

¿HACE LA FORMACION PROFESIONAL MAS EFICAZ A UN TERAPEUTA?

Jeffrey S. Berman & Nicholas C. Norton.
University of Texas Austin

In a recent review, Hattie, Sharpley and Rogers (1984) concluded that the patients treated by paraprofessional therapists improve more than those treated by professionals. However, this provocative conclusion is based on inappropriate studies and statistical analyses. The present review omitted problematic studies and organized the data to permit valid statistical inference. Unlike Hattie et al., we found that professional and paraprofessional therapists were generally equal in effectiveness. Our analyses also suggested that professionals may be better for brief treatments and older patients, although these differences were slight. Current research evidence does not indicate that paraprofessionals are more effective, but neither does it reveal any substantial superiority for the professionally trained therapist.

En su crítica de 1952 Eysenck señalaba la falta de evidencia respecto de la eficacia de la psicoterapia, y concluía que era prematuro formular directrices para formar psicoterapeutas. En años posteriores, los investigadores han respondido al reto de Eysenck demostrando convincentemente que los pacientes que reciben una psicoterapia mejoran más que aquellos que no reciben tratamiento (ver por ejemplo Shapiro & Shapiro, 1982; Smith, Glass, & Miller, 1980). Sin embargo, tal evidencia respecto de la eficacia no necesariamente indica la utilidad de los programas de entrenamiento profesional. Por ejemplo, la psicoterapia con terapeutas altamente entrenados podría no traducirse en resultados mejores que los obtenidos por terapeutas no entrenados. Para calibrar las ventajas del entrenamiento profesional, también necesitamos conocer si los terapeutas entrenados son más eficaces que los que carecen de entrenamiento.

Durlak (1979) aportó una evaluación prometedora de este tema, pues revisó estudios que comparaban a terapeutas profesionales con paraprofesionales que no habían tenido un entrenamiento formal. En base a esta revisión, Durlak señaló que

“los paraprofesionales consiguen resultados clínicos iguales o significativamente mejores que los obtenidos por profesionales” (p. 80). Esta afirmación fue duramente criticada por Nietzel y Fisher (1981; ver también Durlak, 1981), y recientemente Hattie, Sharpley y Rogers (1984) intentaron resolver la controversia realizando una revisión cuantitativa más sofisticada de la evidencia empírica. Los resultados de esta revisión cuantitativa en general apoyan la afirmación de Durlak, por lo que Hattie et al. concluyeron su análisis diciendo que “los clientes que buscan ayuda de los paraprofesionales es más probable que consigan resolver su problema que los que consultan a profesionales” (p. 534). De ser cierta, esta provocadora conclusión pondría en cuestión la utilidad de la formación clínica.

Sin embargo, los resultados de Hattie et al. (1984) son problemáticos porque, como la revisión inicial de Durlak (1979), están basados en un número de estudios inapropiados. Por ejemplo, en algunos de esos estudios los individuos etiquetados como profesionales no tenían un entrenamiento psicológico formal, y en otros estudios la designación de profesional y paraprofesional parecía arbitraria. Además, en algunos de los estudios el tratamiento no consistió en “counseling” psicológico o psicoterapia.

Una dificultad adicional de la revisión de Hattie et al. (1984) es que las conclusiones estaban basadas en pruebas estándar de significación estadística, aunque los datos consistían en observaciones no independientes. Como ha sugerido el trabajo de Glass, McGaw y Smith (1981, capítulo 6), la utilización de pruebas inferenciales estándar con esos datos no independientes puede sobreestimar ampliamente la significación estadística de los resultados.

Dados estos problemas, el propósito de la presente revisión fue proporcionar una valoración más apropiada de la eficacia relativa de los terapeutas profesionales y paraprofesionales. En nuestro análisis evitamos las dificultades que habían afectado a las revisiones anteriores. Seleccionamos cuidadosamente la investigación relevante, omitiendo los estudios problemáticos incluidos por Durlak (1979) y Hattie et al. (1984). Además, organizamos los datos de forma que permitieran una inferencia estadística válida.

METODO

Estudios

En su reciente revisión, Hattie et al. (1984) examinaron un total de cuarenta y tres estudios. Esos estudios incluían treinta y nueve de los revisados anteriormente por Durlak (1979) y cuatro de los considerados por Nietzel y Fisher (1981). Sin embargo, nosotros descubrimos problemas en once de esos estudios y los excluimos del presente análisis (ver Tabla 1).

Tabla 1**Estudios problemáticos excluidos del presente análisis**

Problema	Estudio
Clasificación cuestionable de profesionales y/o paraprofesionales	Brown & Myers (1975) Jensen (1961) Moleski & Tosi (1976) Murry (1972) Penick, Filion, Fox, & Stunkard (1971) Zultowski & Catron (1976)
Tratamiento no psicoterapéutico	Lamb & Clack (1974) Zunker & Brown (1966)
Paraprofesionales sólo mínimamente implicados en el tratamiento	De Leon & Mandell (1966) Werry & Cohrssen (1965)
Sin medida de resultado	Knickerbocker & McGee (1973)

Seis estudios fueron omitidos porque la clasificación de los profesionales o los paraprofesionales era problemática. En tres de esos estudios (Brown & Myers, 1975; Murry, 1972; Zultowski & Catron, 1976), los terapeutas etiquetados de profesionales eran profesores de instituto sin entrenamiento en salud mental. En otro estudio (Jensen, 1961), algunos de los terapeutas clasificados como paraprofesionales eran trabajadores sociales y enfermeras entrenadas. En un estudio que examinaba el tratamiento conductual de la obesidad (Penick, Filion, Fox, & Stunkard, 1971), un estudiante médico fue identificado como profesional, mientras que un psicólogo experimental con gran bagaje en teoría del aprendizaje fue considerado paraprofesional. Finalmente, en un estudio que evaluaba el tratamiento de la tartamudez (Moleski & Tosi, 1976), el terapeuta designado como paraprofesional fue un patólogo del lenguaje con formación y el considerado profesional era un interno en psiquiatría.

Dos estudios eran inapropiados porque el tratamiento no era una forma de psicoterapia. En uno de esos estudios (Lamb & Clack, 1974), el procedimiento considerado como tratamiento fue simplemente la orientación a un centro de "counseling". En el otro estudio (Zunker & Brown, 1966), los autores explícitamente afirmaban que su programa de asesoramiento académico no incluía "counseling" psicológico.

Dos estudios (De Leon & Mandelli, 1966; Werry & Cohrssen, 1965) fueron excluidos porque la participación de los paraprofesionales en el tratamiento fue mínima y no requería habilidades psicológicas. En ambos casos, los paraprofesio-

nales eran los padres de niños enuréticos; su única contribución al tratamiento fue que cada noche ponían en marcha un aparato de "pipí-stop".

Un estudio más (Knickerbocker & McGee, 1973) fue omitido porque sólo aportaba medidas del proceso terapéutico pero no del resultado del tratamiento.

Hechas esas once exclusiones, nuestro análisis se basó en la muestra restante de treinta y dos estudios (véase una lista de los estudios en el Apéndice).

Estimación del Tamaño del Efecto

Para cada estudio la diferencia en la eficacia de los terapeutas profesionales y paraprofesionales fue expresada en términos de una medida estandarizada del tamaño del efecto. El tamaño del efecto se calculó con la siguiente fórmula:

$$\frac{m1 - m2}{s}$$

donde m1 es el resultado medio de los terapeutas profesionales, m2 es la media correspondiente a los paraprofesionales, y s es la desviación estándar intragrupo conjunta.

Nuestra medida del tamaño del efecto presenta dos diferencias respecto de la utilizada por Hattie et al. (1984). En primer lugar, el tamaño del efecto está codificado como positivo cuando los profesionales son mejores y negativo cuando lo son los paraprofesionales. En segundo lugar, a diferencia de Hattie et al., utilizamos la desviación intragrupo conjunta en lugar de únicamente la desviación estándar de los terapeutas profesionales. Al igual que en trabajos previos (Berman, Miller, & Massman, 1985; Miller & Berman, 1983; Nicholson & Berman, 1983), escogimos utilizar el valor conjunto porque proporciona una mejor estimación del parámetro de la población.

En la mayoría de estudios los tamaños del efecto eran calculados directamente a partir de las medias y los tamaños del efecto referidos. Cuando no se disponía de esa información, el tamaño del efecto era estimado a partir de otros estadísticos referidos en el estudio. Las distintas técnicas para estimar esos tamaños del efecto están descritas en trabajos previos (p.e. Miller & Berman, 1983; Glass, et al., 1981, capítulo 5).

En algunos estudios, los investigadores señalaban que los valores de ciertas medidas de resultado eran no significativos, pero no daban ninguna otra información. En esos casos, no era posible el cálculo de un tamaño del efecto preciso. Sin embargo, la exclusión de dichas medidas de resultado del análisis hubiera incrementado artificialmente la estimación global del tamaño del efecto, ya que es más probable que los investigadores proporcionen toda la información de aquellas medidas que han demostrado efectos del tratamiento amplios o estadísticamente significativos. Por tanto, si un dato de una medida de resultado era descrito como no significativo pero no se aportaba ninguna otra información, estimamos que el

tamaño del efecto de esa medida de resultado fue cero.

Hedges (1982) ha identificado un sesgo de las muestras pequeñas en la estimación del tamaño del efecto y proporcionó una corrección para ese problema (véase Hedges, 1982, fórmula 4). Todos los tamaños del efecto descritos en nuestro análisis fueron ajustados utilizando este procedimiento de corrección.

Análisis

En muchos de los estudios, la comparación de profesionales y paraprofesionales fue evaluada mediante más de una medida de resultado. En esos casos, se obtuvo un tamaño del efecto medio para el estudio promediando los tamaños del efecto de cada una de las medidas individuales. Este procedimiento aseguraba que cada estudio podría estar representado en el análisis por un único total del tamaño del efecto.

Debemos subrayar que nuestro procedimiento de promediar los tamaños del efecto difiere notablemente del método utilizado por Hattie et al. (1984). En la revisión de Hattie et al., el tamaño del efecto derivado de cada medida de resultado fue tratado como una observación independiente en cada análisis. Por desgracia, un análisis basado en esas observaciones no independientes puede infravalorar seriamente la varianza del error y, por tanto, invalidar las pruebas estandarizadas de significación (Glass et al., 1981, capítulo 6). Además, ese análisis aumenta arbitrariamente el peso de los estudios de acuerdo con el número de medidas de resultado referidas. Nosotros evitamos esos problemas utilizando siempre el estudio como la unidad básica en cada análisis.

RESULTADOS

La Tabla 2 presenta los tamaños del efecto globales para la comparación entre profesionales y paraprofesionales. Un tamaño del efecto positivo indica que los profesionales fueron mejores, y un tamaño del efecto negativo indica que los paraprofesionales fueron mejores. Como puede verse, nuestro análisis revela que los dos grupos de terapeutas fueron igualmente efectivos, tanto al finalizar el tratamiento como en la subsiguiente evaluación del seguimiento. En ambos casos el tamaño del efecto medio de los estudios revisados fue muy próximo a cero. Además, entre los estudios con una valoración del seguimiento, el tamaño del efecto del post-tratamiento ($M = 0.07$) fue casi idéntico al observado en el seguimiento ($M = 0.09$), $t(12) = 0.19$, $p = .9$. Debido al pequeño número de estudios que daban información sobre el seguimiento, realizamos los análisis posteriores teniendo en cuenta únicamente los datos post-tratamiento, que de acuerdo con los análisis de Nicholson & Berman (1983) deberían ser altamente predictivos de los resultados de una evaluación del seguimiento muy posterior.

En un primer grupo de análisis, examinamos si la eficacia relativa de los profesionales y paraprofesionales podría variar para los diferentes tipos de proble-

Tabla 2

Diferencias entre profesionales y paraprofesionales en el post-tratamiento y seguimiento

Evaluación	N de estudios	Tamaño del efecto (a)	
		M	SD
Post-tratamiento	32	-0.02	0.30
Seguimiento	13	0.09	0.30

(a) Los tamaños del efecto positivos indican que los profesionales fueron más eficaces; los negativos indican que lo fueron los paraprofesionales.

mas o de tratamientos. Cuando clasificamos los estudios (Tabla 2) de acuerdo con las cuatro categorías de quejas del paciente de más frecuente ocurrencia (ajuste social, fobia, psicosis y obesidad), no encontramos diferencias fiables entre los tamaños del efecto, $F(3,17) = 1.37$, $p = .3$. No detectamos tampoco ninguna diferencia sistemática cuando dividimos los estudios en cinco formas de tratamiento (conductual, cognitivo-conductual, humanista, intervención en crisis y "counseling" indiferenciado), $F(4,21) = 0.88$, $p = .5$. Finalmente, los tamaños del efecto obtenidos en los estudios en que el tratamiento era administrado individualmente ($M = -0.03$) fueron esencialmente los mismos que los observados en tratamientos de grupo ($M = -0.02$), $t(27) = 0.03$, $p = .98$.

A menudo, el resultado del tratamiento se evaluó a través de más de un tipo de medida o por más de una persona. En tales casos, examinamos si los resultados diferían en función del tipo o fuente de medida de resultado. Las comparaciones entre las medidas se realizaron por pares; cada análisis incluía únicamente los estudios que referían las dos medidas que se iban a comparar. Estas comparaciones apareadas no mostraron diferencias fiables en el tamaño del efecto calculado a partir de cinco tipos diferentes de resultado (malestar sintomático, ajuste global, ajuste social, ajuste laboral-escolar y rasgos de personalidad), todas las $p > .4$. De igual modo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las cuatro distintas fuentes de resultado (paciente, terapeuta, observador independiente e indicador conductual), todas las $p > .3$.

La eficacia relativa de los profesionales y paraprofesionales parecía variar en función de la longitud de la terapia. Encontramos que el número de semanas de tratamiento (transformado por el logaritmo natural para normalizar la distribución) correlacionaba con el tamaño del efecto, $r(25) = -.43$, $p = .03$. Como indica la tabla 3, los profesionales fueron algo más eficaces en estudios con tratamientos breves, mientras que los paraprofesionales fueron algo más eficaces en estudios que implicaban terapias de más larga duración.

Tabla 3			
Diferencias entre profesionales y paraprofesionales en estudios con tratamientos de diferente longitud			
Semanas de tratamiento	Número de estudios	Tamaño del efecto (a)	
		M	SD
1-4	5	0.19	0.39
5-12	12	0.05	0.22
más de 12	10	-0.19	0.26

(a) Los tamaños del efecto positivos indican que los profesionales fueron más eficaces; los negativos indican que lo fueron los paraprofesionales.

Hay también algún indicio de que los tamaños del efecto difieren en función de la edad de la muestra de pacientes, $r(26) = .34, p = .07$. Como puede verse en la Tabla 4 los profesionales obtenían mejores resultados con pacientes de más edad, mientras que los resultados de los paraprofesionales eran superiores con pacientes más jóvenes. Sin embargo, hay que puntualizar que los profesionales de los estudios revisados tendían a ser mayores (M edad = 31.8 años) que los paraprofesionales (M edad = 23.3).

Una de las ventajas del entrenamiento es que proporciona al profesional técnicas establecidas para llevar a cabo la terapia. Un terapeuta no entrenado presumiblemente no está familiarizado con esas técnicas; por tanto, el tratamiento ofrecido por un profesional podría diferir del realizado por un paraprofesional. En pocos de los estudios revisados, esta diferencia natural en las técnicas de trata-

Tabla 4			
Diferencias entre profesionales y paraprofesionales en función de la edad de los pacientes			
Edad media de los pacientes (años)	Número de estudios	Tamaños del efecto (a)	
		M	SD
Menos de 21	11	-0.16	0.29
21 o más	17	0.11	0.28

(a) Los tamaños del efecto positivos indican que los profesionales fueron más efectivos; los negativos indican que lo fueron los paraprofesionales.

miento fue notable, debido a que los profesionales utilizaban un método de tratamiento, mientras que a los paraprofesionales se les pedía que utilizaran un tipo diferente de procedimientos. Como Nietzel y Fisher (1981) han señalado, la comparación entre resultados de los profesionales y paraprofesionales es problemática, dada esta confusión explícita del estatus del terapeuta y del tipo de tratamiento. Para valorar la posible influencia de tal confusión, realizamos un subanálisis en el que excluimos siete estudios en que el tratamiento del profesional difería sistemáticamente del que realizaba el paraprofesional. Encontramos que los tamaños del efecto de los veinticinco estudios considerados ($M = 0.01$, $Sd = 0.29$) eran prácticamente paralelos a nuestros resultados globales: como antes, la eficacia de los profesionales y la de los paraprofesionales era similar.

Muchos de los estudios revisados tenían otras características que podrían oscurecer las ventajas del entrenamiento profesional (véase Hattie et al., 1984; Nietzel & Fisher, 1981). Por ejemplo, en algunos estudios los profesionales eran estudiantes que todavía no habían completado su programa de entrenamiento. En otros casos, los paraprofesionales tenían preparación o experiencia en tareas terapéuticas, o recibían supervisión frecuente de un profesional. Sin embargo, nuestros análisis sugirieron que esas variables no podían dar cuenta de la ausencia de diferencia entre profesionales y paraprofesionales. Cuando examinamos sólo los estudios en que los profesionales habían completado su formación ($n = 24$), hallamos que el tamaño del efecto medio era próximo a cero ($M = -0.03$, $SD = 0.33$). Cuando excluimos los estudios en que los paraprofesionales tenían preparación o experiencia previa en la tarea terapéutica, el tamaño del efecto de los veinte estudios restantes fue también despreciable ($M = 0.02$, $SD = 0.33$). De igual modo, tampoco cambiaron los resultados cuando excluimos los estudios en que los paraprofesionales habían recibido supervisión de un profesional; el tamaño del efecto medio de los veinte y un estudios fue de nuevo próximo a cero ($M = 0.01$, $SD = 0.32$).

DISCUSION

A diferencia de la reciente revisión de Hattie et al. (1984), no encontramos evidencia de que los terapeutas paraprofesionales sean más eficaces que los profesionales. Nuestro análisis revela que los terapeutas entrenados y no entrenados producen niveles comparables de mejoría en los pacientes. Además, esta similitud entre profesionales y paraprofesionales se produce incluso cuando los resultados son analizados separadamente para diferentes tipos de problemas, tratamientos y medidas de resultado.

La diferencia entre nuestros datos y los de Hattie et al. (1984) son impactantes, y sospechamos que al menos dos factores son responsables de la discrepancia. En primer lugar, Hattie et al. incluían en su revisión una serie de estudios altamente problemáticos. En algunos de esos estudios, los individuos que ellos identificaban

como profesionales no tenían un entrenamiento psicológico formal, y en otros la distinción entre profesional y paraprofesional resultaba arbitraria. Además, en algunos de sus estudios, el tratamiento examinado no era una forma de psicoterapia.

Para mayor complicación, Hattie et al. (1984) realizaron pruebas tradicionales de significación estadística, a pesar de que sus datos consistían en observaciones no independientes. Como ha sugerido el trabajo de Glass et al. (1981), la utilización de pruebas estándar de inferencia con datos no independientes puede sobreestimar ampliamente la significación estadística de un resultado. Esto puede explicar por qué nuestro análisis, más apropiado, no confirma la mayoría de las diferencias estadísticamente significativas halladas en la revisión de Hattie et al.

Nuestro análisis sugiere que la eficacia relativa de los terapeutas entrenados y no entrenados puede variar en función de la duración de la terapia. Cuando el tratamiento es breve, los terapeutas profesionalmente entrenados consiguen mejores resultados. Por contra, cuando el tratamiento es de más larga duración los paraprofesionales resultan más eficaces. Tal patrón podría indicar que el entrenamiento formal mejora la eficacia de un terapeuta porque incrementa una eficiencia que sería más aparente cuando la duración de la terapia es limitada. Sin embargo, esta interpretación no explica por qué los paraprofesionales parecen actuar algo mejor en terapias más largas. Además, deberíamos subrayar que la diferencia en resultados para las terapias largas y breves fue demasiado pequeña.

Una segunda variable moderadora observada en nuestro análisis es la edad del paciente. Los paraprofesionales son más eficaces con pacientes más jóvenes, mientras que los profesionales lo son con pacientes de más edad. Una vez más, esta intrigante diferencia es pequeña en magnitud. Además, los paraprofesionales de esos estudios tendían a ser más jóvenes que los profesionales. Por tanto, el resultado puede reflejar simplemente el hecho de que los terapeutas son más eficaces cuando tratan a pacientes de edad similar a la suya.

En el título de nuestro artículo preguntábamos si la formación hace a un terapeuta más eficaz. Sobre la base de la actual evidencia empírica, tendríamos que admitir que la respuesta es negativa. Los estudios que comparan a profesionales y paraprofesionales no han encontrado substanciales diferencias en la eficacia de esos dos grupos de terapeutas. Desde luego, esta conclusión no es mejor que los datos en que se basa, y revisiones anteriores (Nietzel & Fisher, 1981) han puesto de relieve la debilidad de los estudios que evalúan este tema. Hasta que la investigación posterior no cambie esta situación, la superioridad de los terapeutas profesionalmente entrenados sigue siendo una afirmación que no está probada.

En una reciente revisión, Hattie, Sharpley y Rogers (1984) concluyeron que los pacientes tratados por terapeutas paraprofesionales mejoraban más que los tratados por terapeutas profesionales. Sin embargo, esta provocadora conclusión está basada en estudios y análisis estadísticos inapropiados. La presente revisión omitió los estudios problemáticos y organizó los datos de forma que permitieran una inferencia estadística válida. A diferencia de Hattie et al., encontramos que los terapeutas profesionales y los paraprofesionales en general eran igualmente eficaces. Nuestro análisis también sugirió que los profesionales pueden ser mejores en caso de tratamientos breves y pacientes de más edad, a pesar de que esas diferencias fueron pequeñas. Las actuales evidencias empíricas no indican que los paraprofesionales sean más eficaces, pero tampoco revelan una superioridad substancial para los terapeutas entrenados profesionalmente.

Traducción: José A. Castillo Garayoa

Nota Editorial: Este artículo apareció en *Psychological Bulletin*, 98 (2), 401-407, 1985, con el título "Does Professional Training Make a Therapist More Effective?" Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias Bibliográficas:

- Berman, J.S., Miller, R.C., & Massman, P.J. (1985). Cognitive therapy versus systematic desensitization: Is one treatment superior? *Psychological Bulletin*, 97, 451-461.
- Brown, C.R., & Myers, R. (1975). Student vs. faculty curriculum advising. *Journal of College Student Personnel*, 16, 226-231.
- De Leon, G., & Mandell, W. (1966). A comparison of conditioning and psychotherapy in the treatment of functional enuresis. *Journal of Clinical Psychology*, 22, 326-330.
- Durlak, J.A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 86, 80-92.
- Durlak, J.A. (1981). Evaluating comparative studies of paraprofessional and professional helpers: A reply to Nietzel and Fisher. *Psychological Bulletin*, 89, 566-569.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 310-324.
- Glass, G.V., McGaw, B., & Smith, M.L. (1981). *Meta-analysis in social research*, Beverly Hills, CA: Sage.
- Hattie, J.A., Sharpley, C.F., & Rogers, H.J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. *Psychological Bulletin*, 95, 534-541.
- Hedges, L.V. (1982). Estimation of effect size from a series of independent experiments. *Psychological Bulletin*, 92, 490-499.
- Jensen, M.B. (1961). Consultation vs therapy in the psychological treatment of NP hospital patients. *Journal of Clinical Psychology*, 17, 265-268.
- Knickerbocker, D.A., & McGee, R.K. (1973). Clinical effectiveness of nonprofessional and professional telephone workers in a crisis intervention center. In D. Lester & G. Brockopp (Eds.), *Telephone therapy and crisis intervention* (pp. 298-309). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Lamb, D.H., & Clack, R.J. (1974). Professional versus paraprofessional approaches to orientation and subsequent counseling contacts. *Journal of Counseling Psychology*, 21, 61-65.
- Miller, R.C., & Berman, J.S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 94, 39-53.
- Moleski, R., & Tosi, D.J. (1976). Comparative psychotherapy: Rational-emotive therapy versus systematic desensitization in the treatment of stuttering. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 309-311.

- Murry, J.P. (1972). The comparative effectiveness of student-to-student and faculty advising programs. *Journal of College Student Personnel*, 13, 562-566.
- Nicholson, R.A., & Berman, J.S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, 93, 261-278.
- Nietzel, M.T., & Fisher, S.G. (1981). Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak. *Psychological Bulletin*, 89, 555-565.
- Penick, S.B., Fillion, R., Fox, S., & Stunkard, A.J. (1971). Behavior modification in the treatment of obesity. *Psychosomatic Medicine*, 33, 49-55.
- Shapiro, D.A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Werry, J.S., & Cohn, J. (1965). Enuresis-An etiological and therapeutic study. *Journal of Pediatrics*, 67, 423-431.
- Zultowski, W.H., & Catron, D.W. (1976). Students as curriculum advisers: Reinterpreted. *Journal of College Student Personnel*, 17, 199-204.
- Zunker, V.G., & Brown, W.F. (1966). Comparative effectiveness of student and professional counselors. *Personnel and Guidance Journal*, 44, 738-743.

Apéndice

Estudios incluidos en la presente revisión

- Anker, J.M., & Walsh, R.P. (1961). Group psychotherapy, a special activity program, and group structure in the treatment of chronic schizophrenics. *Journal of Consulting Psychology*, 25, 476-481.
- Appleby, L. (1963). Evaluation of treatment methods for chronic schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 8, 8-21.
- Colarelli, N.J., & Siegel, S.M. (1966). *Ward H: An adventure in innovation*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Cole, C.W., Oetting, E.R., & Miskimins, R.W. (1969). Self-concept therapy for adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 642-645.
- DeVol, T.I. (1976). Does level of professional training make a difference in crisis intervention counseling? *Journal of Community Health*, 2, 31-35.
- Elliot, C.H., & Denney, D.R. (1975). Weight control through covert sensitization and false feedback. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 842-850.
- Ellsworth, R.B. (1968). *Nonprofessionals in psychiatric rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Engelkes, J.R., & Roberts, R.R. (1970). Rehabilitation counselors' level of training and job performance. *Journal of Counseling Psychology*, 17, 522-526.
- Evans, M.D. (1979). Factors related to the outcome of treatment for sexual dysfunction. *Dissertation Abstracts International*, 39, 4026B. (University Microfilms No. 79-04, 429).
- Fremouw, W.J., & Harmatz, M.G. (1975). A helper model for behavioral treatment of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 652-660.
- Getz, W.L., Fujita, B.N., & Allen, D. (1975). The use of paraprofessionals in crisis intervention: Evaluation of an innovative program. *American Journal of Community Psychology*, 3, 135-144.
- Karlsruher, A.E. (1976). The influence of supervision and facilitative conditions on the psychotherapeutic effectiveness of nonprofessional and professional therapists. *American Journal of Community Psychology*, 4, 145-154.
- Kazdin, A.E. (1975). Covert modeling, imagery assessment, and assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 716-724.
- Levenberg, S.B., & Wagner, M.K. (1976). Smoking cessation: Long-term irrelevance of mode of treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 93-95.
- Levitz, L.S., & Stunkard, A.J. (1974). A therapeutic coalition for obesity: Behavior modification and patient self-help. *American Journal of Psychiatry*, 131, 423-427.
- Lick, J.R., & Heffler, D. (1977). Relaxation training and attention placebo in the treatment of severe insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 153-161.
- Lindstrom, L.L., Balch, P., & Reese, S. (1976). In person versus telephone treatment for obesity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 367-369.

- Mendel, W.M., & Rapport, S. (1963). Outpatient treatment for chronic schizophrenic patients: Therapeutic consequences of an existential view. *Archives of General Psychiatry*, 8, 190-196.
- Miles, J.E., McLean, P.D., & Maurice, W.L. (1976). The medical student therapist: Treatment outcome. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 21, 467-472.
- Mosher, L.R., Menn, A., & Matthews, S.M. (1975). Soteria: Evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 45, 455-467.
- O'Brien, C.P., Hamm, K.B., Ray, B.A., Pierce, J.F., Luborsky, L., & Mintz, J. (1972). Group vs individual psychotherapy with schizophrenics: A controlled outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 27, 474-478.
- Ottomanelli, G.A. (1978). Patient improvement measured by the MMPI and Pyp, related to paraprofessional and professional counselor assignment. *International Journal of the Addictions*, 13, 503-507.
- Poser, E.G. (1966). The effect of therapists' training on group therapeutic outcome. *Journal of Consulting Psychology*, 30, 283-289.
- Russell, R.K., & Wise, F. (1976). Treatment of speech anxiety by cue-controlled relaxation and desensitization with professional and paraprofessional counselors. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 583-586.
- Ryan, V.L., Krall, C.A., & Hodges, W.F. (1976). Self-concept change in behavior modification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 638-645.
- Schortinghuis, N.E., & Frohman, A. (1974). A comparison of paraprofessional and professional success with preschool children. *Journal of Learning Disabilities*, 7, 245-247.
- Sheldon, A. (1964). An evaluation of psychiatric after-care. *British Journal of Psychiatry*, 110, 662-667.
- Shelton, J.L., & Madrazo-Peterson, R. (1978). Treatment outcome and maintenance in systematic desensitization: Professional versus paraprofessional effectiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 331-335.
- Strupp, H.H., & Hadley, S.W. (1979). Specific vs nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- Truax, C.B., & Lister, J.L. (1970). Effectiveness of counselors and counselor aides. *Journal of Counseling Psychology*, 17, 331-334.
- Weinman, B., Kleiner, R., Yu, J.H., & Tillson, V.A. (1974). Social treatment of the chronic psychotic patient in the community. *Journal of Community Psychology*, 2, 358-365.
- Wolff, T. (1969). Undergraduates as campus mental health workers. *Personnel and Guidance Journal*, 48, 294-304.

