

EN-CLAVES

DEL PENSAMIENTO

La investigación en terapia familiar

Research in Family Therapy

Ismael Fernando Díaz Oropeza

En-claves del Pensamiento, vol. VI, núm. 11, enero-junio, 2012, pp. 163-196
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey Campus Ciudad de
México Distrito Federal, México

En-claves del Pensamiento,
ISSN (Versión impresa): 1870-879X
dora.garcia@itesm.mx
en-claves.ccm@servicios.itesm.mx
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de
Monterrey Campus Ciudad de México
México

LA INVESTIGACIÓN EN TERAPIA FAMILIAR

ISMAEL FERNANDO DÍAZ OROPEZA*

Resumen

El propósito de este trabajo es presentar un panorama sobre el desarrollo de la investigación empírica en la terapia familiar. Por lo cual, se abordan las tradiciones de investigación en psicoterapia, a saber los estudios sobre los resultados, los procesos y el progreso. Estas tradiciones han ido generando nuevas tendencias de indagación, como son los estudios sobre los factores comunes y específicos, la efectividad y la eficacia de la terapia y el intento de validar empíricamente los tratamientos. Después de varias décadas de investigación, se ha demostrado que la terapia familiar es eficaz y efectiva. Sin embargo, los mecanismos mediante los cuales se produce el cambio son aún fuente de intenso debate e investigación.

Palabras clave: terapia familiar, tradiciones de estudio, tendencias de investigación, factores de cambio.

* Universidad de las Américas, A. C. México, ism9diaz@yahoo.com.mx

Abstract

The aim of this paper is to present an overview of the development and state of art in empirical research in family therapy. Psychotherapy research traditions: outcome studies, process and progress are reviewed. These traditions have been generating new trends of inquiry, such as studies on common and specific factors, effectiveness and efficacy of therapy and empirically validated treatments. After several decades of research have shown that family therapy is effective and efficacious. However, mechanisms by which change occurs are still a source of intense debate and research.

Key words: family therapy, traditions of inquiry, trends of research, change factors.

La investigación sistemática en psicoterapia se remonta a más de cinco décadas, durante los cuales el campo ha crecido en complejidad y en pluralidad metodológica.¹ Esto se refleja en el incremento en el número de estudios que se han llevado a cabo en los años recientes,² de esta manera se podría afirmar que se ha pasado de la era de la teoría a la era de la evidencia.³

La investigación en psicoterapia involucra la observación sistemática y el análisis de tres clases de fenómenos: 1) los eventos que ocurren en la relación entre clientes y terapeutas, 2) el impacto de estos eventos en la vida y la personalidad de clientes y terapeutas y 3) la relación entre esos eventos y el impacto psicológico, social, cultural y biológico en los cuales estos eventos ocurren.⁴

Para los fines de esta revisión sobre la investigación en psicoterapia con familias, se considerará a la terapia familiar como una forma de intervención cuyo propósito explícito es la modificación de las interacciones que se producen entre una pareja, una familia nuclear o extensa o entre una familia y otros sistemas interpersonales, con la meta de reducir los problemas presentados inicialmente por los miembros individuales, los subsistemas familiares o la familia

¹ P. Hoglend, "Psychotherapy Research: new findings and implications for training and practice", en *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, núm. 8, 1999, p. 262.

² Aunque la mayoría de los estudios han utilizado un enfoque cuantitativo multivariado con diseños experimentales, existe una tendencia creciente a emplear diseños de indagación cualitativos.

³ L. Beutler, C. Moleiro, V. Penela, "Hallazgos de la investigación: ¿qué funciona en psicoterapia?", en H. Fernández-Álvarez, R. Opazo, *La integración en psicoterapia: manual práctico*. Barcelona, Paidós, 2004, p. 69.

⁴ D. Orlinsky, *What is Psychotherapy Research?* en *Symposium of North American Society for Psychotherapy Research*, Mexico, 2009.

completa.⁵ Asimismo, se considerará como “cliente”, a toda persona o personas que reciben el tratamiento terapéutico y el “terapeuta”, es quien provee los cuidados terapéuticos profesionales.

Reseña histórica de la investigación en psicoterapia

La mayoría de los autores coinciden en que los inicios tempranos del campo se encuentran en el estudio clásico de Eysenck⁶ sobre los efectos de la psicoterapia. A estas conclusiones, Eysenck⁷ agregó que la terapia conductual producía resultados confiables que eran equivalentes a la ausencia total de tratamiento. Estas aseveraciones fueron consideradas como fuertes objeciones a la efectividad de la psicoterapia y condujeron al interés de terapeutas e investigadores por llevar a cabo estudios para demostrar que la terapia era efectiva y refutar las conclusiones de Eysenck. Durante la década siguiente se desarrollaron numerosas investigaciones, lo cual dio inicio formal al campo de la investigación en psicoterapia.

Dos de los discípulos⁸ de Carl Rogers, revisaron la investigación disponible hasta ese lapso acerca de las condiciones para el cambio de personalidad establecidas en la terapia centrada en el cliente. A partir de estos estudios, elaboraron una lista de las condiciones ofrecidas por el terapeuta, que han llegado a constituir un conjunto de variables que producen el cambio a través de diferentes formas de tratamiento, que se han identificado con el nombre de factores comunes e integran el llamado veredicto del *pájaro Dodo*,⁹ el cual afirma que

⁵ L. Wynne, “An overview of the state of the art: What should be expected in current family therapy research”, en L. Wynne, *The state of art in family therapy research: controversies and recommendations*. Nueva York, Family Process Press, 1988, p. 132.

⁶ H. Eysenck, “The effects of psychotherapy: An evaluation”, en *Journal of Consulting Psychology*, núm. 16, 1952, pp. 319-324. En este artículo, este autor afirmó que aproximadamente el 66% de los pacientes que no recibían tratamiento mejoraban durante los dos años posteriores al inicio de los síntomas y que parecía existir una relación inversa entre la recuperación y la cantidad de terapia recibida (a más psicoterapia, menor probabilidad de recuperación), por lo que concluyó que era lo mismo recibir o no tratamiento.

⁷ H. Eysenck, “The outcome problem in psychotherapy: A reply”, en *Psychotherapy*, núm. 1, 1961, pp. 97-100.

⁸ C. Truax, R. Carkhuff, *Toward effective counseling and psychotherapy: training and practice*. Chicago, Aldine.

⁹ En la literatura de investigación en psicoterapia, se utiliza el veredicto del dodo, personaje de la obra de Alicia en el país de las maravillas: “todos ganan, todos tienen premio”, para referirse a que los resultados de las diferentes terapias son equivalentes y que ninguna es superior a otra.

las distintas modalidades de psicoterapia producen sus efectos a través de un grupo común de elementos del terapeuta y de los clientes.

En el primer meta-análisis¹⁰ sobre los estudios cuantitativos realizados hasta la década de los setentas, se encontró que existían pocas diferencias entre las distintas modalidades de psicoterapia. Mediante sus conclusiones validaron y apoyaron el veredicto del *pájaro Dodo* convirtiendo a este personaje en la “mascota” de quienes sustentaban la idea de que los factores comunes eran los responsables del cambio terapéutico.

Un estudio¹¹ conducido en escenarios naturales halló patrones consistentes de cambio en diferentes formas de psicoterapia y con clientes con diversas problemáticas. Se descubrió que entre un 10 a 18% de los clientes mejoraban durante la primera sesión y el 48 a 58% a partir de la octava sesión.¹²

A partir de estas conclusiones, se planteó lo que sería conocido como la paradoja en la psicoterapia:¹³ la interrogante de las razones por las cuales se obtienen resultados tan similares en los diversos enfoques terapéuticos, si se establece que tienen procesos muy diferentes entre sí. Esta paradoja continúa hasta la actualidad y se ha transformado en un acalorado debate entre los partidarios de los factores comunes y aquellos que apoyan la idea de los factores específicos.

Los factores comunes son elementos que comparten las diversas formas de psicoterapia, pero que no forman parte de sus teorías centrales acerca del cambio.¹⁴ Aunque no existe un consenso respecto a cuáles son estos ingredientes comunes, se les ha clasificado en cinco categorías: características del cliente, cualidades del terapeuta, procesos de cambio, estructura del tratamiento y relación terapéutica.¹⁵

¹⁰ L. Luborsky, B. Singer, L. Luborsky, “Comparative studies of psychotherapies”, en *Archives of General Psychiatry*, núm. 32, 1975, pp. 995-1008.

¹¹ K. Howard, S. Kopta, M. Krause, D. Orlinsky, “The dose-effect relationship in psychotherapy”, en *American Psychologist*, núm. 41, 1986, pp. 159-164.

¹² A partir de estos hallazgos Orlinsky y Howard desarrollaron lo que se conoce como modelo genérico de la psicoterapia, que constituye un marco de referencia para definir las características comunes de varios tipos de psicoterapias y formularon una propuesta de tratamiento en términos de sus “ingredientes activos”.

¹³ W. Stiles, D. Shapiro, R. Elliot, “Are all psychotherapies equivalent?”, en *American Psychologist*, núm. 41, 1986, pp. 165-180.

¹⁴ M. Lambert, B. Ogles, “The efficacy and effectiveness of psychotherapy”, en Lambert M. *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York, Wiley, 2004, p. 171.

¹⁵ L. Grenavage, J. Norcross, “Where are the commonalities among the therapeutic common factors?”, en *Professional Psychology: Research and Practice*, núm. 21, 1990, pp. 372-378.

Por otra parte, los factores específicos se encuentran constituidos por métodos o técnicas de modelos terapéuticos particulares, que explican la efectividad del tratamiento. En este tipo de investigación se compara una terapia con otra, para determinar cual es “mejor”.¹⁶ O bien, se asume que ciertas terapias funcionan mejor para cierto tipo de problemas específicos en condiciones particulares.

La conclusión general es que los factores comunes compartidos por las diferentes formas de psicoterapia son los ingredientes activos más importantes para explicar el mejoramiento de los clientes más que las técnicas terapéuticas específicas.¹⁷

Reseña histórica de la investigación en terapia familiar

La terapia familiar como otras formas de psicoterapia tuvo sus orígenes en la investigación clínica. El proyecto de investigación sobre comunicación se desarrolló para estudiar los procesos en familias que tenían un miembro esquizofrénico. A diferencia de lo que aconteció en la investigación en otros modelos terapéuticos, durante la década de los cincuenta investigador como una misma especie, ya que la investigación y el tratamiento estaban fundamentalmente fusionados.¹⁸ En las siguientes dos décadas, la investigación y la terapia comenzaron a separarse y siguieron caminos diferentes, hasta el punto que debió organizarse en 1967 el ahora famoso “diálogo entre terapeutas e investigadores en terapia familiar” para intentar construir puentes entre estos dos dominios. En los años sesentas y setentas se publicaron numerosos estudios acerca de los procesos y los resultados de la terapia. En 1972 dos meta-análisis mostraron que los datos en la mayoría de los estudios de la década precedente eran sumamente escasos y derivaban en estudios de pobre calidad y escasas conclu-

¹⁶ M. Connolly Gibbons, P. Crits-Christoph, C. De la Cruz *et al.*, “Pre treatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy”, en *Psychotherapy Research*, núm. 13, 2003, pp. 59-76.

¹⁷ J. Drisko, “Common factors in psychotherapy outcome: Meta-Analytic Findings and their implications for practice and research”, en *Families in society*, vol. 85, núm. 1, 2004, p. 84.

¹⁸ A. Gurman, D. Kniskern, W. Pinsof, “Research on process and outcome of marital and family therapy”, en A. Bergin, S. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Nueva York, Wiley, 1986.

siones que enriquecieran el desarrollo de la teoría, la práctica clínica y las políticas de salud pública¹⁹

El campo de la investigación en terapia familiar se fue consolidando en los años que siguieron. En 1978 se otorgó el primer premio por la contribución a la investigación en terapia familiar por la Asociación Americana de Terapia Marital y Familiar. En 1982 se creó una versión anual del “diálogo” entre terapeutas e investigadores. Una considerable cantidad de estudios se llevaron a cabo durante los setentas para evaluar empíricamente los resultados de la terapia familiar.²⁰

Los estudios llevados a cabo durante los ochentas han dejado claro la eficacia general de la terapia familiar para diferentes desórdenes clínicos y escuelas terapéuticas. Aunque es necesario realizar más estudios acerca de la efectividad, sobre los mecanismos de cambio en tratamientos sistemáticamente orientados, se ha demostrado fehacientemente que la terapia familiar es probablemente más efectiva que otros tratamientos (comúnmente terapia individual) para la resolución de conflictos familiares.

En años noventas se llevaron a cabo numerosas investigaciones que confirmaron que la terapia familiar funciona y según uno de los estudios más importantes de meta-análisis de la época existe literatura que apoya esta conclusión.²¹ Hay evidencia científica que la terapia familiar es eficaz para el tratamiento de problemas en niños, adolescentes y adultos cuando estos desórdenes se acompañan de variables moderadoras relacionales como conflictos maritales o dilemas familiares.²²

En la década siguiente, estudios de meta-análisis de la literatura de resultados en terapia familiar confirmaron su efectividad, aunque con escasas diferencias con otros modelos.²³ Aunque las intervenciones familiares se encuentran basadas en evidencia, la investigación en terapia familiar ha seguido la tenden-

¹⁹ A. Gurman, D. Kniskern, W. Pinsof, *op. cit.*, p. 76.

²⁰ A. Gurman, D. Kniskern, “Family therapy outcome research: knows and unknowns”, en A. Gurman, D. Kniskern, *Handbook of Family Therapy*. Nueva York, Brunner/Mazel, 1981.

²¹ W. Shadish *et al.*, “The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: a perspective from meta-analysis”, en *Journal of Marital and Family Therapy*. vol. 21, núm. 4, 1995, p. 345.

²² W. Pinsof, L. Wynne, “The efficacy of marital and family therapy: an empirical overview, conclusions and recommendations”, en *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 21, núm. 4, 1995, p. 610.

²³ W. Shadish, S. Baldwin, “Meta-analysis of MTF interventions”, en D. Sprenkle, *Effectiveness research in marriage and family therapy*, Alexandria, American Association of Marriage and Family Therapy, núm. 21, 2002, p. 345.

cia de los estudios en psicoterapia individual enfatizando los resultados de los tratamientos e ignorando otras variables como los factores comunes.²⁴

Investigación en terapia familiar en México

En México existen pocos estudios sobre investigación en terapia familiar. En una revisión²⁵ se encontró únicamente seis estudios sobre terapia familiar basada en evidencias, que corresponden al 5% del total de artículos publicados en una década, lo cual contrasta notablemente por los estudios producidos en el Reino Unido (29%) y los Estados Unidos de América (26%).

Sin embargo, existe una larga tradición de investigación acerca del funcionamiento familiar con diversas poblaciones, el desarrollo de instrumentos psicométricos de aplicación clínica, aunque no se relacionan directamente con las tradiciones de estudio para conocer el funcionamiento y la efectividad de la psicoterapia. Una notable excepción la constituyen los estudios sobre los equipos de reflexión, cuyo uso está muy extendido en contextos clínicos, de entrenamiento y supervisión.²⁶

Las tradiciones de investigación en psicoterapia

Dentro del campo de la investigación en psicoterapia se han clasificado tres tradiciones principales, que dominaron el panorama durante las décadas de los setentas y ochentas:²⁷ los estudios sobre los resultados, los procesos y el progreso en la terapia.

²⁴ D. Sprenkle, A. Blow, "Common factors and our sacred models", en *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 30, núm. 2, 2004, p. 116.

²⁵ B. Nuño, "Terapia familiar basada en evidencias", *XI Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar*. Querétaro, México, 2008.

²⁶ G. Licea, I. Paquentin, H. Selicoff, *Voces y más voces: el equipo reflexivo en México*. México, Instituto de Psicoterapia Alinde, 2002. En este volumen se compilaron algunas investigaciones sobre el impacto del uso de los equipos de reflexión en distintos contextos y poblaciones.

²⁷ D. Orlinsky, K. Howard, "Process and outcome in psychotherapy", en A. Bergin, S. Garfield, *op. cit.*, pp. 311-381.

Los estudios sobre los resultados

La investigación sobre los resultados se define como el grupo de estudios que intentan determinar si los clientes mejoran significativamente desde el inicio hasta el final de la terapia.²⁸ Sin embargo, la evaluación precisa de esta mejoría clínica continúa siendo un área problemática en la indagación sobre los resultados y el proceso terapéutico.

Tradicionalmente la evaluación de los resultados ha involucrado distintas perspectivas: 1) desde el punto de vista del cliente, 2) desde la perspectiva del terapeuta, o 3) desde el enfoque de un evaluador independiente, entre los que se incluyen a entrevistadores clínicos, terapeutas en entrenamiento y supervisores clínicos. Se han considerado diferentes dimensiones (listado de síntomas, aspectos de la personalidad, funcionamiento social) y medidas generales sobre los resultados.²⁹ Esta última categoría abarca indicadores objetivos como las pruebas psicométricas estandarizadas, escalas e informes de datos epidemiológicos, como por ejemplo: los días de hospitalización. Un cambio importante es el criterio utilizado para determinar los resultados, que ha pasado de una norma de significancia estadística a una significancia clínica. La significancia clínica se determina estableciendo un criterio de referencia basado en la ausencia de síntomas de un grupo de no pacientes. Resulta interesante que las categorías de significancia clínica son comparables a los resultados obtenidos mediante escalas que utilizan categorías como: “curado”, “muy mejorado”, “moderadamente mejorado” o “sin cambio”. Usando estas categorías, aproximadamente un tercio de los clientes fueron considerados curados al final de la psicoterapia en varios estudios que relacionaron los resultados y el proceso.³⁰

²⁸ L. Greenberg, W. Pinsof, *The psychotherapeutic process: a research handbook*. Nueva York, The Guilford Press, 1986.

²⁹ D. Orlinsky K. Howard, *op. cit.* Consideran que las evaluaciones globales de mejoramiento del cliente, así como las estimaciones pre y post cambio en el nivel de funcionamiento no proveen mucha información para apoyar una interpretación teórica y recomiendan que cuando se lleven a cabo mediciones sobre resultados se tienen que tomar en cuenta los siguientes aspectos: 1) separar adecuadamente las puntuaciones de los clientes acerca de su situación y condición de vida de los obtenidos mediante jueces u observadores, considerando los aspectos culturales de cada uno; 2) mantener explícita la división descriptiva y evaluativa entre las perspectivas de los clientes, de los terapeutas, observadores y “otros” significativos; 3) es necesario poner atención a los cambios que los clientes describen en sus vidas y en su personalidad y 4) enfocarse en los macro-cambios que se producen al final de la terapia, así como en los micro-cambios que tienen lugar durante el proceso.

³⁰ A. Bergin, S. Garfield, *op. cit.*

La indagación sobre los resultados es uno de los dominios en los que ha existido mayor controversia acerca de la interpretación de la evidencia.³¹ Una crítica que se ha hecho a la tradición sobre el estudio de los resultados es que se le ha prestado muy poca atención a los clientes como fuente de datos acerca del éxito o fracaso de la terapia.

Los estudios de meta-análisis indican que existen beneficios asociados a la psicoterapia, en diferentes modalidades de tratamiento y que el efecto promedio de los tratamientos psicológicos es de una unidad de desviación estándar.³² Los estudios muestran que algunos pacientes de grupo control mejoran con el paso del tiempo, que una variedad de procedimientos de controles placebo produce efectos mayores a los de aquellos pacientes que no reciben tratamiento y que las psicoterapias producen un efecto superior a los pacientes del grupo control o placebo.

Durante la última década, las tendencias de la investigación sobre los resultados muestran una gran diversidad. Se desarrolló una medida générica multidimensional³³ para evaluar en los clientes su capacidad de resolver problemas, como un parámetro de resultados terapéuticos. Una revisión meta-analítica más reciente sobre tres estudios sugiere que monitorear formalmente el progreso del cliente tiene un impacto significativo en los resultados.³⁴ Otro estudio sugiere que existen varios factores que favorecen y que obstaculizan la utilización de medidas de resultado en los escenarios clínicos por parte de los terapeutas.³⁵ La tendencia en la evaluación de los resultados del tratamiento con niños y adolescentes ha sido examinar el impacto de la intervención para la reducción de síntomas o diagnósticos.³⁶

³¹ M. Lambert, D. Shapiro, A. Bergin, "The effectiveness of psychotherapy", en A. Bergin, S. Garfield, *op. cit.* La controversia radica en los distintos criterios utilizados para considerar los resultados. Asimismo, el diseño de algunos estudios que presentaron deficiencias metodológicas, tales como la falta de correspondencia entre los criterios para medir los efectos de la terapia con los datos reportados por parte de terapeutas u otros observadores externos.

³² M. Lambert, D. Shapiro, A. Bergin, *op. cit.*, p. 108.

³³ P. Heppner, C. Cooper, A. Mulholland, M. Wei, "A brief, multidimensional, problem-solving psychotherapy outcome measure", en *Journal of Counseling Psychology*, vol. 48, núm. 3, 2001, p. 339.

³⁴ M. Lambert, J. Whipple, E. Hawkins, "Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A Meta-analysis", en *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 10, núm. 3, 2003, p. 288.

³⁵ D. Hatfield, B. Ogles, "Why some clinicians use outcome measures and others do not", en *Administration Policy Mental Health and Mental Health Services Research*, núm. 34, 2007, p. 284.

³⁶ J. Weisz, A. Jensen, "Youth psychotherapy outcome research: a review and critique of the evidence base", *Annual Reviews Psychology*, núm. 56, 2005, p. 342.

En la actualidad,³⁷ la investigación sobre los resultados de la psicoterapia se halla en una fase de integración con la tradición de investigación sobre los procesos, la denominada investigación de resultado-proceso, en particular con los factores comunes. Además existe un cuerpo creciente de estudios empíricos sobre resultados de modelos integrativos en psicoterapia, entre los que se incluyen: integración de psicofarmacología con psicoterapia e integración de diversas modalidades y formatos de tratamiento. También la investigación sobre resultados se centra en el impacto de la terapia, especialmente en la vida y la personalidad de los clientes.³⁸

A partir de esta tradición de investigación ha surgido un movimiento de validación de las psicoterapias que se ha extendido más allá del ámbito académico y que ha sido utilizado por los sistemas de salud en varios países.³⁹

La investigación sobre los resultados en la terapia familiar

La investigación de los resultados se ha utilizado para evaluar la efectividad de la terapia, pero sin operacionalizar o describir los eventos que hacen posible dicha terapia.⁴⁰

Una de las principales dificultades y controversias en la investigación sobre los resultados de las intervenciones familiares es la definición de las poblaciones clínicas para propósitos de investigación. Desde una perspectiva sistémica, resulta difícil precisar los límites del “paciente” en la terapia y definir la unidad social para la intervención.⁴¹

Para la medición de los resultados en terapia familiar se han utilizado un listado de síntomas identificados por la familia y el terapeuta, medidas como la escala de logro de metas (GAS, por sus siglas en inglés) para operacionalizar metas y cambios de primer orden y medidas de funcionamiento familiar.⁴² Estas

³⁷ M. Lambert, B. Ogles, *op. cit.*

³⁸ D. Orlinsky, *op. cit.*

³⁹ L. García, “Historia reciente de la investigación en psicoterapia”, en *Revista Psiencia*, vol. 1, núm. 1, 2008, p. 5

⁴⁰ W. Pinsof, “Family therapy process research”, en A. Gurman, D. Kniskern, *Handbook of Family Therapy*. Nueva York, Brunner/Mazel, 1981.

⁴¹ Existen cuatro métodos para definir y seleccionar una población familiar para un estudio: 1) por medio de la identificación de estilos de interacción familiar; 2) por similitudes en la constelación o composición familiar; 3) por la presentación de quejas sobre síntomas y 4) diagnósticos psiquiátricos individuales tradicionales. Una alternativa podría ser el uso de diagnósticos relacionales que involucran la perspectiva de los miembros de la familia tal como lo propone Florence Kaslow.

⁴² La escala de logro de metas se ha empleado para evaluar las metas terapéuticas en individuos y sistemas, lo cual la convierte en una medida válida de resultados para la Terapia Familiar. Además

mediciones se han utilizado como una línea base de los cambios logrados, en niveles de complejidad crecientes, como por ejemplo: la descripción de síntomas de la familia, la medición de las metas para identificar cambios⁴³ de primer orden, hasta los cambios de segundo orden como la determinación de cambios en el tipo de sistema familiar.

La investigación sobre resultados en terapia familiar se remonta a los años sesentas, en particular con las investigaciones llevadas a cabo por Salvador Minuchin y colaboradores sobre los resultados de la terapia estructural, las cuales se enuncian en la tabla 1.

Tabla 1. Estudios de resultados de la terapia familiar estructural

<i>Tipo de problema</i>	<i>Muestra</i>	<i>Criterios de resultado</i>	<i>Índice de mejoría</i>
Psicosomático ⁴⁴	53 pacientes anoréxicos y sus familias.	Ganancia de peso y medidas del funcionamiento psicosocial del PI.	Recuperación del 86% de los pacientes anoréxicos.
Psicosomático ⁴⁵	Familias de adolescentes con asma crónica y diabetes	Medidas de funcionamiento psicosocial y medidas fisiológicas.	Tasa de recuperación de 90%
Delincuencia y agresión ⁴⁶	12 pacientes en terapia familiar No hubo grupo control	Índice de funcionamiento del paciente y su familia.	Aumento de los puntajes de funcionamiento familiar

presenta la ventaja que permite la participación de los terapeutas y clientes en el proceso de evaluación de los resultados.

⁴³ Los cambios de primer orden son fluctuaciones menores de un estado a otro, dentro de los límites de una secuencia prefijada de comportamiento. Mientras que los cambios de segundo orden se aplican a cualquier situación que el patrón habitual de comportamiento no es aplicable debido a cambios externos al sistema.

⁴⁴ S. Minuchin, B. Rosman, L. Baker, *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*, Cambridge, Harvard University Press, 1978.

⁴⁵ S. Minuchin, L. Baker, B. Rosman *et al.*, "A conceptual model of psychosomatic illness in children", *Archives of General Psychiatry*, núm. 32, 1975, pp. 1031-1038.

⁴⁶ S. Minuchin, B. Montalvo, B. Guerney *et al.*, *Families of slums: An exploration of their structure and treatment*. Nueva York, Basic Books, 1967.

Tabla 1. Estudios de resultados de la terapia familiar estructural
(continuación)

<i>Tipo de problema</i>	<i>Muestra</i>	<i>Criterios de resultado</i>	<i>Índice de mejoría</i>
Diabetes mellitus, asma, anorexia ⁴⁷	13 pacientes diabéticos 23 pacientes anoréxicos 10 pacientes asmáticos	Índice de funcionamiento psicosocial y sintomático (clínico y físico)	Aumento combinado de índices de funcionamiento psicosocial y sintomático
Dolor psicógeno ⁴⁸	10 pacientes con dolor psicógeno Terapia familiar Sin grupo control	Índice de funcionamiento psicosocial y sintomático (clínico y físico)	Aumento combinado de índices de funcionamiento psicosocial y sintomático
Dolor abdominal psicógeno ⁴⁹	19 pacientes con dolor psicógeno Terapia familiar Sin grupo control	Índice de funcionamiento psicosocial y sintomático (clínico y físico)	Aumento combinado de índices de funcionamiento psicosocial y sintomático
Asma intratable ⁵⁰	14 pacientes asmáticos Terapia familiar Sin grupo control	Índice de funcionamiento psicosocial y sintomático (clínico y físico)	Aumento combinado de índices de funcionamiento psicosocial y sintomático
Mutismo electivo ⁵¹	10 pacientes con mutismo electivo Terapia familiar Sin grupo control	Índice de funcionamiento psicosocial y sintomático (clínico y físico)	Aumento combinado de índices de funcionamiento psicosocial y sintomático

Nota. Se presentan los estudios sobre la efectividad de la terapia estructural, indicando el tipo de problema, la muestra, los criterios de resultado y el índice de mejoría.

⁴⁷ S. Minuchin, *Families and family therapy*. Cambridge, Harvard University Press, 1974.

⁴⁸ R. Liebman, P. Honig, H. Berger, "An integrated treatment program for psychogenic pain", en *Family Process*, vol. 15, núm. 4, 1967, pp. 397-405.

⁴⁹ H. Berger, P. Honig, R. Liebman, "Recurrent abdominal pain: gaining control of the symptom", en *American Journal of Disable Child*, núm. 131, 1977, pp.1340-1344.

⁵⁰ S. Minuchin, B. Rosman, L. Baker, *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*, Cambridge, Harvard University Press, 1978.

⁵¹ J. Rosenberg, M. Lindblad, "Behavior therapy in a family context: Treating elective mutism", en *Family Process*, vol. 17, núm. 1, 1978, pp. 77-82.

Otra clasificación de los estudios es dividiéndolos según el ciclo de vida de los individuos. A su vez, los estudios con niños y adolescentes se pueden clasificar en cuatro áreas: trastornos psicosomáticos, delincuencia juvenil, desórdenes de conducta y trastornos mixtos conductuales/emocionales, los cuales se muestran en la tabla 2.

Por otra parte, en el caso de clientes adultos se ha investigado los efectos de la terapia familiar en situaciones de divorcio, guarda y custodia de los hijos, esquizofrenia, abuso de sustancias, desórdenes afectivos y trastorno de ansiedad. En estos estudios, los criterios de resultado han incluido medidas de funcionamiento global del paciente, severidad de los síntomas, funcionamiento social y laboral, uso del tiempo de ocio y acatamiento del tratamiento (tabla 3).

Tabla 2. Estudios de resultados de la terapia familiar en niños y adolescentes

<i>Tipo de problema</i>	<i>Muestra</i>	<i>Criterios de resultado</i>	<i>Índice de mejoría</i>
Divorcio ⁵²	100 familias que han atravesado un divorcio con niños	Medidas poco claras del impacto del divorcio en los niños	La terapia produce un reajuste pos-divorcio
Delincuencia juvenil ⁵³	40 familias de adolescentes delincuentes menores y reincidentes	Reincidencia del delito menor y contactos del menor con la corte.	Con la terapia familiar hubo menores tasas de recidiva (26%) y de contactos con la corte juvenil (20%),
Desórdenes de conducta ⁵⁴	Familias con niños en edad escolar.	Índices de conductas desviadas de los niños calificadas por padres y maestros. Medidas observacionales.	Resultados positivos al utilizar el modelo de entrenamiento en manejo parental.

⁵² R. Hyatt, F. Kaslow, "The impact of childrens' divorce on parents: and some contributing factors", en *Journal of Divorce*, vol. 30, núm. 9, 1985, pp. 79-90.

⁵³ J. Alexander, C. Barton, R. Schiavo, B. Parsons, "System-behavioral interventions with families of delinquents: therapist characteristics, family behavior and outcome", en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, núm. 44, 1977, pp. 656-664.

⁵⁴ G. Patterson, M. Forgatch, "Maintenance of treatment effects: some considerations concerning family systems and follow-up data", en *Behavior Therapy*, núm. 10, 1979, pp. 168-185.

Tabla 1. Estudios de resultados de la terapia familiar... (continuación)

<i>Tipo de problema</i>	<i>Muestra</i>	<i>Criterios de resultado</i>	<i>Índice de mejoría</i>
Mixtos conductuales/emocionales ⁵⁵	Familias con niños o adolescentes	Información sobre el diagnóstico, tipo y severidad de los síntomas	Dos tercios de los casos mejoraron con el tratamiento
Familia y violencia ⁵⁶	2,760 familias con niños	Relaciones entre los ingresos, las características familiares y características del Estado y la violencia hacia los niños	La intervención es efectiva para disminuir la violencia hacia los niños.

Nota. Presenta la efectividad de la terapia familiar con distintas problemáticas en niños y adolescentes, especificando el problema, la muestra, los criterios de resultado y el índice de mejoría.

Tabla 3. Estudios de resultados de la terapia familiar con adultos

<i>Tipo de problema</i>	<i>Muestra</i>	<i>Criterios de resultado</i>	<i>Índice de mejoría</i>
Divorcio y custodia infantil ⁵⁷	Expertos como abogados, terapeutas y clérigos	Cuatro estrategias de intervención: alianza de trabajo, información sobre tratamiento, clima emocional, toma de decisiones.	Encontraron obstáculos para la efectividad, dada la complejidad práctica y estructural del problema.
Alcoholismo ⁵⁸ (Meta-análisis)	21 estudios publicados entre 1972 y 1993	Medidas de resultado (conducta de beber, satisfacción marital, interacción marital) Operacionalización de las	Se presentó una mejoría en los pacientes cuyas familias se

⁵⁵ A. Gurman, D. Kniskern, W. Pinsof, *op. cit.*

⁵⁶ L. Berger, "Income, family characteristics, and physical violence toward children", en *Child Abuse & Neglect*, vol. 29, núm. 2, 2005, pp. 107-133.

⁵⁷ K. Kressel, *et al.*, "Professional intervention in divorce: a summary of the views of lawyers, psychotherapists and clergy", en *Journal of divorce*, núm. 2, 1978, pp. 119-155.

⁵⁸ M. Edwards, P. Steinglass, "Family Therapy treatment outcomes for alcoholism", en *Journal of marital and family therapy*, vol. 21, núm. 4, 1995, pp. 475-509.

Tabla 3. Estudios de resultados... (continuación)

<i>Tipo de problema</i>	<i>Muestra</i>	<i>Criterios de resultado</i>	<i>Índice de mejoría</i>
		medidas (días de abstinencia, cantidad de alcohol consumido, reducción del consumo)	involucraban en el tratamiento.
Abuso de drogas ⁵⁹ (Meta-análisis)	68 estudios 14 estudios con resultados cuantitativos	Modalidades de tratamiento relacionándolos con la técnica	La terapia familiar es efectiva para el tratamiento de pacientes que abusan de drogas
Estrés y eventos estresantes ⁶⁰	1,140 familias	Modalidades de tratamiento y reducción de eventos estresantes	Eventos vitales y transiciones aumentan la tensión en la familia.
Políticas públicas y terapia familiar ⁶¹	3,690 mujeres	Intervención familiar con asistencia social y tasa de divorcio	La inestabilidad marital incrementa la asistencia social.
Familia, trabajo y comunidad ⁶²	1,515 individuos	Grado de conflicto entre el trabajo y la vida familiar Medidas de cantidad de horas de trabajo.	La intervención mejora la interfaz entre el trabajo y la familia.

Nota. Muestra los resultados de distintos estudios de Terapia Familiar con adultos, describiendo el tipo de problema, la muestra, los criterios de resultado y el índice de mejoría.

⁵⁹ D. Stanton, "Family treatment approaches to drug abuse problems: a review", en *Family Process*, vol. 18, núm. 3, 1979, pp. 227-369.

⁶⁰ Y. Lavee, H. McCubbin, D. Olson, "The Effect of Stressful Life Events and Transitions on Family Functioning and Well-Being", en *Journal of Marriage and the Family*, vol. 49, núm. 4, 1987, pp. 857-873.

⁶¹ T. Draper, S. Bahr, "On the relationship between welfare and marital stability: a research note", *Journal of Marriage and the family*, vol. 43, núm. 2, 1981, pp. 293-302.

⁶² P. Voydanoff, "Work Role Characteristics, Family Structure Demands, and Work/Family Conflict", en *Journal of Marriage and the Family*, vol. 50, núm. 3, 1988, pp. 749-761.

Cuando los métodos de tratamiento familiar han sido probados rigurosamente, se han documentado resultados significativamente positivos y en ocasiones, extremadamente impresionantes. Finalmente, se ha hecho relativamente poca investigación sobre los resultados en terapia familiar integrativa, con excepción de dos formatos bien estudiados: la terapia de parejas centrada en las emociones⁶³ y la terapia multisistémica.⁶⁴

Los estudios sobre el proceso

La investigación sobre el proceso terapéutico es un área relativamente joven dentro del campo del estudio científico de la psicoterapia. Tradicionalmente se le ha definido como cualquier estudio que contiene total o parcialmente datos directos e indirectos de medidas del cliente, del terapeuta o de la díada terapeuta-cliente en el contexto de la entrevista terapéutica.⁶⁵ Esta definición proveyó un marco de referencia para definir los límites de la investigación sobre el proceso en la terapia. Particularmente los estudios sobre el proceso se enfocaron en lo que ocurre dentro de los confines espacio-temporales de la sesión terapéutica, mientras que los cambios fuera de la sesión fueron del dominio de las investigaciones sobre los resultados.⁶⁶

La investigación se centró en la evaluación de los efectos de la terapia (investigación de resultado), sin considerar las cuestiones relativas a cómo opera la psicoterapia para alcanzar dichos resultados (investigación del proceso). Los investigadores se orientaron hacia los estudios de resultado porque tenía que demostrarse fehacientemente la efectividad de la terapia, antes que comprender los mecanismos subyacentes al cambio terapéutico.⁶⁷ Al inicio de los años sesentas surgió la distinción entre investigación de resultados y de proceso, que dominaron la investigación en psicoterapia hasta final de los años ochentas.

⁶³ L. Greenberg, S. Johnson, *Emotionally focused therapy for couples*. Nueva York, Guilford Press, 1998.

⁶⁴ S. Henggeler, *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Nueva York, The Guilford Press, 1998.

⁶⁵ D. Kiesler, *The process of psychotherapy: empirical foundations and systems of analysis*. Nueva Jersey, Aldine, 2006. En este estudio clásico sobre el proceso se involucran los eventos que ocurren durante la sesión y en la interacción cliente-terapeuta.

⁶⁶ L. Greenberg, W. Pinsof, *The psychotherapeutic process: a research handbook*. Nueva York, The Guilford Press, 1986.

⁶⁷ C. Sales, "Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia. Panorama histórico", en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 24, núm. 104, 2009, p. 385.

Sin embargo, esta distinción entre los estudios de proceso-resultados creó una falsa dicotomía en la cual el mejoramiento o el cambio en las sesiones de terapia son vistos como algo separado de los resultados finales.

Los primeros estudios sobre el proceso fueron realizados en el contexto de la terapia centrada en el cliente. Los discípulos⁶⁸ de Rogers hallaron que las condiciones terapéuticas de empatía, calidez y genuinidad son variables relativamente estables durante el curso de la terapia. No obstante, se reportó que los terapeutas variaban considerablemente en su nivel de funcionamiento de facilitación terapéutica a lo largo de las sesiones e intra sesiones con los mismos clientes.

Desde mediados de la década de los setentas, la investigación de proceso se ha enfocado al estudio de los procesos de cambio, en particular con los tipos de observación directos con el uso de aparatos de videograbación, que permitieron a los investigadores tener acceso a las sesiones de trabajo terapéuticas de manera abierta. El estudio de los procesos de cambio integra lo esencial de ambas tradiciones de proceso y resultados, hasta el punto que se habla del estudio de proceso-resultados como una convergencia de los dos dominios y constituye una tendencia importante dentro del campo. Esta tendencia de investigación se ha enfocado en especificar qué funciona en psicoterapia y cómo opera para producir cambios.

Los investigadores se han centrado en tratar de conectar efectos específicos con variables específicas, aportando nuevos diseños, procedimientos de muestreo y métodos de análisis estadístico. Los primeros intentos de relacionar las variables de proceso con los efectos, consistieron en medir la misma variable de proceso durante el tratamiento hasta la terminación de la terapia, midiendo los resultados y haciendo un seguimiento. Este tipo de diseño se basa en la creencia que un evento o grupo de eventos de una variable específica medidos en un punto determinado del tratamiento se relaciona consistentemente con los resultados de la terapia, lo cual deja sin resolver la cuestión de la posible intervención de otras variables intra o extraterapéuticas durante el curso del tratamiento y que pudieran afectar los resultados.

Un segundo diseño que relaciona los procesos y los resultados involucra el promedio de las medidas de proceso obtenidas durante la terapia e intentando relacionarlo con los resultados al término del tratamiento. Algunas evidencias sugieren que los procesos terapéuticos varían enormemente de una sesión a otra durante el curso de una terapia completa y la media puede oscurecer la

⁶⁸ C. Truax, R. Carkhuff, *op. cit.*

variación que se relaciona con los resultados.⁶⁹ Sin duda otro problema metodológico relevante para el campo de proceso-resultado es el mito muy extendido que el resultado es simple, estático y que puede ser medido de forma definitiva al término del tratamiento o seguimiento. Se ha propuesto una aproximación al proceso que involucra el considerar al resultado como un proceso fluido y continuo que no tiene que ser medido solamente al final, sino que se puede medir de manera significativa en cualquier punto del tratamiento o seguimiento. Desde esta aproximación, la investigación en psicoterapia se transforma en el análisis de los procesos que ocurren dentro y fuera de las sesiones de terapia, así como de las interacciones entre ellos. Los problemas metodológicos y conceptuales con los diseños convencionales de proceso-resultado se pueden resolver en gran medida mediante esta aproximación al proceso.

Una tendencia reciente sobre los estudios de proceso es que ahora las investigaciones no solamente tratan de identificar el tipo más efectivo de tratamiento, sino que también estudian las condiciones del proceso que influyen en el éxito y el fracaso.⁷⁰

La investigación sobre el proceso en la terapia familiar

El estudio del proceso terapéutico en la terapia familiar se complejiza debido a la interacción simultánea de uno o dos terapeutas con al menos dos clientes. Esta área es sumamente difícil debido a tres factores: 1) la compleja interacción social entre los miembros de la familia, 2) la carencia de una teoría de la micro-terapia adecuada para el campo de la terapia familiar y 3) los investigadores se han orientado al estudio de la terapia individual.⁷¹

Los estudios sobre el proceso se pueden clasificar mediante el trabajo de grupos de investigadores que han producido numerosos estudios e instrumentos de medición. El trabajo de dichos grupos puede operacionalizarse en una nueva perspectiva que involucra el estudio acerca del proceso-resultado,⁷² el

⁶⁹ L. Greenberg, W. Pinsof, *op. cit.*

⁷⁰ F. Herrera, N. García, "La investigación en psicoterapia", en *Revista Cubana de Psicología*, vol. 20, núm. 2, 2003, p. 115.

⁷¹ W. Pinsof, *op. cit.*

⁷² Un problema que se ha planteado consistentemente en la investigación sobre el proceso es la dificultad para identificar la relación entre las variables del proceso y de resultado. No se ha podido demostrar la unión entre los componentes o ingredientes específicos de cualquier aproximación terapéutica particular con los resultados del tratamiento.

proceso de cambio, la alianza terapéutica y la construcción de instrumentos de medición.

Los estudios convencionales sobre proceso-resultado se han basado en dos estrategias de investigación: la primera involucra la relación de ciertos aspectos de la conducta del terapeuta o del cliente con la medición de los resultados al final del tratamiento y la segunda comprende la vinculación de medidas promedio de variables de proceso durante el curso del tratamiento con índices de resultado del cliente al término del tratamiento.

Un desarrollo significativo en el campo de la investigación sobre el proceso en la terapia familiar es la construcción de instrumentos de medición para evaluar los predictores de resultado en terapia individual, familiar y de pareja durante el proceso terapéutico. Para la medición del proceso existen dos grandes tendencias: el uso de medidas de autorreporte llenadas por el cliente o el terapeuta y la utilización de medidas de observación directas. Un ejemplo del primer enfoque es el reporte de *intersesión*, desarrollado por Pinsof, el cual se administra a cada cliente antes de cada sesión terapéutica. Este instrumento se utiliza para localizar la dirección de los cambios en la vida de los clientes durante el curso de la terapia. La validez y la confiabilidad de este instrumento han quedado plenamente demostradas. Como ejemplo del segundo enfoque de evaluación es el sistema de codificación del terapeuta familiar, que describe y diferencia conductas verbales clínicamente relevantes del terapeuta de distintas orientaciones teóricas. Consiste en nueve escalas nominales multidimensionales que miden distintos aspectos de la conducta verbal del terapeuta en la interacción con los clientes, las cuales pueden utilizarse individual o colectivamente. En la tabla 4 se muestran algunas medidas de evaluación de proceso.

Por último, un problema en la investigación sobre el proceso en la terapia familiar es cómo estudiar las reacciones del sistema de clientes que no están directamente involucrados en el tratamiento, el que se ha denominado como el “sistema indirecto del cliente”.⁷³ El estudio de este sistema indirecto plantea numerosos problemas metodológicos, aunque es necesario considerarlo porque afecta críticamente al proceso y a los resultados al constituir una parte en la ecuación de la investigación sobre el proceso.

⁷³ El sistema indirecto del cliente se conforma con aquellos individuos que no asisten a la terapia o no se encuentran físicamente presentes en las sesiones, pero tienen interacción con el cliente que sí acude.

Tabla 4. Medidas de evaluación de proceso
en terapia familiar

<i>Estudio</i>	<i>Descripción</i>
<i>Medidas de autorreporte</i>	
Esquema de codificación de la terapia individual ⁷⁴	El esquema se aplica para el análisis de la comunicación entre el cliente y el terapeuta
Cuestionario de auto descripción de la conducta del terapeuta ⁷⁵	El instrumento mide el sentido de su estilo general percibido por los terapeutas
<i>Medidas de observación directa</i>	
Sistema de codificación binario del Grupo de Montreal ⁷⁶	El sistema se utiliza para clasificar las intervenciones del terapeuta en la sesión
Escala Conductual del Terapeuta Familiar ⁷⁷	El sistema se diseñó para estudiar la conducta verbal del terapeuta
Sistema de codificación de la Universidad de Utah ⁷⁸	Fue diseñado para categorizar la conducta verbal y no verbal del terapeuta durante la sesión

Nota. Se resumen algunas medidas de autorreporte y de observación directa para la valoración del proceso en la terapia con familias.

⁷⁴ F. Hollis, "Explorations in the development of a typology of a casework treatment", en *Social Casework*, núm. 48, 1967, pp. 335-341.

⁷⁵ 19 D. Rice, W. Fey, J. Kepecs, "Therapist experience and "style" as factors in co-therapy", en *Family Process*, vol. 11, núm. 2, 1972, pp. 227-233.

⁷⁶ 20 J. Sigal, H. Guttman, L. Chagoya, J. Lasry, "Predictability of family therapists' behavior", *Canadian Psychiatric Association Journal*, núm. 18, 1973, pp. 199-202.

⁷⁷ W. Pinsof, *op. cit.*

⁷⁸ J. Alexander, C. Barton, R. Schiavo, B. Parsons, *op. cit.*

Los estudios sobre el progreso en la terapia

Como se ha señalado, la investigación en psicoterapia se ha dividido tradicionalmente en los dominios de resultados y de procesos, que se han enfocado en aspectos globales de la terapia, tales como la alianza terapéutica y las intervenciones que reducen las emociones negativas, sin embargo ha surgido una tercera tradición que se refiere al progreso de los clientes.⁷⁹

La investigación sobre el progreso surge en los años sesentas mucho tiempo antes del entendimiento de la importancia de la perspectiva del cliente o el discurso actual de las voces de los clientes. Este grupo de estudios se inició al preguntarle a los clientes directamente sobre su experiencia en terapia e iniciaron sin proponérselo un nuevo campo de estudio. Posteriormente, la investigación de progreso se desarrolló por la necesidad de contar con estudios que informen sobre el proceso completo.⁸⁰

La investigación sobre el progreso en la psicoterapia integra las perspectivas de los resultados y los procesos en una metodología unificada que permite a los terapeutas tomar decisiones sobre aquellas intervenciones más productivas con clientes particulares en puntos específicos durante el curso de la terapia. Este tipo de investigación tiene que proveer datos e información para mejorar la efectividad de las intervenciones con clientes determinados, lo cual hace una diferencia clínicamente significativa. Este tipo de investigación informa no solamente acerca del proceso en la terapia sino también en la supervisión. Proporciona información sobre el progreso de los clientes que el supervisor puede utilizar para retroalimentar a los supervisados.

La investigación sobre el progreso trata acerca de los cambios que se presentan en el cliente durante la terapia, por lo que se le ha conocido como “investigación enfocada en el cliente”. Este tipo de estudios proveen información amplia sobre la perspectiva de los clientes acerca del proceso terapéutico.

Un estudio⁸¹ que ilustra el lugar central que ocupan los clientes, es una indagación sobre la visión de tres clientes acerca del proceso terapéutico, a través de la narración de las experiencias de dichos clientes. El terapeuta sirvió como un vehículo para llevar sus testimonios a la comunidad profesional. Los participantes de este

⁷⁹ K. Howard *et al.*, “Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness and client progress”, en *American Psychologist*, núm. 51, 1996, pp. 1059-1064.

⁸⁰ W. Pinsof, L. Wynne, “Toward progress research: closing the gap between family therapy practice and research”, en *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 26, núm. 1, 2000, pp. 1-8.

⁸¹ S. London, G. Ruiz, M. Gargollo, “Clients’ Voices: A collection of clients’ accounts”, en *Journal of Systemic Therapies*, vol. 17, núm. 4, 1998, pp. 61-71.

estudio hacen referencia a su contacto con la psicoterapia, en su papel de estudiantes y clientes. Describen los estilos personales de sus terapeutas, el proceso intra e inter-sesiones, los efectos que tuvo la terapia en su vida personal y explican detalladamente el proceso terapéutico desde su perspectiva como clientes.

En otro estudio⁸² se realizaron entrevistas a profundidad con 13 parejas, acerca de lo que hicieron sus terapeutas para ayudarles a facilitar el cambio. Encontraron tres grupos de eventos facilitadores: cambio en el afecto, en la cognición y en la comunicación.

En otra investigación⁸³ se entrevistaron a tres parejas para que identificaran temas clave y momentos significativos basándose en sus experiencias y su percepción en terapia de pareja. Se encontró que las definiciones de momentos significativos variaba entre los integrantes de la pareja, entre los clientes y el terapeuta, haciendo la terapia de pareja una experiencia altamente individualizada.

Generalmente los estudios sobre el progreso en la psicoterapia se llevan a cabo en escenarios naturalísticos, enfocándose en la manera en cómo se produce el cambio fuera de la terapia. Los diseños que se prefieren se basan en la idea de los “perfiles del cliente” en los que se obtiene una trayectoria de cada cliente usando un modelo de línea base, contra la cual se va comparando el progreso de ese cliente durante el curso de la terapia. El siguiente paso sería identificar las intervenciones del terapeuta y las experiencias en la terapia que se relacionan con los cambios en las trayectorias de los clientes, para lo cual se han propuesto medidas como los autorreportes de clientes y terapeutas.

En resumen, las tradiciones de investigación en psicoterapia han ido generando nuevas tendencias de indagación que serán descritas en los siguientes apartados.

Tendencias de investigación

Las tendencias más sobresalientes en el campo de la investigación en psicoterapia se refieren a los estudios sobre los factores comunes y específicos, la efectividad y la eficacia de la terapia y el intento de validar empíricamente los tratamientos.

⁸² L. Christensen, *et al.*, “The process of change in couples therapy: A qualitative investigation”, en *Journal of Marital and Family Therapy*, núm. 24, 1998, pp. 177-188.

⁸³ K. Helmenke, D. Sprenkle, “Clients’ perceptions of pivotal moments in couples therapy: a qualitative study of change in therapy”, en *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 26, núm. 4, 2000, pp. 469-483.

Estudios sobre factores comunes vs factores específicos

La investigación sobre los factores comunes existe desde hace más de 60 años y se fundamenta en las conclusiones de los meta-análisis que sugieren que la psicoterapia produce un cambio positivo y que hay pocas diferencias significativas entre los diferentes tipos de psicoterapia, lo cual se explica mediante la existencia de “ingredientes activos” comunes a todas las formas de psicoterapia, más que a técnicas terapéuticas específicas.⁸⁴ Esto ha generado uno de los debates más acalorados en el campo que se continuó hasta la década precedente,⁸⁵ como una explicación de los mecanismos de cambio en la psicoterapia. Como se señaló con anterioridad, los factores comunes integran el llamado veredicto del *pájaro Dodo* e incluyen elementos tales como: las expectativas del cliente, el ofrecimiento de ayuda, la atención, el estilo del terapeuta, los factores placebo y la relación terapéutica,⁸⁶ además del contexto del cliente. A estos factores comunes se les considera los responsables de los cambios positivos en las diferentes modalidades de tratamiento⁸⁷ y explican en conjunto la mayor parte de la varianza de los resultados de la terapia cuando los síntomas no son tan severos.⁸⁸ Como se señaló con anterioridad, la conclusión más extendida es que los factores comunes son compartidos por todas las psicoterapias y son los “ingredientes activos” más importantes para explicar el funcionamiento de la terapia.

En la literatura sobre los factores comunes se hace una constante referencia a un trabajo de revisión⁸⁹ en el cual se hizo una estimación de los porcentajes de la varianza atribuidas a cuatro componentes clave de la psicoterapia:

a) Los factores extra-terapéuticos. Se incluyen todos aquellos elementos que se relacionan directamente con el contexto del cliente, tales como: el apoyo familiar, de amigos o del grupo social.

Se ha considerado al propio cliente como un factor común incluyendo algunas características generales tales como la inteligencia, la motivación al cambio, la

⁸⁴ J. Drisko, *op. cit.*, p. 81.

⁸⁵ S. Messer, “Let’s Face Facts: Common Factors Are More Potent Than Specific Therapy Ingredients”, en *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 9, núm. 1, 2002, p. 21.

⁸⁶ L. Beutler, C. Moleiro, V. Penela, *op. cit.*

⁸⁷ Los tratamientos más estudiados han sido la terapia cognitivo-conductual, interpersonal, psicodinámica y sistémica.

⁸⁸ M. Lambert, D. Shapiro, A. Bergin, *op. cit.*

⁸⁹ M. Lambert, “Implications of outcome research for psychotherapy integration”, en J. Norcross, M. Golfried, *Handbook of psychotherapy integration*, Nueva York, Basic Books, 1992.

capacidad para confiar y la resiliencia. De acuerdo con la literatura, existen otros factores clave de los clientes⁹⁰ que impactan el resultado en la terapia, son el número de problemas y síntomas que los clientes presentan, la severidad de esos síntomas, la habilidad del cliente para identificar y focalizar su problema, la capacidad de tolerar y manejar el afecto, las condiciones físicas comórbidas y su capacidad para relatar el problema.

Otra evidencia de los factores extra-terapéuticos proviene de la literatura acerca de la remisión espontánea. Un hallazgo bien documentado es que algunos clientes mejoran sin una intervención terapéutica formal. Entre los factores que pueden influir la remisión espontánea se encuentran: la duración y persistencia del desorden, la presencia de un trastorno de personalidad, la calidad de apoyo social, especialmente el apoyo de parte del cónyuge. El hallazgo que los clientes mejoran sin una intervención psicológica formal muestra la importancia de las redes de apoyo en el ambiente natural en el que el cliente se desenvuelve.

b) La relación terapéutica. Las dimensiones de la relación terapéutica constituyen lo que los terapeutas identifican como el principal factor común o como el elemento curativo más importante de la terapia.⁹¹

La mayor parte de la investigación sobre la relación terapéutica se enmarca en la tradición de la terapia centrada en el cliente con las denominadas condiciones necesarias y suficientes para el cambio de la personalidad. Estas características fueron conceptualizadas como empatía exacta, aprecio positivo y congruencia. Estudios posteriores han demostrado que el cuidado, la calidez, la empatía y la aceptación demostrada por el terapeuta son vitales para el resultado terapéutico.

Una condición importante es que estos factores sean percibidos por el cliente para producir una relación terapéutica positiva y productiva. Entre los principales factores relacionales se encuentran: la preparación para el cliente, la clarificación de las expectativas, el consenso en las metas, la realización de las

⁹⁰ Desde una perspectiva cualitativa, los estudios de Rennie (1992) han hecho una enorme contribución al entendimiento de los factores del cliente y la influencia del cliente en el proceso terapéutico. Por ejemplo, analizando las experiencias del cliente en terapia, este autor identificó a la "reflexividad de los clientes" como un hallazgo sobresaliente en su trabajo. A partir de estos datos se pone en evidencia que los clientes tienen un papel activo como agentes pensantes y reflexivos durante la terapia.

⁹¹ Es ampliamente aceptado que la calidad emocional y relacional del vínculo que se establece entre el terapeuta y el cliente es una parte imprescindible para el éxito del proceso terapéutico. Esto es válido para diferentes modalidades y formas de tratamiento como la terapia individual, familiar y de pareja.

tareas terapéuticas, la actividad del cliente y la adherencia del terapeuta a un modelo de tratamiento.

c) Expectativas y efecto placebo. Se considera que el cambio terapéutico tiene lugar en un contexto que se asemeja a un formato ritualizado. En ese contexto, la expectativa y la esperanza tienen un papel central. Estos elementos tienen un efecto placebo que se produce como consecuencia del conocimiento compartido por clientes y terapeutas de que el tratamiento es restaurativo, sanador y tiene un poder curativo.

La investigación sobre los resultados de la psicoterapia se ha dirigido a la importancia de las expectativas y los efectos placebo sobre el cambio del cliente. Varios estudios han producido evidencia de que las expectativas que los clientes traen a terapia influyen en los resultados, particularmente en fases tempranas del tratamiento.

El papel del efecto placebo ha recibido considerable atención en los estudios que comparan los efectos de un tipo particular de psicoterapia con un placebo o un grupo de tratamiento mínimo con un grupo de control. En estos estudios se ha encontrado que los clientes que reciben un tratamiento placebo, el 66% mejora comparado contra el grupo de no tratamiento y el 79% de los clientes que reciben psicoterapia mejora contra el grupo de control.

Por otra parte, se ha observado que los clientes difieren en sus respuestas frente a la expectativa. Una compleja interacción de características del cliente que comprenden dimensiones orgánicas y psicológicas, así como la habilidad para responder al proceso de ayuda y los factores culturales de clientes y terapeutas intervienen en el desarrollo de las expectativas y esperanzas de los clientes.

d) Las técnicas terapéuticas o factores específicos. Los modelos o técnicas son factores específicos que son únicos para un tratamiento particular y precisamente son los que diferencian a las psicoterapias.

El entusiasmo por la investigación de los factores específicos se basa en el interés de los terapeutas que se adhieren a una escuela particular de tratamiento. La mayor parte de los estudios se ha llevado a cabo en el contexto de estudios comparativos sobre los resultados de la terapia. En estos estudios no se ha obtenido evidencia que sugiera la superioridad de una escuela o técnica terapéutica sobre otra. La mayoría de estas investigaciones se ha dedicado a validar algunas técnicas conductuales para el tratamiento de problemas específicos como fobias, ansiedad generalizada y otros desórdenes compulsivos, en los cuales el uso de estas técnicas parece ser más eficiente.

Sin embargo, el debate continúa entre los defensores de los factores comunes como responsables del cambio y los partidarios de los factores específicos.

Algunos estudios de meta-análisis parecen indicar que existen más similitudes entre las distintas formas de psicoterapia y los ingredientes activos, entre los que se incluye tanto a los factores comunes como a las técnicas terapéuticas específicas.

Estudios sobre los factores comunes y específicos en la terapia familiar

La terapia familiar ha considerado muy lentamente la importancia de los factores comunes a pesar que son eminentemente relacionales. A partir de los años 90's se incrementó el interés en los factores comunes en la terapia marital y familiar. De manera similar a la terapia individual, en la terapia familiar se la ha concedido más importancia a las técnicas basadas en los modelos para producir el cambio terapéutico.

Se ha aplicado el modelo de los cuatro factores a la investigación sobre la terapia familiar y marital:⁹²

a) Factores extra terapéuticos: los factores del cliente se pueden subdividir en tres grupos: 1) variables individuales estáticas tales como edad, sexo, etnia y orientación sexual; 2) variables no estáticas de individuos, parejas o familias como: estilo de aprendizaje, nivel de involucramiento en la pareja, cohesión familiar y estilo de expresión emocional en la familia y 3) características del sistema familiar que se relacionan con la motivación del cliente para involucrarse en el tratamiento, variables como la perseverancia, la disposición para cooperar y realizar las tareas asignadas.

b) Factores relacionales: varios estudios apoyan la idea de que la habilidad del terapeuta para establecer una relación positiva con sus clientes es un factor relacionado con los resultados de la terapia familiar. En un estudio⁹³ se encontró que los factores relacionales como la calidez, la integración conducta-afecto y el humor son responsables del 44.6% de la varianza de los resultados.

c) Expectativas (efecto placebo): la expectativa se refiere a la anticipación de la relación entre un evento y una situación determinada. En la terapia familiar, se intenta fortalecer la expectativa a través de fomentar el optimismo y la auto-eficacia en los clientes, especialmente en las llamadas terapias basadas

⁹² D. Sprenkle, A. Blow, M. Dickey, "Common factors and other nontechnique variables in marriage and family therapy", en M. Hubble, L. Duncan, S. Miller, *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington DC., American Psychological Association, 2003.

⁹³ J. Alexander *et al.*, *op. cit.*

en competencias como la terapia narrativa, la terapia centrada en soluciones y el enfoque colaborativo.

Usualmente cuando los clientes acuden a la terapia, mantienen expectativas respecto a lo siguiente: lo que esperan del tratamiento, si la terapia es capaz de ayudarlos, lo que esperan que el terapeuta haga y si tienen la capacidad de cambiar.

d) Técnicas: algunos estudios meta-analíticos han mostrado que existen modestas diferencias entre las orientaciones teóricas, que pueden deberse a la influencia de otras variables como las características del cliente, la falta de uniformidad en las medidas de resultado en los distintos estudios y la reactividad de las medidas de resultado.

A estos factores se agregan los factores comunes que son exclusivos de la terapia familiar:

e) Conceptualización relacional: este factor existe únicamente en la terapia familiar y se refiere a la conceptualización del problema del cliente en términos relacionales. El terapeuta considera el problema del cliente en el contexto de su red social y la queja es vista como una compleja trama de influencias recíprocas.

f) Sistema de tratamiento directo expandido: como se mencionó con anterioridad, en la terapia familiar se distingue entre el sistema directo del cliente (personas físicamente presentes en el tratamiento) y el sistema indirecto del cliente (personas que no se encuentran físicamente, pero que afectan significativamente la terapia). Pocos estudios se han efectuado para comparar los resultados de tratamientos individuales y conjuntos en la intervención familiar. Sin embargo, la superioridad del tratamiento conjunto en la terapia de pareja está bien establecido.

g) Factores comunes afectivos y cognitivos: los factores comunes pueden ser clasificados en tres grupos: 1) regulación cognitiva, que ocurre cuando el terapeuta facilita el cambio de los patrones interaccionales del cliente, como son los cambios en los límites, las modificaciones de la estructura familiar, el aprendizaje de nuevas habilidades para relacionarse unos con otros y el desarrollo de agencia en la familia; 2) cambios cognitivos, que se producen cuando el terapeuta facilita el desarrollo de nuevos significados a través de procesos interaccionales y 3) experienciación de emociones, que tienen lugar cuando el terapeuta facilita la conexión emocional del cliente consigo mismo y con los miembros de la familia.

h) privilegiar la experiencia del cliente: este factor se ha enfatizado en los modelos socioconstruccionistas, representa un intento de honrar e incluir la experiencia de los clientes en el proceso, involucrar sus ideas respecto al cambio y las “teorías” de los clientes respecto a sus problemas, lo cual es una tendencia creciente en el campo.

Estudios sobre la eficacia y la efectividad de la psicoterapia

Existe un número creciente de estudios que distinguen entre la eficacia y la efectividad de la psicoterapia. La eficacia se refiere a los efectos de la psicoterapia en ensayos clínicos controlados bajo condiciones específicas: como una universidad, un laboratorio en un hospital o cualquier otro escenario clínico controlado, mientras que el término efectividad se aplica a los efectos de la terapia clínica, conducida en escenarios naturales, en las circunstancias que se desarrollan la mayoría de las terapias. La controversia entre la eficacia y la efectividad se reforzó con la publicación de los tratamientos empíricamente validados y la encuesta de *Consumer Reports* acerca de la efectividad de la psicoterapia.

La eficacia denota el grado en que el diagnóstico y los procedimientos terapéuticos están apoyados en la evidencia científica para su utilización en escenarios óptimos, por este motivo a los estudios realizados sobre la eficacia también se les ha llamado “terapia de investigación”. La eficacia en el tratamiento también se concibe como los efectos de una intervención dada cuando se le compara con una intervención alternativa o sin un tratamiento en contextos clínicos altamente controlados. Este constructo contiene criterios para dirigir la relación entre el diseño experimental y la confianza de los resultados del estudio. Entre estos criterios se incluyen: la selección de los participantes, la definición y los tipos de problemas, las metas del tratamiento, la calidad de vida y el nivel de funcionamiento del cliente, las consecuencias a largo plazo del tratamiento, la satisfacción del cliente y los efectos negativos o iatrogénicos de la intervención terapéutica.

Durante los últimos 50 años una gran cantidad de investigación revela que la terapia es moderadamente (o más) efectiva para la mayoría de los clientes, aunque no todos los clientes mejoran de la misma manera, algunos no mejoran del todo y se estima que el 5 al 10% de los clientes se deterioran a causa de la terapia.

En tanto que los estudios sobre la efectividad de la psicoterapia, se relacionan con la dimensión de la utilidad clínica en escenarios naturales y se enfoca en las habilidades que usan los terapeutas, la decisión de los clientes de aceptar el tratamiento, la evaluación sobre la posible generalización de la intervención, las características de los clientes y del escenario clínico.

En resumen, las revisiones meta-analíticas ofrecen el argumento inequívoco de la efectividad de la psicoterapia. A pesar de que los estudios meta-analíticos han sido muy cuestionados, en particular el criterio utilizado por los investigadores para la selección de los estudios que van a ser analizados. Recientemente-

te, los estudios sobre la efectividad se están enfocando en el entendimiento de cómo se produce el cambio en psicoterapia.⁹⁴

Estudios sobre la eficacia y la efectividad en la terapia familiar

De acuerdo a los estudios de meta-análisis resulta claro que la terapia familiar funciona, la literatura que apoya esta conclusión es tan fuerte como en otras formas de psicoterapia.⁹⁵ La evidencia existente proveniente de estudios controlados y sugiere que las terapias familiares no conductuales son a menudo efectivas o más efectivas que otros tratamientos cuando el problema involucra un conflicto familiar. Existen estudios bien documentados que demuestran la efectividad de la terapia familiar con virtualmente todo tipo de problemas relacionales en niños, adolescentes o adultos.

Los tratamientos que se dirigen a unos miembros de la familia o la familia como un sistema completo, no solamente reducen o eliminan los síntomas del paciente identificado, sino que fortalecen el involucramiento y la retención de los clientes durante el tratamiento, produciendo un decremento en los problemas relacionados y tienen un efecto positivo en el funcionamiento de otros miembros de la familia. Las principales variables sobre la efectividad que se han estudiado se muestran en la tabla 5.

Por otro lado, lo mínimo que se espera de un tratamiento es que los clientes quienes lo reciben, mejoren más que los clientes del grupo control. En 71 estudios que realizaron una comparación entre el grupo experimental y el de control,⁹⁶ se encontró que los clientes de la terapia familiar mejoran significativamente.

⁹⁴ A. Joyce *et al.*, "Psychotherapy research at the start of the 21st Century: the persistence of the Art versus Science controversy", en *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, núm. 13, 2006, pp. 797-809.

⁹⁵ W. Shadish, *et al.*, "The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: a perspective from meta-analysis", en *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 21, núm. 4, 1995, pp. 345-360.

⁹⁶ No obstante, la investigación con grupo control resulta problemática por tres razones a) no existe un verdadero grupo control, ya que no se puede asegurar que los clientes asignados a tales grupos, permanezcan sin tratamiento o sin cambios, b) las familias que están en tratamiento no representan los mismos fenómenos clínicos que las familias sin tratamiento y c) por razones éticas es desaconsejable que las familias permanezcan sin tratamiento o en listas de espera.

Tabla 5. Variables de efectividad
de la terapia familiar

Factores del tratamiento La duración de la terapia La presencia de miembros de la familia, como el padre
Factores paciente-familia Categorías diagnósticas específicas (problemas psicosomáticos en adolescentes, problemas conductuales infantiles, abuso de alcohol o drogas) Estilos de interacción familiar Características demográficas de la familia
Factores del terapeuta Nivel de experiencia del terapeuta Habilidades relacionales del terapeuta

Nota. Se presentan algunas variables que contribuyen a la efectividad de la Terapia familiar.

Una tendencia en la investigación sobre la eficacia en la terapia familiar es acerca de los efectos de los distintos modelos terapéuticos. Se estima que de 15 modelos de terapia familiar estudiados, seis han demostrado al menos una evidencia positiva moderada de eficacia en por lo menos un desorden clínico o problema, también se ha observado evidencia positiva moderada de eficacia del tratamiento familiar en casos de esquizofrenia, abuso de sustancias, delincuencia juvenil y problemas maritales.⁹⁷ Diversos meta-análisis sugieren que los clientes de terapia familiar mejoran significativamente en comparación con los clientes del grupo control en desórdenes generales de conducta infantil, agresión infantil, problemas globales en la familia, problemas de comunicación y síntomas psiquiátricos globales.⁹⁸

Sin embargo, acerca de la eficacia de la terapia familiar es preciso tener presentes las siguientes consideraciones:

- a) En general, es imposible distinguir los efectos del tratamiento de los efectos del terapeuta.
- b) Los tratamientos que han sido estudiados, no siguen las aplicaciones de un modelo “puro” o de un modelo de tratamiento dado.

⁹⁷ W. Pinsof, L. Wynne, “The efficacy of marital and family therapy: an empirical overview, conclusions and recommendations”, en *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 21, núm. 4, 1995, pp. 585-613.

⁹⁸ W. Shadish, *et al.*, “The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: a perspective from meta-analysis”, en *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 21, núm. 4, 1995, p. 347.

c) Con escasas excepciones, es imposible que solo ciertas intervenciones específicas sean utilizadas en la terapia, en tanto que las operaciones o los procedimientos técnicos no se describen en detalle.

De manera similar a la eficacia, la efectividad después de décadas de investigación comparativa han revelado dos hallazgos consistentes:⁹⁹ en primer lugar la terapia familiar funciona, el 65% de los clientes de terapia familiar mejora sustancialmente durante un período largo de tiempo y en segundo lugar, estos resultados no tienen en cuenta el modelo terapéutico empleado o con pocas excepciones el problema que está siendo tratado. Otro estudio de meta-análisis que reseña investigación de la década de los setentas¹⁰⁰ muestra que dos tercios de los clientes mejoran, el 73% de los casos familiares reporta una mejoría significativa, de ellos: el 71% cuando el paciente identificado es un niño o adolescente y el 65% cuando el paciente es un adulto.

Las diferencias en la efectividad entre los modelos han sido explicadas a través de sutiles distinciones entre las aproximaciones terapéuticas, no obstante que se ha señalado que las metodologías de investigación no son lo bastante sofisticadas para detectarlas, aunque se admite que cierto tipo de terapia funciona mejor para ciertos clientes, tal como sucede en la terapia individual. Otra explicación plausible es que los modelos producen efectos similares, pero con mecanismos diferentes de cambio, aunque muchos investigadores del campo consideran que los modelos comparten mecanismos clave del cambio.

En conclusión, los investigadores han producido una enorme cantidad de evidencia a favor de la eficacia de la terapia familiar, pero no suficiente en efectividad. Esto se debe a que existen numerosos estudios sobre la terapia de investigación, mientras que solamente se han realizado una pequeña fracción de investigaciones sobre terapia clínica. Entre los problemas metodológicos para realizar estudios con la terapia clínica se encuentran obstáculos técnicos como: hallar clientes reales que acepten la condición de lista de espera asignada al azar, la necesidad de remitir inmediatamente a terapia en casos de emergencia (por ej. tentativa de suicidio). No obstante, sería erróneo negar la efectividad de la terapia familiar en escenarios clínicos naturales, más bien se necesita reenfocar el interés y los esfuerzos de los investigadores para comprender mejor la efectividad de la terapia clínica.

⁹⁹ S. Davis, "Common and model-specific factors: what marital therapy model developers, their former students, and their clients say about change", en *Disertación doctoral no publicada*. Virginia, Virginia Polytechnic Institute and State University, 2005.

¹⁰⁰ A. Gurman, D. Kniskern, *op. cit.*

Existe un convincente cuerpo de evidencia científica que apoya la eficacia y la efectividad de la terapia familiar especialmente cuando el problema involucra variables relacionales. Pero el cuerpo de investigación científica sobre los resultados, el proceso y el progreso, acerca de los factores comunes y específicos necesita seguir creciendo y mejorar metodológica y conceptualmente para responder la interrogante de cómo funciona la terapia familiar.

Estudios sobre los tratamientos empíricamente validados

A mediados de los noventa varios grupo, entre ellos la división 12 de la Asociación Americana de Psicología identificó 18 tipos de psicoterapia cuya eficacia estaba plenamente establecida en estudios de meta-análisis.¹⁰¹ Se han utilizado diversos términos para referirse a estos modelos: tratamientos empíricamente validados, terapias basadas en la evidencia, terapias validadas o con apoyo empírico.¹⁰² En términos generales, los modelos terapéuticos empíricamente validados han sido estudiados en ensayos clínicos bien controlados, con asignación aleatoria de los participantes y poblaciones específicas.¹⁰³

Algunas de las características de estos tratamientos empíricamente validados son: involucran la generación de habilidades, se enfocan en un problema específico, incorporan una evaluación continua del progreso del cliente y comprenden un contacto breve de 20 sesiones o menos.¹⁰⁴

Se eligieron estos tratamientos basándose en revisiones sistemáticas de meta-análisis, ensayos aleatoriamente controlados con resultados definitivos, estudios de cohortes, investigaciones transversales con grupo de control y reportes de caso.¹⁰⁵ Esto generó una lista de tratamientos que ha sido sumamente cuestionada. Entre las críticas se encuentran que estas terapias se han estudiado en escenarios clínicos controlados (investigación clínica) y su aplicación en escenarios naturales (servicio clínico) representa un tema separado e im-

¹⁰¹ C. Sales, *op. cit.*, p. 97.

¹⁰² C. Patrick, K. Olson, "Empirically supported therapies", en *Journal of Psychological Practice*, núm. 6, p. 19.

¹⁰³ W. O' Donohue, J. Buchanan, J. Fisher, "Characteristics of empirically supported treatments", en *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, núm. 9, 2000, p. 69.

¹⁰⁴ *Idem*.

¹⁰⁵ S. Reynolds, "Evidence based practice and psychotherapy research", en *Journal of Mental Health*, vol. 9, núm. 3, 2004, p. 260.

portante para ser considerado.¹⁰⁶ Otras críticas señalan que un listado de tratamientos es demasiado estática y no da cuenta del constante desarrollo de tratamientos y estrategias de intervención, ofrece una falsa garantía de efectividad a terapeutas, clientes y proveedores de cuidados en salud mental, así como su escasa aplicabilidad en contextos clínicos debido a que pocos terapeutas tienen el entrenamiento necesario en los tratamientos o no les agradan las técnicas tan estructuradas.¹⁰⁷

Se pretendía que los tratamientos empíricamente validados contribuyeran a disminuir la distancia entre la investigación y la intervención terapéutica, pero se ha tenido el efecto opuesto, debido a que se han presentado problemas para su disseminación entre terapeutas y supervisores.¹⁰⁸

Estudios sobre los tratamientos empíricamente validados en la terapia familiar

En un estudio meta-analítico se encontraron pocas diferencias en intervenciones familiares y resultados clínicamente significativos en el 40 a 50% de los casos en los 20 estudios que se examinaron.¹⁰⁹ En otro meta-análisis se encontró que la terapia sistémica es igual o más eficaz que otras intervenciones basadas en evidencia, pero en casos severos la terapia sistémica funciona mejor en combinación con otras intervenciones terapéuticas o farmacológicas.¹¹⁰ Existe suficiente evidencia que la terapia sistémica es efectiva sola o en combinación con programas multimodales para diversos problemas como violencia, ansiedad, esquizofrenia y ajuste a una enfermedad crónica.¹¹¹

¹⁰⁶ P. Kendall, G. Holmbeck, T. Verduin, "Methodology, design, evaluation in psychotherapy research", en M. Lambert, *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*, Nueva York, Wiley, 2004, p. 17.

¹⁰⁷ C. Sales, *op. cit.*, p. 100.

¹⁰⁸ M. Lambert, *op. cit.* p. 102.

¹⁰⁹ W. Shadish, S. Baldwin, "Meta-analysis of MFT interventions", en *Journal of Marital and Family Therapy*, núm. 29, 2003, p. 559.

¹¹⁰ P. Kirsten von Sydow, S. Beher, J. Schweitzer, R. Retzlaff, "The efficacy of systemic therapy with adult patients: a meta-content analysis of 38 randomized controlled trials", *Family Process*, vol. 49, núm. 4, 2010, p. 477.

¹¹¹ A. Carr, "The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems", *Journal of Family Therapy*, vol. 31, núm. 1, 2009, p. 46.

Un estudio sobre terapia familiar multidimensional indica que los adolescentes con abuso severo de drogas y co morbilidad psiquiátrica, tuvieron resultados superiores con este tratamiento.¹¹²

No obstante, existen múltiples barreras para la utilización de los tratamientos empíricamente validados. Algunas razones son más filosóficas, como el debate entre los partidarios de los factores comunes y los que apoyan los factores específicos; mientras que existen razones más pragmáticas como la escasa disseminación de programas de entrenamiento, sus elevados costos y la actitud de los terapeutas hacia los tratamientos manualizados.¹¹³

En conclusión, el campo de la investigación en terapia familiar se ocupó de demostrar la efectividad del tratamiento, los mecanismos mediante los cuales se produce el cambio y actualmente se está moviendo hacia métodos basados en resultados y en la evaluación de éxito terapéutico.¹¹⁴

Fecha de recepción: 4/05/2010

Fecha de aceptación: 18/09/2011

¹¹² C. Henderson, G. Dakof, P. Greenbaum, H. Liddle, "Effectiveness of Multidimensional Family Therapy with higher severity substance-abusing adolescents: Report from two randomized controlled trials, en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 78, núm. 6, 2010, p. 885.

¹¹³ W. Northey, J. Hodgson, "Keys to implementing empirically supported therapies", en *Journal of Family Psychotherapy*, vol. 18, num. 1, 2008, pp. 53-55.

¹¹⁴ W. Northey, J. Hodgson, *op. cit.*, p. 81.