductual seguido por el psicoanalítico (aunque en algunos estudios se invierten los puestos). 4) Si se incluye, o permite, en las opciones la opción de integración/eclecticismo, un buen número de terapeutas se inclina por ella, por ejemplo, un 22% entre terapeutas norteamericanos (Norcross y Karpiak, 2011). En esta misma investigación de Norcross y Karpiak, se preguntó además de la adscripción primaria por la secundaria a una muestra de 399 terapeutas, asignándose 2 puntos a la adscripción primaria y un punto a la secundaria. El resultado fue el siguiente: cognitivo (466), ecléctico/integrador (284) empatado con conductista (284), psicodinámico (244), interpersonal (89), otros (82), humanista (71), sistémico (49) y constructivista (13).

Si dicotomizamos la muestra, por un lado con los cognitivo-conductuales y por otro lado con las que Eysenck denominaba “psicoterapias” (las orientaciones no conductistas) queda así el resultado: TCC (750), Psicoterapias (750), otros (82). Qué bonito resultado, décadas de peleas supremacistas utilizando distintos cortes a la tarta de la naturaleza humana para acabar, como grupo, con el corazón partido en dos. Y no solo como grupo, las adscripciones “heréticas” no son raras, por ejemplo, cognitiva de primaria y humanista de secundaria, o dinámica de primaria y cognitiva de secundaria. Una conclusión, siendo generosos, es que a los psicoterapeutas de a pie los cantos supremacistas no les hacen mucha mella, y no son muy estrictos en lo que respecta a sus lealtades. Retengan este concepto, lealtad, *alliegance*, que más adelante nos dará mucho juego para seguir en Mordor.

De todos modos, más allá de la adscripción teórica los terapeutas sabemos que en la práctica lo que vale para el paciente de las 4 no vale para el de las 5, que las escuelas son más rígidas que la realidad y que la flexibilidad y, a veces, el oportunismo es una condición necesaria para ejercer este trabajo. Jung (1921/2013) lo expresaba con su característica elegancia: “todo algo vivo en el alma brilla con varios colores” (p. 564), y Laing le ponía una puntita de ironía: “Afortunadamente, muchos terapeutas tienen el don de ser inconsecuentes [respecto a su formación]. Esto, aunque atractivo, no debe ser considerado como ideal” (Laing, 1977, p.48). Pues sí, estamos confiando a la “inconsecuencia” de nuestros estudiantes que los grandes modelos de terapia sigan vivos y aportando su riqueza al campo de la psicoterapia. En otro lugar he señalado (Martorell, 2017) que, desde el punto de vista del profesor universitario, esto significa que enseñe lo que enseñe, al menos la mitad de sus alumnos orientarán su práctica por otro modelo. Si el modelo fuera presentado como una alternativa, sólida y si se quiere muy bien fundada, entre otras, no habría ningún problema. Si se presenta con un discurso de superioridad, cuando

no de exclusividad, es un fracaso (cuando no un fraude). Dicho de otra manera, si la mitad de los alumnos de medicina cuando se gradúan orientaran su práctica por modelos médicos no enseñados (o incluso despreciados) en la carrera, el tema estaría en el Parlamento.

Aunque el título de este artículo habla de un período de 40 años hay que ir un poco más lejos para ver dónde empezó esta guerra. En 1952 Eysenck publica *The effects of psychotherapy: an evaluation* con la intención de evaluar la evidencia disponible de la efectividad de la psicoterapia. Hay que señalar que cuando Eysenck dice psicoterapia se está refiriendo al psicoanálisis y las terapias “eclecticas” derivadas de él, dejando fuera a la terapia de conducta. Este es un tema interesante, desde la terapia de conducta no se ha aceptado con facilidad el significativo “psicoterapia” para definirse, pero es que desde el psicoanálisis tampoco se sienten cómodos con ese nombre. A nuestros aristocráticos Montescos y Capuletos les incomoda el mestizaje. Si ya no guerrear tanto por esta cuestión (que, por otro lado, nunca han abandonado, miren sus tarjetas y la publicidad de sus gabinetes) es porque la sociedad nos ve con más uniformidad que la que a ellos les gustaría: la gente acude a nosotros en buen número de acuerdo a los datos que he presentado más arriba, y va “al psicólogo” o “a la psicóloga” o “a terapia” y es posible que nos elijan mucho más por nuestro prestigio que por nuestra orientación. Como se habrá observado, dada la agudeza del lector medio de esta revista, en cuanto he nombrado a Eysenck me he ido por las ramas, y es que de este asunto he escrito y hablado más veces (Martorell, 1996, 2004, 2014, 2017, 2019) y me cuesta volver al tema todavía en 2021. Por resumir, Eysenck compara 24 estudios de eficacia de las “psicoterapias” con dos estudios donde supone que no hay tratamiento psicológico: uno sobre neuróticos severos en un hospital mental estatal a los que se les “cuida en custodia con poca psicoterapia, si es que hay alguna” y otro basado en “discapacidades derivadas de psiconeurosis tratadas por médicos generalistas” (p. 319). Los resultados que obtiene son los siguientes: pacientes tratados por psicoanálisis mejoran un 44%, pacientes tratados por terapias eclécticas mejoran un 64% y pacientes tratados solo en custodia o por médicos generalistas mejoran un 72%. Conclusión (de Eysenck): cuanta más psicoterapia menos porcentaje de recuperación. Y concluye su artículo coherentemente desaconsejando la formación en “psicoterapia” a los futuros psicólogos clínicos. A juzgar por los programas de muchas de las facultades de Psicología la recomendación de Eysenck se impuso y, sin embargo, si hubiera un premio al artículo científico más refutado de la historia el de Eysenck sería un serio candidato.

Pero con todos sus defectos metodológicos, de tendenciosidad y sus resultados sistemáticamente refutados, el artículo de Eysenck desencadenó una interminable serie de investigaciones sobre la eficacia de la psicoterapia que, finalmente, han establecido este acercamiento al sufrimiento humano como uno de los más eficaces y socialmente aceptados en el campo de la salud. Las primeras secuelas del estudio de Eysenck marcaron un estilo que llega hasta nuestros días: con los mismos datos

(adecuadamente seleccionados) se llegan a conclusiones diferentes. Por un lado, el propio Eysenck (1961, 1966) e investigadores como Rachman (1971) insistieron en la ineficacia relativa de la psicoterapia añadiendo la superioridad de la terapia de conducta. Por otro lado, una serie de investigadores (Bergin, 1971; Luborsky et al., 1975; Meltzoff y Kornreich, 1970) llegan a conclusiones opuestas: la psicoterapia es eficaz y las diferencias entre escuelas son mínimas o inexistentes. En su escrupuloso y detallado estudio sobre la investigación en psicoterapia Wampold e Imel (2015) concluyen que las conclusiones de estas revisiones de investigaciones “eran consistentes con las posiciones preconcebidas de los revisores – evidencia al servicio de un punto de vista más que el servicio de la ciencia” (p. 87). Mal empezamos a investigar sobre psicoterapia, pero empezamos. El tema de la parcialidad, de la “lealtad” a las propias convicciones frente a los datos llega hasta nuestros días, pero se han desarrollado métodos de control que, *si son aplicados*, modulan este problema. Por otro lado, hay que hacer constar que desde el primer momento aparecen investigadores que estudian la posible eficacia de *todas* las terapias mientras que un número relevante de practicantes y asociaciones de terapias dinámicas y humanistas quedan abducidos por unos supuestos peores resultados de sus terapias en la investigación y en lugar de cuestionar estos resultados y, sobre todo, los métodos por los que se llega a ellos, arrugan su aristocrática naricita y se colocan en una suerte de metafísica de lo inabarcable del ser humano por la investigación y ceden el terreno de probar su herramienta de trabajo, con fatales consecuencias para ellos y para los estudiantes. Afortunadamente, no son todos y desde algunas universidades aparecen investigadores que se interesan por *todas* las psicoterapias. Insisto en el origen universitario del grueso de la investigación porque dado el dominio de la orientación cognitivo conductual en las universidades estas son miradas con desconfianza por el mundo humanista y dinámico, pero ha sido mayoritariamente desde las universidades desde las que se han aportado los datos que prueban la eficacia de esas orientaciones. Los terapeutas humanistas y los psicoanalistas deberían estar eternamente agradecidos a estos investigadores sin los cuales estas terapias estarían injustamente en las listas de pseudociencias (en realidad, a pesar de la evidencia a su favor, de vez en cuando, aun aparecen en estas listas, pero ya iremos con esta cuestión).

El siguiente hito en la investigación en psicoterapia fue la aparición de los metaanálisis. Hay que hacer constar que los primeros y más influyentes de los metaanálisis, los de Smith y Glass (1977) y Smith et al. (1980) empiezan tomando partido en el asunto de la tendenciosidad de los estudios previos: “la mayoría de los académicos han leído poco más que las tendenciosas diatribas de Eysenck...” (Smith y Glass, 1977, p.752). Smith y colaboradores analizaron primero 375 estudios y después 475 y, finalmente, encontraron un tamaño del efecto de 0.85 que es alto en las ciencias sociales. Resumiendo: la psicoterapia es efectiva y no hay diferencia significativa entre los métodos de tratamiento. El impacto de este estudio fue brutal. Como no podía ser de otra manera en nuestro campo aparecieron críticas

y apoyos, unos razonables y otros no tanto, pero en cualquier caso desde entonces *nunca* se han reportado investigaciones que apoyen los resultados originales de Eysenck. Básicamente, sus resultados, la eficacia de la psicoterapia como un todo y el no apoyo a la eficacia diferencial en términos generales se han mantenido. Es interesante comentar una de las réplicas al metaanálisis de Smith et al., la que hizo Robyn Dawes porque nos reconcilia, hasta cierto punto, con la independencia de los investigadores. Dawes en su interesante libro contra la irracionalidad en psicología y psicoterapia, *House of Cards: Psychology and Psychotherapy Built in Myth* (Dawes, 1994), señala, tras alinearse con el conductismo en el área de los tratamientos psicológicos, que no podía aceptar las conclusiones de dicho metaanálisis y que sólo podían explicarse porque estuviera mal hecho o hubiera utilizado estudios de baja calidad. Es decir, no lo puedo aceptar porque va en contra de mis creencias, pero a diferencia de muchos de nuestros colegas -en uno y otro bando- que se quedan tranquilamente ahí y descartan de su campo perceptivo lo que les cuestiona, Dawes, convencido de sus ideas, pone bajo la lupa el estudio original. Su estudio (Landman y Dawes, 1982) analiza 65 estudios elegidos al azar del estudio original, más 93 estudios adicionales que quedan limitados a 42 estudios elegidos por criterios de calidad metodológica. El tamaño del efecto medio encontrado es de 0.90, mayor que el del estudio original, que Dawes acepta, con sorpresa, pero con honestidad, sin ambages. Como curiosidad, en el libro citado donde comenta sus impresiones sobre este trabajo, unas páginas después hablando de otro tema dice que si tuviera que recomendar una terapia recomendaría una terapia conductista. Ni hallando uno mismo la evidencia es fácil cambiar las creencias.

Adherencia, Lealtad, *Alliegance*

Este tema, el de la fuerza de las propias creencias, la lealtad o adherencia a una teoría, *alliegance*, ha resultado, como ya se ha comentado, ser de una importancia decisiva a la hora de aceptar, matizar o rechazar resultados de investigaciones. Cuando no se controla está adherencia aparecen más resultados de eficacia diferencial, cuando se controlan los resultados tienden a igualarse. Así de claro, así de incómodo. Y así de peligroso para quien queda en una posición de inferioridad. Un ejemplo: Elliott et al. (2013) encontraron, contra la creencia generalizada de que las terapias humanistas no eran investigadas en su eficacia, un número sorprendentemente alto de estudios que comparaban la eficacia de terapias cognitivo-conductuales con terapias humanístico-existenciales: 76 estudios, que quedaron reducidos a 65 para mantener sólo los diseños más rigurosos. El resultado, traduciendo el tamaño del efecto al porcentaje de éxito relativo dio un resultado de 54% para pacientes tratados con TCC y de 46% para pacientes tratados con terapias humanistas. Es decir, los resultados fueron poco pero claramente favorable a las TCC y a largo plazo y con una población grande no cabe duda de que la TCC sería el tratamiento de elección. Ahora bien, cuando se controló la adherencia y lealtad de los investigadores (para que quede claro, cuando los investigadores son neutrales respecto a los dos

tratamientos) la ventaja de las TCC desapareció. La correlación entre adherencia y resultados en este grupo de estudios fue de .49, es decir, un considerable sesgo en contra de los tratamientos experienciales. ¿Todo arreglado? Pues no, según el comentario de Lambert et al. (2016) los primeros resultados favorables a las TCC fueron mucho más conocidos que los segundos que corregían el sesgo de lealtad.

No quisiera dar la impresión de que los investigadores de orientación cognitivo-conductual tienen una mayor tendencia a sesgar sus resultados que los de otras orientaciones. No es verdad, la tendencia humana a arrimar el ascua a la propia sardina no entiende de escuelas de psicoterapia, pero hay más investigadores de orientación cognitivo-conductual (para vergüenza de las otras escuelas) y, por tanto, les han pillado más veces. Y por poner una gota de humor en tan triste tema, dado que en ningún caso se les supone un sesgo consciente habrá que atribuirlo a un deseo inconsciente, lo que quizá les cree una disonancia cognitiva.

En resumen, los metaanálisis que han investigado la adherencia de los investigadores han establecido que el tamaño del efecto de esta condición está en torno a 0.65, un tamaño del efecto grande (Wampold e Imel, 2015). En un metaanálisis de 30 meta-análisis, Munder et al. (2013) además de comprobar el efecto de la adherencia de los investigadores en los resultados, estudiaron el efecto de la adherencia al concepto de adherencia en los investigadores de los investigadores (como se ve, hemos aprendido a no fiarnos ni de nuestra sombra) y encontraron que, entre los investigadores no partidarios e incluso contrarios al concepto de adherencia, ésta se mantenía significativamente correlacionada con los resultados (eso sí: un poco menos alta que el resultado que obtenían los adheridos a la influencia de la adherencia)

En resumen, desde los meta-análisis de Smith y colaboradores en 1977 hasta la declaración de la American Psychological Association en 2012 (por poner una fecha arbitraria porque los estudios siguen) con una progresiva afinación de los métodos de investigación hay una enorme evidencia sobre dos asuntos: 1) la psicoterapia es eficaz, incluso muy eficaz, para una variedad de problemas y alteraciones mentales del ser humano y 2) las diferencias entre los diferentes tratamientos derivados de las grandes escuelas (cognitivo-conductual, dinámica, humanista y sistémica) en cuanto a eficacia son, en el mejor de los casos, pequeñas. Si el punto uno provoca el entusiasmo de la profesión, el punto dos incomoda *a todos*. Esta equivalencia de resultados es conocida como *el veredicto del pájaro Dodó*, este pájaro es un personaje de *Alicia en el País de las Maravillas* que juzga el resultado de una carrera diciendo “todos han ganado y todos deben tener premios”. Fue utilizado por primera vez por Rosenzweig (1936) para sugerir que los factores comunes a diferentes terapias eran responsables de la equivalencia de eficacia de los tratamientos entonces existentes y retomado a partir de los hallazgos de los metaanálisis que hemos comentado. Este pájaro tiende a no caer muy bien (he oído a algún colega molesto con la equivalencia de resultados decir que el dodó debía ser muy tonto dado que se extinguió), en todo caso se le coge algo de simpatía cuando te abruma

con la supuesta superioridad de alguna escuela pero en realidad todas las escuelas (en la universidad y en la formación post universitaria) están construidas sobre la idea de superioridad y, desde un punto de vista práctico, venden superioridad (científica, emocional, comprensiva, profunda, adaptativa, positiva, humana, etc.). Ya hemos visto el descomunal número de usuarios de la psicoterapia, lo que se traduce en trabajo directo, ofertas de formación, plazas de profesores, dirección de programas e investigaciones, y demás ámbitos donde la psicoterapia además de desplegarse se cobra.

Factores Comunes e Integración

Afortunadamente, y precisamente a partir de los estudios sobre equivalencia de resultados, que acotaban, como se ha visto, la influencia de lo específico de cada escuela en el éxito terapéutico a tamaños del efecto inferiores a 0.20 (Lambert, 1992; Lambert y Ogles, 2004; Wampold e Imel, 2015; Wampold, et al., 1997), una parte importante de la investigación sobre psicoterapia se ha centrado en determinar cuáles son los factores o ingredientes específicos que determinan el éxito terapéutico y que, dado que diferentes terapias funcionan bien, deben ser comunes a todas ellas. La teoría seminal de los factores comunes es de Jerome Frank (Frank, 1961; Frank, 1973; Frank y Frank, 1991) y aunque después ha habido otros modelos para estudiar los factores comunes (Castonguay, 1993; Garfield, 1995; Golfried, 1980; Orlinsky y Howard, 1986), a él le debemos el primer gran impulso teórico a mirar la psicoterapia desde sus componentes y no desde la explicación que de ella da su escuela. Iremos enseguida con algunos de los resultados de la investigación sobre los factores específicos que influyen en el éxito terapéutico, pero antes vamos con otra de las consecuencias de cuestionar la primacía de las escuelas: el movimiento de integración y el eclecticismo técnico.

La integración es la aspiración a la fusión de varias teorías en una teoría general de la psicoterapia. De momento es eso, una aspiración que tiene en contra problemas teóricos e intereses de escuela. Como curiosidad diremos que este movimiento atrajo en su momento a diferentes personalidades de la terapia en torno a la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration y a su órgano de expresión *Journal of Psychotherapy Integration*, como, por ejemplo, a Aaron Beck. Este autor participó en el primer número de la revista (Beck, 1991) manifestando su apoyo al movimiento, pero dejando claro desde el título que su terapia era la terapia de integración. Qué cansancio, querido Frodo, qué cansancio. Pero no todo es dolor en Mordor, como hemos visto más arriba un porcentaje significativo de terapeutas se adscribe a la integración y una mayoría se declara influido por dos o más escuelas. Una investigación sobre el cambio de creencias en los psicoterapeutas expertos, adjudicando esta condición con más de quince años de experiencia en el campo, señala, entre otras cosas, que con la experiencia decrece la importancia que se le da a la propia escuela de origen y se incrementa la importancia que se da a la personalidad del terapeuta y a la relación terapéutica (Mahoney y Craine,

1991), para ser exactos lo que la investigación sugiere es que así cambian los que cambian, es obvio que hay quien no cambia de creencias.

Por otro lado, encontramos propuestas de prestigio que sin situarse expresamente en la línea de la integración sí que aceptan incorporar elementos de otras escuelas. Un ejemplo de esto es la terapia dialéctico-conductual para el trastorno de personalidad límite de Marsha Lineham (1993/2003). Esta autora define su tratamiento como cognitivo-conductual, pero señala que su modelo dialéctico es compatible con el modelo psicodinámico de conflicto. Da una importancia central a la relación terapéutica para analizar lo que facilita o interfiere en la terapia y señala que este componente de su terapia tiene más que ver con el constructo psicodinámico de transferencia-contratransferencia que con nada procedente de las terapias cognitivo-conductuales. Este tratamiento tiene el más alto nivel de evidencia y grado de recomendación en las guías de práctica clínica. Es decir, que Lineham, además de su potencia intelectual y creativa, de su estilo irreverente e incluso extravagante, como ella misma dice, está integrando lo que sabe de conceptos cognitivos-conductuales y psicodinámicos. No estaría mal que enseñásemos a nuestros alumnos o terapeutas en formación las ventajas de este modo de pensar en la psicoterapia, pero para ello habría que aceptar la ventaja de conocer los grandes modelos de pensamiento psicoterapéutico. Las escuelas están especializadas, por definición, en hablar exclusivamente de su libro y las universidades, con pequeñas excepciones entre universidades y dentro de las universidades, han decidido constituirse en escuelas.

En cuanto al eclecticismo técnico sólo resaltar aquí la letanía de Paul: “Qué tratamiento, realizado por quién, es más efectivo para este individuo con este específico problema y bajo qué tipo de circunstancias” (Paul, 1969) que apunta a algo que ha quedado oscurecido en los estudios clásicos sobre eficacia, en los que se investiga el tratamiento no al terapeuta. Si investigamos el tratamiento de la depresión con el mismo modelo que el tratamiento de la fiebre y aceptando que el tratamiento prescrito sea adecuado en ambos casos se pasa por alto que en el caso de la psicoterapia el tratamiento queda mediatizado mucho más por el terapeuta y la relación que establece con el paciente que por el propio tratamiento en sí. El terapeuta es el tratamiento, lo que hace, lo que sabe, cómo se relaciona con el paciente, cómo le escucha, qué siente sobre lo que pasa en la sesión, qué hace con lo que el paciente siente sobre lo que pasa en la sesión. Iremos enseguida con la investigación que parece probar el aserto anterior.

Investigación Sobre Factores Comunes

Quizá el más importante de los factores comunes estudiados hasta ahora sea la alianza terapéutica, incluso los más acérrimos defensores de una determinada escuela no niegan su influencia en el resultado del tratamiento, si bien pasan como sobre ascuas sobre los datos que cimentan su influencia. En general, se acepta la propuesta de Bordin (1979, 1994) sobre que el acuerdo en las tareas y objetivos

de la terapia junto con la calidad del vínculo entre paciente y terapeuta conforman la alianza terapéutica. En una revisión meta-analítica de 190 estudios con más de 14.000 pacientes (Horvath et al., 2011) se encuentra un tamaño del efecto de $d = 0.57$ que es similar en diferentes tipos de tratamiento. Un dato interesante es que la alianza es mejor analizada, cuando hay discrepancia, por el paciente que por el terapeuta, o mejor dicho, es la percepción de la alianza por parte del paciente la que mejor predice el éxito o el fracaso terapéutico.

Un factor común superpuesto a la alianza y también estudiado es el de empatía. Rogers (1980) la define como la sensibilidad y voluntad del terapeuta de entender los pensamientos, sentimientos y luchas del cliente desde su punto de vista. La calidad de la empatía y su percepción por el paciente también ha resultado ser un elemento importante del éxito terapéutico. En una revisión meta-analítica de 57 estudios con 3.599 pacientes el tamaño del efecto fue $d = 0.63$, entre la empatía del terapeuta y el éxito de la terapia (Elliott et al., 2011). Los autores encontraron que la empatía predecía el éxito terapéutico consistentemente en diferentes orientaciones teóricas (TCC, humanista), formatos de tratamiento (individual, grupo), y niveles de gravedad en el problema del paciente.

Son muy interesantes las investigaciones que estudian la adaptación de la terapia a características del paciente. Por ejemplo, la adaptación del estilo de terapia al nivel de reactancia del paciente (el rasgo de personalidad que se mueve entre el desafío y el conformismo). Un metaanálisis de 12 estudios con 1.102 pacientes mostró un tamaño del efecto de $d = 0.76$, un tamaño del efecto medio si se adecuaba la directividad del terapeuta a la reactancia del paciente (Beutler et al., 2011). En concreto, los pacientes de alta reactancia se benefician más de tratamientos menos estructurados, mientras que los de baja reactancia se benefician más de terapeutas directivos y tratamientos más estructurados. Esta es una línea muy interesante que apela tanto a la flexibilidad del terapeuta como a la de los tratamientos.

Se han estudiado más factores comunes que, en general, tienen más que ver con cómo se relaciona el terapeuta con el paciente a lo largo de la terapia y en qué hace con lo que sabe que exclusivamente con lo que sabe. Algunos de los factores comunes investigados a través de metaanálisis que más influyen en el éxito terapéutico, además de los ya comentados, son el consenso en los objetivos, la visión positiva, la congruencia, la capacidad de reparar rupturas de la alianza y el manejo de la contratransferencia (Norcross, 2011). Mientras que, por otro lado, cuando se ha estudiado la adherencia al protocolo, es decir, realizar la terapia de acuerdo a unas normas e instrucciones precisas para estar seguros de que se está realizando el tratamiento que se dice realizar (la protocolización del tratamiento es una exigencia de determinados diseños de investigación en psicoterapia) en un metaanálisis de 28 estudios con 1.334 pacientes el tamaño del efecto fue $d = 0.04$ con un peso de menos de 0.1% en el resultado de la terapia (Webb et al., 2010), es decir, que seguir el manual o saltárselo no suponía ninguna ventaja a la hora de determinar el éxito de una terapia.

Hay varias maneras de minimizar estos resultados: 1) No enterarse de que existen, no leer o no atender a nada que no lleve el *nihil obstat* del propio grupo. 2) Leerlo, incluso citarlo, pero seguir compulsivamente acumulando evidencia sobre tratamientos concretos *sin* cruzarlos con los datos de los factores comunes, como divorciados civilizados “tú por tu lado y yo por el mío”. A propósito de esta actitud, los factores comunes que hemos visto forman parte del efecto del terapeuta en la terapia y oscurecer su efecto no sólo elimina un factor importante, sino que sobrevalora los efectos del tratamiento (Wampold e Imel, 2015).

En relación con el efecto del terapeuta en la terapia está la cuestión de la terapia personal de los terapeutas. Es sabido que las diferentes orientaciones han tratado este tema de modo diferente, desde considerarla obligatoria hasta considerarla superflua. Parece, sin embargo, que los terapeutas han llegado a la conclusión, en sintonía con los resultados de investigación que acabamos de presentar, de que es útil y necesaria. En una investigación norteamericana con 727 terapeutas (Bike et al., 2009) cuyas principales orientaciones teóricas eran cognitivos y conductistas (33%) eclécticos e integrativos (24%) y psicodinámicos (16%) habían realizado terapia personal un 84%, es decir, más de 3 de cada 4 terapeutas. Interesante el dato por orientaciones teóricas: los terapeutas de la muestra que se autocaracterizaban con orientaciones dinámicas y humanistas habían hecho terapia personal en más del 90% mientras que los que se autocaracterizaban como terapeutas conductistas y cognitivos lo hacían en torno al 75%, es decir, que, aunque había una cierta correlación con los discursos escolásticos sobre este tema, el hecho es que la gran mayoría de los terapeutas de la muestra hicieron terapia personal. El 92% de los terapeutas consideraron que la terapia personal fue de gran ayuda personal y profesionalmente en línea con otras investigaciones sobre el tema (Deacon et al., 2000; Orlinsky y Ronnestad, 2005; Pope y Tabachnick, 1994).

Más allá de su agotamiento, la inteligente persona lectora que haya llegado hasta aquí habrá observado que los factores comunes que parecen tener un efecto potente en el éxito terapéutico como alianza, empatía, congruencia, contratransferencia apelan a las terapias humanistas y dinámicas más que a otras. Y si esto es así y resulta que como creemos una mayoría, bastante silenciosa, hay una gran inteligencia en *todas* las grandes escuelas de psicoterapia ¿no sería razonable que nuestros estudiantes y terapeutas en formación tuvieran una información razonable de estos datos -no la tienen- e invitarles a que, con el tiempo, se abrieran a más de una escuela? Ay, Frodo, Frodo, no aprendes, siempre serás un pardillo. Acuérdate de todo lo que mueve la psicoterapia, de la frase de Upton Sinclair que encabeza este artículo.

Pero también hay que acordarse de la frase de André Gide, hay que volver a decirlo todo porque si no desapareceremos. En un revelador e instructivo artículo firmado por profesores de universidad de varios países de Europa y Norteamérica clamando contra la monocultura existente en la universidad y reclamando la necesidad de diversidad en psicoterapia (Leichsenring et al., 2018) con argumentos

parecidos a los que se han presentado en este artículo señalan que, por ejemplo, en el Reino Unido el 40,6% de los fondos de investigación van a proyectos sobre terapias cognitivo-conductuales mientras que el monto para investigaciones sobre terapias psicodinámicas es de 1,96% y que en EE.UU. y Alemania los datos son parecidos (David et al., 2018). También señalan que en varios países como Alemania el 99% de los catedráticos son de orientación cognitivo-conductual (hasta donde yo sé, el único catedrático en España de orientación psicoanalítica se acaba de jubilar). Su comentario sobre estos números es que son producto simplemente del uso del poder y que la investigación sobre psicoterapia no los sustenta. En el ámbito universitario, los profesores para obtener “su” plaza deben demostrar, por no entrar en mayores polémicas, tanto su competencia y capacidad como su afinidad con la orientación del Departamento que se ocupa de la enseñanza de la Psicología Clínica. La afinidad como criterio no es en sí mismo nada reprochable, siempre y cuando esta afinidad esté definida por criterios científicos: a nadie sensato le parecería impropio que la Facultad de Geografía rechazase el currículum de un terraplanista. La cuestión es cuando la afinidad no se sostiene por criterios científicos y se hurta a los alumnos no ya la formación sino la mera información sobre muchos de los puntos que he señalado en este artículo.

Vuelvo a decir, siguiendo a Gide, que la inmensa mayoría de las investigaciones que sustentan la eficacia de las terapias no cognitivo-conductuales, la descripción de lo que realmente hacen los terapeutas, la importancia decisiva de los factores comunes y la inteligencia, brillantez y eficacia de conceptos provenientes de las orientaciones dinámicas, humanistas, experienciales o sistémicas han sido realizadas por profesores universitarios en ámbito de sus instituciones. Y, con todo, hay más diversidad en las universidades que en las escuelas, yo mismo, con perdón, soy un ejemplo de ello.

Parecería que criticar el uso del poder de los Montescos es tomar partido por los Capuletos. No es el caso, ya he señalado más arriba que la dejación en temas de investigación de una buena parte del psicoanálisis y las terapias humanistas es vergonzosa, sin paños calientes. Y la investigación lo que hace es ponerles en pie de igualdad con las terapias cognitivo-conductuales en términos de eficacia, lo cual en un primer momento les suena bien pero cuando se les explica el verdadero significado de equivalencia de resultados tuercen el morro: si A y B son equivalentes, significa que A no es superior a B, pero también que B no es superior a A. Los pacientes de las terapias dinámicas y humanistas no se benefician más de sus terapias, hablando en términos generales (recuérdese el tema de la reactancia), que los pacientes de las terapias cognitivos-conductuales. Aquí todos reaccionan como Robyn Dawes ante el metaanálisis de Smith y colaboradores: no puede ser verdad (por lo menos Dawes lo investiga). Igualmente, es agradable oír que la investigación sobre factores comunes valida conceptos como alianza, empatía, congruencia o transferencia, pero ¿cómo integran desde sus teorías conceptos o ideas igualmente validadas como los principios del aprendizaje, la activación conductual o el análisis funcional de

la conducta? Insisto, los resultados de la investigación son incómodos para todos.

De hecho, el discurso de algunos de este campo está conformado sobre la superioridad sobre los demás. Por ejemplo, Alain Miller (2001), el vicario de Lacan en la tierra asume la idea de que a lo máximo que puede aspirar la psicoterapia (aquí, remedando en una curiosa simetría con el “enemigo” las generalizaciones despectivas de Eysenck, la psicoterapia incluye desde el psicoanálisis “light” hasta la modificación de conducta pasando por la gimnasia) es a la colusión con el “discurso del amo” y reservando a su psicoanálisis la posibilidad de liberación, nada menos. Es una posición extrema pero no inusual, basada en las creencias y los sesgos de confirmación alimentados por el aislamiento. La voluntad de integrarse en el campo de las pruebas existe (Ávila et al., 2004; Cain et al., 2016; Fonagy, 2002) pero el recelo y el solipsismo aristocrático también. Es cierto que en el pecado lleva la penitencia y, a pesar de las buenas prácticas de una parte de estos grupos, de hecho, están fuera de los círculos de poder de la psicoterapia. De este modo, pueden ser maltratados como, por ejemplo, con el tema de la pseudoterapias. En 2019 los Ministerios de Salud y de Ciencia realizaron una campaña contra las pseudoterapias (Ministerio de Ciencia e Innovación y Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social, 2021). Algunas de las supuestas terapias eran cosas tales como los cuencos tibetanos, los ángeles de Atlantis o las técnicas fosfénicas. Se le encarga la búsqueda de estudios de calidad al Instituto de Salud Carlos III y éste aporta una lista de terapias sin soporte empírico y por lo tanto pseudoterapias. Pues en esta lista, además de los delirios que acabo de nombrar están el Análisis Transaccional, la Terapia Focalizada en la Emoción, la Gestalt y el Yoga. Dolor y crujir de dientes en las mazmorras de Mordor entre los profesionales que aplican estas técnicas. ¿Cómo se ha llegado a esta conclusión? El estudio del Carlos III consiste en hacer una búsqueda en la base de datos Pubmed que recoge estudios médicos. ¿Ya han pillado el truco? Efectivamente, busquemos la influencia de Eric Clapton en la música moderna buscando en una base de datos de música clásica. Resultado: Eric Clapton es un pelagatos desconocido. Dado que el Análisis Transaccional, una teoría menor, pero con sus puntos de interés, fue uno de mis primeros amores, me ocupé del tema. En una búsqueda utilizando la ecuación de búsqueda adecuada aparecen 60 artículos científicos de investigaciones aleatorizadas, controladas e incluso metaanálisis sobre la eficacia del Análisis Transaccional como terapia en temas que van desde la depresión posparto, la terapia de pareja, las conductas agresivas o los trastornos de personalidad, entre otros, con investigaciones llevadas a cabo y publicadas en revistas científicas desde Estados Unidos a Japón. Esto me llevó menos de media hora, ¿quién diseño el estudio en el Carlos III? ¿el becario? Seguro que no, el becario estaría mejor formado. Esto es una prueba de la falta de respeto que produce la falta de poder (y viceversa). A día de hoy, en la web de la Organización Médica Colegial de España (OMC) (2021) hay un autodenominado Observatorio OMC contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias que señala, entre otras, al EMDR, la Gestalt y al Mindfulness como sospechosos,

además, de alusiones despectivas al psicoanálisis. Ya hemos visto que nada de lo que afecta a las psicoterapias es ajeno al interés, al beneficio y al poder, y este tipo de actuaciones amenazan no sólo el prestigio sino la simple supervivencia. Los terapeutas y estudiosos de las terapias no cognitivo-conductuales deberían tomarse muy en serio luchar por su lugar al sol, tienen argumentos y es necesario hacerlo. No sé si todos lo entienden.

Conclusión

Unas cuantas ideas a modo de recomendaciones que pueden resumir lo que aquí se ha expuesto:

-Fórmese en una de las grandes escuelas de psicoterapia y, en cuanto pueda, como un número significativo de nuestros colegas, abrase a otra. Y a otra.

-Todas las grandes orientaciones de terapia tienen algo importante que decir. La cantidad de inteligencia que recorre nuestro campo, desde Freud o Skinner hasta Fonagy, pasando por Jung, Horney, Bowlby, Rogers, Frankl, Beck, Kelly o Selvini entre tantos otros, es impresionante. No deje de leer. Si no le convencerán de que el inconsciente es una aportación de las terapias de cuarta generación (ya van preparando el terreno).

-Este orgulloso de su profesión, es eficaz y es importante.

-Haga terapia personal.

-Esté al tanto de la investigación, de toda la que pueda, no solo la que apoya a sus creencias. Aprenda a leerla críticamente, si no la leerán por usted.

-Si usted es psicoanalista o humanista y alguna vez se encuentra con un investigador de sus terapias, invítele a una cerveza y escuche pacientemente sus historias, le debe más de lo que cree.

-Como terapeuta tenga siempre engrasadas las pistolas y mire a los dos lados antes de cruzar la calle. La vida en Mordor es peligrosa y nadie le va a regalar nada.

Referencias

- American Psychological Association (2012). *Recognition of psychotherapy effectiveness [Reconocimiento de la eficacia de la psicoterapia]* [Resumen de política]. APA. <https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>
- Ávila Espada, A., Mitjavila, M. y Gutiérrez, G. (2004). La investigación en psicoterapia psicoanalítica. En A. Ávila, B. Rojí y L. A. Saúl (Coor.), *Introducción a los Tratamientos Psicodinámicos* (pp. 545-590). UNED.
- Bannister, D. (1989). La psicología como ejercicio de la paradoja. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 27(8), 142-147.
- Beck, A. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy [La terapia cognitiva como terapia integradora]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3), 191-198. <https://doi.org/10.1037/h0101233>
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes [La evaluación de los resultados terapéuticos]. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 217-270). Wiley.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X. y Holman, J. (2011). Resistance / reactance level [Nivel de resistencia / reactancia]. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 133-142. <http://doi.org/10.1002/jclp.20753>

- Bike, D. H., Norcross, J. C. y Schatz, D. M. (2009). Process and outcomes of psychotherapist' personal therapy: replication and extension 20 years later [Procesos y resultados de la terapia personal del psicoterapeuta: replicación y extensión 20 años después]. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 19-31. <http://doi.org/10.1037/a0015139>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of working Alliance [La generalización del concepto psicoanalítico de alianza de trabajo]. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. <http://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working Alliance: New directions [Teoría e investigación sobre la alianza de trabajo terapéutico: nuevas direcciones]. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working Alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). Wiley.
- Cain, D. J., Keenan, K. y Rubin, S. (2016). *Humanistic Psychotherapies. Handbook of research and practice* (2ª ed.) [Psicoterapias Humanísticas. Manual de investigación y práctica]. APA. <https://doi.org/10.1037/14775-000>
- Castonguay, L. G. (1993). "Common factors" and "nonspecific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research ["Factores comunes" y "variables inespecíficas": aclaración de los dos conceptos y recomendaciones para la investigación]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3(3), 267-286. <https://doi.org/10.1037/h0101171>
- David, D., Cristea, I. y Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy [Por qué la terapia cognitivo-conductual es el estándar de oro actual de psicoterapia]. *Frontiers in Psychiatry*, 9(4). <http://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
- Dawes, R. (1994). *House of Cards: Psychology and Psychotherapy Built in Myth* [House of Cards: psicología y psicoterapia construidas en el mito]. Free Press.
- Deacon, S. A., Kirkpatrick, D. R., Wetchler, J. L. y Niedner, D. (2000). Marriage and family therapists' problems and utilization of personal therapy [Problemas de los terapeutas matrimoniales y familiares y utilización de terapia personal]. *American Journal of Family Therapy*, 27(1), 73-93. <https://doi.org/10.1080/019261899262113>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. y Greenberg, L. S. (2011). Empathy [Empatía]. *Psychotherapy*, 48(1), 43-49. <http://doi.org/10.1037/a0022187>
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L. y Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies [Investigación sobre psicoterapias humanistas-vivenciales]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (6ª ed., pp. 495-538). Wiley.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation [Los efectos de la psicoterapia: una evaluación]. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Eysenck, H. J. (1961). The effects of psychotherapy [Los efectos de la psicoterapia]. En H. J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology: an experimental approach* (pp. 697-725). Basic Books.
- Eysenck, H. J. (1966). *The effects of psychotherapy* [Los efectos de la psicoterapia]. International Science Press.
- Fonagy, P. (2002). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis* (2ª ed.) [Una revisión de puertas abiertas de los estudios de resultados en psicoanálisis]. IPA-Research Committee of the I.P.A.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* [Persuasión y sanación: un estudio comparativo de la psicoterapia]. Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* [Persuasión y sanación: un estudio comparativo de la psicoterapia] (Edición Revisada). Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. y Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3ª ed.) [Persuasión y sanación: un estudio comparativo de la psicoterapia]. Johns Hopkins University Press.
- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach* [Psicoterapia: un enfoque ecléctico-integrador]. Wiley.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles [Hacia la delimitación de los principios del cambio terapéutico]. *American Psychologist*, 35(11), 991-999. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy [Alianza en psicoterapia individual]. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2ª ed., pp. 25-69). Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Encuesta Europea de salud 2020. Visitas al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra* [Conjunto de Datos]. Ministerio de asuntos económicos y transformación digital.
- Jung, C. J. (2013). *Tipos Psicológicos*. Trotta (Trabajo original publicado en 1921).
- Laing, R. D. (1967). *La política de la experiencia*. Crítica.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapist [Investigación de resultados de psicoterapia: implicaciones para el terapeuta integrador y ecléctico]. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). Basic Books.

- Lambert, M. J., Fidalgo, L. G. y Greaves, M. R. (2016). Effective humanistic psychotherapy processes and their outcomes [Procesos efectivos de psicoterapia humanista y sus resultados]. En D. J. Cain, K. Keenan y S. Rubin (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of research and practice* (2ª ed., pp. 49-79). APA. <https://doi.org/10.1037/14775-003>
- Lambert, M. J. y Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy [La eficacia y la efectividad en psicoterapia]. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (5ª ed.; pp. 139-193). Wiley.
- Landman, J. T. y Dawes, R. M. (1982). Psychotherapy outcome: Smith and Glass' conclusions stand up under scrutiny [Resultado de la psicoterapia: las conclusiones de Smith y Glass se mantienen bajo escrutinio]. *American Psychologist*, 37(5), 504-516. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.37.5.504>
- Leichsenring, F., Abbas, A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S. y Steinert, C. (2018). "Gold Standards," Plurality and monocultures: the need for diversity in psychotherapy ["Gold Standards", pluralidad y monoculturas: la necesidad de la diversidad en psicoterapia]. *Frontiers in Psychiatry*, 9(159), 1-7. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00159>
- Lineham, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Paidós (Trabajo original publicado en 1993).
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: It is true that "everyone has won and all must have prizes?" [Estudios comparativos de psicoterapias: ¿Es cierto que "todos han ganado y todos deben tener premios?"]. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Mahoney, M. J. y Craine, M. H. (1991). The changing beliefs of psychotherapy experts [Las creencias cambiantes de los expertos en psicoterapia]. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3), 207-221. <https://doi.org/10.1037/h0101231>
- Martorell, J. L. (1996). 30 años de integración en psicoterapia. La familia de las terapias y la terapia de familia. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 31, 9-14.
- Martorell, J. L. (2004). Psicología, psicoanálisis y terapia familiar ¿Qué puede integrarlas? El movimiento de integración en psicoterapia. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 56-57, 51-52.
- Martorell, J. L. (2014). *Psicoterapias. Escuelas y Conceptos Básicos* (2ª ed.). Pirámide.
- Martorell, J. L. (2017). Los debates sobre la psicoterapia: cucos, dodós y otros pájaros. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 7(2), 3-9.
- Martorell, J. L. (14 de febrero, 2019). *Pseudodebates y pseudoterapias. La validación empírica de las Psicoterapias Humanistas* [Conferencia]. VI Jornadas de Psicoterapia Humanista, Madrid, España. <http://doi.org/10.13140/rg.2.2.30659.25123>
- Meltzoff, J. y Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy [Investigación en psicoterapia]*. Adline.
- Miller, J. A. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. *Freudiana*, 32, 7-42.
- Ministerio de Ciencia e Innovación y Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social (2021). *Pseudoterapias*. <https://www.conprueba.es/node/122>
- Munder, T., Brüttsch, O., Leonhart, R., Gerger, H. y Barth, J. (2013). Researcher allegiance in psychotherapy outcome: An overview of reviews [La lealtad del investigador en el resultado de la psicoterapia: una descripción general de las revisiones]. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 501-511. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.02.002>
- National Health Services. (2021). *1.4 million people referred to NHS mental health therapy in the past year (2017) [1,4 millones de personas remitidas a la terapia de salud mental del NHS en el último año (2017)]*. NHS Inglaterra. <https://www.england.nhs.uk/2017/12/1-4-million-people-referred-to-nhs-mental-health-therapy-in-the-past-year/>
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* [Relaciones de psicoterapia que funcionan: capacidad de respuesta basada en la evidencia]. Oxford University Press.
- Norcross, J. C. y Karpiaik, C. P. (2012). Clinical psychologists in the 2010s: 50 years of the APA division of clinical psychology [Psicólogos clínicos en la década de 2010: 50 años de la división de psicología clínica de la APA]. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2012.01269.x>
- Organización Médica Colegial de España (2021). *Observatorio OMC contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias*. <https://www.cgcom.es/observatorio-omc-contra-las-pseudociencias-intrusismo-y-sectas-sanitarias>
- Orlinsky, D. E. y Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy [Proceso y resultado en psicoterapia]. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3ª ed., pp. 311-381). Wiley.

- Orlinsky, D. E., Norcross, J. C., Ronnestad, M. H. y Wiseman, H. (2005). Outcomes and impacts of the psychotherapists' own psychotherapy: A research review [Resultados e impactos de la psicoterapia propia de los psicoterapeutas: una revisión de la investigación]. En J. D. Geller, J. C. Norcross y D. E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapists own psychotherapy* (pp. 214-230). Oxford University Press.
- Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: Design and tactics [Investigación sobre modificación de la conducta: diseño y tácticas]. En C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 29-62). McGraw-Hill.
- Pope, K. S. y Tabachnick, B. G. (1994). Therapist as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems and beliefs [El terapeuta como paciente: una encuesta nacional de experiencias, problemas y creencias de los psicólogos]. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(3), 247-258. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.247>
- Rachman, S. (1971). *The effects of psychotherapy* (Vol. 15) [Los efectos de la psicoterapia]. Pergamon.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being* [Una manera de ser]. Houghton Mifflin.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: "At last the Dodo said: 'Everybody has won and all must have prizes'" [Algunos factores comunes implícitos en diversos métodos de psicoterapia: "Por fin el Dodo dijo: 'Todos han ganado y todos deben tener premios'"]. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies [Metanálisis de estudios de resultados de psicoterapia]. *American Psychologist*, 32(9), 752-760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy* [Los beneficios de la psicoterapia]. The John Hopkins University Press.
- Terlizzi, E. P. y Zablotsky, B. (2020). Mental health treatment among adults: United States, 2019 [Tratamiento de salud mental en adultos: Estados Unidos, 2019]. *NCHS Data Brief*, 380, 1-8.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods and findings* [El gran debate de la psicoterapia: modelo, métodos y hallazgos]. Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate* (2ª ed.) [El gran debate de la psicoterapia]. Routledge.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. y Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes". [Un metaanálisis de estudios de resultados que comparan psicoterapias genuinas: Empíricamente, "Todos deben tener premios"] *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. y Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review [Adherencia/competencia del terapeuta y resultado del tratamiento: una revisión metaanalítica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200-211. <http://doi.org/10.1003/1089-1891.2010.018912>