



Vol. XXIV. 2006 N° 2

# REVISTA DE PSICOLOGÍA

Ana Sofía Aparicio  
Alicia Barreiro  
Jorge Luis Bazán  
Sheyla Blumen  
Alejandro Castro  
Marcela Cornejo  
María Laura Lupano  
Carla Mantilla  
Martín Nader  
Ximena Sologuren  
Elena Zubieta

DEPARTAMENTO  
DE PSICOLOGÍA



FONDO  
EDITORIAL

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ. 90 AÑOS

**REVISTA DE PSICOLOGÍA**  
Vol. XXIV. Segundo semestre 2006 N° 2

**CONTENIDO**

ARTÍCULOS

- Martín Nader, María Laura Lupano Perugini y Alejandro Castro Solano.* Adaptación y validación del *Organizational Description Questionnaire*. Un estudio con población civil y militar 151
- Elena Zubieta y Alicia Barreiro.* Percepción social y creencia en el mundo justo. Un estudio con estudiantes argentinos 175
- Jorge Luis Bazán Guzmán y Ana Sofía Aparicio Pereda.* Cuantificadores como evidencia del lenguaje de la incertidumbre: un abordaje psicolingüístico 197
- Carla Mantilla Lagos y Ximena Sologuren de la Fuente.* Criterios para evaluar la eficiencia: hablan psicoterapeutas psicoanalíticos, conductuales cognitivos, racionales emotivos y psicoanalistas 223
- Sheyla Blumen Cohen de Pardo y Marcela Cornejo Lanao.* Una mirada desde el Rorschach hacia la niñez con talento intelectual en riesgo 267
- RESEÑAS 301

## **Criterios para evaluar la eficiencia: hablan psicoterapeutas psicoanalíticos, conductuales cognitivos, racionales emotivos y psicoanalistas**

Carla Mantilla Lagos<sup>1</sup> y Ximena Sologuren de la Fuente<sup>2</sup>  
*Pontificia Universidad Católica del Perú*

---

El artículo explora los criterios para evaluar la eficiencia de los tratamientos psicoterapéuticos individuales con adultos desde la perspectiva de cuarenta profesionales representativos de cuatro tipos de intervención clínica: psicoterapias conductual-cognitiva, psicoanalítica y racional-emotiva, y psicoanálisis. Asimismo, busca conocer las similitudes y diferencias entre estos tipos de intervención con respecto a dichos criterios. Para ello, se construyó y aplicó una entrevista semi-estructurada que explora las consideraciones acerca de la eficiencia del tratamiento. Del análisis cualitativo de datos, se obtuvieron doce temas de análisis con sus correspondientes categorías de respuesta, los cuales fueron sometidos a un análisis estadístico descriptivo y de correspondencia. Los criterios encontrados son numerosos y variados. Las diferencias halladas entre los cuatro grupos se relacionan con la naturaleza del trabajo terapéutico de cada uno y con el paradigma teórico que los define. Los psicoanalistas y los psicoterapeutas conductuales cognitivos constituyen los grupos que más se diferencian entre sí.

Palabras clave: psicoterapia, eficiencia, tipo de intervención.

### **Criteria to assess efficiency: Psychoanalysts, cognitive behavioral, rational emotive behavior, and psychoanalytical therapists speak up**

The article explores the criteria used to assess the efficiency of individual psychotherapeutic treatments with adults. In doing so it used the perspective of 40 professionals that represent 4 types of clinical interventions: cognitive behavioral, psychoanalytic, rational emotive psychotherapies, and psychoanalysis. In addition, it seeks to identify the similarities and differences among these with regards to above-mentioned criteria. A semi-structured interview was built and applied, exploring considerations on the efficiency of the treatments. The qualitative analysis resulted in twelve analysis topics and its corresponding answer categories. These were analyzed through descriptive and correspondence statistics. These criteria are numerous and highly variegated. Differences among the 4 groups are related to the nature of each therapeutic focus and its underlying theoretical paradigm. Psychoanalysts and cognitive behavioral therapists are the groups that are most differentiated between each other.

Keywords: psychotherapy, efficiency, type of intervention.

---

<sup>1</sup> Magister en estudios psicoanalíticos teóricos, University College London. Licenciada en Psicología PUCP. Docente del Departamento de Psicología. Correo electrónico: cmanil@puce.edu.pe

<sup>2</sup> Bachiller en Letras y Ciencias Humanas con mención en Psicología PUCP. Estudios en lingüística PUCP. Correo electrónico: ximenasf@hotmail.com



La preocupación por la efectividad y la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos tiene sus orígenes en los cuestionamientos de Eysenck en la década de los años cincuenta en torno a la capacidad de las intervenciones psicoterapéuticas para producir cambios positivos en sus usuarios (Drisko, 2004). A partir de entonces, han pasado casi sesenta años durante los que la investigación en psicoterapia ha arrojado importantes resultados acerca de los factores comunes a todas las orientaciones que propician el cambio positivo en los pacientes. Entre los principales hallazgos, se han identificado ciertas variables que parecen determinantes en la predicción de éxito terapéutico; algunas de ellas son la relación entre el paciente y el terapeuta (Beutler & Harwood, 2002; Drisko, 2004; Fonagy, Kachele, Krause, Jones & Perron, 2001), el contexto de vida del paciente y sus expectativas (Drisko, 2004), el uso de servicios de apoyo en casos de desórdenes severos (Fonagy, Kachele, Krause, Jones & Perron, 2001) y el entrenamiento del terapeuta (Elkin, 1999), entre otras. La necesidad de investigar acerca del proceso y los resultados terapéuticos se ha convertido en una tema central, dadas las implicancias éticas que supone y las repercusiones que genera en los sistemas políticos relacionados con el campo de la salud mental (Guthrie, 2000).

La línea de investigación dedicada a describir y medir la calidad de los cambios positivos que son producto del proceso terapéutico recibe el nombre de «investigación en proceso y resultados terapéuticos». Los estudios más sofisticados en el interior de esta línea resuelven problemas asociados con la eficacia del tratamiento, es decir, con la medición de cambios observables en el paciente que se relacionan con diferentes variables como las características del proceso, las del paciente y las del terapeuta. Estos estudios suponen diseños de corte experimental o cuasi experimental, y contemplan, entre otros dispositivos, el uso de manualización (estandarización de procedimientos terapéuticos),

asignación randomizada de la muestra, uso de cuestionarios o pruebas psicológicas para medir el impacto del tratamiento, etcétera. Los estudios de eficacia utilizan el proceso terapéutico para fines de investigación y buscan fortalecer la validez externa de los hallazgos con diseños cada vez más rigurosos (Kopta, Lueger, Saunders & Howard, 1999). La eficacia del tratamiento debe distinguirse de la eficiencia de este en el sentido de que la primera se relaciona con resultados observables que son producto de un diseño de investigación, mientras que la segunda refiere al éxito de un proceso terapéutico en el contexto de la práctica clínica rutinaria de un profesional. De tal modo, la eficiencia del tratamiento remite al éxito particular de un proceso terapéutico en un contexto natural. Los reportes sobre eficiencia del proceso terapéutico no poseen una validez externa sino más bien interna y sus resultados no pueden generalizarse (Fonagy, Kachele, Krause, Jones & Perron, 2001; Guthrie, 2000). Se puede afirmar que los estudios de eficiencia suponen un primer paso para detectar las variables asociadas con el cambio positivo en el paciente y con el éxito del proceso terapéutico. El desarrollo de estudios de eficacia supone, más bien, un intento por llevar a niveles más generalizables y externamente válidos los hallazgos de los estudios de eficiencia.

En el ámbito internacional, el interés por la investigación de proceso y resultados en psicoterapia forma parte de la agenda de cuatro tipos de intervención clínica: la aproximación conductual cognitiva (Beal & Duckro, 1997), el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalíticamente orientada (Fonagy, Kachele, Krause, Jones & Perron, 2001) y la psicoterapia racional-emotiva (Beal & Duckro, 1997).

En el Perú no existe una línea de investigación relacionada con el proceso y los resultados terapéuticos. Prueba de ello es nuestra ausencia en la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia de Latinoamérica, organismo que forma parte de la *Society for Psychotherapy Research*, y que sí cuenta con la participación de países como Chile, Argentina y Brasil. La escasez de producción científica en torno al tema de investigación en

proceso y resultados terapéuticos en este país y la responsabilidad que el trabajo de intervención clínica en salud mental supone impulsan la indagación del tema que emprende esta investigación.

Se considera pertinente dar un primer paso y plantear, como objetivo general, explorar si los profesionales de cuatro orientaciones representativas del trabajo psicoterapéutico poseen, en sus propias prácticas, criterios para evaluar la eficiencia de los tratamientos que imparten. Asimismo, se busca conocer el modo en que dichos criterios se encuentran organizados. Los profesionales de los cuatro tipos de intervención incluidos en esta investigación son psicoanalistas, psicoterapeutas psicoanalíticamente orientados, psicoterapeutas conductuales cognitivos y psicoterapeutas racionales emotivos. Como objetivo específico, se explora la existencia de semejanzas y diferencias entre los cuatro tipos de intervención elegidos en torno a los criterios para evaluar la eficiencia. El afán de explorar, junto con la ausencia de referentes sobre el tema en el Perú, conduce a situar el interés en la información que los mismos profesionales pueden proporcionar sobre su labor clínica. Este primer paso puede significar, en este medio, un conocimiento valioso para el área de investigación en psicoterapia. A partir de él, se puede reflexionar y plantear la tarea conjunta de impulsar esta línea de investigación en el país.

## **Metodología**

### ***Tipo y diseño***

La presente investigación corresponde al tipo exploratorio, dado que el tema propuesto ha sido tangencialmente estudiado en el Perú. El diseño es no experimental, pues intenta recoger la información sin manipulación o control sobre las variables, y es transeccional, pues la recolección de datos se realizó en un único momento con cada participante (Hernández, Fernández & Baptista, 1998).

## ***Participantes***

Los participantes son cuarenta profesionales representativos de cuatro orientaciones clínicas del trabajo psicoterapéutico individual con adultos: psicoterapia conductual-cognitiva (CC), psicoterapia psicoanalíticamente orientada (PP), psicoterapia racional-emotiva (RE) y psicoanálisis (PA). Se seleccionaron 10 participantes por tipo de intervención a partir de un muestreo no probabilístico intencional (Hernández, Fernández & Baptista, 1998). Los datos de la muestra se observan en el Cuadro 1.

### **Cuadro 1**

*Promedios de edad, años de experiencia y distribución por sexo*

<i>Tipo de intervención</i>	<i>Edad promedio</i>	<i>Promedio de años de experiencia</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Psicoanálisis	55	15	5	5
Psicoterapia psicoanalítica	48	14	5	5
Psicoterapia conductual-cognitiva	37	9	1	9
Psicoterapia racional-emotiva	36	8	4	6
Total de la muestra	44	11	15	25

## ***Instrumento***

Se construyó una entrevista semi-estructurada dirigida a conocer los criterios utilizados para evaluar la eficiencia del proceso psicoterapéutico individual con adultos. Este tipo de entrevista facilita el acceso a información que difícilmente podría ser observada (Banister, 1994; Quinn, 1990). Asimismo, ofrece la ventaja de contar con una guía temática predeterminada que permite, al mismo tiempo, reorganizar el curso y contenido de la entrevista de acuerdo con el encuentro con cada entrevistado (Hernández, Fernández & Baptista, 1998).



La entrevista cuenta con las siguientes áreas: 1) Definiciones acerca de la eficacia del tratamiento, 2) Elementos relacionados con el funcionamiento psicológico del paciente, 3) Elementos relacionados con el terapeuta, 4) Elementos relacionados con el proceso y el vínculo terapéutico, 5) Elementos relacionados con el vínculo terapéutico, 6) Consideraciones acerca de la terminación, 7) Empleo de otros procedimientos y servicios de apoyo.

Luego de construido, el instrumento fue sometido a una prueba de validez de contenido (Hernández, Fernández & Baptista, 1998) a partir de la consulta a tres jueces expertos acerca de la capacidad del instrumento para responder a los objetivos planteados. Luego de recogidas las sugerencias de los jueces, se hicieron los reajustes pertinentes en el instrumento. De acuerdo con Quinn (1990), la validez y la confiabilidad de la entrevista dependen, en gran parte, de la habilidad, la sensibilidad y la formación del entrevistador. Por esta razón, las entrevistas fueron realizadas por la investigadora principal y por la asistente de investigación; ambas personas poseen experiencia en técnicas de entrevista, lo cual contribuye con la validez del instrumento.

### ***Procedimiento***

Luego de construir y validar el instrumento, se realizó el contacto con instituciones encargadas de impartir la formación terapéutica de cada uno de los tipos de intervención clínica elegidos y de afiliar a los egresados. Una vez obtenidas las listas de terapeutas a través de las instituciones, se pudo observar que tanto los profesionales con tipo de intervención conductual-cognitiva como racional-emotiva no cumplían, en su totalidad, con el criterio de un mínimo de diez años de experiencia planteado en el inicio del proyecto. Además, se observó que no había suficiente cantidad de profesionales para elegir igual número de hombres y mujeres. Por ello, no se podía realizar un sorteo simple para incluirlos en la muestra. Es por esta razón que se tuvo que elegir

intencionalmente a los participantes y que se debió eliminar dos de los objetivos específicos de la investigación: la comparación por sexo y la comparación por años de experiencia. A continuación, se contactó telefónicamente a cada profesional, se informó a cada uno sobre los objetivos de la investigación y se obtuvo su consentimiento para grabar las entrevistas. Finalmente, se acordaron la fecha, la hora y el lugar de la reunión. Luego, se realizó el desgrabado del material recolectado en las entrevistas y, más tarde, se procedió a llevar a cabo el análisis de datos.

### *Análisis de datos*

El análisis de la información recolectada corresponde a un intento de triangulación a partir de la convergencia entre aproximaciones cualitativas y cuantitativas. La secuencia de análisis siguió los siguientes pasos:

1. Cada una de las entrevistadoras, por separado, leyó la secuencia de dieciocho preguntas de cada entrevista y ubicó categorías tentativas de respuesta.
2. Las categorías tentativas ubicadas por ambas entrevistadoras fueron comparadas entre sí para identificar los acuerdos. Como producto de este consenso, las dieciocho preguntas originales de la entrevista se resumieron en doce temas de análisis con sus respectivas categorías (ver Anexo).
3. Dichas categorías de respuesta fueron trabajadas a partir de un análisis estadístico descriptivo. De esta manera, se obtuvieron los porcentajes de cada categoría de respuesta en el interior de cada tema de análisis, tanto para la totalidad de la muestra como de acuerdo con el tipo de intervención. Cabe destacar que las categorías de respuesta no son excluyentes entre sí, es decir, un mismo participante puede incluirse en más de una de ellas.
4. Con el fin de observar las asociaciones significativas entre las categorías de respuesta y la variable tipo de intervención clínica para cada tema, se sometió la data a un análisis de correspondencia que incluye, como medida de significación, el coeficiente Chi-cuadrado en valores menores o iguales a 0.05.

## Resultados

A partir del análisis cualitativo de datos, se construyeron los siguientes temas:

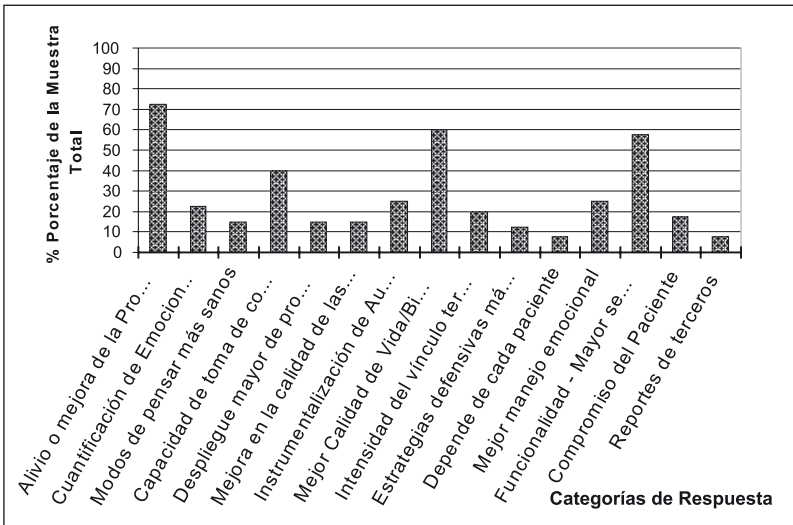
1. ¿Qué es la eficiencia del tratamiento?
2. Criterios para evaluar la eficiencia del tratamiento.
3. Aspectos de la primera entrevista tomados en cuenta para evaluar la eficiencia del tratamiento.
4. Aspectos del contrato terapéutico tomados en cuenta para apoyar la eficiencia del tratamiento.
5. Características del funcionamiento mental del paciente asociadas con la eficiencia del tratamiento.
6. Circunstancias de vida del paciente que apoyan la eficiencia del tratamiento.
7. Características del terapeuta asociadas con la eficiencia del tratamiento.
8. Rol de la relación terapéutica en la eficiencia del tratamiento.
9. Criterios para plantear la terminación del tratamiento.
10. Aspectos técnicos introducidos durante la fase de terminación.
11. Servicios de apoyo utilizados por el terapeuta que contribuyen con la eficiencia del trabajo terapéutico.
12. Implementación, y uso de dispositivos de comunicación electrónica entre terapeuta y paciente que apoyan la eficiencia del tratamiento.

En primer lugar, se realiza el análisis de los temas en los que se han encontrado diferencias significativas por categoría de respuesta según tipo de intervención (temas 2, 3, 5, 8 y 10). Posteriormente, se introduce el análisis descriptivo de los temas en los que no se han encontrado diferencias significativas por categoría de respuesta según tipo de intervención (temas 1, 4, 6, 7, 9, 11 y 12). En cada tema se presentan dos gráficos: el primero indica la distribución porcentual de cada categoría de respuesta en la totalidad de la muestra ( $N=40$ ) y el segundo, indica la distribución porcentual de cada categoría de respuesta por tipo de intervención ( $N=10$ ). Todos los resultados se obtuvieron con el estadístico  $\chi^2$ .

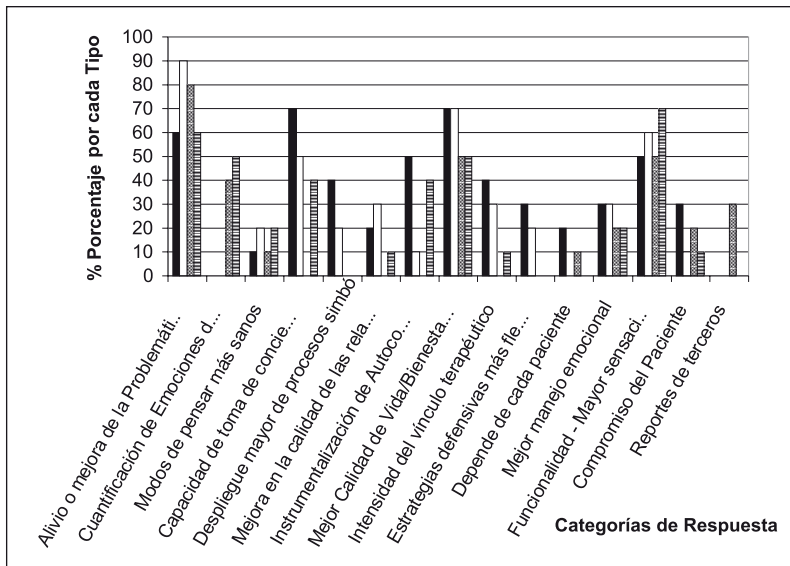
Para todas las figuras:



***Criterios para evaluar la eficiencia del tratamiento***



**Figura 1.** Distribución porcentual de los criterios para evaluar la eficiencia del tratamiento en la muestra total.



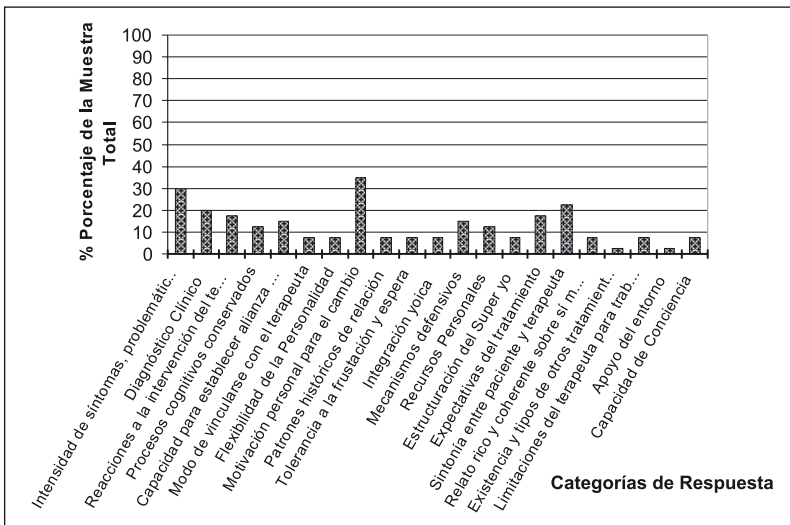
$$\chi^2 = (42, N = 40) = 58.206, p = .049$$

**Figura 2.** Análisis Chi-Cuadrado de los criterios para evaluar la eficiencia del tratamiento por tipo de intervención.

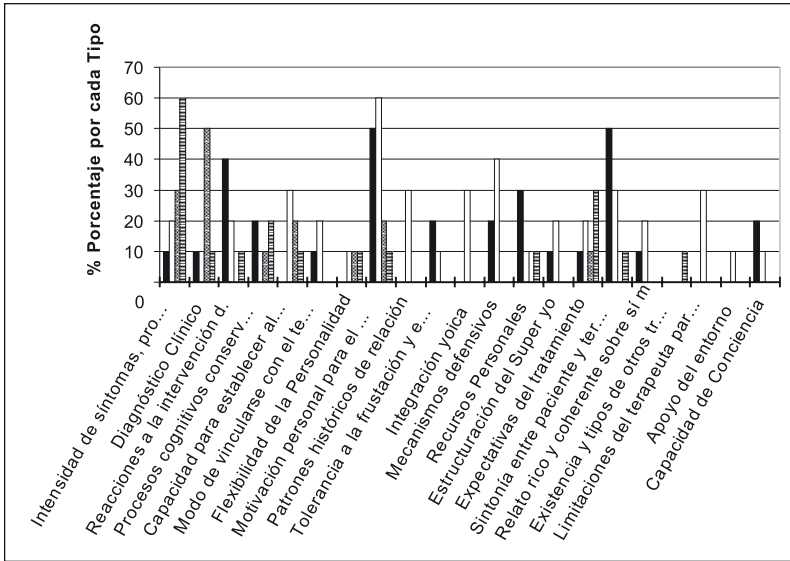
Los principales criterios para evaluar la eficiencia de los procesos que los terapeutas conducen son el alivio o mejora de la problemática que llevó al paciente a consulta (72.5%), la mejora en la calidad de vida y bienestar subjetivo de este (60%) y su adquisición de un mayor nivel de funcionalidad y sentido de agencia (57.5%). En cuanto al alivio o mejora de la problemática, son los PP (90%) y los CC (80%) quienes brindan una mayor importancia a este aspecto en comparación con los PA y los RE (60% cada uno). En cambio, en el caso de la mejora en la calidad de vida, los PP y los PA (70% cada uno) contemplan, con mayor frecuencia, este criterio en relación con los CC y los RE (50%). Por su parte, el criterio de funcionalidad aparece como el más importante para los RE (70%), seguidos por los PP (60%), los CC (50%) y los PA (50%).

El análisis de correspondencia ayuda a observar, además, que los PA, los PP y los RE se distinguen de los CC por considerar de gran importancia la capacidad de toma de conciencia del paciente (PA: 70%, PP: 50%, RE: 40%, CC: 0%), su instrumentalización del autoconocimiento y de la elaboración (PA: 50%, RE: 40%, PP: 10%, CC: 0%), la intensidad del vínculo terapéutico (PA: 40%, PP: 30%, RE: 10%, CC: 0%), y la mejora en la capacidad del paciente para establecer relaciones interpersonales (PP: 30%, PA: 20%, RE: 10%, CC: 0%). Por su parte, los PA y los PP coinciden en señalar, de modo exclusivo la importancia del mayor despliegue de procesos simbólicos (PA: 40%, PP: 20%), y el uso de estrategias defensivas más flexibles y sanas (PA: 30%, PP: 20%). Los CC (40%) y los RE (50%) se diferencian de ellos por apoyarse en la cuantificación de emociones disfuncionales a partir de escalas. Cabe resaltar, además, que los CC (30%) se distinguen de los otros tipos de orientaciones por nombrar el reporte de terceros en este tema. Finalmente, los PA (20%) y los CC (10%) concuerdan en considerar que los criterios para evaluar la eficiencia dependen de cada paciente.

### *Aspectos de la primera entrevista tomados en cuenta para evaluar la eficiencia del tratamiento*



**Figura 3.** Distribución porcentual del total de la muestra según los aspectos de la primera entrevista tomados en cuenta para evaluar la eficiencia del tratamiento.



$$\chi^2 (60, N=40) = 83.631, p = .024$$

**Figura 4.** Análisis Chi-cuadrado de los aspectos de la primera entrevista tomados en cuenta para evaluar la eficiencia del tratamiento por tipo de intervención.

Los profesionales, durante la primera entrevista, consideran como elementos importantes la motivación personal del paciente para el cambio (35%), la intensidad de sus síntomas, de su problemática y de sus conflictos (30%), y la sintonía que se produce entre el paciente y el terapeuta (22%) para evaluar la posible eficiencia del tratamiento que se va a iniciar. La motivación personal del paciente para el cambio es un aspecto al que otorgan considerable importancia, durante la primera entrevista, los PP (60%) y los PA (50%). Este elemento es menos mencionado por los CC (20%) y por los RE (10%). Asimismo, la intensidad de los síntomas, de la problemática y de los conflictos del paciente constituye un aspecto principalmente mencionado por los RE (60%); los CC (30%), los PP (20%) y, sobre todo, los PA (10%) reportan este elemento con menor frecuencia. Por su parte, la sintonía existente

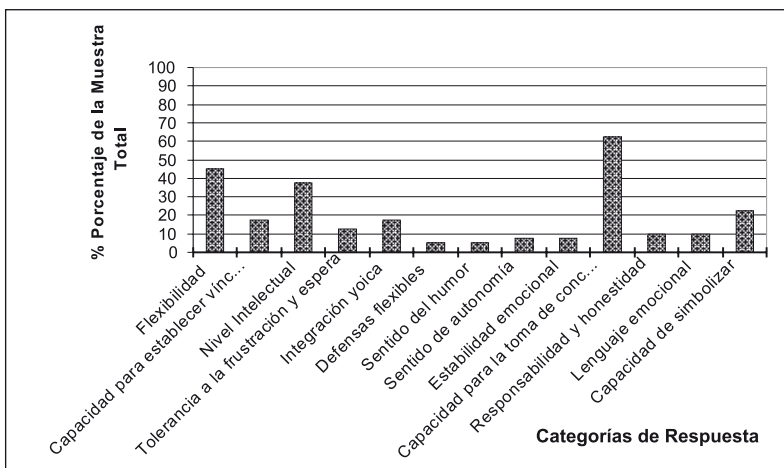
entre paciente y terapeuta es un aspecto de la primera entrevista que relacionan con la eficiencia del tratamiento, casi exclusivamente, los PA (50%) y los PP (30%), mientras que los RE lo mencionan en menor medida (10%) y los CC no lo mencionan.

El análisis de correspondencia de esta unidad temática arroja otros datos que merecen ser comentados. En primer lugar, cabe resaltar que el diagnóstico clínico del paciente es el aspecto de la primera entrevista que, principalmente, relacionan los CC (60%) con la eficiencia del tratamiento, mientras que los RE, los PP y los PA lo mencionan en una proporción bastante menor (10% cada uno). Por otro lado, los PP se distinguen de los demás tipos de intervención por su mención exclusiva de los siguientes aspectos en esta unidad: los patrones históricos de relación del paciente (30%), su integración yoica (30%), las limitaciones del terapeuta para trabajar con él (30%) y, en menor medida, el apoyo del entorno que posea el paciente (10%). Este grupo de terapeutas comparte con los PA la referencia a aspectos adicionales que no son mencionados por los CC ni por los RE: los mecanismos defensivos del paciente (PP: 40%, PA: 20%), su modo de vincularse con el terapeuta (PP: 20%, PA: 10%), su tolerancia a la frustración y la espera (PP: 10%, PA: 20%), su estructuración del superyó (PP: 20%, PA: 10%), su posesión de un relato rico y coherente sobre sí mismo (PP: 20%, PA: 10%), y su capacidad de conciencia o *insight* (PP: 10%, PA: 20%). Por su parte, los PA (40%) le otorgan un lugar importante a las reacciones que presenta el paciente ante las intervenciones del terapeuta; los PP (20%) y los RE (10%) lo hacen en menor medida, y los CC no las mencionan. Los RE se distinguen de los otros tipos de intervención por considerar también, durante la primera entrevista, la existencia de otros tipos de tratamientos en la vida del paciente, aunque lo menciona un bajo porcentaje de ellos (10%).

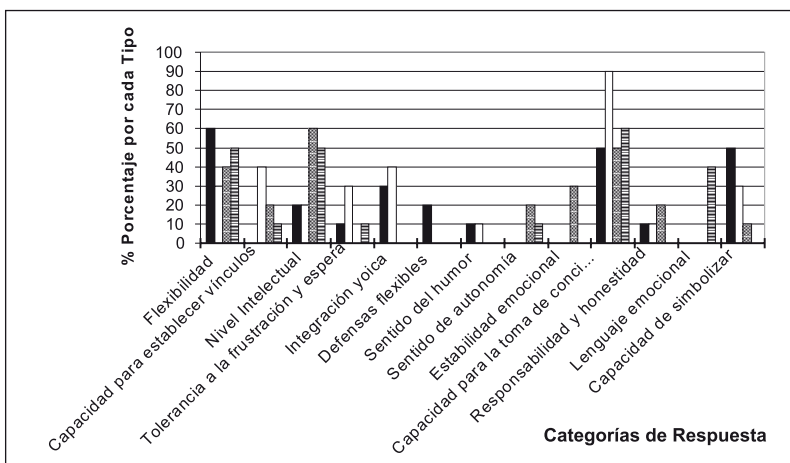
Llama la atención, en esta unidad, el contraste existente entre la cantidad de aspectos que concentra la atención de los CC (7) y la que presentan los otros tipos de intervenciones: RE (11), PA (14) y PP (19).



### *Características del funcionamiento mental del paciente asociadas a la eficiencia del tratamiento*



**Figura 5.** Distribución porcentual de las características del funcionamiento mental del paciente asociadas con la eficiencia del tratamiento según el total de la muestra.



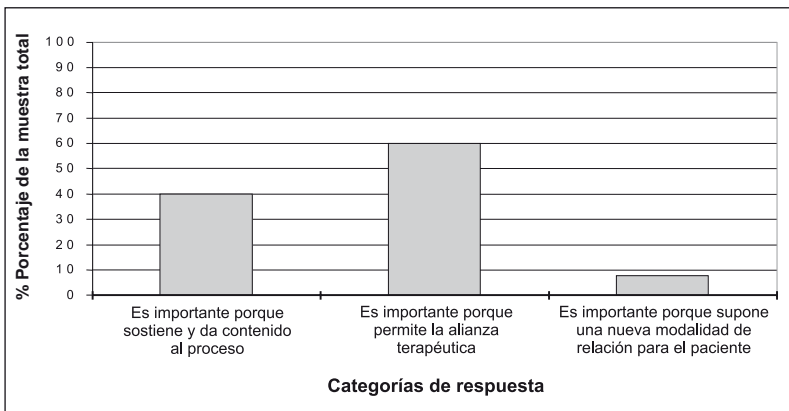
$\chi^2 (36, N = 40) = 63.505, p = .003$

**Figura 6.** Análisis Chi-cuadrado de las características del funcionamiento mental del paciente asociadas con la eficiencia del tratamiento por tipo de intervención.

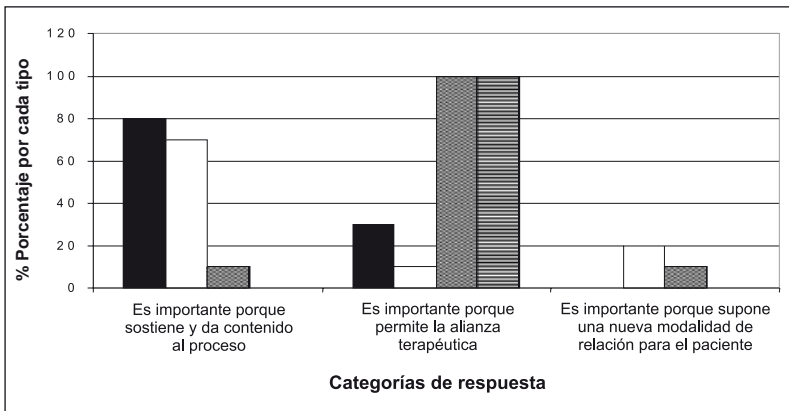
Los profesionales afirman que las características del funcionamiento mental del paciente que se asocian especialmente con la eficiencia del tratamiento son la capacidad del paciente para la toma de conciencia (62.5%), su flexibilidad (45%) y su nivel intelectual (37.5%). La capacidad del paciente para la toma de conciencia es principalmente referida por los PP (90%); aluden a ella, con menor frecuencia, los RE (60%), los CC (50%) y los PA (50%). Por otro lado, la flexibilidad del paciente es una característica que presenta una frecuencia similar entre los distintos tipos de intervención: quienes más la señalan son los PA (60%); estos son seguidos por los RE (50%), por los CC (40%) y, finalmente, por los PP (30%). En cuanto al nivel intelectual, este representa una preocupación que concierne, sobre todo, a los CC (60%) y a los RE (50%); los PP y los PA, en cambio, la mencionan con menor frecuencia (20% cada uno).

En el análisis de correspondencia, se puede observar que los RE se distinguen por considerar la existencia de un lenguaje emocional en el paciente como una característica de su funcionamiento mental relacionada con la eficiencia del tratamiento (40%), aspecto que no mencionan los profesionales de los demás tipos de intervención. Por su parte, los CC se diferencian de los otros grupos por hacer referencia a la estabilidad emocional del paciente (30%). En ambos tipos de intervención aparece además, aunque con poca frecuencia, la mención del sentido de autonomía del paciente (CC: 20%, RE: 10%). Por otra parte, la existencia de defensas flexibles es un elemento al que aluden, exclusivamente, los PA (20%). Tanto ellos como los PP mencionan otros elementos que los CC y los RE no mencionan, como la integración yoica del paciente (PA: 30%, PP: 40%) y su sentido del humor (PA: 10%, PP: 10%). La capacidad para simbolizar es una característica del paciente que toman en cuenta los PA (50%), los PP (30%) y los CC (10%); los RE no la reportan. Algo semejante ocurre con la tolerancia a la frustración y la espera, aunque en distintas proporciones: PP (30%), PA (10%), RE (10%). Finalmente, la capacidad del paciente para establecer vínculos es una característica que mencionan los PP (40%), los CC (20%) y los RE (10%), a diferencia de los PA, que no la mencionan.

### *Rol de la relación terapéutica en la eficiencia del tratamiento*



*Figura 7.* Distribución porcentual del rol de la relación terapéutica en la eficiencia del tratamiento según el total de la muestra.

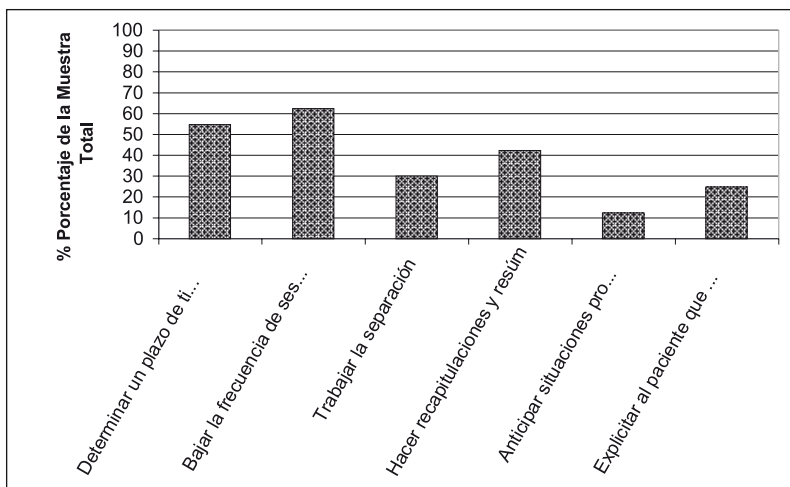


$$X^2 (6, N=40) = 27.449, p=.000$$

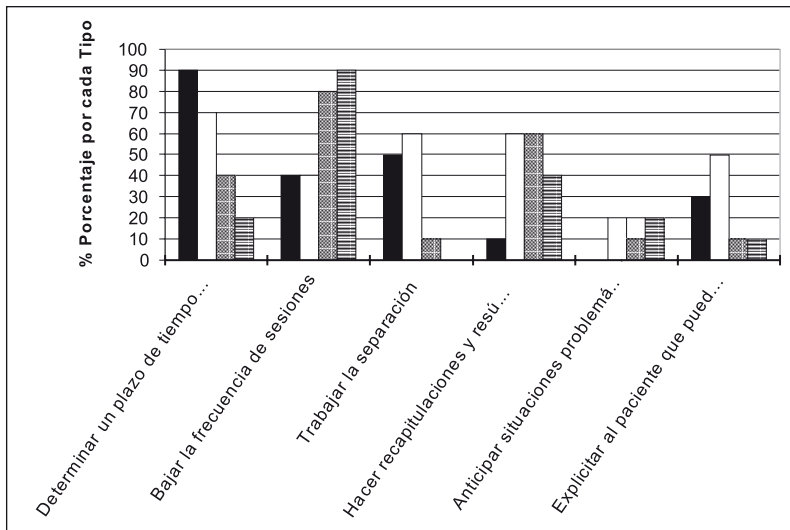
*Figura 8.* Análisis Chi-cuadrado del rol de la relación terapéutica en la eficiencia del tratamiento por tipo de intervención.

Los terapeutas coinciden en que el rol de la relación terapéutica es importante en tanto permite la alianza terapéutica (60%). El análisis de correspondencia permite afirmar que, aunque esta respuesta es compartida por los cuatro tipos de intervención, representa, principalmente, la opinión de los RE y de los CC; ambos grupos la mencionaron en un 100%, a diferencia de los PA y los PP que lo hicieron en un 30% y 10%, respectivamente. Por su parte, los PA (80%) y los PP (70%) se distinguen por considerar que el rol de la relación terapéutica reside en sostener y dar contenido al proceso terapéutico, cuestión que es tomada en cuenta únicamente por un 10% de los RE y que no es considerada por ningún CC. Por otro lado, un menor número de los PP (20%) y de los CC (10%) indica que la relación terapéutica importa pues supone, para el paciente, una nueva modalidad relacional.

### *Aspectos técnicos introducidos durante la fase de terminación*



**Figura 9.** Distribución porcentual de los aspectos técnicos introducidos durante la fase de terminación según el total de la muestra.



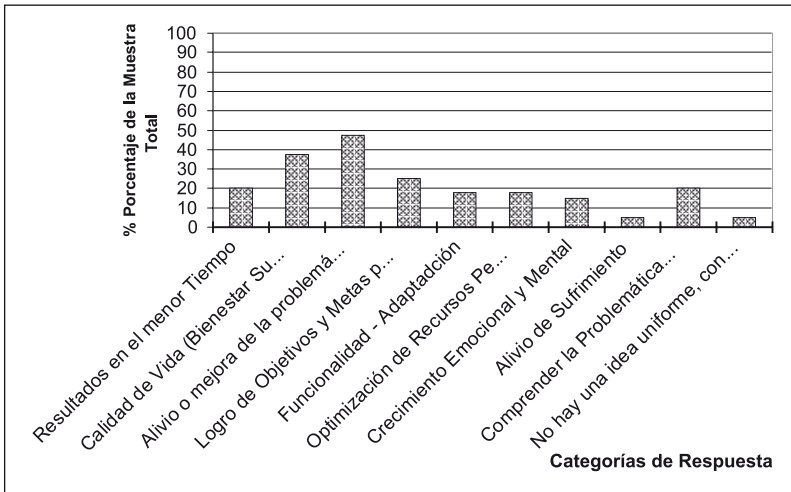
$$X^2 (15, N = 40) = 25.381, p=.045$$

**Figura 10.** Análisis Chi-cuadrado de los aspectos técnicos introducidos durante la fase de terminación por tipo de intervención.

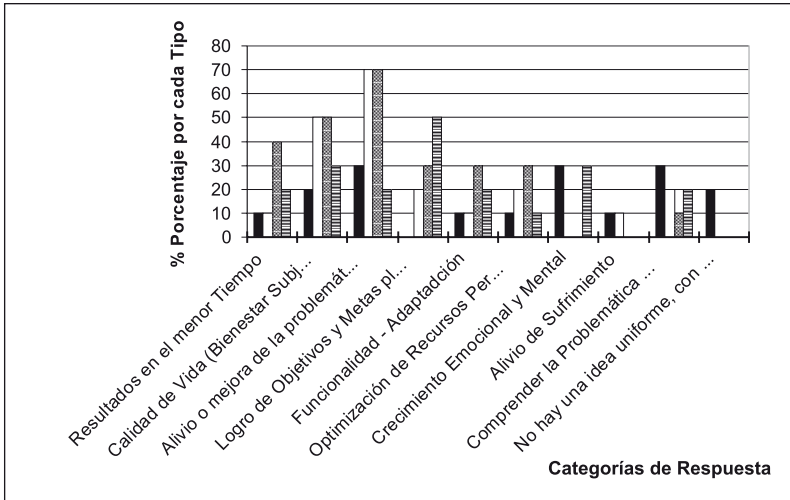
Los participantes introducen, principalmente, los siguientes aspectos técnicos durante la fase de terminación del tratamiento para apoyar la eficiencia del mismo: disminuir la frecuencia de las sesiones (62.5%), determinar un plazo para cerrar el proceso (55%), y hacer recapitulaciones y resúmenes sobre lo trabajado (42.5%). En cuanto a la disminución del número de sesiones, se observa que son los RE (90%) y los CC (80%) quienes la consideran especialmente, a diferencia de los PA y de los PP, quienes la mencionan en un 40% cada uno. Por otro lado, determinar un plazo para cerrar el proceso, distingue la opinión de los PA (90%) y de los PP (70%), en comparación con la de los CC (40%) y la de los RE (20%). Asimismo, hacer recapitulaciones y resúmenes sobre lo trabajado agrupa el interés de los PP (60%) y de los CC (60%), quienes coinciden con un 40% de los RE y se diferencian de los PA, que solamente la reportan en un 10%.

Sobre la base del análisis de correspondencia, se puede agregar que los PP y los PA se distinguen por la importancia que otorgan al trabajo de separación (PP: 60%, PA: 50%) y por hacer explícito al paciente que puede retomar el contacto cuando lo necesite (PP: 50%, PA: 30%). Por último, anticipar situaciones post terminación es, en menor medida, de interés para los PP (20%), para los RE (20%) y para los CC (10%); los PA no lo mencionan.

*¿Qué es la eficiencia del tratamiento?*



**Figura 11.** Distribución porcentual de la definición de eficiencia del tratamiento según el total de la muestra.



$\chi^2 (27, N = 40) = 32.152, p=.226$

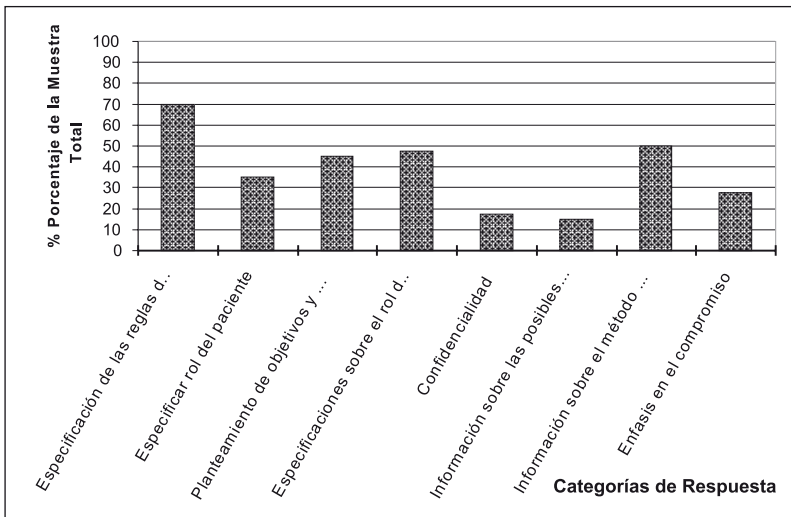
**Figura 12.** Análisis Chi-cuadrado de la definición de eficiencia del tratamiento por tipo de intervención.

Los terapeutas definen la eficiencia de los tratamientos que conducen, principalmente, sobre la base del alivio o la mejora de la problemática que llevó al paciente a consulta (47.5%), la mejora en la calidad de vida de este (37.5%) y el logro de las metas planteadas en el inicio del tratamiento (25%).

El análisis de frecuencia muestra que el alivio de la problemática es mencionado, con mayor frecuencia, por los PP y los CC (70% cada uno), en comparación con los PA (30%) y los RE (20%). Lo mismo ocurre con la mejora en la calidad de vida, que los PP y los CC mencionan en un 50%, mientras que los RE lo hacen en un 30% y los PA, en un 20%. Por otro lado, el logro de los objetivos planteados es nombrado, principalmente, por los RE (50%), seguidos por los CC (30%) y, en menor frecuencia, por los PP (20%); los PA no lo mencionan.

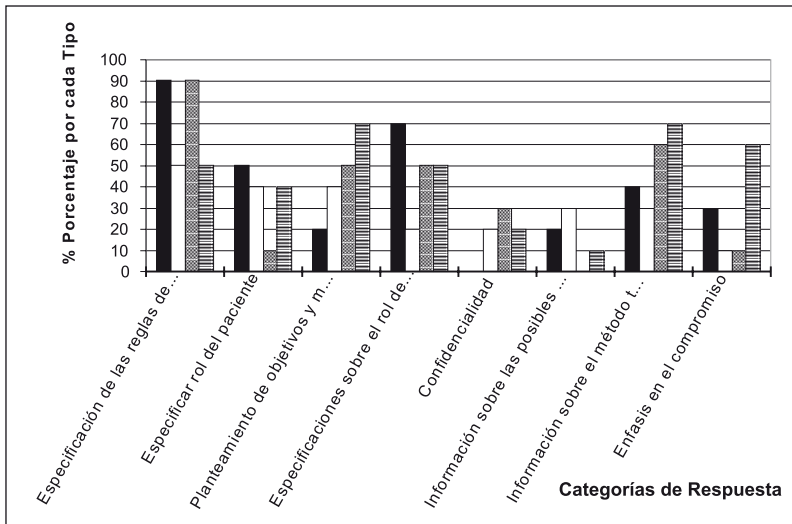
Asimismo, se puede notar que el logro de resultados en el menor tiempo posible constituye un criterio importante para los CC (40%); estos consideran además la optimización de recursos del paciente (30%) y su mayor funcionalidad (30%). De igual manera, el crecimiento emocional del paciente constituye un criterio compartido por PA y RE (30% cada uno). En menor medida, el alivio de sufrimiento aparece como preocupación particular de los PP y de los PA (10% cada uno).

***Aspectos del contrato terapéutico tomados en cuenta para apoyar la eficiencia del tratamiento***



**Figura 13.** Distribución porcentual de los aspectos del contrato terapéutico tomados en cuenta para apoyar la eficiencia del tratamiento según el total de la muestra.





$$\chi^2 (21, N = 40) = 21.924, p = .404$$

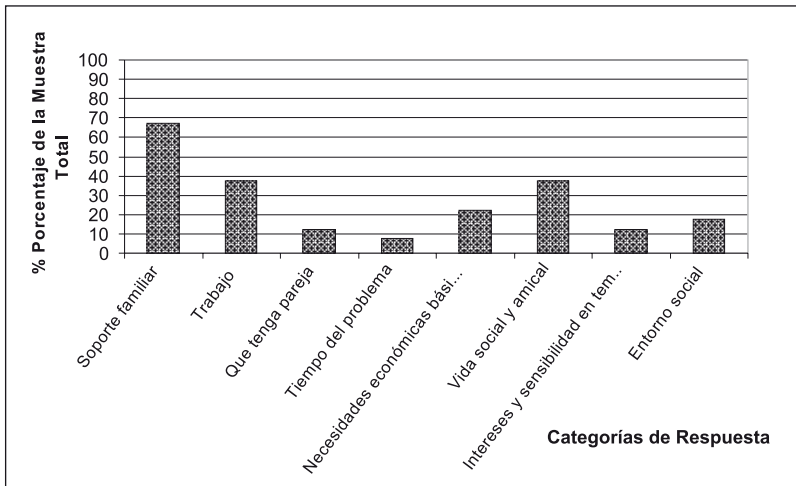
**Figura 14.** Análisis Chi-cuadrado de los aspectos del contrato terapéutico tomados en cuenta para apoyar la eficiencia del tratamiento por tipo de intervención.

Especificar las reglas del contrato (70%), proporcionar información sobre el método terapéutico (50%) y especificar el rol del terapeuta (47.5%) son los aspectos del contrato terapéutico que principalmente se consideran de apoyo para la eficiencia del tratamiento. Con respecto a las reglas del contrato, los PA (90%) y los CC (90%) las mencionan con mayor frecuencia que los PP (50%) y los RE (50%). En cuanto a la información sobre el método terapéutico, los RE (70%) y los CC (60%) la señalan en mayor medida que los PA (40%) y los PP (30%). Asimismo, especificar las particularidades del rol del terapeuta durante el establecimiento del contrato constituye un aspecto considerablemente más mencionado por los PA (70%) que por los PP (20%), mientras que los CC y los RE lo señalan en un 50%.

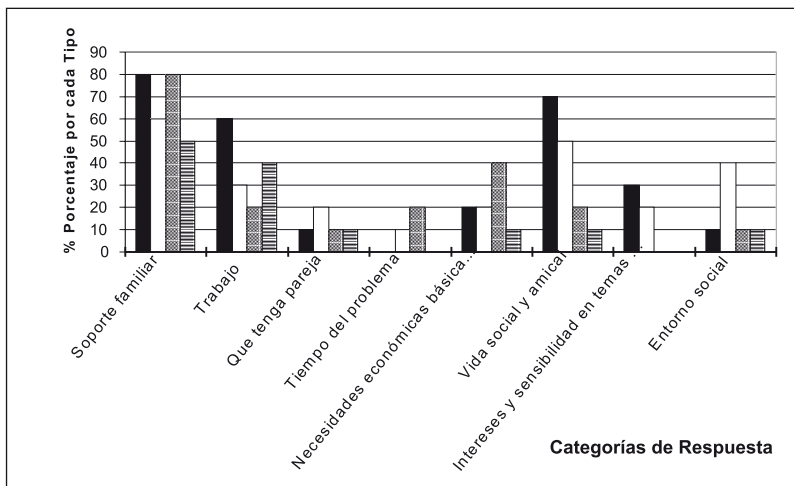
Por otro lado, los RE señalan, en un 60%, la importancia de enfatizar el compromiso que supone el proceso terapéutico. Además, aluden

al establecimiento de metas y objetivos en un 70%, mientras que los otros grupos consideran, con menor frecuencia, este aspecto (CC: 50%, PP: 40%, PA: 20%). Finalmente, especificar las particularidades del rol del paciente parece ser de interés para los PA (50%), los PP (40%) y los RE (40%); los CC lo contemplan en menor medida (10%).

### ***Circunstancias de vida del paciente que apoyan la eficiencia del tratamiento***



**Figura 15.** Distribución porcentual de las circunstancias de vida del paciente que apoyan la eficiencia del tratamiento según el total de la muestra.



$$\chi^2 (21, N = 40) = 19.022, p = .584$$

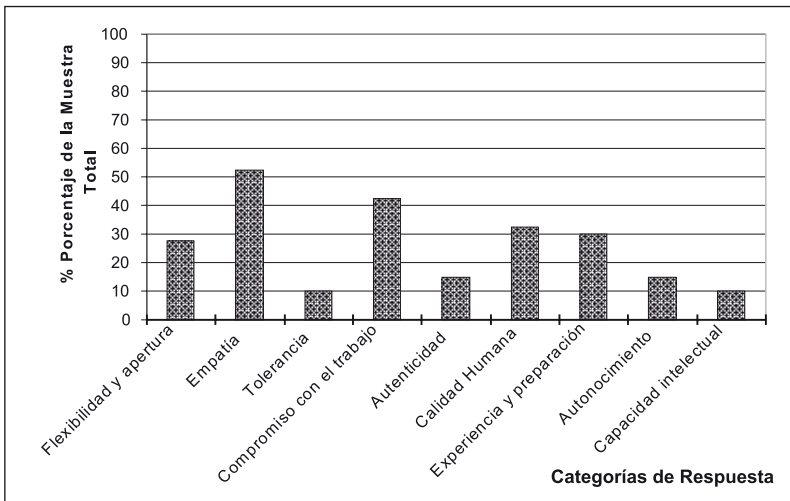
**Figura 16.** Análisis Chi-cuadrado de las circunstancias de vida del paciente que apoyan la eficiencia del tratamiento por tipo de intervención.

Las circunstancias de vida del paciente que principalmente apoyan la eficiencia del proceso terapéutico según los participantes son el hecho de contar con soporte familiar (67.5%), con trabajo (37.5%) y con una vida social (37.5%). En relación con el soporte familiar, son los PA (80%) y los CC (80%) quienes lo mencionan con mayor frecuencia, seguidos por los PP (60%) y por los RE (50%). El hecho de que el paciente cuente con un trabajo preocupa más a los PA (60%); se aproximan a ellos los RE (40%), seguidos por los PP (30%) y, en menor medida, por los CC (20%). En cuanto a la vida social y amical, esta es considerada como importante, principalmente, por los PA (70%) y por los PP (50%); es mencionada con mucha menor frecuencia por los CC (20%) y por los RE (10%).

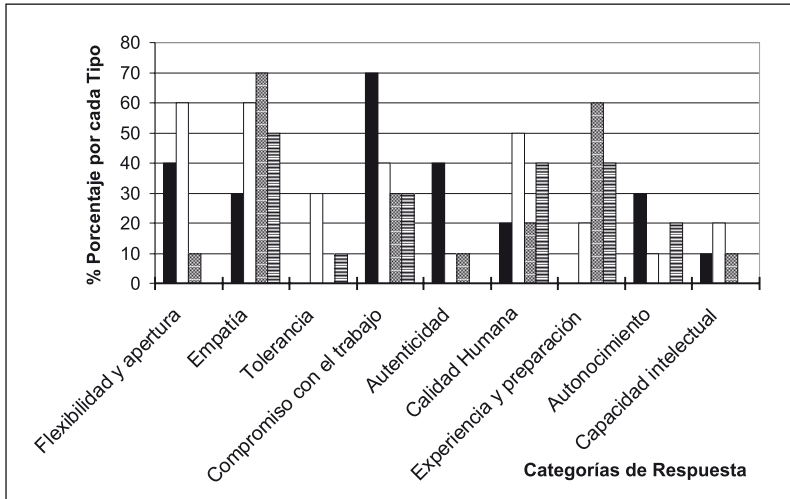
Resulta interesante observar que los CC (40%) señalan la importancia de que los pacientes tengan cubiertas las necesidades básicas,

incluso aunque no posean un trabajo, mientras que los otros tipos de intervención, sobre todo el de los PA (60%), encuentran un valor agregado en el hecho mismo de que el paciente trabaje. Por su parte, los PP (40%) enfatizan la importancia del entorno social. Adicionalmente, este grupo y el de los PA contemplan el hecho de que el paciente posea intereses y sensibilidad en torno a temas trascendentales (PP: 20%, PA: 30%). Por su lado, los RE (20%) y los CC (10%) consideran que el tiempo de duración del problema es un elemento importante de la vida del paciente que se relaciona con la eficiencia del proceso terapéutico.

### ***Características del terapeuta asociadas con la eficiencia del tratamiento***



**Figura 17.** Análisis porcentual de las características del terapeuta asociadas con la eficiencia del tratamiento según el total de la muestra.



$$X^2 (24, N = 40) = 35.663, p=.059$$

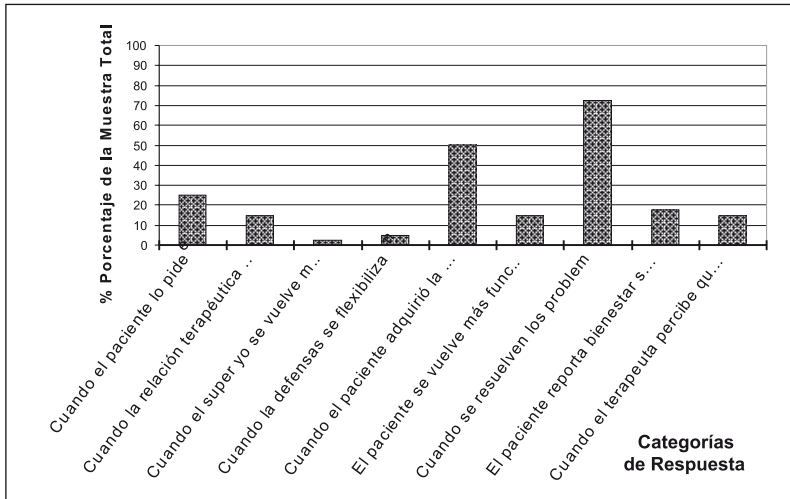
**Figura 18.** Análisis Chi-cuadrado de las características del terapeuta asociadas con la eficiencia del tratamiento por tipo de intervención.

Los profesionales opinan que las características del terapeuta que se asocian, mayormente, con la eficiencia del tratamiento son su capacidad de empatía (52.5%), el compromiso que posea con su trabajo (42.5%), su calidad humana (32.5%), su experiencia y preparación (30%), y su flexibilidad y apertura (27.5%). La empatía es una característica del terapeuta que mencionan los distintos grupos con diferentes frecuencias: CC (70%), PP (60%), RE (50%) y PA (40%). Por otro lado, el compromiso del terapeuta con su trabajo constituye una característica que preocupa, sobre todo, a los PA (70%), mientras que los demás tipos de intervención la mencionan en menor medida: PP (40%), CC (30%) y RE (30%). Asimismo, la calidad humana es un elemento que aparece con mayor frecuencia entre los PP (50%) y los RE (40%), y en menor proporción en los PA (20%) y en los CC (20%). Por su parte, la experiencia y preparación del terapeuta es un aspecto que mencionan, sobre todo, los CC (60%), seguidos por los RE (40%) y, finalmente,

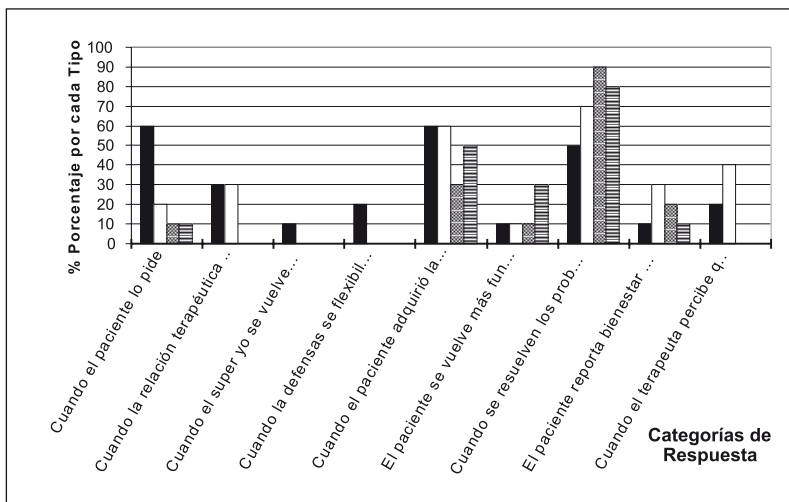
por los PP (20%); los PA no lo mencionan. La flexibilidad y apertura del terapeuta es una característica que concentra la atención de los PP (60%) y de los PA (40%).

Cabe señalar que los PA (40%) consideran la autenticidad del terapeuta como una característica importante para su trabajo frente a los PP y los CC, que la mencionan en un 10% cada uno. Los PA (30%) reportan, además, el rol del autoconocimiento del terapeuta; lo refieren, en menor medida, los RE (20%) y los PP (10%), en cambio, los CC no lo mencionan. Por otro lado, los PP nombran la tolerancia del terapeuta en un 30%, mientras que los RE la reportan en un 10% y los demás grupos no la mencionan. Por último, la capacidad intelectual del terapeuta también es un aspecto mencionado por los PP, aunque en menor medida (20%); en este caso, los PA y los CC hacen referencia a él en un 10% cada uno.

### *Crterios para plantear la terminación del tratamiento*



**Figura 19.** Distribución porcentual de los criterios para plantear la terminación del tratamiento según el total de la muestra.



$$\chi^2 (24, N = 40) = 29.965, p=.186$$

**Figura 20.** Análisis Chi-cuadrado de los criterios para plantear la terminación del tratamiento por tipo de intervención.

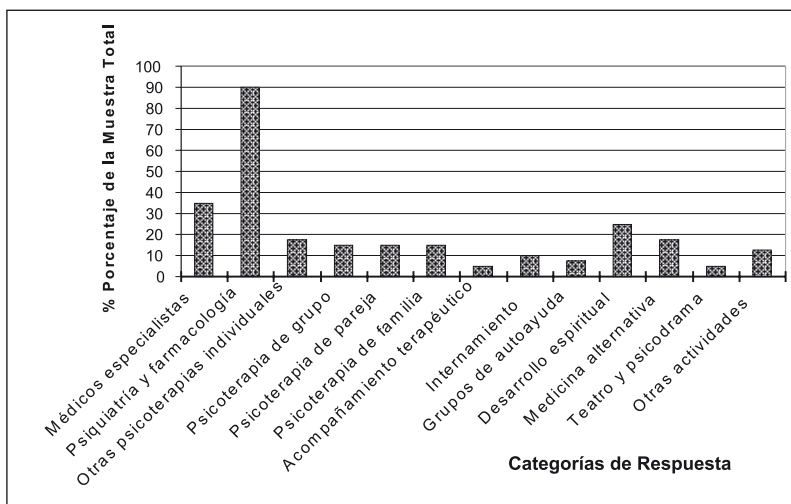
Los profesionales sostienen que los principales criterios para plantear la terminación del tratamiento son la resolución de los problemas que llevaron al paciente a consulta (72.5%) y la adquisición de la función terapéutica por parte este (50%). La resolución de los problemas que llevaron al paciente a consulta constituye un criterio que toman en cuenta, con mayor frecuencia, los CC (90%), los RE (80%) y los PP (70%); los PA lo mencionan solamente en un 50%. Por otro lado, la adquisición de la función terapéutica por parte del paciente constituye un elemento que mencionan más los PA (60%) y los PP (60%), seguidos por los RE (50%) y, en menor proporción, por los CC (30%).

Por otro lado, los PA (60%) nombran, con frecuencia, la petición del propio paciente como un criterio para plantear la terminación del tratamiento, criterio que es considerablemente menos mencionado por los otros grupos (PP: 20%, CC: 10%, RE: 10%). Este grupo y el de los

PP comparten, además, la consideración exclusiva de un criterio basado en el hecho de que la relación terapéutica se vuelva más realista por una disminución de la transferencia (30% cada uno) y por la consideración, también exclusiva, por parte del terapeuta, de que el proceso ha llegado a su fin (PP: 40%, PA:20%). Finalmente, la mayor funcionalidad del paciente es un tema que mencionan, con mayor frecuencia, los RE (30%); los otros tres grupos lo mencionan en menor medida (10% cada uno).

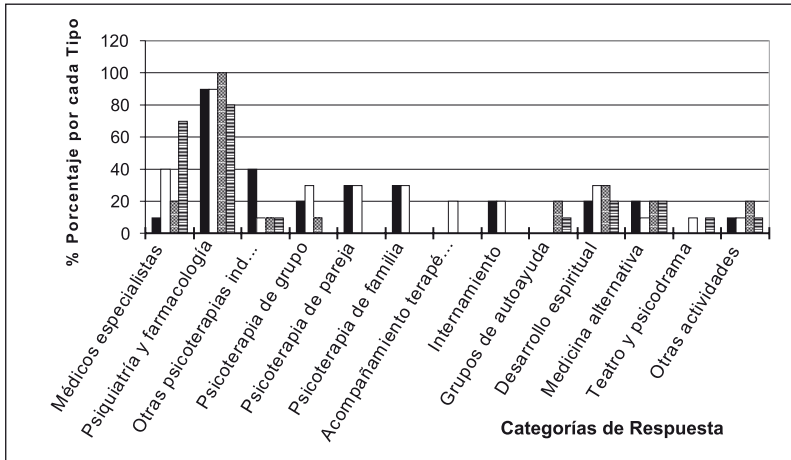
En esta unidad, vuelve a llamar la atención la concentración de los CC y de los RE en una cantidad reducida de criterios (cinco cada uno) frente a la variada distribución de la atención de los PP y, sobre todo, de los PA en un mayor número de criterios (PP: 7, PA: 9).

***Servicios de apoyo utilizados por el terapeuta que contribuyen con la eficiencia del trabajo terapéutico***



**Figura 21.** Distribución porcentual de los servicios de apoyo utilizados por el terapeuta que contribuyen con la eficiencia del trabajo terapéutico según el total de la muestra.





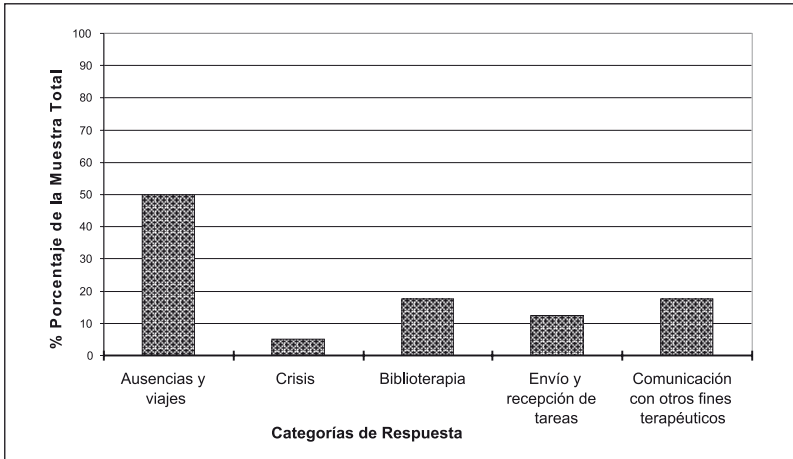
$$\chi^2 (36, N = 40) = 40.353, p = .284$$

**Figura 22.** Análisis Chi-cuadrado de los servicios de apoyo utilizados por el terapeuta que contribuyen con la eficiencia del trabajo terapéutico por tipo de intervención.

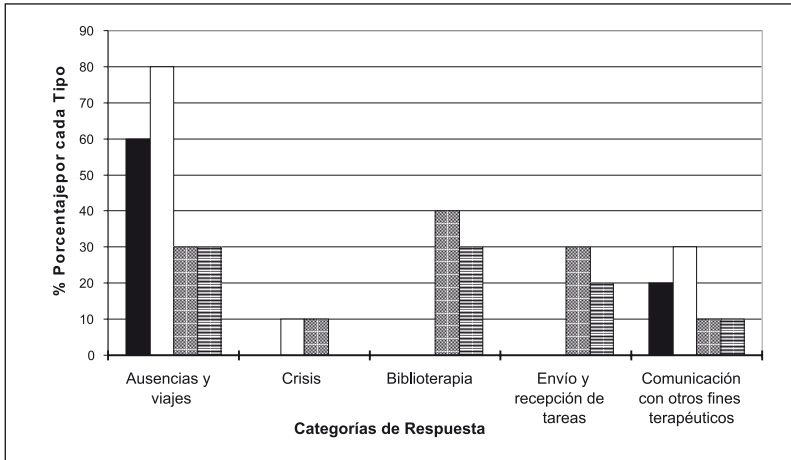
Los profesionales consideran que los servicios de apoyo que mayormente contribuyen con la eficiencia de los tratamientos que conducen son los servicios de psiquiatría y farmacología (90%). Estos son mencionados por la mayoría de miembros de los cuatro tipos de intervención (CC: 100%, PA: 90%, PP: 90%, RE: 80%). El siguiente servicio más mencionado es el de otros médicos especialistas, aunque en considerable menor medida (35%).

En este tema, llama la atención la frecuencia con que los PA mencionan otras psicoterapias individuales para apoyar la eficiencia de los tratamientos que conducen (40%), y la cantidad de otros servicios en los que PP y PA distribuyen su atención: terapia de grupo (PP: %, PA: 20%), terapia de pareja (30% cada uno) y terapia de familia (30% cada uno), entre otros.

***Implementación y situaciones de uso de dispositivos de comunicación electrónica entre paciente y terapeuta***



***Figura 23.*** Distribución porcentual de la implementación y uso de dispositivos de comunicación electrónica entre terapeuta y paciente que apoyan la eficiencia del tratamiento según el total de la muestra.



$$\chi^2 (15, N = 40) = 18.922, p=.217$$

**Figura 24.** Análisis Chi-cuadrado de la implementación y uso de dispositivos de comunicación electrónica entre terapeuta y paciente que apoyan la eficiencia del tratamiento por tipo de intervención.

El 95% de los participantes considera que el uso de dispositivos de comunicación electrónica entre paciente y terapeuta, tales como correo electrónico, *chat* y conversaciones telefónicas, apoya la eficiencia del tratamiento. El 50% del total de participantes utiliza dichos servicios en periodos de ausencias o viajes. El análisis de frecuencias permite notar que son los PP (80%) y los PP (60%) quienes mencionan, en mayor medida, esta situación de uso frente a un 30% de los CC y los RE. Una agrupación similar por tipo de intervención ocurre en torno al uso de dispositivos de comunicación electrónica para otros fines terapéuticos, tales como llamadas o correos de seguimiento al paciente, y recordatorios de citas y de pagos, en los que los PP y los PA obtienen un 30% y 20% respectivamente frente a un 10% de los RE y los CC.

Por su lado y de modo exclusivo, los CC y los RE recurren a estos dispositivos de comunicación para fines de biblioterapia (CC: 40%, RE: 30%), y para enviar y recibir tareas (CC: 30%, RE: 20%).

## **Discusión**

Se observa en los resultados que, efectivamente, los profesionales de los cuatro tipos de intervención escogidos poseen criterios para evaluar la eficiencia de los tratamientos que imparten, lo cual constituyó el objetivo general de esta investigación. Los criterios se encuentran organizados en doce temas relacionados con la definición y con los criterios para evaluar la eficiencia, con los aspectos de la primera entrevista, con los aspectos de la vida mental y general del paciente, con el rol de la relación terapéutica, con el contrato terapéutico, con los aspectos relacionados con el terapeuta, con los aspectos de la fase de terminación, y con los servicios de apoyo extra terapéuticos. Se encuentra que estos criterios son numerosos y altamente variados. Esta situación es ilustrada especialmente por el hecho de que, de doce temas de análisis, siete no sean significativos. Dichos temas presentan una distribución relativamente uniforme en sus categorías; además, muestran coincidencias poco estables entre los tipos de intervención. En estos casos, las respuestas son tan variadas que es difícil agruparlas en categorías comunes y son muy pocas las categorías que concentran significativamente la opinión de los participantes por tema. En futuras investigaciones, se podría explorar con mayor profundidad el comportamiento de estos temas.

El objetivo específico de esta investigación apuntó a señalar la existencia de semejanzas y diferencias entre los cuatro tipos de intervención elegidos en torno a los criterios para evaluar la eficiencia. Es importante señalar que muchas de las diferencias encontradas entre los cuatro grupos se relacionan, por un lado, con la naturaleza del trabajo terapéutico de cada uno, y por otro, con el paradigma teórico que los define.

Recogiendo los datos de los temas significativos, se pueden esbozar perfiles distintivos para cada tipo de intervención.

La psicoterapia conductual cognitiva evalúa la eficiencia del tratamiento sobre la base del alivio o mejora de la problemática que llevó al paciente a consulta y se apoya, para ello, en la cuantificación de emociones disfuncionales a partir de escalas subjetivas. Durante la primera entrevista, los psicoterapeutas de esta orientación toman en cuenta, básicamente, el diagnóstico clínico del paciente para evaluar la posible eficiencia del tratamiento que se va a iniciar. Asimismo, las características del funcionamiento mental de este que asocian con la eficiencia son su nivel intelectual y su estabilidad emocional. Estos profesionales consideran importante la relación terapéutica en la medida en que permite el establecimiento de la alianza terapéutica y, finalmente, durante la fase de terminación, disminuyen la frecuencia de las sesiones para apoyar la eficiencia del tratamiento.

Los psicoanalistas evalúan la eficiencia del tratamiento, principalmente, en función de la mejora en la calidad de vida del paciente, su capacidad para la toma de conciencia e instrumentalización del autococonocimiento, sus procesos simbólicos, la presencia de defensas flexibles, la mejora de las relaciones interpersonales y la intensidad del vínculo terapéutico. Durante la primera entrevista concentran su atención en la motivación personal del paciente para el cambio, y en la sintonía existente entre este y el terapeuta. Además, se distinguen por atender a la capacidad de simbolizar del paciente, como aspecto de su funcionamiento mental asociado con la eficiencia. Asimismo, otorgan importancia al rol de la relación terapéutica en tanto le brinda contenido y significado al proceso. Durante la fase de terminación, consideran de ayuda introducir la determinación de un plazo de finalización del proceso, trabajar la separación y especificar al paciente que puede retomar el contacto con el terapeuta cuando lo considere necesario.

Los psicoterapeutas racional emotivos evalúan la eficiencia del tratamiento a partir de la funcionalidad del paciente, la capacidad de este para la toma de conciencia y la instrumentalización de su autoconocimiento, la mejora de sus relaciones interpersonales, la intensidad del vínculo terapéutico y la cuantificación de emociones disfuncionales a partir de escalas subjetivas. En la primera entrevista observan, principalmente, la intensidad de los síntomas del paciente y consideran importante, dentro de su funcionamiento mental, la presencia de un lenguaje emocional. El rol de la relación terapéutica resulta valioso para ellos, pues facilita el establecimiento de la alianza terapéutica. Por último, durante la fase de terminación, introducen la disminución de sesiones para apoyar la eficiencia del tratamiento.

Los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica evalúan la eficiencia de los tratamientos sobre la base del alivio o la mejora de la problemática que llevó al paciente a consulta, la mejora en su calidad de vida, la mayor capacidad para la toma de conciencia e instrumentalización del autoconocimiento, los procesos simbólicos, la presencia de defensas más flexibles, la mejora de las relaciones interpersonales y la intensidad del vínculo terapéutico. En la primera entrevista, priorizan la motivación personal del paciente para el cambio, y la sintonía existente entre paciente y terapeuta. Asimismo, observan, con especial atención, la existencia de la capacidad para la toma de conciencia, la capacidad para establecer vínculos interpersonales, y la tolerancia a la frustración y la espera dentro del funcionamiento mental del paciente. El rol de la relación terapéutica es importante para ellos, ya que ofrece contenido y significado al proceso. Durante la fase de terminación, consideran importante determinar un plazo para la finalización del tratamiento, trabajar la separación y especificar que el paciente puede retomar el contacto con el terapeuta cuando lo necesite.

Son tres las principales conclusiones que se pueden extraer de los resultados relacionados con el objetivo específico:

1. Se observa una gran concentración de psicoterapeutas racionales emotivos y conductuales cognitivos en pocas categorías de respuesta. Dicho de otra manera, estas categorías presentan un alto consenso y están considerablemente sistematizadas. Se podría decir que esto sucede porque ambos tipos de intervención comparten una tradición teórica que centra su atención en los aspectos observables y puntuales de la conducta del paciente, y de sus modos de pensar y de sentir.
2. Se encuentra que los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica y los psicoanalistas muestran poca concentración en abundantes categorías de respuesta. Es decir, existe en ambos grupos poco consenso y poca sistematización de criterios. Se podría señalar que esta situación se relaciona con la naturaleza de su orientación teórica y de su técnica, la cual se concentra en la dimensión intrapsíquica y subjetiva tanto del paciente como del terapeuta, en otras palabras, en el terreno de lo no observable. Lo anterior dificulta la capacidad de ambos grupos para dar cuenta de lo que efectivamente realizan en su trabajo.
3. Los psicoanalistas y los psicoterapeutas conductuales cognitivos constituyen los grupos que más se diferencian entre sí. Los psicoterapeutas psicoanalíticos tienen grandes similitudes con los psicoanalistas y los racionales emotivos las poseen con los conductuales cognitivos. Sin embargo, ambos presentan más coincidencias con los distintos grupos, sobre todo, los racionales emotivos. Esto podría relacionarse con el hecho de que el psicoanálisis y la psicoterapia conductual cognitiva son los paradigmas clínicos clásicos de los que los otros dos tipos de intervención se derivan.

## Referencias

- Banister, P. (1994). *Qualitative methods in psychology*. Londres: Open University Press.
- Beal, J. & Duckro, P. (1997). Empirically documenting clinically significant change in rational emotive behavioural therapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behaviour Therapy*, 21(2), 75-88. Recuperado en octubre de 2005 de la base de datos Proquest Psychology Journals.
- Beutler, L. & Harwood, M. (2002). What is and can be attributed to the therapeutic relationship? *Journal of Contemporary Psychology*, 32(1), 25-33. Recuperado en octubre de 2005 de la base de datos Proquest Psychology Journals.
- Conte, H. (1997). The evolving nature of psychotherapy outcome research. *American Journal of Psychotherapy*, 51(3), 445-448. Recuperado en octubre de 2005 de la base de datos Proquest Psychology Journals.
- Drisko, J. (2004). Common factors in psychotherapy outcome: Meta-analytic and their implications for practice and research. *Families and Society*, 85(1), 81-91. Recuperado en octubre de 2005 de la base de datos Proquest Psychology Journals
- Elkin, I. (1999). A mayor dilemma in psychotherapy outcome research: Disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology Science and Practice*, 6(1), 10-33. Recuperado en octubre de 2005 de la base de datos Proquest Psychology Journals.
- Fonagy, P., Kachele, H., Krause, R., Jones, E. & Perron, R. (2001). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis: Report prepared by the research committee of the IPA at the request of the President*. Londres: University College London.
- Guthrie, E. (2000). Enhancing the clinical relevance of psychotherapy research. *Journal of Mental Health*, 9(3), 267-271. Recuperado en octubre de 2005 de la base de datos Proquest Psychology Journals.



- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México D. F.: Mc Graw-Hill.
- Kopta, S., Lueger, R., Saunders, S. & Howard, K. (1999). Individual psychotherapy outcome and process research: Challenges leading to greatest turmoil or a positive transition? *Annual Review of Psychology*, 50, 441-469. Recuperado en octubre de 2005 de la base de datos Proquest Psychology Journals.
- Quinn, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2a. ed.). California: Sage.
- Rodríguez, G., Gil, J. & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Granada: Aljibe.

## ANEXO

Tema	Categorías de respuesta
1. ¿Qué es la eficiencia?	1. Resultados en el menor tiempo
	2. Calidad de vida (bienestar subjetivo)
	3. Alivio o mejora de la problemática que lo llevó a consulta
	4. Logro de objetivos y metas planteados en la terapia
	5. Funcionalidad - Adaptación
	6. Optimización de recursos personales
	7. Crecimiento emocional y mental
	8. Alivio del sufrimiento
	9. Comprender la problemática asumiendo el rol que uno juega en ella
	10. No hay una idea uniforme con diferentes personas se logran diferentes cosas

Tema	Categorías de respuesta
2. Criterios para evaluar la eficiencia	1. Alivio o mejora de la problemática que lo llevó a consulta
	2. Cuantificación de emociones disfuncionales a partir de escalas
	3. Modos de pensar más sanos
	4. Capacidad de toma de conciencia - <i>Insight</i>
	5. Despliegue mayor de procesos simbólicos
	6. Mejora en la calidad de las relaciones interpersonales
	7. Instrumentalización del autoconocimiento - Elaboración
	8. Mejor calidad de vida /Bienestar subjetivo
	9. Intensidad del vínculo terapéutico
	10. Estrategias defensivas más flexibles y sanas
	11. Depende de cada paciente
	12. Mejor manejo emocional
	13. Funcionalidad - Mayor sensación de agencia
	14. Compromiso del paciente
15. Reportes de terceros	

Tema	Categorías de respuesta
<p>3. Aspectos de la primera entrevista tomados en cuenta para la evaluación de la eficiencia</p>	1. Intensidad de síntomas, problemáticas y conflictos
	2. Diagnóstico clínico
	3. Reacciones a la intervención del terapeuta
	4. Procesos cognitivos conservados
	5. Capacidad para establecer la alianza terapéutica
	6. Modo de vincularse con el terapeuta
	7. Flexibilidad de la personalidad
	8. Motivación personal para el cambio
	9. Patrones históricos de relación
	10. Tolerancia a la frustración y espera
	11. Integración yoica
	12. Mecanismos defensivos
	13. Recursos personales
	14. Estructuración del Super yo
	15. Expectativas del tratamiento
	16. Sintonía entre paciente y terapeuta
	17. Relato rico y coherente sobre sí mismo (el paciente)
	18. Existencia y tipo de otros tratamientos del paciente
	19. Limitaciones del terapeuta para trabajar con algunas problemáticas
	20. Apoyo del entorno
	21. Capacidad de toma de conciencia

Tema	Categorías de respuesta
<p>4. Aspectos del contrato tomados en cuenta para apoyar la eficiencia</p>	1. Especificación de las reglas del contrato
	2. Especificar rol del paciente
	3. Planteamiento de objetivos y metas terapéuticas
	4. Especificaciones sobre el rol de terapeuta
	5. Confidencialidad
	6. Información sobre las posibles vicisitudes del proceso
	7. Información sobre el método terapéutico
	8. Énfasis en el compromiso

Tema	Categorías de respuesta
5. Características del funcionamiento mental del paciente asociadas a la eficiencia del tratamiento	1. Flexibilidad
	2. Capacidad para establecer vínculos
	3. Nivel intelectual
	4. Tolerancia a la frustración y espera
	5. Integración yoica
	6. Defensas flexibles
	7. Sentido del humor
	8. Sentido de autonomía
	9. Estabilidad emocional
	10. Capacidad para la toma de conciencia
	11. Responsabilidad y honestidad
	12. Lenguaje emocional
	13. Capacidad de simbolizar

Tema	Categorías de respuesta
6. Circunstancias de vida del paciente que apoyan la eficiencia del tratamiento	1. Soporte familiar
	2. Trabajo
	3. Que tenga pareja
	4. Tiempo del problema
	5. Necesidades económicas básicas cubiertas
	6. Vida social y amical
	7. Intereses y sensibilidad en temas trascendentes
	8. Entorno social

Tema	Categorías de respuesta
7. Características del terapeuta asociadas a tratamientos eficientes	1. Flexibilidad y apertura
	2. Empatía
	3. Tolerancia
	4. Compromiso con el trabajo
	5. Autenticidad
	6. Calidad humana
	7. Experiencia y preparación
	8. Autoconocimiento
	9. Capacidad intelectual

Tema	Categorías de respuesta
8. Rol de la relación terapéutica en la eficiencia del tratamiento	1. Es lo que sostiene y da contenido al proceso
	2. Es la base de la alianza terapéutica
	3. Es importante porque supone una nueva modalidad de relación para el paciente

Tema	Categorías de respuesta
9. Criterios para plantear la terminación del tratamiento	1. El pedido de terminación del paciente
	2. Cuando la relación terapéutica se vuelve más realista y menos cargada de contenidos del mundo interno del paciente
	3. Cuando el Super yo se vuelve más sano
	4. Cuando las defensas se vuelven más flexibles
	5. Cuando el paciente adquirió la función terapéutica
	6. El paciente se vuelve funcional
	7. Resolución disminución de problemática que llevó al paciente a consulta
	8. El paciente reporta bienestar subjetivo
	9. El terapeuta percibe que el proceso con el paciente llegó a su límite

Tema	Categorías de respuesta
10. Aspectos técnicos introducidos en la fase de terminación	1. Determinar un plazo de tiempo para cerrar
	2. Bajar la frecuencia de sesiones
	3. Trabajar la separación
	4. Recapitular y resumir lo trabajado
	5. Anticipación de situaciones post-terminación
	6. Explicitar al paciente la posibilidad de retomar el contacto cuando lo necesite (la puerta está abierta)

Tema	Categorías de respuesta
11. Servicios de apoyo utilizados para contribuir con la eficiencia del tratamiento	1. Médicos especialistas
	2. Psiquiatría y farmacología
	3. Otras psicoterapias individuales
	4. Psicoterapia de grupo
	5. Psicoterapia de pareja
	6. Psicoterapia de familia
	7. Acompañamiento terapéutico
	8. Internamiento
	9. Grupos de autoayuda
	10. Desarrollo espiritual
	11. Medicina alternativa
	12. Teatro y psicodrama
	13. Otras actividades

Tema	Categorías de respuesta
12. Uso de dispositivos de comunicación electrónica entre terapeuta y paciente apoyan la eficiencia del proceso	1. Ausencias y viajes
	2. Crisis
	3. Biblioterapia
	4. Envío y recepción de tareas
	5. Comunicación con otros fines terapéuticos