

NUMERO ESPECIAL / SPECIAL ISSUE
CONTRIBUCIONES LATINOAMERICANAS A LA INVESTIGACION PSICOTERAPEUTICA
LATIN AMERICAN CONTRIBUTIONS TO TREATMENT OUT COME RESEARCH
CONTRIBUIÇÕES LATINOAMERICANAS À INVESTIGAÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

ISSN: 0034-9690

**REVISTA
INTERAMERICANA
DE
PSICOLOGIA
INTERAMERICAN
JOURNAL
OF
PSYCHOLOGY**

VOLUME

1

La *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* es publicada por la Sociedad Interamericana de Psicología desde 1967. Nuestra política editorial es reflejar los desarrollos que están ocurriendo en la psicología del continente, tanto desde la perspectiva teórica como la aplicada o profesional; al hacerlo se busca promover la comunicación y la colaboración entre los psicólogos de los diferentes países de América. La Revista se publica dos veces al año y acepta manuscritos en todas las áreas de la Psicología, en inglés, español o portugués. Es distribuida sin costo adicional a todos los miembros solventes de la Sociedad Interamericana de Psicología.

Para hacerse miembro de la Sociedad Interamericana de Psicología, escriba a: Eduardo Nicenboim, Secretaría General de la SIP, AIGLE Centro de Estudios Humanos, C.C. 135, Sucursal 26, (1426) Buenos Aires, ARGENTINA. La suscripción institucional para la revista es \$35 en América Latina y \$40 en USA and Canada. Escribir al respecto a Pedro Rodríguez, Gerente Editorial, Apartado 47018, Caracas, 1041-A, Venezuela.

Las INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES se incluyen en las páginas finales de la Revista.

The *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* is published by the Interamerican Society of Psychology since 1967. Our editorial policy is to reflect the developments occurring in Psychology in the continent, both from the theoretical and the applied-professional angles; in doing this we aim to promote communication and collaboration among the psychologists of different countries of the Americas. The Journal is published twice a year, and accepts manuscripts in all areas of Psychology, in English, Spanish or Portuguese. It is mailed, without additional cost, to all active members of the Interamerican Society of Psychology.

To become a member of the Interamerican Society of Psychology, write to: Eduardo Nicenboim, Secretaría General de la SIP, AIGLE Centro de Estudios Humanos, C.C. 135, Sucursal 26, (1426) Buenos Aires, ARGENTINA.

The institutional subscription to the Journal is \$35 in Latin America and \$40 in USA and Canada. Write in this respect to Pedro Rodríguez, Managing Editor, Apartado 47018, Caracas, 1041-A, Venezuela.

The INSTRUCCION TO AUTHORS are included in the final pages of the Journal.

A *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* é publicada pela Sociedade Interamericana de Psicología desde 1967. Nossa política editorial é refletir os desenvolvimentos que estão ocorrendo na psicologia do continente, tanto na perspectiva teórica como na aplicada ou profissional; ao realizá-la procura-se promover a comunicação e a colaboração entre os psicólogos dos diferentes países da América. A Revista é publicada duas vezes ao ano e aceita originais em todas as áreas da Psicología, em inglês, espanhol e português. É enviada a todos os membros solventes da Sociedade Interamericana de Psicología.

Para se tornar membro da Sociedade Interamericana de Psicología, escreva para: Eduardo Nicenboim, Secretaria General de la SIP, AIGLE Centro de Estudios Humanos, C.C. 135, Sucursal 26, (1426) Buenos Aires, ARGENTINA.

A assinatura anual para instituições é de US\$35 para a América Latina e de \$40 para os Estados Unidos, Canada e outros países. Para tanto escreva para Pedro Rodríguez, Gerente Editorial, Apartado 47018, Caracas, 1041-A, Venezuela.

As INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES encontram-se nas páginas finais da Revista.

*Hugo's
Person's*

**REVISTA INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA
INTERAMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY**

1993

Vol.27, No.2

NUMERO ESPECIAL

SPECIAL ISSUE

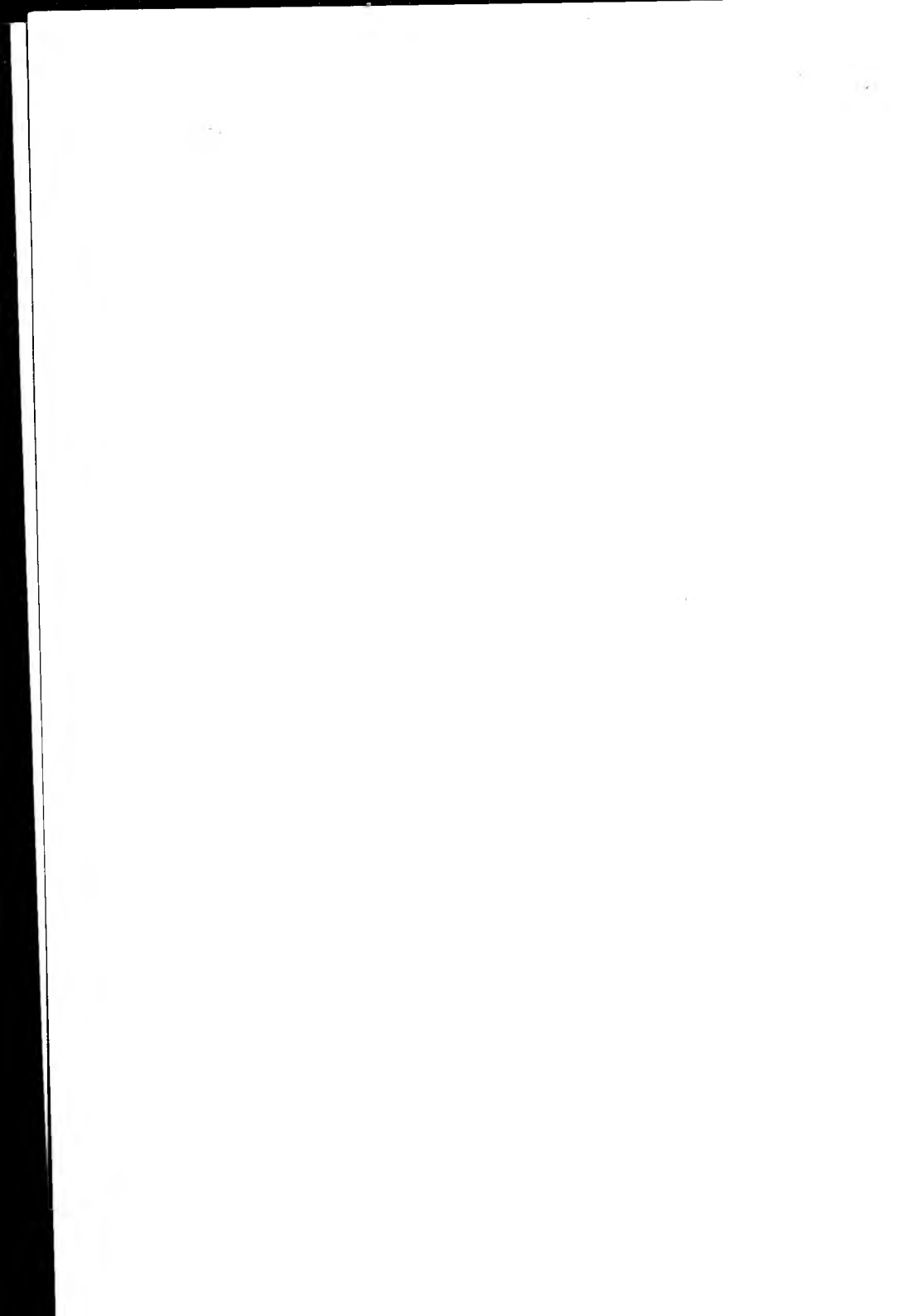
**CONTRIBUCIONES LATINOAMERICANAS
A LA INVESTIGACION PSICOTERAPEUTICA**

**LATIN AMERICAN CONTRIBUTIONS TO
TREATMENT OUTCOME RESEARCH**

**CONTRIBUIÇÕES LATINOAMERICANAS
À INVESTIGAÇÃO PSICOTERAPÊUTICA**

DIRECTOR/EDITOR

**Guillermo Bernal
Universidad de Puerto Rico**



**REVISTA INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA
INTERAMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY**

1993

Vol.27, No.2

DIRECTOR/EDITOR

**José Miguel Salazar
Universidad Central de Venezuela**

DIRECTORES ASOCIADOS/ ASSOCIATE EDITORS

**Barbara VanOss Marin
University of California, San Francisco**

**Guillermo Bernal
Universidad de Puerto Rico**

GERENTE EDITORIAL/MANAGING EDITOR

**Pedro Rodríguez C.
Universidad Central de Venezuela**

JUNTA DE CONSULTORES EDITORIALES
BOARD OF CONSULTING EDITORS
JUNTA DE CONSULTORES EDITORIAIS

Reynaldo Alarcón.
Universidad Peruana Cayetano Heredia. PERU.

Ana Isabel Alvarez.
Universidad de Puerto Rico. PUERTO RICO.

Stephen A. Appelbaum.
Prairie Village, Kansas. U.S.A.

Rubén Ardila.
Universidad Nacional de Colombia. COLOMBIA.

José J. Bauermeister.
Universidad de Puerto Rico. PUERTO RICO.

Ramón Bayés.
Universidad Autónoma de Barcelona. ESPAÑA.

Angela Biaggio.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. BRASIL.

Amalio Blanco.
Universidad Autónoma de Madrid. ESPAÑA.

Victor Colotla.
Workers' Compensation Board of B. C. CANADA.

Francis Di Vesta.
The Pennsylvania State University. U.S.A.

Rogelio Díaz-Guerrero.
Universidad Nacional Autónoma de México. MEXICO.

Rolando Díaz Loving.
Universidad Nacional Autónoma de México. MEXICO.

Frank Farley.
University of Wisconsin-Madison. U.S.A.

Bernardo Ferdman.
State University of New York at Albany. U.S.A.

Héctor Fernández-Alvarez.
Centro de Estudios Humanos AIGLE. ARGENTINA.

Gordon Finley.
Florida International University. U.S.A.

María Rosa Frías de Orantes.
Universidad Central de Venezuela. VENEZUELA.

Otto E. Gilbert.
Universidad del Valle de Guatemala. GUATEMALA.

Robert E. Grinder.
Arizona State University. U.S.A.

Wayne H.Holtzman.
The University of Texas, Austin. U.S.A.

Leonard I. Jacobson.
University of Miami. U.S.A.

Mauricio Knobel.
Universidad Estadual de Campinas. BRASIL.

Luis Laosa.
Educational Testing Service. U.S.A.

Robert B. Malmø.
McGill University. CANADA.

Gerardo Marin.
University of San Francisco. U.S.A.

Juracy C.Marques.
Pontificia Universidade Catolica do Rio Grande do Sul. BRASIL.

Maritza Montero.
Universidad Central de Venezuela. VENEZUELA.

Frederic Munné
Universitat de Barcelona. ESPAÑA

Ricardo Muñoz.
University of California, San Francisco. U.S.A.

Eduardo Nicenboim.
Centro de Estudios Humanos AIGLE. ARGENTINA.

Alfonso Orantes.
Universidad Central de Venezuela. VENEZUELA.

Juan Pascual-Leone.
York University. CANADA.

Albert Pepitone.
University of Pennsylvania. U.S.A.

Karl H. Pribram.
Radford University. U.S.A.

Manuel Ramirez III.
The University of Texas, Austin. U.S.A.

Emilio Ribes.
Universidad de Guadalajara. MEXICO.

Eduardo Rivera-Medina.
Universidad de Puerto Rico. PUERTO RICO.

Aroldo Rodrigues.
California State University, Fresno. U.S.A.

Eduardo Salas.
Naval Training Systems Center. U.S.A.

Euclides Sánchez.
Universidad Central de Venezuela. VENEZUELA.

Victor D. Sanua.
St. John's University. U.S.A.

Nelson Serrano Jara.
Quito. ECUADOR.

Monica Sorin.
Universidad de La Habana. CUBA.

Arthur W. Stats.
University of Hawaii at Manoa. U.S.A.

Virginia Staudt-Sexton.
St. John's University. U.S.A.

Peter Suedfeld.
The University of British Columbia. CANADA.

Harry C. Triandis.
University of Illinois. U.S.A.

Julio F. Villegas.
Universidad Central. CHILE.

María Inés Winkler
Universidad de Santiago de Chile. CHILE.

REVISTA INTERAMERICANA DE PSICOLOGIA INTERAMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY

1993

Vol.27, No. 2

CONTENIDOS/CONTENTS/SUMARIO

ARTICULOS/ ARTICLES/ ARTIGOS

- La investigación psicoterapéutica: Introducción al Número Especial . . .** 127
Psychotherapy research: An introduction to the special issue 129
Guillermo Bernal
- Efectividad de las psicoterapias con latinos en Estados Unidos: Una
revisión meta-analítica** 131
*The effectiveness of psychotherapy with Latinos in the United States: A meta-
analytic review.*
Ana Navarro
- Assessing change in child psychodynamic functioning in treatment outcome
studies: The psychodynamic child ratings** 147
*Evaluando el cambio en el funcionamiento psicodinámico de niños en
estudios de resultado de tratamiento: Las evaluaciones psicodinámicas de
niños*
José Szaponick, Arturo T. Rio, Edward Murray, Raysa Richardson,
Martha Alonso and William Kurtinez.
- Acercamientos terapéuticos para la depresión en adolescentes
puertorriqueñas: Dos estudios de caso** 163
*Treatment approaches for depression in Puerto Rican adolescents: Two case
studies*
Jeannette Rosselló

| | |
|--|------------|
| Programa de investigaciones sobre eficacia en psicoterapia | 181 |
| <i>A research program on the efficacy of psychotherapy .</i> | |
| Héctor Fernández Alvarez y Fernando García | |
| La investigación psicoterapéutica y el movimiento de integración de las psicoterapias | 197 |
| <i>Psychotherapy research and the integrative psychotherapy movement</i> | |
| Alfonso Martínez Taboas | |
| El manual de psicoterapia dinámica de Strupp y Binder: Evaluación de su impacto en atención secundaria. | 219 |
| <i>Strupp and Binder's guide to time limited dynamic psychotherapy: Evaluation of its impact in secondary attention levels</i> | |
| Guillermo De La Parra, Andrés Belmar, Paula Riumallo, Claudio Martínez, María Eugenia Boestach, Rogelio Isla. | |
| The psychotherapy alliance as a predictor of outcome: A preliminary study | 229 |
| <i>La alianza psicoterapéutica como predictor de resultado: Un estudio preliminar</i> | |
| Guillermo Bernal, Janet Bonilla, María Alvarez y Brenda Greaux | |
| Instrucciones para los autores | 239 |
| Instructions to authors | 240 |
| Instruções aos autores | 241 |

LA INVESTIGACION PSICOTERAPEUTICA: INTRODUCCION AL NUMERO ESPECIAL

Guillermo Bernal

Universidad de Puerto Rico

La investigación en torno a la efectividad de la psicoterapia es un tema central para la psicología, psiquiatría, trabajo social y otras disciplinas concernientes con la salud mental. Según sugieren distintas modalidades de tratamiento y proliferan los acercamientos teóricos, los estudios sobre la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas no se han mantenido a la par con los desarrollos clínicos. Este es el caso particular de poblaciones Latinoamericanas. Recientemente, en países o áreas desarrolladas (por ejemplo, Norte América y Europa) la investigación psicoterapéutica ha aumentado (Beutler y Crago, 1991). De hecho, en una revisión "internacional" de estudios programáticos sobre la investigación psicoterapéutica, a los editores del volumen no les fue posible identificar autores de Latinoamérica y otros contextos tercermundistas.

El objetivo de este número especial es agrupar proyectos de investigación psicoterapéutica en proceso, ya sean por autores latinoamericanos o de programas en Latinoamérica. Los trabajos recopilados son una contribución representativa pero incompleta de los proyectos en ésta área. El interés radica en vincular sectores científico-profesionales en las Américas que trabajan este tema y auspiciar la comunicación y el intercambio entre éstos. Para este fin invitamos a personas activamente envueltos involucradas en la investigación psicoterapéutica en América Latina o con poblaciones latinoamericanas.

Este número comienza con una revisión meta-analítica de la investigación de eficacia terapéutica con poblaciones Latinas en los Estados Unidos. La revisión de Navarro incluye 15 estudios efectuados entre el 1970 y el 1989. El segundo artículo, de Szapocznik y sus colegas, enfoca el problema de la instrumentación adecuada para la evaluación del cambio terapéutico. El artículo de Rosselló presenta dos estudios de caso que sirvieron como investigación piloto para un estudio de asignación aleatoria de terapia cognoscitiva conductual e interpersonal con adolescentes deprimidos en la población puertorriqueña. El trabajo de Fernández Alvarez y García representa un paso inicial en un proyecto psicoterapéutico que actualmente realizan en la Argentina. El artículo de Martínez Taboas examina el problema de la investigación psicoterapéutica desde la óptica del movimiento de

la integración en la psicoterapia y ofrece direcciones valiosas para la investigación. Luego, De la Parra y colaboradores presentan un trabajo sobre las etapas iniciales de un proyecto en la investigación psicoterapéutica y los esfuerzos por este grupo de adaptar y evaluar un manual sobre la psicoterapia psicodinámica. El número especial cierra con un artículo de Bernal, Bonilla, Alvarez y Greaux entorno a la alianza psicoterapéutica como predictor de los resultados en la terapia.

La intención de este número es servir de recurso para la comunicación y el intercambio entre personas interesadas en la investigación psicoterapéutica en las Américas. Dado las limitaciones geográficas, de comunicación y de tiempo, probablemente dejamos fuera de consideración proyectos valiosos. Este número especial debe ser visto como un paso inicial para fomentar un mayor intercambio entre aquellos miembros de la Sociedad Interamericana de Psicología interesados e interesadas en la investigación psicoterapéutica.

REFERENCIAS

- Beutler, L.E. & Crago, M. (Eds.), (1991). *Psychotherapy research: An international review of programatic studies*. Washington, DC: APA.

PSYCHOTHERAPY RESEARCH: AN INTRODUCTION TO THE SPECIAL ISSUE

Guillermo Bernal

Universidad de Puerto Rico

Research on the effectiveness of psychotherapy is a central concern to psychology, psychiatry, social work and other mental health disciplines. With the growth of treatment modalities and the proliferation of theoretical approaches, studies on the effectiveness of psychotherapy interventions has not kept up with clinical developments; this is particularly the case with Latin American populations. In developed areas (i.e., North America and Europe) psychotherapy research has flourished (Beutler and Crago, 1991) in recent years. Indeed, in an "international" review of programmatic studies, the editors of the volume in psychotherapy research were not able to identify authors from Latin America and other Third World contexts.

The goal of this Special issue is to bring together a preliminary set of representative contributions, albeit incomplete, of ongoing research projects in psychotherapy research either by Latin American authors or of programs within Latin America. The interest here is in bridging the gap within the Americas on this topic and to foster communication and exchange. To this end, invitations were made to individuals actively involved in psychotherapy research in Latin America or with Latin American populations.

The issue begins with a meta-analytic review of treatment outcome studies with Latin Americans in the United States. Navarro's review includes fifteen studies between 1970 and 1989. The second article authored by Szapocznic and colleagues is focused on the problem of adequate instrumentation for evaluating change. Rosselló's article presents two case studies that served as pilot research for a clinical trial of cognitive behavioral and interpersonal therapy for depressed adolescents she is currently conducting in Puerto Rico. Next, Fernandez Alvarez and García's work represents an initial step in a psychotherapy project they are conducting in Argentina. The article by Martínez Taboas examines the problem of psychotherapy research from the angle of the integrative movement in psychotherapy and offers insightful directions for research. De la Parra and colleagues present the initial phase of a psychotherapy research project and the work of this group on the

adaptation and evaluation of a manual on dynamic psychotherapy. The special issue closes with an article by Bernal, Bonilla, Alvarez and Greaux on the psychotherapy alliance as a predictor of outcome.

The intent of this issue is to serve as a resource for communication and exchange among psychotherapy researchers throughout the Americas. Because of the limits of geography, communication, and time, there were probably many worthy projects that could not be included. This Special Issue should be viewed as an initial step in fostering exchange among those in the Interamerican Society of Psychology interested in psychotherapy research.

REFERENCES

- Beutler, L.E. & Crago, M. (Eds.), (1991). *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. Washington, DC: APA

EFFECTIVIDAD DE LAS PSICOTERAPIAS CON LATINOS EN LOS ESTADOS UNIDOS: UNA REVISION META-ANALITICA

Ana M. Navarro

University of California, San Diego

RESUMEN

Se presenta una revisión meta-analítica sobre la efectividad de terapias psicológicas con individuos de origen latino en los Estados Unidos. Se incluyeron todos los estudios identificados publicados o no publicados elaborados entre 1970 y 1989 en que los resultados de un grupo de psicoterapia pudieran ser comprobados con los de uno de control y/o los de un tratamiento alternativo. De un total de 15 estudios identificados, 11 tienen por objeto el tratamiento de niños y/o adolescentes por problemas comportamentales incluyendo el uso de drogas. Las terapias se realizaron en español en el 57% de los casos y los autores enfatizan los elementos de las terapias utilizadas en términos de sensibilidad cultural. La mediana de la magnitud del efecto varía entre 0 y 2.75, estando los tamaños del efecto d3 menor cuantía relacionados con la utilización de un mayor número de medidas de resultados. El limitado número de estudios identificados contrasta con la importancia creciente de la población de origen latino en los Estados Unidos.

ABSTRACT

This study presents the results of a meta-analytic review on the effectiveness of psychotherapy with Latinos in the United States. Published and unpublished studies were included if they were conducted between 1970 and 1989, if they included a Latino population, and if they compared psychotherapy with either a no treatment condition or another form of treatment. A total of 15 studies were identified, of which 11 involved children and adolescents with behavioral and drug-use problems. The majority of the therapeutic interventions (57%) were conducted in Spanish language, and the authors emphasized culturally treatment components. All treatments showed positive outcomes with average effect sizes ranging from 0 to 2.75. Studies using larger number of outcome measures showed smaller treatment effects. The small number of published studies is in sharp contrast with the rapid growth of the Hispanic population in the United States. More research on the outcomes of psychotherapeutic interventions with Latinos is needed.

La autora quisiera agradecer a Lorena Aguila su valiosa asistencia en la identificación y localización de los estudios incluidos en esta revisión. Dirijan la correspondencia a: Ana M. Navarro, Ph.D.; Department of Family and Preventive Medicine; University of California, San Diego; San Diego, CA 92083-0622. Correo electrónico: anavarro@ucsd.edu.

INTRODUCCION

Existe una larga tradición en evaluación de la efectividad de las terapias psicológicas que ha incluido técnicas cuantitativas. Esta tradición tuvo su origen en el trabajo de Smith y Glass (1977) en el que se analizan los resultados de las psicoterapias es estudios llevados a cabo en países de habla inglesa. A finales de la década de los 80 fue posible identificar un total de 59 revisiones meta-analíticas centradas en el estudio de la eficacia de diversos tipos de terapia psicológicas aplicadas a distintos tipos de problemas (Matt & Navarro, 1990). Sin embargo, en ninguna de estas revisiones cuantitativas se observó un esfuerzo por incluir de una forma sistemática los estudios elaborados en países de habla hispana. Por otro lado, también las revisiones cualitativas llevadas a cabo por autores de estos países incluyen primordialmente datos de estudios elaborados y publicados en países anglosajones (véase, por ejemplo, Martínez-Taboas, 1988, Pérez, 1975). Este hecho parece estar más relacionado con la dificultad en identificar y localizar los correspondientes estudios que con la ausencia de éstos (Navarro, 1990). El trabajo que presentamos aquí constituye parte de un proyecto más amplio cuyo objetivo es identificar estudios sobre la eficacia de los distintos tipos de terapia psicológicas elaborados en países de habla hispana. Este proyecto incluye los estudios llevados a cabo en los Estados Unidos de América con poblaciones latinas como una unidad de análisis. Es objetivo del presente trabajo un análisis del status que de la investigación sobre los efectos de las psicoterapias en los Estados Unidos de América con poblaciones de origen hispano.

METODO

Delimitación del Campo de Estudio

El campo de estudio se limita a aquellos trabajos que tienen como objeto el tratamiento de individuos de origen latino en los Estados Unidos. Nótese que para los propósitos de este trabajo se utilizan los términos "latino" e "hispano" de forma intercambiable y con referencia a individuos cuyos ancestros tienen su origen en alguno de los países Latinoamericanos donde se habla español o en España (Marín & Marín, 1991). Se incluyen en la revisión tanto estudios publicados cuyos resultados han sido presentados entre 1970 y 1989. Por lo que se refiere al tipo de tratamiento, se tomó como punto de partida la definición clásica de Meltzoff & Kornreich (1970). Se consideran para su inclusión aquellos estudios en los que se utilicen técnicas derivadas de principios psicológicos que se apliquen de forma sistemática por personas calificadas, por su formación o experiencia, para entender estos principios y para aplicar estas técnicas. Estas técnicas se emplean con la intención de ayudar a individuos a modificar características personales tales como sentimientos, valores, actitudes y conductas que son consideradas maladaptativas en una cultura particular.

En cuanto a los criterios para la inclusión de los estudios relativos al diseño, sólo se incluyen trabajos en los que hayan al menos dos grupos de tratamiento entre los que se puedan establecer comparaciones. Uno de los grupos es considerado como grupo control y éste puede ser tanto un grupo de no tratamiento como uno de terapia alternativa. No se incluyen estudios de caso único ni los de un solo grupo en los que se evalúa la eficacia de la psicoterapia mediante comparaciones antes y después del tratamiento. Los trabajos deben asimismo proporcionar sobre datos suficientes para poder llevar a cabo una estimación del tamaño del efecto, es decir, trabajos de tipo cualitativo exclusivamente quedan excluidos. Sin embargo, no quedarían excluidos trabajos en los que, por ejemplo, se proporcionará únicamente el porcentaje de individuos de cada uno de los grupos en los que se observó recuperación completa o mejora.

Identificación y Localización de Estudios

Dado que no se anticipaba el detectar un gran número de trabajos y era de interés detectar en la medida de lo posible todos los estudios elaborados que cumplieran los criterios de inclusión, la estrategia de búsqueda fue exhaustiva en un intento de identificar más falsos positivos que negativos. Los procedimientos utilizados para identificar los estudios pertinentes fueron varios. Por una parte, se utilizó búsqueda por computador utilizando diversas bases de datos incluyendo Psychlit (1974 a 1990), ERIC (1983 a 1990) y MEDLINE (1984 a 1991). En la búsqueda se utilizó una extensa relación de términos relacionados con psicoterapias así como de términos haciendo referencia a poblaciones latinas.

Por otra parte, se utilizó la estrategia de búsqueda manual. Esta incluyó la revisión de la lista de referencias de los estudios identificados así como de los trabajos bibliográficos centrados en poblaciones hispanas (Cortese, 1979, Newton, Olmedo & Padilla, 1982, Vazquez-Ruiz, 1985). También se revisaron manualmente los volúmenes de la revista *Spanish-Language Psychology* publicadas entre 1981 y 1983. Todos los números de las revistas *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* y *Revista de Ciencias Sociales* desde su aparición hasta 1989 fueron revisados. La búsqueda manual de la revista *Ciencias de la Conducta* y de la *Revista Interamericana de Psicología* sólo pudo llevarse a cabo de forma incompleta.

Codificación de Estudios

Para la codificación de la información relevante contenida en los estudios se utilizó un extenso sistema de codificación. Este se elaboró partiendo fundamentalmente de los sistemas utilizados por Matt (1983) y Shadish & Montgomery (1986). El sistema está estructurado en 4 partes. En la primera se incluye información relacionada con el formato del informe, datos sobre el autor, sobre los pacientes que han sido tratados y sobre la metodología utilizada. Una

segunda parte recoge datos sobre cada uno de los grupos de tratamiento incluyendo tanto los grupos definidos como experimentales como los de control. Una tercera parte está compuesta por una serie de cuestiones relativas a las medidas utilizadas para evaluar los efectos de los respectivos tratamientos. Finalmente, la cuarta sección recoge estadísticos utilizados para llevar a cabo las comparaciones entre los distintos grupos de tratamiento y para calcular los correspondientes tamaños del efecto. Al respecto hay que señalar que se utilizó siempre que fue posible la diferencia entre la medida del grupo experimental y de control dividida entre la desviación típica interpolada en ambos grupos (Cohen, 1977). En los casos en que los correspondientes informes de investigación no presentaban esta información, los tamaños del efecto fueron siguiendo básicamente los procedimientos descritos por Shadish & Montgomery (1986). Una vez llevado a cabo el cálculo de la magnitud del efecto, se aplicó en todos los casos la corrección para el sesgo presente en muestras pequeñas (Hedges & Olkin, 1985). Se calcularon tamaños del efecto para todas las medidas dentro de cada estudio diferenciado, si era el caso, tamaños del efecto relativos a medidas llevadas a cabo inmediatamente después del tratamiento y en el seguimiento. No se excluyó a priori ninguna de las medidas descritas en los respectivos estudios. En aquellos casos en los que únicamente se indicaba que los efectos habían sido no significativos, se asignó un tamaño del efecto de 0 a la comparación correspondiente. Finalmente, para llevar a cabo la combinación de los tamaños de los efectos resultantes en distintos estudios se utilizaron medias ponderadas en función del número de casos y de la magnitud del efecto (Hedges & Olkin, 1985).

RESULTADOS

Identificación de Estudios

Un número total de 135 trabajos fueron identificados y 123 de ellos localizados. De los 12 estudios no localizados, 5 constituyen publicaciones que no fue posible obtener mediante préstamo bibliotecario interuniversitario. Los 7 trabajos restantes que no pudieron localizarse para su revisión incluyen 3 tesis de postgrado, 2 trabajos presentados en congresos y 2 informes de investigación no publicados. La revisión de los 123 estudios localizados para decidir si era apropiado incluirlos en el meta-análisis resultó en la exclusión de 103 estudios por los motivos siguientes: (1) 28 de los trabajos eran de caso único; (2) 27 no incluían un grupo de comparación, es decir, el diseño era de comparación intragrupo antes y después del tratamiento; (3) 48 no constituían estudios experimentales donde se presentaban resultados originales o no incluían información cuantitativa de ningún tipo sobre los efectos de un determinado tratamiento, tratándose en su mayor parte de estudios teóricos y no empíricos sobre terapias psicológicas. Así, un total de 15 estudios cumplían con todos los requisitos para ser incluidos en la revisión encontrándose información sobre ellos en un total de 20 informes. Las referencias correspondientes se encuentran en la sección de bibliografía.

Características de los Estudios

En la tabla número 1 se presenta información sobre cada uno de los estudios incluidos en esta revisión. Se especifican los diversos grupos de tratamiento y/o control utilizados en cada estudio así como las características de los individuos que fueron tratados. Como puede apreciarse, 4 de los estudios tienen como objeto el tratamiento de adultos y 11 el de niños y/o adolescentes. Nótese que se incluyen entre estos últimos 4 trabajos que tienen como objetivo el tratamiento de la familia aunque el paciente identificado está en edad escolar. Además, estos cuatro trabajos han sido llevados a cabo por el mismo grupo de investigación y todos ellos tratan familias de origen cubano en su mayoría. Con respecto al país de origen de los individuos, en seis estudios se trata primordialmente a individuos de origen puertorriqueño. Tres estudios definen la población de interés como "hispano" en términos generales y dos como individuos de origen mejicano. Con respecto al tipo de problema tratado, sobresalen problemas comportamentales relacionados con la escuela y con el uso de drogas entre niños y adolescentes.

Características del diseño

Con respecto a la metodología utilizada, con una única excepción (Ramírez-Boulette, 1976), en todos los demás trabajos hubo asignación al azar de los individuos a los diferentes grupos de tratamiento. La diferencia en atrición entre grupos no representa un problema para la validez interna en la mayoría de los estudios, siendo menor del 5% en 7 de ellos y en 10 casos menor del 15%. Sin embargo, en tres trabajos no es posible determinar si se da atrición diferencial y en dos el porcentaje alcanza niveles del 26 y 45% respectivamente. En estos dos estudios (Comas-Díaz & Duncan, 1985; Szapocznik et al., 1989) no hay indicaciones de que los individuos que abandonaron el tratamiento difieren de aquellos que lo completaron en las medidas de resultados en el pretest ni en el tipo de problema presentado. Por lo que se refiere a la metodología de los estudios también es importante señalar que, como aspecto positivo, en ningún caso se trata de estudios de análogos y que, como aspecto negativo, únicamente en un estudio (Botvin et al., 1989) es evidente que los autores no efectuaron el tratamiento directamente ni lo supervisaron no pudiendo, por tanto, afectar los resultados de manera directa o indirecta.

Características del tratamiento

Como puede verse en la tabla no. 1, se puede distinguir un total de 38 grupos de tratamiento en los 15 estudios. Entre los grupos de terapia, 26.9% pueden considerarse de tipo comportamental tradicional, 26.9% cognitivo, 11.5% humanista, 11.5% psicoanalista, mientras que el 23.1% sigue un acercamiento de terapia

Tabla nº 1

Objeto de estudio de los trabajos incluidos en la revisión

| Autor | Grupos de Tratamiento | Problema Tratado | Individuos Tratados |
|---|---|---|---|
| Block (1978) | Educación Racional-Emotiva Relaciones Humanas Grupo control sin tratamiento | Bajo rendimiento Académico, Conducta disruptiva | Adolescentes latinos y/o de raza negra (undécimo y duodécimo grado) |
| Botvin, Dusenbury, Baker, James-Ortiz, & Kerner (1989) | Entrenamiento en Habilidades Sociales Grupo Control sin Tratamiento | Prevención del uso del tabaco | Adolescentes en séptimo grado hispanos en su mayoría (74%) |
| Comas-Díaz (1981) | Terapia Cognitiva Terapia Comportamental Lista de Espera | Depresión | Mujeres puertorriqueñas |
| Comas-Díaz & Duncan (1985) | Entrenamiento en Asertividad Grupo control sin tratamiento | Asertividad | Mujeres puertorriqueñas |
| Costantino, Malgady, & Rogler (1985) | Terapia con Cuentos Originales Terapia con Cuentos Adaptados Terapia de Arte y Juego Grupo control sin tratamiento | Conducta desadaptativa en la escuela | Niños puertorriqueños en edad escolar (jardín de infantes a tercer grado) |
| Costantino, Malgady, Rogier, & Castillo (1989, Junio) | Modelamiento a través de Héroe/Heroína Grupo control sin tratamiento | Problemas comportamentales | Adolescentes puertorriqueños (octavo y noveno grado) |
| Figueroa-Torres & Pearson (1979) | Terapia de Aprendizaje Estructurado Grupo control sin tratamiento | Abuso físico infantil | Varones adultos puertorriqueños |

Tabla nº 1 (continuación)

| Autor | Grupos de Tratamiento | Problema Tratado | Individuos Tratados |
|--|---|---|---|
| Morgan (1975) | Refuerzo Material y Social de Compañeros Refuerzo material Refuerzo social del maestro Grupo control sin tratamiento | Absentismo en la escuela | Niños méjico-americanos en edad escolar (jardín de infantes a quinto grado) |
| Naun (1971) | Terapia Centrada en el Cliente Terapia de Realidad Grupo control sin tratamiento | Comportamiento disruptivo, actitud negativa en la escuela | Varones adolescentes puertorriqueños (novenos y décimo grado) |
| Prieto-Bayard & Baker (1986) | Entrenamiento Comportamental de Padres Lista de espera | Problemas comportamentales | Padres de niños hispanos con retraso en el desarrollo |
| Ramirez-Boulette (1976) | Ensayo Comportamental Escucha terapéutica | Depresión | Mujeres adultas méjico-americanas |
| Szapocznik, Kurtines, Foote, Perez-Vidal, & Hervis (1983) | Terapia Familiar con una Persona Terapia Familiar Conjunta | Uso de drogas | Familias cubano-americanas con adolescentes |
| Szapocznik, Río, et al., (1986) | Terapia de Efectividad Bicultural Terapia Familiar Estructural | Problemas comportamentales | Familias cubano-americanas con adolescentes |
| Szapocznik, Santisteban, et al. (1989) | Entrenamiento en Efectividad Familiar Grupo Control de Contacto Mínimo | Comportamentales y familiares; Drogas | Familias cubano-americanas con hijos de 6 a 12 años |
| Szapocznik, Río, et al. (1989) | Terapia Familiar Estructural Terapia Individual Psicodinámica para Niños Grupo control de recreo | Problemas de conducta y/o ansiedad | Familias cubano-americanas con hijos de 6 a 12 años |

familiar sistémica. De los 12 grupos que pueden ser considerados como control en sentido estricto, 6 son de no tratamiento, 4 lista de espera y 2 placebo. El número de unidades asignadas a cada grupo varía de 7 a 256, con una mediana de 23 y sólo en un estudio en que el número de casos por grupo es mayor de 70 (Botvin et al., 1989).

En todos los grupos de tratamiento (28 incluyendo los dos grupos placebo), el nivel de estandarización indicado es apropiado y está reflejado en el 50% de los casos por el hecho de que los terapeutas se someten a un entrenamiento formal antes de llevar a cabo el tratamiento correspondiente. En 71.4% de los casos se puede concluir que el tratamiento se implementó como estaba previsto basado bien en observaciones directas y/o en sesiones grabadas, o bien en el hecho de que los terapeutas estaban bajo supervisión.

Por lo que se refiere a la modalidad de tratamiento, 16 son de grupo, 6 de familia y 6 individual. El tratamiento se lleva en settings no universitarios y en todos los casos se trata de pacientes ambulatorios. Con relación a la duración del tratamiento, el número de sesiones de terapia varía entre 3 y 47, con una mediana de 13. Solo en 2 estudios (Block, 1978; Morgan, 1975) se dan más de 20 sesiones. Por otro lado, la duración media de las sesiones es de 74 minutos de 90. Estas sesiones se extienden en un total de 3 a 36 semanas de terapia siendo el valor de la mediana de 12. La terapia se llevó a cabo en español al menos en 16 de los grupos y no se tiene información al respecto en 5 de ellos. En cuanto a los terapeutas, éstos habían finalizado sus estudios como tales y tenían experiencia previa en 10 de los casos. En otros 15 grupos, los terapeutas era estudiantes de postgrado en el campo de salud mental.

Medidas de resultados.

Con respecto a las medidas de resultados, el total de medidas estimadas por estudio varía entre 1 a 37, con una mediana de 9. La mayoría constituyen medidas de autoinforme (52.9%), mientras que el resto han sido tomadas por un observador entrenado (25.9%), un miembro de la familia (14.9%, generalmente el maestro). En sólo 2 ocasiones se trata de una medida hecha por el propio terapeuta. Con respecto a la fiabilidad de la medida, se codificaron estimaciones de consistencia interna siempre que fue posible. El 59.2% tiene una fiabilidad que supera el .80 y sólo el 8.6% se encuentra por debajo de .60. Los autores no intervienen directamente en la recogida de datos en el 85.6% de los casos y el 56.9% de las medidas está directamente relacionado con los objetivos del tratamiento.

Magnitud del efecto.

Los valores de la magnitud de los efectos combinados dentro de cada estudio diferenciando resultados relativos al posttest y al seguimiento se encuentran en la

tabla no. 2. En tres de los estudios el grupo de comparación constituye un grupo de tratamiento alternativo (Ramírez-Boulette, 1976; Szapocznik et al., 1983; Szapocznik, Río, et al., 1986). En los demás casos, los resultados de la terapia han sido comparados con los de un grupo control de no tratamiento, lista de espera o placebo.

Un total de 183 tamaños del efecto corresponden a comparaciones tratamiento-control en las medidas tomadas inmediatamente después del tratamiento. En cuanto a los procedimientos utilizados para el cálculo, 16.4% de las estimaciones parten de los valores de la media y la desviación típica, tal como se presentaban en los estudios. El 41.0% del total de los efectos calculados está basado en indicaciones de que la comparación entre múltiples grupos no era significativa. Este alto porcentaje se debe a que los estudios con un mayor número de medidas de resultados utilizan este método y en todos los casos los autores no llevaron a cabo comparaciones posthoc una vez establecido que los tests globales no producían resultados significativos. Un total de 46 estimaciones (25.1%) fueron calculadas en base al nivel de significación correspondiente a la comparación entre dos grupos, de ellas 32 (69.6%) se referían a diferencias no significativas y 10 a significativas sin dar la probabilidad exacta por lo que se utilizó el valor de .05. En las demás 4 estimaciones fue posible utilizar la probabilidad exacta tal y como se recoge en los estudios o como puede determinarse basada en los estadísticos resultantes y los correspondientes grados de libertad. En los datos de seguimiento se calcularon 107 tamaños del efecto, 80% de los cuales basados en comparaciones de múltiples grupos que dan resultados no significativos.

Como se observa en la tabla 2., la magnitud del efecto varía entre 0 y 2.75 si se considera únicamente una comparación por cada estudio en resultados del posttest. Nótese que en los estudios con más de un grupo de tratamiento se selecciona aquel tratamiento experimental que se hipotetizó como más efectivo y que se encuentra en primer lugar en la tabla 2. Este amplio rango de resultados se mantiene si se excluyen los tres estudios en que el grupo de control constituía un grupo de tratamiento alternativo (Ramírez-Boulette, 1976; Szapocznik et al., 1983; Szapocznik et al., 1986). Por el contrario, esta variabilidad en la magnitud de los efectos parece estar relacionada con el número de medidas utilizadas en cada estudio. Así, todos los estudios (8) que utilizaron más de 5 medidas de resultados obtuvieron una mediana de la magnitud del efecto entre 0 y .16. Por otro lado, de aquellos trabajos que incluyeron un máximo de 5 medidas de resultados, sólo uno obtuvo una mediana de la magnitud del efecto de 0 (Costantino, et al., 1989), mientras que en los 6 trabajos restantes la mediana varía entre .47 y 2.75. Análisis complementarios fueron elaborados para determinar si estos resultados se debían a que aquellos estudios con un mayor número de variables de resultados habían incluido una serie de variables exploratorias no relacionadas directamente con el tratamiento. Para llevar a cabo estos análisis se seleccionaron únicamente aquellas medidas de resultados que podían considerarse directamente relacionadas con el

Tabla nº 2'

Magnitud del efecto en las comparaciones entre grupos de tratamiento y control diferenciando posttest y seguimiento

| Autor | Tratamiento | | Ne ^a | Nc ^b | Nmr ^c | d (Md) ^d | d (Rango) ^e |
|--------------------------------------|------------------------------|-------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------------|------------------------|
| Block (1978) | Educación Racional-Emotiva | Posttest | 16 | 8 | 3 | 2.75 | 2.24=5.23 |
| | | Seguimiento | 16 | 8 | 3 | 2.96 | 1.63=6.04 |
| | Relaciones Humanas | Posttest | 16 | 8 | 3 | 0.03 | -0.02=0.08 |
| | | Seguimiento | 16 | 8 | 3 | -0.43 | -0.56=0.02 |
| Botvin et al. (1989) | Habilidades Sociales | Posttest | 189 | 156 | 17 | 0.00 | 0.00=0.41 |
| Comas-Díaz (1981) | Terapia Cognitiva | Posttest | 8 | 10 | 4 | 2.09 | 0.93=2.54 |
| | Terapia Comportamental | Posttest | 8 | 10 | 4 | 1.76 | 1.06=2.13 |
| Comas-Díaz & Duncan (1985) | Entrenamiento en Asertividad | Posttest | 22 | 7 | 1 | 0.70 | == |
| Costantino, Malgady, & Rogier (1985) | Cuentos Adaptados | Posttest | 50 | 50 | 13 | 0.00 | 0.00=0.61 |
| | | Seguimiento | 45 | 45 | 13 | 0.00 | 0.00=0.52 |
| | Cuentos Originales | Posttest | 50 | 50 | 13 | -0.12 | -0.39=0.26 |
| | | Seguimiento | 45 | 45 | 13 | 0.00 | 0.00=0.36 |
| | Terapia de Arte y Juego | Posttest | 50 | 50 | 13 | -0.08 | -0.25=0.57 |
| | | Seguimiento | 45 | 45 | 13 | 0.00 | 0.00=0.26 |
| Costantino, et al. (1989) | Modelamiento Héroe/Heroína | Posttest | 61 | 29 | 4 | 0.00 | 0.00=0.38 |
| Figuroa-Torres & Pearson (1979) | Aprendizaje Estructurado | Posttest | 30 | 30 | 4 | 0.98 | 0.00=1.41 |
| | | Seguimiento | 30 | 30 | 4 | 0.98 | 0.00=1.41 |

Tabla nº 2 (continuación)

| Autor | Tratamiento | | Ne ^a | Nc ^b | Nmr ^c | d (Md) ^d | d (Rango) ^e |
|---|--------------------------------|-------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------------|------------------------|
| Morgan (1975) | Refuerzo Material y Social | Posttest | 23 | 24 | 1 | 0.87 | == |
| | Refuerzo material | Posttest | 23 | 24 | 1 | -0.59 | == |
| | Refuerzo social del maestro | Posttest | 22 | 24 | 1 | -0.82 | == |
| Naun (1971) | Terapia Centrada en el Cliente | Posttest | 9 | 10 | 7 | 0.08 | -0.81=1.24 |
| | Terapia de Realidad | Posttest | 11 | 10 | 7 | -0.03 | -0.49=0.70 |
| Prieto-Bayard & Baker (1986) | Comportamental | Posttest | 7 | 11 | 7 | 0.00 | 0.00=2.06 |
| Ramirez-Boulette (1976) ^f | Ensayo Comportamental | Posttest | 14 | 14 | 5 | 0.47 | 0.47=0.48 |
| Szapocznik et al. (1983) ^f | Familiar con una Persona | Posttest | 19 | 18 | 37 | 0.16 | -0.89=0.76 |
| | | Seguimiento | 12 | 12 | 17 | 0.32 | -0.18=0.94 |
| Szapocznik, Rio, et al. (1986) ^f | Efectividad Bicultural | Posttest | 16 | 15 | 18 | 0.00 | 0.00=0.92 |
| Szapocznik, Santisteban, et al. (1989) | Efectividad Familiar | Posttest | 40 | 39 | 22 | 0.00 | 0.00=0.54 |
| Szapocznik, Rio, et al. (1989) | Terapia Familiar Estructural | Posttest | 26 | 17 | 29 | 0.00 | 0.00=0.59 |
| | | Seguimiento | 23 | 14 | 29 | 0.00 | -0.43=0.44 |
| | Individual Psicodinámica | Posttest | 26 | 17 | 29 | 0.00 | -0.44=0.54 |
| | | Seguimiento | 21 | 14 | 29 | 0.00 | -0.91=0.14 |

Notas. ^aNúmero de casos en el grupo experimental. ^bNúmero de casos en el grupo control. ^cNúmero de medidas de resultados combinadas. ^dMediana de la magnitud del efecto al comparar grupos de tratamiento con controles. ^eValor mínimo y máximo de la magnitud del efecto dentro de cada estudio. ^fLa magnitud del efecto corresponde a comparaciones entre dos grupos de tratamiento.

tratamiento o que habían sido construidas expresamente para determinar sus efectos. Los análisis excluyendo variables no relacionadas específicamente con el tratamiento produjeron básicamente los mismos resultados que los obtenidos en aquellos incluyendo todas las variables.

DISCUSION

En primer lugar, es de destacar el limitado número de estudios identificados que han sido llevados a cabo en los Estados Unidos y que tienen como objetivo el análisis de la efectividad de las psicoterapias con poblaciones predominantes de origen latino. No se descarta la posibilidad de que deficiencias en las estrategias para la identificación y localización de los estudios pueden ser responsables de la omisión en esta revisión de otros trabajos relevantes. Sin embargo, consideramos que hay que tomar este resultado junto con otras llamadas de atención sobre la necesidad de potenciar los servicios de salud mental accesibles a la población latina en los Estados Unidos y de mejorar nuestro conocimiento sobre la efectividad de estos servicios (Comas-Díaz & Griffith, 1988; Cortese, 1979; Hall, 1977; Padilla & Lindholm, 1984). La mayoría de los trabajos incluidos en esta revisión enfatizan esta necesidad de evaluar la eficacia de las terapias y constituyen esfuerzos por implementar terapias apropiadas a las características culturales propias de la población hispana, incluyendo el hecho de que al menos el 57.1% de las terapias se aplicaron en español.

Dentro de los estudios revisados, llama la atención el escaso número de trabajos referidos específicamente a la población méjico-americana ya que según los datos del censo de 1989 en los Estados Unidos, el 62.6% de los hispanos procede originalmente de Méjico, el 12.7% de América Central y del Sur, el 11.6% de Puerto Rico y el 5.3% de Cuba (Bureau of the Census, 1991). En nuestra revisión sólo dos estudios especifican que tratan en su mayoría a individuos de origen mejicano, mientras que 6 se centran en poblaciones predominantemente puertorriqueñas y 4 cubanas. Este efecto está relacionado con las áreas en que las correspondientes investigaciones han sido llevadas a cabo. Así, 7 de ellas fueron realizadas en el área de Nueva York en la cual residen la mayoría de los puertorriqueños, 4 en Florida en donde viven la mayoría de los cubanos (Booth, Castro & Anglin, 1990), mientras que sólo 2 trabajos han sido elaborados en California y ninguno en Texas, estados donde la mayoría de los latinos residentes en ellos son de procedencia mejicana. Esto no quiere decir, sin embargo, que la investigación sobre la eficacia de la psicoterapias con Latinos sea prácticamente inexistente en estos estados. No hay que perder de vista que los resultados que presentamos aquí están limitados a estudios de naturaleza experimental o quasi-experimental en que se distinguen al menos dos grupos de tratamiento entre los que se pueden establecer comparaciones.

Con respecto a la magnitud del efecto, si tomamos en cuenta únicamente los estadísticos correspondientes a comparaciones entre aquellos tratamientos

experimentales hipotetizados como más eficaces por los autores, comparados con los correspondientes grupos control de no tratamiento, lista de espera o placebo, la mediana de la magnitud del efecto es del orden de 0 en 7 de los 12 los casos. La cuantía de la magnitud del efecto está relacionada con el número de medidas de resultados utilizadas. Aquellos estudios que utilizan un mayor número de medidas indican a su vez un mayor número de casos en que las comparaciones entre grupos experimentales y de control no son significativas. Estos resultados no pueden explicarse por el hecho de que estudios con mayor número de medidas de resultados incluyen una serie de medidas dependientes no relacionadas directamente con los objetivos del tratamiento. Alternativamente podría darse el caso de que las medidas de resultados presentadas en informes con un número menor de variables dependientes representarían una selección llevada a cabo por los autores del informe entre todas las medidas utilizadas en el estudio. Recordemos que en esta revisión se calculó la magnitud del efecto para todas las medidas de resultados presentadas en las publicaciones correspondientes y que la variación dentro de un mismo estudio es muy alta. No puede descartarse que esta variabilidad sea debida al procedimiento exhaustivo utilizado, dado el impacto que los criterios de selección de medidas de resultados tienen sobre los tamaños del efecto promedio en revisiones meta-analíticas (Matt, 1989). Por otro lado, los resultados obtenidos utilizando esta estrategia de selección de tamaños del efecto no dan la impresión de que los trabajos en que se producen resultados no significativos no son publicados (Rosenthal, 1979). De hecho, 5 de las estimaciones globales del tamaño del efecto que son nulas se encuentran en trabajos publicados en revistas de reconocido prestigio.

En la presente revisión no es posible determinar el impacto que las variables de terapeuta y otras variables no específicas de tratamiento tienen sobre la efectividad de las terapias. Esto se debe a que en los informes de investigación típicamente no se incluye información sobre este tipo de variables. Pero no es objetivo de este trabajo producir un estadístico global que exprese la efectividad de las psicoterapias en poblaciones de origen latino, con toda la complejidad que tanto el término "psicoterapia" como el término "latino" encierra. El propósito de este trabajo ha sido el analizar el status que de la investigación sobre este tema, indicando los resultados que los conocimientos actuales sobre la eficacia de las terapias son limitados por el escaso número de estudios de naturaleza experimental que han sido elaborados, pero no por la calidad de ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISION

- Block, J. (1978). Effects of a rational-emotive mental health program on poorly achieving, disrupting high school students. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 61-65.

- Botvin, G. J., Dusenbury, L., Baker, E., James-Ortiz, S. et al. (1989). A skills training approach to smoking prevention among Hispanic youth. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 279-296.
- Comas-Díaz, L. (1981). Effects of cognitive and behavioral group treatment on the depressive symptomatology of Puerto Rican women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 627-632.
- Comas-Díaz, L. & Duncan, J. W. (1985). The cultural context: A factor in assertiveness training with mainland Puerto Rican women. *Psychology of Women Quarterly*, 9, 463-475.
- Costantino, G., Malgady, R. G. & Rogler, L. H. (1984). Cuentos folkloricos as a therapeutic modality with Puerto Rican children. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 6, 169-178.
- Costantino, G., Malgady, R. G. & Rogler, L. H. (1985). *Cuento Therapy, Folktales as a culturally sensitive psychotherapy for Puerto Rican children*. Bronx, N.Y.: Fordham University, Hispanic Research Center.
- Costantino, G., Malgady, R. G. & Rogler, L. H. (1986). Cuento therapy: A culturally sensitive modality for Puerto Rican children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 639-645.
- Costantino, G., Malgady, R. G., Rogler, L. H. & Castillo, A. (1989). *Hero/heroine modeling for Puerto Rican adolescents: A preventive mental health intervention*. Trabajo presentado en el XXII Congreso Interamericano de Psicología, Buenos Aires, Argentina.
- Figueroa-Torres, J. & Pearson, R. E. (1979). Effects of structured learning therapy upon self-control of aggressive Puerto Rican fathers. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 1, 345-354.
- Malgady, R. G., Rogler, L. H. & Costantini, G. O. Culturally sensitive psychotherapy for Puerto Rican children and adolescents: A program of treatment outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 704-712.
- Morgan, R. R. (1975). An exploratory study of three procedures to encourage school attendance. *Psychology in the Schools*, 12, 209-215.
- Naun, R. J. (1971). Comparison of group counseling approaches with Puerto Rican boys in an inner city high school. *Dissertation Abstracts International*, 32, 742-743A.

- Prieto-Bayard, M. & Baker, B.L. (1986). Parent training for Spanish speaking families with a retarded child. *Journal of Community Psychology*, 14, 134-143.
- Ramirez-Boulett, T. (1976). *Determining needs and appropriate counseling approaches for Mexican-American women: A comparison of therapeutic listening and behavior rehearsal*. San Francisco: R and E. Research Associates.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F. H., Perez-Vidal, A. & Hervis, O. (1986). Conjoint versus one-person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person with drug-abusing adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 395-397.
- Szapocznik, J., Rfío, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Vazquez, A., Hervis, O., Posada, V. & Kurtines, W. (1989). Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Spanish boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 571-578.
- Szapocznik, J., Rfío, A., Perez-Vidal, A., Kurtines, W., Hervis, O. & Santisteban, D. (1986). Bicultural Effectiveness Training (BET): An experimental test of an intervention modality for families experiencing intergenerational/intercultural conflict. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 8, 303-330.
- Szapocznik, J., Santisteban, D., Rfío, A., Perez-Vidal, A. & Kurtines, W. M. (1989). Family Effectiveness Training: An intervention to prevent drug abuse and problem behaviors in hispanic adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 11, 4-27.

REFERENCIAS

- Booth, M. W., Castro, F. G. & Anglin, M. D. (1990). What do we know about Hispanic substance abuse?. En R. Glick & J. Moore (Eds). *Drugs in Hispanic Communities*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Bureau of the Census (1991). *Statistical abstracts of the United States, 1991*. Washington, DC: US Department of Commerce.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Comas-Díaz, L. & Griffith, E.E. (1988). *Cross-cultural mental health*. New York: John Wiley & Sons.
- Cortese, M. (1979). Intervention research with Hispanic Americans: A review. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 1, 4-20.

- Hall, D. C. (1977). *A review of the problem drinking behavior literature associated with Spanish-speaking population groups. Vol. III (SRI project URU-5580)*. Menlo Park, CA: Stanford Research Institute.
- Hedges, L. V. & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando: Academic Press.
- Marín, G., & Marín, B. V. (1991). *Research with Hispanic populations*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Martínez-Taboas, A. (1988). Son todas las psicoterapias igualmente activas?. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, 309-330.
- Matt, G. E. (1983). *Meta-Analyse deutschsprachiger Psychotherapieforschung*. Tesis de Maestría no publicada, Departamento de Psicología, Universidad de Freiburg, RFA.
- Matt, G. E., & Navarro, A. M. (1990). *Meta-analyses of the effectiveness of psychotherapy: Practice and improvement*. Paper presented at the American Evaluation Association Annual Meeting, Washington, D.C.
- Matt, G. E. (1989). Decision rules for selecting effect sizes in meta-analysis: a review and reanalysis of psychotherapy outcome studies. *Psychological Bulletin*, 105, 106-115.
- Meltzoff, J. & Kornreich, M. (1970). *Research in psychotherapy*. New York: Atherton Press.
- Navarro, A. M. (1990). Eficacia de las terapias psicológicas: Meta-análisis de estudios en países de habla hispana. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6, 87-99.
- Newton, F., Olmedo, E. L. & Padilla, A. M. (1982). *Hispanic mental health research: A reference guide*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Padilla, A. M. & Lindholm, K. J. (1984). Hispanic behavioral science research. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 6, 13-32.
- Pérez, A. (1975). La evaluación de las psicoterapias. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 7, 357-380.
- Rosenthal, R. (1979). The "file drawer problem" and tolerance for null results. *Psychological Bulletin*, 86, 638-641.
- Shadish, W. R. & Montgomery, L. M. (1986). *Manual for computing effect sizes*. Manuscrito no publicado facilitado por el primer autor. Memphis: Department of Psychology, Memphis State University, 38152.
- Shadish, W. R. & Montgomery, L. M. (1986). *Marital/Family Therapy Meta-Analysis Coding Manual (versión 4.1)*. Manuscrito no publicado facilitado por el primer autor. Memphis: Department of Psychology, Memphis State University, 38152.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Vazquez-Ruiz, F. (1985). *Bibliografía Puertorriqueña de Psicología: Listado de tesis de maestría y doctorado de las Escuelas Graduadas de la Universidad de Puerto Rico, del Centro de Estudios Postgraduados y de la Universidad Interamericana*. Río Piedras, PR: Universidad de Puerto Rico.

ASSESSING CHANGE IN CHILD PSYCHODYNAMIC FUNCTIONING IN TREATMENT OUTCOME STUDIES: THE PSYCHODYNAMIC CHILD RATINGS

José Szapocznik
Arturo T. Rio
Edward Murray
University of Miami

Raysa Richardson
Florida International University

Martha Alonso
Miami, Florida

William Kurtines
Florida International University

ABSTRACT

The Psychodynamic Child Ratings were designed for use in evaluating the effect of psychodynamic child therapy as well as other child therapies on a child's psychodynamic functioning. The eight rating scales developed are: Psychosexual Development, Intellectual Functioning, Ego Functioning, Self-Concept, Aggression Control, Emotional Adjustment, Family Relations and Peer Relations. Ratings on these scales are based on a psychodynamic test battery. The ratings are summed to obtain a Total psychodynamic functioning score as well as scores on two factorially derived scales: Interpersonal and Intrapersonal functioning. Evidence for the inter-rater reliability, internal consistency, and validity is presented.

This research project was supported in part by Grant #34821 from the National Institute of Mental Health to the University of Miami. Jose Szapocznik was Principal Investigator.

Raquel Cohen and Ramona Abed provided case consultation. Hector Gonzalez assisted with inter-rater reliability. Ana Rivas Vasquez and Vivian Posada provided input into the formulation of the Psychodynamic Child Ratings dimension.

Correspondence concerning this article should be addressed to Jose Szapocznik, Spanish Family Guidance Center, Department of Psychiatry, University of Miami, 1425 N.W. 10 Avenue, Miami, Florida 33136

RESUMEN

La Evaluación Infantil Psicodinámica es un procedimiento diseñado para evaluar los efectos de la psicoterapia infantil psicodinámica, así como otras terapias infantiles, en el funcionamiento psicodinámico del niño. Las ocho escalas desarrolladas fueron: Desarrollo Psicosexual, Funcionamiento Intelectual, Funcionamiento del Ego, Auto-Concepto, Control de la Agresión, Ajuste Emocional, Relaciones Familiares y Relaciones con Compañeros. Las evaluaciones en estas escalas están basadas en una batería de pruebas psicodinámicas. Las evaluaciones son sumadas para obtener una calificación global de funcionamiento psicodinámico así como calificaciones en dos escalas derivadas factorialmente: Funcionamiento Interpersonal y Funcionamiento Intrapersonal. Se presenta evidencia de confiabilidad entre evaluadores, consistencia interna y validez.

INTRODUCTION

The research literature appears to suggest that psychodynamic child therapy is less effective than other forms of child treatment (Barrett, Hempe & Miller, 1978; Kovacs & Paulauskas, 1986; Weisz, Weiss, Alicke & Klotz, 1987). However, the outcome measures used in these studies have focused primarily on symptomatic and behavioral changes rather than psychodynamic processes. Barrett et al. (1978) argue cogently for the need for an assessment procedure that measures the psychological functioning of the child in a psychodynamically meaningful way in order to make a fair evaluation of psychodynamic child therapy.

In our psychotherapy outcome research with Hispanic populations (Szapocznik, Kurtines, Santisteban & Rio, 1990; Szapocznik, Rio & Kurtines, 1991) we have addressed the challenge of obtaining theoretically appropriate measures (cf. Kazdin, 1986) to evaluate the impact of theoretically based treatment modalities. In a recent study (Szapocznik, Rio, Murray, Cohen, Scopetta, Rivas Vasquez, Hervis & Posada, 1989), we compared the impact of child psychodynamic psychotherapy with structural family therapy and a control condition in a sample of latency age Hispanic boys. As part of this major study, we developed for each of the two theoretical conditions a theoretically based measure of treatment outcome. The work relevant to the structural family therapy modality has been reported elsewhere (Szapocznik, Rio, Hervis, Behar-Mitrani, Kurtines & Faraci, 1991). The purpose of this article is to describe a standardized procedure that we developed to evaluate changes in child psychodynamic functioning in Hispanic boys undergoing treatment.

In reviewing the relevant literature, we were able to identify one promising pioneering attempt at child psychodynamic assessment by Heinicke (1969; Heinicke & Ramsey-Klee, 1986). Based on Anna Freud's (1962; 1963, 1965) Diagnostic Profile, Heinicke's procedure involves writing a diagnostic profile based on interviews with the child, parents, and teachers, an extensive battery of objective and projective tests, and summaries of therapy process. This information is then used to make 45 ratings on ten point scales such as level of ego integration and libidinal development. Research with this procedure, while based on small

samples and lacking control groups, has been encouraging in showing more dynamic change with increasingly intensive therapy. On the other hand, Heinicke's method is time consuming and complex, and yields a large number of variables (i.e. 45), limiting its potential for use in outcome studies with small samples. The Psychodynamic Child Ratings (PCRs), while developed independently, may be viewed as having similar goals as Heinicke's approach. However, it is somewhat simpler to use, it provides a rating manual, and it is organized to yield a smaller number of theoretically relevant dimensions.

In conceiving the PCRs, we sought to parallel as closely as possible the procedure used by clinical psychologists in arriving at a dynamic formulation. In most dynamically oriented child clinics, psychodynamic formulations are heavily influenced by the psychological report based on a relatively short battery of psychological tests and interviews with the child and parent. Of course, a qualitative report does not readily lend itself for the type of statistical analyses used in most outcome psychotherapy research. For this reason, the PCRs was developed to yield quantitative ratings on a limited number of dynamically relevant quantitative dimensions, based on a relatively short battery of tests and child/parent interviews.

The dimensions used for the PCRs were identified by the project's psychodynamic team following a thorough review of the relevant literature. The team was comprised of two therapists committed to the psychodynamic approach and with over ten years of clinical experience; two psychodynamically oriented psychodiagnosticians, one of whom had over ten years of clinical experience and over 1000 psychodiagnostic assessments; and a senior psychotherapy researcher familiar with psychodynamic theory, therapy and assessment. Eight dimensions considered important to psychodynamic functioning of the child were identified: 1) Psychosexual Development; 2) Intellectual Functioning; 3) Ego Functioning, 4) Self-Concept, 5) Aggression Control, 6) Emotional Adjustment, 7) Family Relations, and 8) Peer Relations. After defining these dimensions of child/psychodynamic functioning, a psychological battery was selected to provide the information needed for the ratings.

THE PSYCHODYNAMIC CHILD RATINGS

The Assessment Battery

The Psychodynamic Child Ratings (PCRs) are obtained from an abbreviated, standardized psychological battery administered by an experienced child examiner with a doctorate in clinical psychology. The assessment battery includes the following instruments:

1) *WISC-R*: Five subtests are administered, two Verbal (Similarities and Comprehension) and three Performance (Picture Completion, Picture Arrangement and Block Design). Scaled scores are obtained for each of the five subtests and the

examiner obtains estimated Verbal, Performance and Total Intelligence scores by pro-rating (Wechsler, 1974; Cooper, 1982).

2) *Bender Gestalt*: The examiner administers the nine designs of the Bender Visual Motor Gestalt Test and scores the number of errors in order to obtain a visual perceptual age range. The type and significance of errors are noted, as well as significant emotional indicators (Hutt & Briskin, 1960; Koppitz, 1975).

3) *The House-Tree-Person Test*: The House-Tree-Person Test (administered as three separate drawings) is interpreted using the guidelines proposed by Jolles (1971), Buck (1981), and Wenck (1984).

4) *Kinetic Family Drawing*: The Kinetic Family Drawing is interpreted using the guidelines developed by Burns (1982) and Di Leo (1983).

5) *Kinetic Peer Drawing*: The Kinetic Peer Drawing is interpreted according to guidelines developed by one of the authors, Dr. Martha Alonso, and is analogous to those used with the Kinetic Family Drawing.

6) *Thematic Apperception Test*: Card 1 (child and violin), Card 4 (man and woman), Card 7BM (older and younger men) and Card 17BM (man and rope) are administered. The Thematic Apperception Test is interpreted using the guidelines provided by Schneidman (1951) and Bellak (1971).

7) *Child Interview*: The examiner asks the *child* the following questions: What things do you like to do most? What things make you happy? What things make you sad? What things make you angry? What do you do when you are angry? How do you get along with your friends? If you could have three wishes come true, what would they be?

8) *Parent Interview*: In addition to the child assessment and interview, the examiner meets briefly with the parent(s). The examiner asks *parent(s)* the following questions: Is he having any problems at school in terms of academic and social adjustments? How does he get along with other children? How does he express anger at home? How does he express anger with peers? The examiner may also ask parent(s) additional questions to clarify fantasy material in protocols and/or cross-validate information provided by the child or inferred by the examiner.

The Ratings

The examiner uses the information obtained from the battery outlined above to determine each child's position in relation to the eight dimensions considered relevant to psychodynamic functioning. A manual has been developed (Szapocznik, Rio, Richardson, Alonso and Murray, 1986) — available from the first author — providing instructions and examples for transforming the qualitative data into ratings along each of the eight dimensions. Each of the eight dimensions of child functioning are rated along item-scales ranging from "1" (very poor functioning) to "5" (very good functioning). The entire procedure of testing, interviewing, scoring, and rating generally takes from two to three hours.

Eight Dimensions of Child Psychodynamic Functioning

Each of the eight PCRs dimensions is comprised of subcategories. Both the dimensions as well as the subcategories that comprise them are conceived as continuous variables ranging over a five-point Likert scale. In developing the rating for each dimension, the child's standing on each of the subcategories for that dimension is considered. The first dimension, Psychosexual Development, will be presented in detail for illustrative purposes. The remaining seven dimensions will be described briefly afterwards.

1. *Psychosexual Development*

This dimension measures the degree of fixation at or regression to the early stages (oral, anal, phallic) of development as compared to expected social compliance at age level. This dimension includes six subcategories: a) mother dependency; b) overall stage of development; c) father relations; d) masculine identification; e) body image; and f) predominance of defense mechanisms. These variables are scored in terms of appropriateness to age level. The projective techniques are the major sources of data for these variables although behavior during the testing situation is also taken into account.

Scoring:

The Psychosexual Development dimension is described in more detail to provide the reader with an illustration of how the subcategories are operationalized, and the type of anchors that are used in making the Psychodynamic Child Ratings. Table 1 presents a summary of the levels of functioning by subcategory for the Psychosexual Development dimension. Table 2 presents the actual anchors used by the raters in assigning the level of functioning by subcategory for the Psychosexual development dimension.

To obtain a rating on the Psychosexual Development Dimension, the ratings provided for each of the subcategories are added and divided by the number of subcategories, and the number obtained is rounded off to the closest integer. The same averaging procedure is used to obtain the rating for each of the PCRs dimensions.

2. *Intellectual Functioning*

Intellectual Functioning includes the following subcategories: a) reasoning, both verbal and non-verbal; b) visual-motor development; c) attention and concentration, and d) use of speech. Although the pro-rated Total WISC-R score is the single most important factor in contributing to the rating, the score from the

Bender Gestalt and the examiner's observation of the child's behavior during the testing situation also contribute to the final rating. A detailed discussion is presented in the PCR's manual (Szapocznik, et al., 1986) specifying guidelines for how to evaluate the contribution of each of the measures in the assessment battery to the final rating of intellectual functioning as well the other 7 dimensions of the PCRs.

3. Ego Functioning

Ego functioning refers to the child's ability to process information and react adaptively in both the personal and social worlds. The three subcategories considered include: a) reality perception - reality testing; b) object relations, and c) adaptation, including types of defenses and coping mechanisms. The projective tests, the TAT and the several drawings are the chief basis for rating this scale, although behavior on the WISC- R and general observations also contribute.

4. Self Concept

Self concept is defined as the process by which the child regards himself, how much strength he attributes to himself and to his capacity to solve problems. It also refers to his perception, judgement and evaluation of self in relation to his qualities, abilities, achievements and test performance. The subcategories assessed include: a) timidity; b) assurance; c) estimation of self; d) body image (physical self-concept); and e) mirror image (the child's perception of how others view him/her). The most concrete sources of information for judging the self- concept dimension come from the TAT and drawings. However, the child's self-references and behavior during the evaluation session are also important.

5. Aggression Control

This dimension assesses the child's ability to control his aggressive impulses and the degree to which overt as well as covert aggressive behavior is manifested by the child during the testing situation. This dimension includes the following subcategories: a) aggressive behavior; b) passive- aggressiveness; and c) aggressive fantasy. For the first two aspects of aggression control, the child's actual behavior during the testing situation is of great importance. Impulsive behavior on the Bender Gestalt and projective drawings are of particular importance. In addition, the interviews with the child and parent are used as cross-validation. For the aggressive fantasy variable, the TAT and projective drawings material is given considerable weight.

6. *Emotional Adjustment*

This dimension assesses the child's expression and projection of emotional feelings and reactions. The subcategories assessed are: a) range of emotional expression; b) type and level of intensity of emotional reactions; and c) the extent to which emotions are projected in fantasy. Again, the child's emotional behavior throughout the testing situation and the material from the projective tests are the basis for rating this dimension.

7. *Family Relations*

The Family Relations dimension takes into consideration the extent to which the child's emotional needs are met by the family and whether the child is able to meet the needs of other family members. This is a child focused and not a family focused rating, in the sense that it measures the child's role, position and function within the family and/or in relation to the family but not necessarily how the family functions as a unit. The subcategories assessed are: a) distance between the child and other family members; b) dependency-autonomy; c) the child's level of oppositional-negativistic behavior toward other family members; and d) characteristics attributed to parents. The most important source of data in this dimension is the Kinetic Family Drawing, followed by the TAT.

8. *Peer Relations*

This dimension assesses the child in relation to his peers. More specifically, it assesses: a) ability to share and to accept losing; b) the conflictual level of peer relations, namely the degree to which fighting and argumentation is involved in the child's relations with peers; c) the extent to which the child feels the need to take a leadership role, be in control of his peers, controlled by them, or relegated to a subservient position; and d) the child's peer orientation — the desire to have and actually maintain age-level friendships. This dimension is assessed primarily with the Peer Kinetic Drawing with additional observations from the Comprehension subtest of the WISC-R and the TAT. Interview material from the child and mother is used for corroboration.

Total Score

In addition, for use as a measure of psychotherapy research outcome, a Total Score is obtained by summing the ratings for each of the eight dimensions.

Psychometric Properties

Data from a study comparing individual psychodynamic child therapy with family therapy and a control condition (Szapocznik, Rio, Murray et al., 1989) provided the opportunity to obtain preliminary findings with respect to the psychometric properties of the PCRs. In that study, 69 latency age boys of Hispanic heritage were assessed with the PCRs, as well as other measures, before and after therapy. The results are described below.

Internal Structure

Intercorrelations among the eight dimensions for the 69 subjects are presented in Table 1. These coefficients ranged from $-.07$ to $+.47$. Twenty-two of the twenty-eight correlations were significant at the $.05$ level or better. The only negative correlation was not significant.

IA principal components factor analysis with varimax rotation yielded two factors with eigenvalues greater than one (Table 2). The first factor, with an eigenvalue of 3.01, accounted for 37.7% of the variance. The scales with factor loadings of greater than $.50$ on this factor were: Peer Relations (.82), Family Relations (.68), Self-Concept (.56), Emotional Adjustment (.55), and Aggression Control (.50). This factor was named *Interpersonal* and represents the child in relation to his social world, including the social self.

The second factor, with an eigenvalue of 1.29, accounted for 16.2% of the variance. The scales with factor loadings of greater than $.50$ on this factor were: Intellectual Functioning (.79), Ego Functioning (.73), and Psychosexual Development (.60). This factor was named *Intrapersonal* and represents internal cognitive-affective developmental processes.

Inter-Rater Reliability

Since the experimental design of the study did not allow for the child to complete the assessment procedure a second time, except after therapy when changes were expected, the following method was employed to assess inter-rater reliability. Twenty one assessments were randomly selected for videotaping. Approximately half of these were assessments done before therapy and half after therapy. A second rater then watched the videotapes of the assessment procedure done by the first rater and was provided with the raw testing materials but not the original ratings or rating forms. This second rater then made independent ratings. This procedure for obtaining inter-rater reliabilities has advantages and disadvantages. The primary advantage is that it assesses agreement between two raters, exposed to the identical set of child responses, in following the guidelines

Table 1
Intercorrelation of PCR Scale

| | Intellectual Functioning | Ego Functioning | Self Concept | Aggression Control | Emotional Adjustment | Family Relations | Peer Relations | Psychosexual Development |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------------|
| Intellectual Functioning | | | | | | | | |
| Ego Functioning | .41 (.001) | | | | | | | |
| Self Concept | .22 (.08) | .30 (.01) | | | | | | |
| Aggression Control | .20 (.05) | .08 (.26) | .28 (.01) | | | | | |
| Emotional Adjustment | .29 (.01) | .34 (.002) | .56 (.000) | .36 (.001) | | | | |
| Family Relations | .14 (.12) | .32 (.004) | .28 (.01) | .26 (.02) | .32 (.004) | | | |
| Peer Relations | .07 (.29) | .04 (.38) | .32 (.004) | .18 (.07) | .25 (.02) | .44 (.000) | | |
| Psychosexual Development | .30 (.004) | .39 (.000) | .47 (.000) | .39 (.000) | .35 (.002) | .16 (.09) | .23 (.03) | |

Table 2
 Factorial Structure of the Psychodynamic
 Child Ratings: Loadings on two factors
 (n=68)

| Psychodynamic Scale | Factor I (Interpersonal) ($e = 3.01$) | Factor II (Intrapersonal) ($e = 1.29$) |
|--------------------------|---|--|
| Intellectual Functioning | -.07 | .79 |
| Ego Functioning | .12 | .73 |
| Self Concept | .56 | .45 |
| Aggression Control | .50 | .30 |
| Emotional Adjustment | .55 | .40 |
| Family Relations | .68 | .11 |
| Peer Relations | .82 | -.20 |
| Psychosexual Development | .39 | .60 |
| Total Variance | 37.7% | 16.2% |

set forth by our manual (Szapocznik, Rio, et al., 1986). The primary disadvantage is that it does not represent two fully independent administrations of the PCRs.

The inter-rater reliability data were analyzed with the intra-class correlation method (Lahey, Downey, and Saal, 1983). The inter-rater reliability for the Total PCRs scores was .82 ($P < .001$); for the interpersonal factor .67 ($p < .01$); for the intrapersonal factor .80 ($p < .001$); and for the individual scales, which would not be expected to have as high a reliability, inter-rater reliabilities ranged from .38 to .73, averaging .56 (Table 3).

Internal Consistency

Internal consistency was evaluated by Cronbach's alpha (1970). The alpha for the total PCRs was .81. The alpha for each of the factor scores was .93.

Validity

As part of the large scale treatment study for which the PCRs were developed, we did not plan a priori to conduct a validity study. However, as we examined the findings from that study we were struck by the consistency with which the PCRs behaved as might have been expected. We present this information as preliminary evidence for the validity for the PCRs.

Table 3
 Inter-rater Correlations for the Psychodynamic Child Ratings
 (n=21)

| Scale | Intraclass correlation coefficient | p< |
|--------------------------|------------------------------------|------|
| Intellectual Functioning | .73 | .001 |
| Ego Functioning | .56 | .05 |
| Self Concept | .64 | .01 |
| Aggression Control | .40 | .05 |
| Emotional Adjustment | .38 | .05 |
| Family Relations | .46 | .05 |
| Peer Relations | .67 | .01 |
| Psychosexual Development | .65 | .01 |
| Interpersonal Factor | .67 | .01 |
| Intrapersonal Factor | .80 | .001 |
| Total Score | .82 | .001 |

Sensitivity to changes attributed to therapy

The PCRs proved to be a sensitive measure of change in the outcome study by Szapocznik, Rio, Murray et al. (1989). In this study, both family therapy and psychodynamic child therapy showed improvement from pre- to post-therapy on therapist ratings, parent ratings and child self reports. In addition, the Total PCRs score, both factor scores, and seven of the eight dimensions showed significant improvement from pre- to post-therapy. The intellectual functioning scale did not yield significant pre-post changes. This reflects the fact that the sample was already functioning at or above average levels at intake due to screening-out of cases with mental, sensory and/or motor retardation. Furthermore, these improvements as a result of therapy were maintained at a one year follow-up.

The PCRs data showed that psychodynamic child therapy was as effective as family therapy. The results also suggest that family therapy, which was shown to be effective by other measures, also produced psychodynamic changes in the child. In the Szapocznik, Rio, Murray, et al. (1989) study, PCRs changes occurred as a result of both structural family and child psychodynamic interventions. The investigators concluded that the pattern of improvements as a result of treatment interventions appeared to be consistent with the assumptions that psychodynamic

changes underlie changes in symptomatic behavior; whereas the pattern of changes as a result of treatment interventions *did not* appear to be consistent with parallel assumptions about the relationship between structural family functioning and symptomatic relief (Szapocznik, Kurtines, et al., 1990). These findings were further corroborated through multiple regression analyses investigating the mediating role of child psychodynamic and structural family changes on symptom improvement (McIntosh, 1992).

Concurrent Validity

A study of the concurrent validity of the PCRS was not initially planned. In fact, because the PCRS was designed to tap variables not directly measured by behavioral and self-report inventories, it was not expected to demonstrate high concurrent relationships. Nevertheless, modest relationships were expected with some of the other measures included in the study. All the significant ($p \leq .05$) correlations are reported in Table 4.

The *WISC-R* and the *Bender Gestalt* were administered by the examiner. Other measures obtained independently from the PCRS were: (1) two mother-reported measures of behavior problems in children, the *Revised Behavior Problem Checklist* (RBPC; Quay and Peterson, 1987), and the *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach and Edelbrock, 1983). The RBPC yields six scale scores (Conduct Disorder, Socialized Aggression, Attention Problems, Anxiety Withdrawal, Psychotic Behavior, and Motor Excess). Three scale scores of the CBCL were obtained: Total, Internalizing, and Externalizing scores. (2) An interactional measure of family functioning, the *Structural Family Systems Ratings* (Szapocznik, Rio, Hervis, et al., 1991) provides a Total family functioning score as well as six scale scores (Structure, Flexibility, Resonance, Developmental Stage, Identified Patienthood and Conflict Resolution). The measure is based on families performing three interactional tasks. (3) *The Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1983) provides a global estimate of depression.

It is noteworthy that all relationships obtained between PCRS dimensions and behavioral or self-report measures (reported in Table 6) were in the expected direction, with poorer scores in the PCRS reflected in greater levels of dysfunction in the Bender-Gestalt, the RBPC, the CBCL, the Structural Family Systems Ratings and the CDI. The strong showing for the CBCL Externalizing and RBPC Conduct Disorder scales reflect the fact that fully 68% of the children in the sample could be classified as closer to externalizing than internalizing.

DISCUSSION

Progress in child psychotherapy research depends upon the availability of adequate measures. There is a particular need for measures that can be used to

Table 4
 Pearson Correlation between PCRs Dimensions
 and Behavioral and Self-report Measures

| PCRs dimension | Other variables | r | p< |
|--------------------------|----------------------------|------|------|
| Intellectual Functioning | WISC-R Total | .65 | .001 |
| | WISC-R Performance | .61 | .001 |
| | WISC-R Verbal | .54 | .001 |
| | Bender/# errors | -.31 | .01 |
| | Bender/Visual Percept. Age | .32 | .01 |
| Ego Functioning | RBPC Cond. Disorder | -.22 | .05 |
| | Total CDI | -.20 | .05 |
| Self Concept | CBCL Externalizer | -.39 | .001 |
| | RPBC Conduct. Disorder | -.23 | .05 |
| Aggression Control | CBCL Total | -.37 | .01 |
| | CBCL Externalizer | -.46 | .001 |
| | RBPC Conduct. Disorder | -.30 | .01 |
| Emotional Adjustment | CBCL Externalizer | .39 | .001 |
| | CDI Total | -.20 | .05 |
| | SFSR Developmental Stage | .29 | .01 |
| | SFSR Resonance | .24 | .05 |
| Family Relations | SFSR Total | .28 | .01 |
| | SFSR Structure | .29 | .01 |
| | SFSR Devel. Stage | .29 | .01 |
| | SFSR Resonance | .24 | .05 |
| | CBCL Total | -.21 | .05 |
| | CBCL Internalizer | -.26 | .05 |
| Peer Relations | RBPC Conduct. Disorder | -.24 | .05 |
| | SFSR Developmental Stage | .33 | .05 |
| | SFSR Resonance | .23 | .05 |
| | SFSR Structure | .22 | .05 |
| | RBPC Conduct Disorder | -.21 | .05 |
| Psychosexual Development | RBPC Motor Excess | -.23 | .05 |
| | CBCL Externalizer | -.25 | .05 |
| | RBPC Conduct Disorder | -.24 | .05 |
| | Bender/Visual Percep.Age | .30 | .01 |

evaluate theoretically based interventions. This is clearly the case for measures that can be used to evaluate child psychodynamic interventions. The PCR is a psychodynamically meaningful measure that appears to be useful in evaluating outcome for psychodynamic and other forms of child therapy with Hispanic boys.

The intent in developing the PCRs was to construct a measure that parallels as closely as possible the usual approach employed by psychodynamically-oriented psychologists. Thus, the approach that we selected combined the use of a standardized battery of measures that are frequently used in these evaluations, with the clinical judgments that typically occur in taking data obtained through these tests and transforming these data into a qualitative report on the child's psychodynamic functioning.

The initial step was to determine the important dimensions that our psychodynamic team believed should be evaluated as a function of treatment outcome. A second crucial step was to identify the subcategories that define functioning within each of the eight dimensions. Once the areas of theoretical interest had been identified, a standardized battery of tests was selected which in the opinion of our psychodynamic team was representative of what the field would use in obtaining data from which to extract information relevant to these dimensions of functioning. Perhaps the most challenging aspect of the work, however, was the thousands of person-hours that went into clarifying and operationalizing the way in which our psychodynamically-oriented child psychologists made clinical judgments based on the data obtained from the standardized test battery. That is, how data obtained from the standardized battery of tests are used to extract information that is relevant to psychodynamic functioning. The second most challenging aspect of the work was to scale the clinical interpretation of findings into a quantitative set of anchors for the PCR dimensions. The result of this work is reported in a manual that is available from the senior author.

Because our initial intent was to fill a need for our particular study, we did not plan extensive psychometric studies of the PCRs. In our initial plans, the bulk of our planned effort went into the development of the dimensions, their subcategories, and the operationalization of data into quantitative ratings. Nevertheless, the data from the large scale psychotherapy research study did provide meaningful preliminary evidence for the reliability and validity of the measure. These data are very preliminary because to date they have only been used in one study, and the administration of the PCRs was conducted by one small team. Our hope would be that we would encourage further work in the field in the development of evaluative procedures that would be sensitive to child psychodynamic psychotherapy, and that our work with the PCRs could provide a footing from which other studies could be launched.

The PCR provides a measure that could be included in studies which aim to assess psychodynamic changes in children as a result of psychotherapy. Without the PCR, or a comparable measure, the current view that research showing that psychodynamic child therapy is relatively ineffective seems questionable.

REFERENCES

- Barrett, C.L., Hampe, I.E., & Miller, L. (1978). Research on psychotherapy with children. In S. L. Garfield and A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Bellak, L. (1974). *The T.A.T., C.A.T., and S.A.T. in clinical use*. New York: Grune and Stratton.
- Buck, J.N. (1981). *The House-Tree-Person techniques* (Revised Manual). Los Angeles: Western Psychological Services.
- Burns, R.C. (1982). *Self-growth in families: Kinetic family drawings (KFD) research & application*. New York: Brunner/Mazel.
- Cronbach, L.J. (1970). *Essentials of psychological testing* (3rd ed.). New York: Harper and Row.
- Cooper, S. (1982). *Clinical use and interpretation of the WiSC-R*. Springfield: Charles Thomas.
- DiLeo, J.H. (1983). *Interpreting children's drawings*. New York: Brunner/Mazel.
- Freud, A. (1965). *Normality and Pathology of Childhood*. New York: International Universities Press.
- Heinicke, C.M. (1969). Frequency of Psychotherapeutic session as a factor affecting outcome: Analysis of clinical ratings and test results. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 533- 560.
- Heinecke, C.M. & Ransey-Klee, D.M. (1986). Outcome of child psychotherapy as a result of function of session. *American Journal of Child Psychiatry*, 25, 247-253.
- Hutt, M.L., & Briskin, G.S. (1960). *The clinical use of the revised Bender Gestalt Test*. New York: Grune and Stratton.
- Jolles, I. (1971). *A catalog for the qualitative interpretation of the House-Tree-Person* (Revised). Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kazdin, A.E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 95-105.
- Koppitz, E.M. (1975). *The Bender Gestalt Test for young children* (Vol. 1). New York: Grune and Stratton.
- Kovacs, M. (1983). The interview schedule for children (ISC): Interrater and parent-child agreement. (Unpublished manuscript).
- Kovacs, M., & Paulauskas, S. (1986). The traditional psychotherapies. In H. C. Quay & J.S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood*. New York: Wiley and Sons.
- Lahey, A.L., Downey, R.G., & Saal, F.E. (1983). Intraclass correlations: There's more there than meets the eye. *Psychological Bulletin*, 93, 586-595.
- McIntosh, S. (1992). *Structural family therapy vs. individual child psychodynamic therapy: Mediating variables and symptoms reduction in a clinical sample of Hispanic boys*. Doctoral Dissertation, University of Miami, Coral Gables, Florida.

- Schneiderman, E.S. (1951). *Thematic test analysis*. New York: Grune and Stratton.
- Szapocznik, J. & Kurtines, W. (1989). *Breakthroughs in Family Therapy with Drug Abusing and Problem Youths*. New York: Springer Publishing, Co.
- Szapocznik, J., Kurtines, W., Santisteban, D. & Rio, A. (1990). The interplay of advances between theory, research, and application in treatment interventions aimed at behavior problem children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 696-703.
- Szapocznik, J., Rio, A.T., Hervis, O., Mitrani, V.B., Kurtines, W.M. & Faraci, A.M. (1991). Assessing change in family functioning as a result of treatment: The Structural Family Systems Rating scale. *Journal of Marital and Family Therapy, 17*, 295-310.
- Szapocznik, J., Rio, A.T. & Kurtines, W.M. (1991). Brief strategic family therapy for Hispanic problem youth. In L.E. Beutler & M. Crago (Eds.) *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Szapocznik, J., Rio, A., Murray, E., Cohen, R., Scopetta, M., Rivas-Vazquez, A. Hervis, O., Posada, V. & Kurtines, W. Structural family versus psychodynamic child therapy for problematic Hispanic boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 571-578.
- Szapocznik, J., Rio, A., Richardson, R., Alonso, M. & Murray, E. (1986). *The Psychodynamic child rating scale: A manual*. Miami: University of Miami School of Medicine illustrated diagnostic book. Los Angeles: Western Psychological Services.

ACERCAMIENTOS TERAPEUTICOS PARA LA DEPRESION EN ADOLESCENTES PUERTORRIQUEÑAS: DOS ESTUDIOS DE CASOS

Jeannette Rosselló

Universidad de Puerto Rico

RESUMEN

La depresión en niños/as y adolescentes puertorriqueños constituyen un problema serio de salud mental. Aunque se han realizado numerosos estudios sobre tratamientos de depresión en adultos, este no ha sido el caso con adolescentes y aún menos con hispanos. Las terapias cognoscitivas conductuales e interpersonales han sido efectivas con poblaciones de adultos. Sin embargo, no han sido comparadas ni estudiadas sistemáticamente con adolescentes hispanos. Con el propósito de evaluar en forma preliminar y descriptiva estos dos tipos de tratamientos para la depresión en adolescentes puertorriqueños/as se prepararon manuales de estas dos terapias y se realizaron dos estudios de casos evaluándolos con dos instrumentos de depresión y uno de auto-concepto. Los datos revelan que estos dos acercamientos resultaron ser efectivos en reducir sintomatología depresiva y aumentar auto-estima en dos adolescentes puertorriqueñas.

ABSTRACT

Juvenile depression constitutes a serious mental problem in Puerto Rican children and adolescents. Although numerous studies have been reported on the treatment of adult depression, this has not been the case for children and adolescents and less so for Hispanics. Cognitive-behavioral and interpersonal therapies have been proven effective with adult populations. However, they have not been compared or systematically studied with Hispanic adolescents. With the purpose of evaluating these two treatment approaches in a preliminary and descriptive manner, manuals were prepared and two case studies were designed and evaluated with two measures of depression and one measure of self-concept. Results indicated that these two treatment approaches were effective in decreasing depressive symptomatology and increasing self-esteem in two Puerto Rican adolescents.

Investigación auspiciada por el Fondo Institucional para la investigación de la Universidad de Puerto Rico. Deseo agradecer las colaboraciones del Dr. Guillermo Bernal en el desarrollo de este estudio y de las asistentes de investigación: Elina Guisasola, Sylvia Martínez, Ana Nieves y Sandra Ralat. Dirección de la Autora: Departamento de Psicología; Facultad de Ciencias Sociales, Box 23345, Estación Universidad, Universidad de Puerto Rico, San Juan Puerto Rico 00931-3345.

INTRODUCCION

El trastorno de depresión es un problema grave y frecuente de salud mental. Aunque este trastorno ha sido extensamente estudiado en poblaciones adultas, este no ha sido el caso con niños/as y adolescentes. Kovacs (1989) ha presentado en su revisión de literatura, evidencia que obliga a establecer la presencia de depresión en niños/as y adolescentes. Ella establece que "una clara prioridad en la investigación es diseñar y probar el tratamiento en los acercamientos remediativos de esta condición (p.214)". Kovacs también ha notado que un considerable número de estudios en el área de la depresión en la niñez y la adolescencia ha utilizado sujetos de clase media, restringido generalmente al rango de 7 a 13 años de edad.

La investigación de los resultados de terapias con poblaciones minoritarias es casi ausente, por eso se considera muy necesaria. La revisión de la literatura sobre investigaciones en este campo demuestra pocos estudios que incluyen participantes minoritarios en su diseño y aún menos estudios que incluyan hispanos. Claramente, existe la necesidad de adaptar, desarrollar, y probar acercamientos terapéuticos que presenten datos empíricos con poblaciones minoritarias (Comas-Díaz & Griffith, 1988; Jones & Korchin, 1982).

Datos epidemiológicos han revelado que la depresión entre infantes y adolescentes no es tan rara como los investigadores habían pensado previamente (Rie, 1966; Kenner, 1972). Estudios han establecido una proporción de prevalencia de aproximadamente 1-2% entre los niños/as cuando se utiliza el criterio del DSM-III en comparación con el 1.3-50% obtenidos de cuestionarios de auto-informe (Kashani & Simonds, 1979; Kashani, Holcomb & Orvaschel, 1986; Albert & Beck, 1975; Kandel & Davis, 1982; Kaplan, Grimson & Wagner, 1982; Teri, 1982). En un estudio epidemiológico recientemente realizado en Puerto Rico (Bird, Canino, Rubio-Stipec, et al., 1988) se estimó una prevalencia de 5.9% de depresión y distimia entre niños de 4-16 años, utilizando el criterio del DSM-III en combinación con una medida obtenida del impedimento funcional (Children's Global Assessment Scale, CGAS). La depresión y la distimia fueron encontradas como el tercer trastorno más frecuente (después de los trastornos oposicionales y de déficit de atención) en los niños/as puertorriqueños/as. Este estudio reveló además que el 15% de la población en Puerto Rico en este rango de edad manifiesta psicopatología entre moderada y severa. En términos numéricos, esto significa que entre 125,000 y 150,000 niños tienen necesidad de recibir servicios profesionales. Los autores de este estudio concluyen que: "Las estadísticas vitales provistas por la División de Estadísticas de la Salud Mental, revelan que para el período durante el cual se condujo este estudio, que menos de 10,000 niños en estos grupos de edades reciben servicios de salud mental. Estos hallazgos indican un problema grave en la salud mental de los niños de la isla (p. 1126)".

Cuando se considera que en ocasiones los trastornos oposicionales y de déficit de atención pueden enmascarar características depresivas (Carlson & Cantwell,

1980), la importancia de realizar estudios sobre la depresión y su tratamiento entre la población juvenil puertorriqueña, adquiere una gran importancia. Resulta particularmente crítico adaptar, desarrollar y probar terapias que muestren solidez empírica con otras poblaciones. Los jóvenes deprimidos no son detectados frecuentemente debido a que muchos se mantienen aislados y aparentemente tranquilos, por lo que no se identifica la condición ni son referidos a servicios profesionales. La detección temprana y el tratamiento apropiado para esta población está menos garantizada.

La depresión en niños/as y adolescentes muestra algunas de las características que han sido identificadas en adultos deprimidos, tales como el aislamiento social e inhabilidades en las relaciones interpersonales (Strauss, Forehand, Frame & Smith, 1984), baja autoestima (Battle, 1980), distorsión negativa en los procesos cognoscitivos (Kaslow, Rehm, & Siegel, 1984) y frecuentes e intensos eventos estresantes de vida (Kashani, Holcomb & Orvaschel, 1986). También ha sido relacionado a otras categorías diagnósticas como el abuso de drogas y alcohol (Paton, Kessler & Kandel, 1977), problemas de aprendizaje (Brumback & Staton, 1983), abuso físico y sexual (Kazdin, Moser, Colbies & Bell, 1985), trastornos de conducta (Marriage, Fine, Moretti & Haley, 1986) y trastornos alimenticios (Carlson & Cantwell, 1980). La depresión en niños/as y adolescentes parece estar relacionada a la inhabilidad de lidiar con las tareas sociales, académicas e interpersonales que puedan afectar un ajuste adecuado además de promover un deterioro hacia otras condiciones. Aún si no ocurrieran futuras complicaciones, la incidencia de un episodio depresivo está asociado a un alto riesgo de recaídas futuros (Kandel & Davies, 1985). El aumento en la proporción de suicidios entre los niños y los adolescentes (Schaffer & Fisher, 1981) refleja un incremento en la depresión dentro de la población, por lo que este problema adquiere ciertamente más seriedad aún.

La literatura acerca el tratamiento de la depresión en niños/as y adolescentes parece limitada. Hodges y Siegel (1985) concluyen que "existen pocas investigaciones bien controladas de la eficacia terapéutica entre las diversas modalidades terapéuticas para niños deprimidos, particularmente acercamientos psicológicos y la psicoterapia tradicional" (p. 545).

La farmacoterapia es uno de los tratamientos sugeridos para la depresión (Elkin & Rapoport, 1983; Rapoport, 1977). Aún cuando se han realizado una serie de estudios que han reportado el uso de drogas antidepressivas con niños/as, las metodologías se consideran inapropiadas (Cantwell, 1982). Hodges y Siegel (1985) citan como dificultades metodológicas la falta de criterios claros definitorios para la selección de los sujetos diagnosticados, la ausencia de grupos control y procedimientos poco confiables en los resultados obtenidos del tratamiento. En dos revisiones en esta área (Rapoport, 1977; Elkins y Rapoport, 1983) concluyen que no está evidenciado claramente que el uso de drogas antidepressivas con niños/as y adolescentes sea efectivo.

Estudios con adultos deprimidos encuentran que generalmente del sesenta (60) al sesenta y cinco (65) por ciento muestra una mejoría definitiva con el tratamiento farmacológico. Sin embargo, muchos de los pacientes deprimidos rehusan utilizar la medicación por los efectos secundarios y por objeciones personales (Sacco & Beck, 1985). Shaw (1977) en una revisión de estudios que han utilizado drogas, encontró que el treinta por ciento (30%) de los sujetos se dieron de baja. Entre las críticas al tratamiento farmacológico se incluye la posibilidad de que la persona atribuya los cambios en su depresión a agentes externos, reduciendo la confianza en sí misma para desarrollar y utilizar mecanismos psicológicos adecuados (Shapiro & Morris, 1978). Otras objeciones al uso de la terapia farmacológica para la depresión han surgido debido a que la misma es letal en grandes dosis, por lo que requiere un cuidado extremo en pacientes deprimidos (Hollon & Beck, 1979).

La más importante investigación con la población de pacientes ambulatorios externos de adultos deprimidos, proviene del Programa de Investigación Colaborativo del Instituto Nacional de Salud Mental (Elkin, Parloff, Haley & Autry, 1985; Elkin, 1984; Elkin, Shea, Watkins, IMber, Sotsky, Collins, Glass, Pilkonis, Leber, Doherty, Frester & Parloff, 1989). Este estudio comparó cuatro tratamientos: psicoterapia interpersonal, terapia cognoscitiva-conductual, imipramina hidrocloreto más manejo clínico y un placebo más manejo clínico. Todos los pacientes evidenciaron un mejoramiento en los síntomas depresivos. El orden de la terminación de los tratamientos fue primero imipramina hidrocloreto más manejo clínico, seguido por las dos psicoterapias y por último el placebo más manejo clínico. Cuando se comparó las psicoterapias a la condición de placebo, la psicoterapia interpersonal demostró alguna evidencia de efectividad específica mientras que no se encontró evidencia con la terapia cognoscitiva-conductual. La proporción fue superior para la psicoterapia interpersonal y el tratamiento con imipramina hidrocloreto más manejo clínico. Los pacientes más deprimidos mostraron mejoramiento con la imipramina más manejo clínico y la psicoterapia interpersonal. No hubo diferencias entre las condiciones de los pacientes menos deprimidos.

Otros estudios han comparado la terapia farmacológica y las intervenciones psicosociales. Rush et al., (1977) y Kovacs et al., (1981) compararon al azar pacientes asignados a terapia cognoscitiva-conductual y farmacoterapia. Aunque ambos tratamientos resultaron en una mejoría significativa en los síntomas depresivos en un período de tratamiento de 12 semanas, la terapia cognoscitiva-conductual fue más efectiva que la imipramina en muchos síntomas y en la proporción de tratamientos completados. Estudios de seguimiento revelaron que las diferencias continuaron entre los grupos y que una recaída mayor ocurrió (2.1 veces mayor) para los pacientes tratados con la medicación que los sujetos que recibieron terapia cognoscitiva-conductual.

Las intervenciones cognoscitivas-conductuales han sido señaladas como eficientes en el tratamiento de depresión con adultos (De Rubeis & Hollon, 1981; Hoberman & Lewinsohn, 1982). Se ha demostrado que este tipo de intervención es tan efectiva como la farmacoterapia anti-depresiva (Beck, Hollon, Young, Bedrosian, & Budenz, 1985; McLean & Nakstian, 1979; Murphy, Simons, Wetzie, & Lustman, 1984; Elkin, Parloff, Nadley, & Autry, 1985). Un estudio meta-analítico de 56 investigaciones comparando psicoterapia y farmacoterapia para adultos deprimidos concluyó que la psicoterapia era casi dos veces más efectiva que la medicación (Steinbrueck, Maxwell & Howard, 1983). Otro estudio meta-analítico con adultos diagnosticados con depresión unipolar donde revisaron 31 investigaciones reveló: (1) que la psicoterapia produce resultados de significancia clínica moderada y que se mantienen los efectos de las terapias en estudios de seguimiento, (2) que la grupal y (3) que el tipo específico de terapia no se relaciona a efectividad (Nietzel, Russell, Hemmings & Gretter, 1987).

En relación a la psicoterapia para problemas psicológicos con niños/as y adolescentes, Weisz, et al. (1987) realizaron un estudio meta-analítico donde consideraron 108 investigaciones con participantes entre las edades de 4 a 18 años. Encontraron que los participantes que recibieron tratamiento estaban en mejor condición que 79% de los que no recibieron tratamiento. Las terapias fueron más efectivas para niños/as que para adolescentes. De las terapias evaluadas, las conductuales resultaron más efectivas. Estos resultados son alentadores pues establecen que la psicoterapia puede ser un instrumento de ayuda efectivo para problemas de salud mental en niños/as y adolescentes.

Estudios específicos de psicoterapia para depresión en niños/as y adolescentes son muy pocos. En cuanto a terapias cognoscitivas-conductuales con adolescentes deprimidos/as, un estudio con 59 estudiantes deprimidos/as de escuela superior entre las edades de 14 y 18 años reveló que los participantes que recibieron la terapia cognoscitiva conductual mejoraron significativamente más que los que estaban en lista de espera (Lewinsohn, Clarke, Hopps, & Andrerros, 1990).

En cuanto a la terapia interpersonal con adolescentes, Robbins, Alessi y Colber (1989) desarrollaron un estudio con 38 adolescentes hospitalizados por depresión donde se les proveyó una terapia parecida a la interpersonal. De éstos un 47% demostraron reducción en síntomas. Aquellos que no mejoraron fueron sometidos a una continuación de la terapia más medicamentos anti-depresivos. De éstos 92% mostraron mejoría.

Estos estudios sientan unas bases positivas para desarrollar investigaciones que profundicen en la efectividad de estas psicoterapias para depresión en la población juvenil. De la revisión de literatura se puede concluir que la terapia farmacológica no ha demostrado ser muy efectiva con niños/as y adolescentes, que hay objeciones válidas a la terapia farmacológica la cual es más problemática con niños/as y adolescentes, y que existe la necesidad de estudiar la efectividad de los acercamientos psicológicos para esta población. La revisión de literatura sugiere

que hay una gran necesidad de probar y desarrollar tratamientos efectivos para los niños/as y adolescentes deprimidos/as. Con la población minoritaria en general y con los hispanos en particular, no hay pruebas de acercamientos empíricos para el tratamiento de la depresión en niños/as y adolescentes.

El presente estudio tiene como objetivo contribuir con el desarrollo de intervenciones efectivas con adolescentes hispanos/as. El presente estudio ha surgido de la literatura existente para el tratamiento de adultos deprimidos como punto de partida. Por razones teóricas y prácticas, se han seleccionado la terapia cognoscitiva-conductual (CBT) y la terapia interpersonal (IPT) que han mostrado ser eficaces con los adultos. La meta es adaptar dos tratamientos estándares tomando en consideración los factores de desarrollo, cognoscitivos, lingüísticos y culturales con adolescentes en Puerto Rico.

METODO

Se utilizó el estudio de caso ya que esta metodología está diseñada para la evaluación de procesos en el tratamiento de una sola persona (Kratowill, Mot y Dodson, 1984). Se deseaba estudiar con detalle el cernimiento, la evaluación de depresión en adolescentes puertorriqueños, y poner a prueba dos modalidades terapéuticas, la conductual-cognoscitiva (Muñoz y Miranda, 1986) y la interpersonal (Klerman, Rounsaville, Chevron, Neu y Weissman, 1979). Esta investigación preliminar sentaría las bases para estudios posteriores con un mayor número de sujetos.

Se integraron en el diseño las recomendaciones sobre estudios de casos que aumentan la validez de las inferencias (Kazdin, 1981). Estas recomendaciones son: utilizar medidas múltiples objetivas y repetidas, planificar el diseño con anterioridad y definir con detalle las intervenciones cuidando de su integridad al aplicarse.

Este estudio pretende generar hipótesis en torno a las intervenciones terapéuticas conductual-cognoscitivas e interpersonal para poblaciones de adolescentes puertorriqueños/as con síntomas de depresión.

Procedimientos

Durante la primera etapa de este estudio se propuso adaptar manuales de intervención interpersonal y cognoscitiva-conductual. Durante la segunda etapa, se propuso realizar estudios de casos para evaluar de manera preliminar los dos modelos de intervención.

ETAPA 1: El propósito de la primera fase fue adaptar dos modelos terapéuticos de intervención para la depresión en adolescentes puertorriqueños/as. La primera intervención se basó en el modelo de Muñoz y Miranda (1986). Este modelo cognoscitivo-conductual parte de la interrelación de los pensamientos, las acciones y los sentimientos. Para trabajar con los sentimientos de depresión, este

modelo plantea la importancia de identificar cuales son aquellos pensamientos y acciones que influyen el estado de ánimo, para aprender a mantener un mejor control sobre los sentimientos. El propósito principal de la terapia es disminuir los sentimientos de depresión, acortar el tiempo en que la persona pasa sintiéndose deprimida, aprender nuevas formas de prevenir el deprimirse de nuevo y de sentirse con mayor control.

La terapia se divide en tres temas de cuatro sesiones cada una. Las primeras cuatro sesiones trabajan con cómo los pensamientos influyen el estado de ánimo. La próximas cuatro sesiones van encaminadas a trabajar con aquellas actividades diarias que afectan el estado de ánimo. Las últimas cuatro sesiones se relacionan a como las interacciones con la gente afectan el estado de ánimo.

El segundo modelo de intervención se desarrolló basado en el manual para psicoterapia interpersonal (Klerman, Rounsiville, Chevron, Neu and Weissman, 1979). Propone que la depresión se desarrolla en un contexto psicosocial e interpersonal no empece la vulnerabilidad biológica o la estructura de personalidad. Este acercamiento postula que la depresión ocurre en el contexto de las relaciones interpersonales.

El entender el contexto interpersonal puede contribuir al alivio de los síntomas depresivos. Se hace énfasis en los asuntos de la relación actual más que en el pasado. El/la terapeuta enfoca en la naturaleza interpersonal del problema más que en lo que pueda ocurrir intrapsíquicamente.

Desde la perspectiva interpersonal, las áreas problemáticas asociadas comúnmente con la aparición de la depresión son tristeza, disputas en los roles interpersonales, transición de roles y deficiencias interpersonales. El/la terapeuta y el/la paciente identifican uno o dos problemas de las cuatro áreas como metas para trabajarse. Las metas de este tratamiento son: (1) disminuir los síntomas depresivos y (2) ayudar a la persona a desarrollar estrategias más efectivas para manejar situaciones sociales e interpersonales asociadas a los síntomas depresivos. Es una psicoterapia corta que consiste de doce a dieciseis sesiones individuales.

Las sesiones iniciales están dedicadas a establecer el contrato del tratamiento, identificando con los síntomas depresivos y las áreas problemáticas. La fase inicial concluye luego de que el/la terapeuta establece el contrato terapéutico y haya formulado el diagnóstico y el plan de tratamiento.

La fase media del IPT se enfoca en el/los problemas: tristeza, disputa de roles interpersonales, transición de roles, y deficiencias interpersonales. La tarea de la fase media es asociar el síntoma depresivos con los problemas interpersonales identificados en la fase inicial.

La fase de terminación comienza desde el inicio del tratamiento. Los asuntos de terminación deben ser discutidos periódicamente durante el curso de la terapia. Las metas de las sesiones finales incluyen: una revisión de los síntomas presentes del paciente, de los conflictos interpersonales, del área indentificada como problemática, el logro de las metas terapéuticas y una discusión de los cambios en

las interacciones familiares y sus funcionamientos como resultado de la terapia. También se estableció que si uno de los problemas interpersonales era con algún familiar, se podría invitar a éste a alguna de las sesiones.

Ambos acercamientos se ajustaron a la población a la cual estaba destinada-adolescentes entre las edades de trece (13) a diecisiete (17) años. Aspectos de edad, lenguaje y cultura fueron considerados. Se prepararon los manuales de procedimientos, evaluaciones de e integridad terapéutica y se adiestraron dos estudiantes doctorales en psicología clínica de un nivel de experiencia similar para proveer las terapias cada una ubicada en uno de los modelos. Se adiestraron dos estudiantes adicionales en las terapias para realizar las evaluaciones de integridad de los modelos.

ETAPA 2: Se desarrolló un estudio piloto de corte cualitativo y descriptivo donde se seleccionaron una participante para la primera condición (Cognoscitiva-conductual) y una para la segunda condición (Interpersonal). Las participantes fueron seleccionadas de las solicitudes para servicios psicológicos recibidas en el Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos del Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico.* Se procedió a establecer contacto con los padres/madres y/o encargados/as de los/as adolescentes que habían sido escogidos por la sintomatología depresiva según apreciaba en la hoja de solicitud de servicios y evaluación inicial.

Se acordó una cita de evaluación con los/las encargados/as de los/as adolescentes. En la primera cita se explicó el propósito de la investigación y se obtuvo el consentimiento para la participación y grabaciones en video. Se recogieron los datos de identificación y el historial de desarrollos de los/as adolescentes.

Se procedió a programar una segunda cita donde el/la adolescente estuviera presente y se procedió con la pre-evaluación de los/as participantes. Se le administraron los siguientes instrumentos: a) Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (WISC); b) Inventario de Depresión para Niños/as (CDI); c) Escala de Auto-Concepto Piers Harris (PHSCS); d) Escala de Depresión para Niños/as del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-DC). Se utilizaron los criterios del DSM-III-R (APA, 1987) para establecer el diagnóstico de depresión mayor.

* El Centro de Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos es una clínica de adiestramiento para estudiantes graduados adscritos al Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico.

Se desarrollaron criterios excluyentes para la participación en el estudio. No se consideraron participantes suicidas, psicóticos, utilizando drogas, alcohol o psicofármacos, con conducta antisocial o disfunciones orgánicas cerebrales. Terminado el proceso pre-evaluativo dos participantes fueron asignadas al azar a una de dos condiciones (terapia interpersonal y conductual-cognoscitiva).

Las doce sesiones de psicoterapia (interpersonal y conductual-cognoscitivas) de una hora de duración semanal fueron grabadas en cintas de video. Cada sesión

fue evaluada posteriormente a base de los criterios correspondientes para cada una de las psicoterapias con el propósito de determinar la integridad, pureza y fidelidad teórica de la misma.

Una vez finalizadas las sesiones de psicoterapia, los sujetos participantes fueron evaluados nuevamente. Se le repitió la administración a cada participante de los siguientes instrumentos: A) CDI; b) PHSCS; c) CES-DC.

Instrumentos

Como medida de cernimiento se realizó una entrevista clínica por una psicóloga clínica con maestría para verificar el diagnóstico y número de síntomas de depresión mayor (DSM-III-R) y evaluar los criterios de inclusión y exclusión. Para controlar la variable inteligencia se le administró la Escala de Inteligencia Wechsler para Niños (Wechsler, 1949).

Una vez el/la sujeto era cualificado para la investigación y accedía a participar, se evaluaba con dos medidas de depresión y una de auto-estima. Al final de las intervenciones terapéuticas, se evaluaron nuevamente con las mismas medidas. Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

1. Inventario de Depresión para Niños/as (Childrens Depression Inventory) (CDI) (Kovacs, 1983). El CDI es un instrumento de auto-informe de síntomas depresivos para niños/as y adolescentes. Cuantifica la depresión a través de 27 reactivos de síntomas incluyendo trastornos en el estado de ánimo, capacidad para divertirse, funciones vegetativas, auto evaluaciones y conducta interpersonal. Los reactivos ofrecen tres alternativas que se puntúan 0, 1 ó 2 en la dirección de la severidad o intensidad del síntoma. Las puntuaciones finales pueden fluctuar entre 0 y 54. El/la sujeto responde a los reactivos según mejor lo/la describen durante las últimas dos semanas. Kovacs (1986) informó un coeficiente de confiabilidad de .86 y estableció validez adecuada al compararlo con otros instrumentos. Este instrumento fue seleccionado porque provee una medida de auto informe que puede diferenciar entre depresión leve (mayor de doce (12) puntos y severa (mayor de diecinueve (19) puntos).

Rosselló, et al. (1991) realizaron una traducción al español y adaptación cultural del CDI. Se administró a doscientos diecisiete (217) sujetos puertorriqueños/as entre las edades de siete (7) a dieciseis (16) años. Los datos revelaron una consistencia interna alta ($\alpha = .83$). Con diecinueve (19) de estos sujetos se realizaron pruebas de validez y confiabilidad prueba re prueba. La validez concurrente con la Escala de Depresión para Niños/as del Centro para Estudios Epidemiológicos resultó ser positiva y significativa revelando una correspondencia adecuada ($r = .66$, $p < .01$, dos colas) y con la Escala de auto concepto Piers-Harris resultó ser negativa y significativa ($r = .80$, $p < .01$, dos colas).

2. Escala de Depresión para Niños/as del Centro para Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiological Studies - Depression for Children Scale) (CES -DC)

(Faulstich, et al. 1986) Esta es una versión modificada del CES-D para adultos (Radloff, 1977). Es un instrumento de auto-informe que consiste en veinte (20) reactivos de síntomas depresivos. Se puntúan entre 0 (no está presente nunca) y 3 (frecuentemente). Las puntuaciones pueden fluctuar entre 0 y 60. Faulstich, et al. (1986) establecieron una consistencia interna aceptable con un coeficiente alpha de .84. Estableció también confiabilidad prueba re-prueba de .51 ($p < .005$) y validez concurrente con el CDI.

3. Escala de Auto-Concepto Piers Harris (Piers Harris Self Concept Scale) (PHSCS) (Piers, 1972). Esta escala es un instrumento de auto-informe que consiste de 79 reactivos a ser contestado con sí o no. Los reactivos se agrupan en seis factores que reflejan el concepto propio del sujeto: conducta, estado académico, felicidad y satisfacción. Su confiabilidad ha sido establecida como adecuada con un índice de .94. Este instrumento fue traducido al español tomando en consideración la semántica y aspectos culturales. Se estableció una consistencia interna adecuada ($\alpha = .94$) con una muestra de jóvenes puertorriqueños/as (Ramos, 1984).

RESULTADOS

A continuación se presenta en resumen la descripción de las dos adolescentes que recibieron la terapia cognoscitiva- conductual e interpersonal. Los datos de identificación de las participantes han sido alterados para preservar la confidencialidad.

Terapia cognoscitiva-conductual

Doris es una adolescente de catorce años de edad referida al Centro por disminución en su aprovechamiento escolar y pérdida de peso. Una evaluación inicial reveló baja auto-estima y posible depresión por lo cual fue ubicada en el proyecto de depresión tras obtener las autorizaciones pertinentes de sus padres.

Se le realizó una evaluación donde Doris puntuó 27 en el CDI, 40 en el CES-DC y 39 en el PHSCS. Su inteligencia fue estimada como promedio utilizando el WISC y se descartaron problemas específicos del aprendizaje. Los resultados de las pruebas revelaron una sintomatología depresiva y una baja auto-estima.

La entrevista clínica confirmó un diagnóstico de Trastorno Afectivo Depresivo Mayor utilizando los criterios del DSM-III-R (APA, 1987). No se identificaron condiciones co-mórbidas. No reunió ninguno de los criterios de exclusión.

Doris es la hija mayor de una familia compuesta por su madre de 35 años, su padre de 35 años y sus hermanas de 8 y 5 años.

Doris fue asignada a la terapia cognoscitiva conductual. Recibió once de las doce sesiones planificadas según el modelo.

En la primera sesión Doris expresó su malestar con relación a su madre y hermana de ocho años. Doris considera que su madre tiene preferencia por su

hermana y la regaña por cualquier cosa. En el transcurso de la primera sesión se habló acerca de qué es depresión y sus manifestaciones y se le asignaron ejercicios con el propósito de explorar su estado de ánimo. El ejercicio inicial fue el "termómetro del ánimo" donde diariamente se registra el estado de ánimo.

Para la segunda sesión se trabajó con los pensamientos que tienen las personas deprimidas versus las no deprimidas; así como los errores del pensamiento. La joven presentó situaciones específicas sobre estos pensamientos. Algunos pensamientos que presentó fueron: "algo está mal en mí", "soy muy egoísta", "no soy tan buena como otras personas", "me siento herida fácilmente", "la vida es injusta" y "siento que no me dan los mismos derechos que a mis hermanas".

En la tercera sesión se continuó trabajando con los errores de pensamiento y con los pensamientos que tienen las personas a su alrededor que la hacen sentir inefectiva en su ejecución escolar. Es decir, se discutió cómo manejar las ideas que tienen otras personas y cómo afectan, a su vez, su pensamiento y estado de ánimo.

La cuarta sesión se inició con los ejercicios que Doris debía realizar en su casa en la semana. Se le pidió que explorara durante la semana los pensamientos que tuviera sobre dicha situación para buscar la forma de debatirlos. Se evaluó el ejercicio en que debía sacar cinco minutos y limitarse a éstos para pensar en sus problemas y preocupaciones. Doris expresó que ese ejercicio le sirvió de desahogo. Presentó una situación difícil en la escuela donde se sintió acusada injustamente por su maestra.

En la quinta sesión se comenzó con la segunda parte de la terapia cognoscitiva: cómo las actividades afectan nuestro estado de ánimo. Doris estuvo alerta y atenta durante la sesión. Se le dieron los ejercicios correspondientes para esta sesión.

En la próxima sesión se observó a la joven más motivada. Señaló que había mejorado en un examen para el cual había estudiado. Hizo un contrato en donde se comprometía a hacer una actividad placentera para ella y luego se iba a dar un auto-refuerzo. Escogió aprenderse un cuento para la clase de inglés. Su motivación fue mejorar su nota en dicha clase. Seleccionó como auto-refuerzo el cocinar un plato especial.

En la séptima sesión se trabajó con las metas individuales a corto y largo plazo, y metas de vida. En esta próxima sesión se habló del mundo objetivo y el subjetivo. Se discutieron los ejercicios pasados. Doris presentó un dibujo que había realizado como parte de las actividades agradables que está practicando. Doris se observó con una actitud positiva.

En la novena sesión se inició con la tercera parte de la terapia cognoscitiva-conductual: cómo el contacto con otras personas afecta el estado de ánimo. Se observó a Doris de buen estado de ánimo, atenta y bien interesada. Señaló que ha mejorado en sus clases y que ha realizado tareas agradables como cocinar.

En la décima sesión se trabajó con todos los ejercicios pendientes. Luego, la joven habló de cómo iba en sus clases, su relación con su hermana y madre. Se

concentró en esta sesión en la importancia de darse valor a sí misma y reforzar sus esfuerzos aunque otras personas no reconocieran sus esfuerzos por mejorar.

En la última sesión se discutió ampliamente sobre cómo la gente afecta nuestro estado de ánimo. Se proveyeron ejemplos de su relación familiar y amistades. Con esta sesión se terminó y completó la terapia cognoscitiva-conductual. Se le dió el último ejercicio en donde debía estar consciente de su comportamiento en relación a las demás personas y luego poner en práctica conducta asertiva.

Al finalizar la terapia, Doris fue evaluada nuevamente obteniendo puntuaciones de 19 en el CDI, 10 en el CES-DC y 42 en el PHSCS. Estos resultados indican que la sintomatología depresiva disminuyó (8 puntos en el CDI y 30 en el CES-DC) y que su auto-estima aumentó (3 puntos).

Terapia interpersonal

Frances es una adolescente de catorce (14) años de edad referida al Centro pues estaba disminuyendo su aprovechamiento académico. Una evaluación inicial reveló la posibilidad de depresión por lo cual fue referida al proyecto de depresión.

Frances fue evaluada posteriormente donde obtuvo puntuaciones de 29 en el CDI, 34 en el CES-DC y 37 en el PHSCS. Su funcionamiento intelectual resultó ser promedio en la prueba WISC. Estos resultados confirmaron una sintomatología severa depresiva y una baja auto-estima.

La entrevista clínica corroboró un diagnóstico de trastorno Depresivo Mayor utilizando los criterios del DSM-III-R (APA, 1987). No se identificaron condiciones comórbidas ni la presencia de ninguno de los criterios exclusión.

Frances es la tercera de cuatro hermanos. Su madre murió cuando ella tenía dos años de edad. El padre de Frances se hizo cargo de ésta y de sus hermanos. Hace dos años que la joven reside con su abuela materna, quien actualmente tiene la custodia legal de su nieta y quien solicita ayuda psicológica para Frances.

Según la abuela materna de Frances, la experiencia de Frances al vivir con su padre fue una sumamente difícil y llena de estresores emocionales. Su padre no la enviaba a la escuela por lo cual no asistió a la misma parte del tiempo entre los cinco y once años de edad. A la edad de once años, Frances fue removida de su hogar, asignándosele la custodia legal a la abuela materna debido a que su padre abusó sexualmente de la niña en varias ocasiones. Actualmente, Frances asiste al tercer grado.

Frances indicó que las relaciones familiares eran conflictivas. En la actualidad existía una orden judicial que prohíbe que el padre la visite por lo cual no existe ningún contacto entre ellos.

Frances fue asignada a la terapia interpersonal. Asistió a once de doce sesiones planificadas pues canceló una de ellas.

Durante la primera sesión la terapeuta se reunió con Frances y su abuela. Se relacionaron los problemas interpersonales en la familia a la depresión y se estableció el contrato terapéutico.

En la sesión siguiente se examinaron las relaciones conflictivas en especial la relación con su padre. Frances explicó que su padre había abusado sexualmente de ella. La joven elaboró sus sentimientos de minusvalía y depresión.

Durante la tercera sesión se identificaron las problemáticas a trabajarse relacionando las mismas a la depresión y enmarcándolas en sus relaciones interpersonales. Se discutieron sus sentimientos de minusvalía por encontrarse en tercer grado cuando tiene catorce (14) años de edad. Se identificaron también sentimientos de depresión debido a la mala relación con su padre, la poca comunicación con su abuela, conflictos familiares y la pérdida de su madre.

En la cuarta sesión, Frances elaboró sus relaciones familiares. Su abuelo es alcohólico y tiene un tío quien está continuamente peleando con la abuela y el abuelo de Frances. Expresó sentirse inferior y con mucho coraje. Se validaron sus sentimientos y se exploraron formas de mejorar sus actuales relaciones familiares en especial con su abuela.

Durante la quinta sesión la joven expresó que deseaba comunicarle a su abuela ciertas inquietudes. Se invitó a la abuela a entrar a la sesión. Se discutió la relación entre ambas y las preocupaciones de Frances quien pensaba que su abuela no la quería. Se presentaron alternativas para mejorar la comunicación entre ambas y sobre cómo llegar a acuerdos en cuanto a normas en el hogar.

En la siguiente sesión Frances discutió cómo mejorar la situación de violencia y conflicto familiar. Frances logró profundizar su entendimiento sobre los problemas interpersonales que se repiten en su hogar actual y las dificultades de cada uno de los miembros.

En la séptima sesión, Frances nuevamente discutió aspectos negativos de su relación con su abuela. Se analizó esta relación y cómo mejorarla.

En la siguiente sesión, se invitó nuevamente a la abuela a parte de la terapia donde se presentaron los problemas y preocupaciones de ambas. La abuela indicó sentirse preocupada por el carácter fuerte de su nieta y por los peligros que ésta pudiera encontrarse en la calle. Frances expresó no sentirse comprendida. Se trabajó en establecer una mejor relación y comunicación entre ambas.

En la novena sesión se discutieron las metas de Frances. La joven pudo definir que deseaba terminar sus estudios, conseguir un trabajo y tener su propio hogar. También se le dió seguimiento a la relación entre Frances y su abuela.

En la próxima sesión Frances indicó que se empezaba a sentir mejor por momentos y que la relación con su abuela había mejorado. Sin embargo, indicó que aún los recuerdos de la relación con su padre le provocaban depresión. Se comenzó a procesar esta relación.

Durante la sesión final se resumió el proceso de psicoterapia. Frances indicó que se sentía mejor en relación a los problemas que había planteado inicialmente

en la terapia. Sin embargo, expresó que aún le incomodaba toda la situación ocurrida con su padre. Se le indicó que podía continuar terapia para profundizar en ese aspecto de su vida. Sin embargo, Frances indicó que en este momento no deseaba continuar pues se sentía mejor.

Al terminar el proceso terapéutico, Frances fue evaluada reflejando puntuaciones de 19 en el CDI, 33 en el CES-DC y 51 en el PHSCS. Los resultados señalan hacia una disminución en sintomatología depresiva (10 puntos en el CDI y 1 punto en el CES-DC) y un aumento en auto-estima (14 puntos).

Integridad de los tratamientos

Ambos modelos fueron evaluados con instrumentos desarrollados para estimar el grado de adherencia a cada uno de los modelos terapéuticos. Se evaluaron todas las sesiones a través de la observación de cintas de video encontrándose que ambas terapéutas siguieron con exactitud las indicaciones para cada terapia.

DISCUSION

De los dos estudios de casos se desprende que ambos acercamientos terapéuticos fueron efectivos en la disminución de síntomas depresivos y en mejorar el auto-concepto de las adolescentes. Sin embargo, al finalizar las terapias, ambas continuaban presentando síntomas más leves de depresión. Es probable que once sesiones que recibieron de terapia no sean suficientes para eliminar en su totalidad los síntomas depresivos aunque sí fueron efectivas para mejorar los sentimientos de depresión y la auto-estima.

Para futuros estudios, se recomienda el realizar las terapias con un número mayor de participantes que permita someter los modelos a análisis estadísticos para determinar el tamaño del efecto de cada uno de los acercamientos. Este estudio sustenta la viabilidad de estas psicoterapias y plantea la posibilidad de afinar los acercamientos para poblaciones de adolescentes hispanos.

Al presente se está realizando una investigación donde se evaluarán los dos modelos psicoterapéuticos aquí presentados en (60) adolescentes. Además de medidas en cambios de síntomas y auto-concepto, se han incorporado otras variables para obtener datos adicionales que permitan una evaluación más completa de ambos modelos.

REFERENCIAS

- Albert, N. & Beck, A.T. (1975). Incidence of depression in early adolescence: A preliminary study. *Journal of Youth and Adolescence*, 4, 301-305.

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition-revised*. Washington: APA.
- Battle, J. (1980). Relationship between self esteem and depression among high school students. *Perception and Motor Skills, 51*, 157-158.
- Beck, A.I., Hollon, S.D., Young, J.E., Bedrosian, R.C., & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry, 42*, 142-148.
- Bird, H.R., Canino G., Gould, M., Ribera, J., Rubio-Stipec, M., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S. & Sesman, M. (1987). Use of the child behavior checklist as a screening instrument for epidemiological research in child psychiatry: results of a pilot study. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatric, 26*, 207-213,
- Bird, H.R., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M.S., Ribera, J., Sesman, M., Woodbury, M., Huertas-Goldman, S., Pagán, A., Sánchez, Lacay, A. & Moscoso, M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry, 45*, 1120-1126.
- Brumback, R.A. & Staton, R.D. (1983). Learning disability and childhood depression. *American Journal of Orthopsychiatry, 53*, 269-281.
- Cantwell, D.P. (1982). Childhood depression: A review of current research (pp. 39-93). In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds), *Advances in Clinical Child Psychology*, (Vol. 1) New York: Plenum Publishing.
- Carlson, G. & Cantwell, D.P. (1980). Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 137*, 445-449.
- Clarke, G. & Lewinsohn, P.M. (1986). *The coping with depression course adolescent version*. Oregon: University of Oregon.
- Comas-Díaz., L., & Griffith, E.E.H. (Eds.) (1988). *Clinical guidelines in cross-cultural mental health*. New York: Wiley.
- De Rubeis, R.J. & Hollon, S. D. (1981). Behavioral treatment of affective disorders (pp. 96-117). En: I. Michelson, M. Hersen & S. Turner (Eds.), *Future perspectives in behavioral therapy*. New York: Plenum Press.
- Elkin, I. (1984). Specification of the technique variable in the NIMH treatment of depression collaborative research program. In J.B. Williams and R.L. Spitzer (Eds), *Psychotherapy research* (pp. 150-159). New York: The Guildford Press.
- Elkin, I., Parloff, M., Hadley, S., & Autry, J.H. (1985). NIMH treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry, 42*, 305-316.
- Elkin, I. & Rapoport, J.L. (1983). Psychopharmacology of adult and childhood depression: an overview (pp. 363-374). In D.P. Cantwell & G.A., Carlson (Eds), *Affective disorders in childhood and adolescence: An update*, New York: Spectrum Publications.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J., Imber, S.O., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Doherty, J.P., Flister, S.J., & Parloff, M.B. (1989). The NIMH Treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry, 46*, 971-982

- Faulstich, M.E., Carey, M.P., Ruggiero, L., Enyart, P. & Gresham, F. (1986). Assessment of depression in childhood and adolescence: an evaluation of the center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES- DC). *American Journal of Psychiatry*, *143*, 1024-1027.
- Hodges, K.K. and Siegel, L.J. (1985). Depression in children and adolescents (pp.136-150). In E.E. Beckman and W.L. Leber (Eds.), *Handbook of depression*. Illinois: The Dorsey Press.
- Hoberman, H.M., & Lewinsohn, P.M. (1985). The behavioral treatment of depression (pp. 58-71). En: E.E. Beckmam & R. Leber (Eds.), *Handbook of depression*. Homewood, Ill.: Dorsey Press.
- Hollon, S. D., & Beck, A.T. (1987). Cognitive and cognitive behavioral therapies (pp. 443-483). En S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Hollon, S.D. & Beck, A.T. (1979). Cognitive therapy of depression (pp. 153-204). In P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.), *Cognitive behavioral interventions*. New York: Academic Press.
- Jones, E.E. & Korchin, S.J. (Eds.). (1982). *Minority mental health*. New York: Praeger.
- Kandel, D.B. & Davies, M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *39*, 1205-1212.
- Kaplan, N.J., Hong, G.H. & Weenhold, C. (1984). Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *23*, 91-98.
- Kashani, J.II., Holcomb, W.R. & Orvaschel, H. (1986). Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 1138-1143.
- Kashani, J.II. & Simonds, J.F. (1979). The incident of depression in children. *American Journal of Psychiatry*, *136*, 1203- 1205.
- Kaslow, N.J., Rehm, L.P. & Siegel, A.W. (1984). Social-cognitive correlate of depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*.
- Kazdin, A.E. (1981). Drawing valid influences from case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*, 183-192.
- Kasding, A.E., Moser, J., Colbies, & Bell, R. (1985). Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed children. *Journal of Abnormal Psychology*, *94*, 298-307.
- Klerman, G.L., Rounsaville, B., Chevron, E., New C. & Weissman, M. (1979). *Manual for short-term interpersonal psychotherapy of depression*. New Haven: Boston Collaborative Depression Project.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E.S. (1984) *Interpersonal psychotherapy of depression*, New York: Basic Books.
- Kovacs, M. (1989). Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist*, *44*, 209-215.

- Kovacs, M. (1983). *The Children's depression inventory: A self report depression scale for school-aged youngsters*, University Pittsburgh School of Medicine, Unpublished Manuscript.
- Kovacs, M. & Beck, A.T. (1977) An empirical clinical approach towards a definition of childhood depression (pp. 1-25). En: J.G. Schulerbrandt & A. Raskin (Eds.) *Depression in Children*. New York: Raven Press.
- Kratochwill, T.R., Mott, S.E., & Dodson, C.L. (1984). Case study and single case research in clinical and applied psychology (pp. 55-99). En A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Research methods in clinical psychology*. New York: Pergamon Press.
- Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hopps, N., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavior treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Lewinsohn, P.M., & Hoberman, H.M. (1982). Depression. (pp. 397- 431). En A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds), *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Plenum Press.
- Marriage, K., Fine, S., Moretti, M. & Haley, G. (1986). Relationship between depression and conduct disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 687-691.
- Mc Lead, P.D., & Nakstian, A.R. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 818-836.
- Muñoz, R.F. & Miranda, J. (1986). *Group Therapy Manual for Cognitive Behavioral Treatment of Depression*. San Francisco: University of California.
- Murphy, G.E., Simons, A.D., Wetzel, R.D., & Lustman, P.J. (1984). Cognitive therapy and pharmaco-therapy. Singly and together in the treatments of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41 33-41.
- Nietzel, M.T., Russell, R.L., Hemmings, K.A. & Gretter, M. L. (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: a Meta-Analytic Approach to Social Comparisons. *Journal of Consulting And Clinical Psychology*, 55, 156-161.
- Paton, D., Kessler, R. & Kandel, D. (1977). Depressive mood and adolescent illicit drug use. *Journal of Genetic Psychology*, 131, 267-289.
- Piers, E.V. & Harris, D.B. (1969). *The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*. Nashville, Tenn: Counselor Recordings and Tests.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Ramos, G. (1984). *El trato de menores y su relación con el auto-concepto*. Unpublished master's thesis Psychology Department, University of Puerto Rico.
- Rapoport, J.L., (1977). Pediatric psychopharmacology and childhood depression (pp. 87-100). In J.G. Schulerbrandt & A. Raskin (Eds.), *Depression in childhood: diagnosis treatment and Conceptual models*. New York: Raven Press.
- Reynolds, W.M. (1983). *Depression in adolescents: Measurement, epidemiology, and correlates*. Paper presented at the annual meeting of the National Association of School Psychologist, Detroit.

- Robbins, D.R., Alessi, N.E., & Colfer, M.V. (1989). Treatment of adolescents with major depression: Implications for DST and the melancholic clinical subtype. *Journal of affective disorders, 17*, 99-104.
- Rosselló, J. (1990, April). *El trabajo Clínico y la población del CUSEP*. Paper presented at the second Conference on the Future of Psychology, University of Puerto Rico.
- Rosselló, J., Guisasola, E., Ralat, S., & Martínez, S. & Nieves, A. (1991) *The evaluation of depression in Puerto Rican children and adolescents*. Paper presented at the 99th Annual Convention of the American Psychological Association, San Francisco.
- Rush, A.J. (1978). Cognitive therapy of depression and suicide. *American Journal of Psychotherapy, 32*, 201-219.
- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M. & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research, 1*, 17-37.
- Sacco, W.P. & Beck, A.T. (1985). Cognitive therapy of depression (pp. 72-87). En: E.E. Beckman & W.R. Leber (Eds.), *Handbook of depression*, Homewood, ILL.: Dorsey Press.
- Schoenbach, V.J., Kaplan, B.H., Grimson, R.C. & Wagner, E.H. (1982). Use of a symptom scale to study the prevalence of a depressive syndrome in young adolescents. *American Journal of Epidemiology, 116*, 791-800.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P. & Frawtman, P. (1988). Preventing teenage suicide: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 675-687.
- Shapiro, A.K. & Morris, L.A. (1978). Placebo effects in medical and psychological therapies (pp. 369-410) In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.), New York: John Wiley & Sons.
- Shaw, B.F. (1977). *Drug trials in depression: An analysis of premature termination rates*. Unpublished manuscript, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Strauss, C.C., Forehand, R., Frame, C. & Smith, K. (1984). Characteristics of children with extreme scores on the Children's Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 13*, 227-231.
- Steinbrueck, S. M., Maxwell, S.E., & Howard, G.S. (1983). A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 856-863.
- Teri, L. (1982). Depression in adolescence: Its relationship to assertion and various aspects of self-image. *Journal of Consulting and Clinical Child Psychology, 11*, 101-106.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Alicke, M.D., & Klotz, M.L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 542-549.

PROGRAMA DE INVESTIGACION SOBRE EFICACIA EN PSICOTERAPIA

Héctor Fernández-Alvarez
Fernando García

Aiglé, Centro de Estudios Humanos

RESUMEN

Se presenta un programa de investigación compuesto por 4 etapas: a) Estudio de la representación social de la psicoterapia, b) Estimación de resultados por parte de 4 jueces; c) Seguimientos de casos; y d) Comparaciones interculturales. Se plantea la importancia de las expectativas previas para evaluar la eficiencia de los tratamientos y la relación que guardan con la representación social de la psicoterapia de cada grupo sociocultural. Se realizó un estudio exploratorio a través de una encuesta administrada a 167 sujetos de la ciudad de Buenos Aires. Se describen estos primeros resultados sobre: a) Naturaleza de la psicoterapia; b) La relación con otros tratamientos; c) La observación de resultados en los demás; y d) Las expectativas de su aplicación en el encuestado.

ABSTRACT

A research program in psychotherapy is presented. It includes 4 stages: a) The study of the social representation of psychotherapy, b) Assessment of outcomes by 4 judges, c) Follow-ups of clinical cases and d) Cross-cultural comparisons. The importance of previous expectations in the assessment of efficacy of treatment and the relationship with social representation in each socio-cultural group is to be considered. An exploratory study with 167 subjects in Buenos Aires was carried out. Preliminary results are presented regarding: a) The meaning of psychotherapy, b) Its relationship with other treatments, c) The observation of its effects in others and d) The expectations of personal use of psychotherapy.

Los autores desean agradecer a los estudiantes de la Universidad de Belgrano y miembros de Aiglé, Centro de Estudios Humanos, por su participación en este estudio, particularmente a Paola Giogioso, Ezequiel Dana, Nancy Ducret y Gustavo Guzmán.

Dirección de los autores: Aiglé, Centro de Estudios Humanos, Virrey Olaguer y Feliu 2679, 1426 Buenos Aires, Argentina.

El presente Programa comenzó a desarrollarse en el seno de las actividades del Grupo de Tareas en Psicología Clínica. Intervinieron equipos del Centro de Estudios Humanos AIGLE y de la Carrera de Psicología de la Universidad de Belgrano.

El Programa general de la investigación está dirigido a crear una línea de trabajo en el continente destinada a investigar, en diferentes niveles, la eficacia de la psicoterapia. El concepto de eficacia está utilizado para referirse a los logros del tratamiento, tanto en segmentos parciales como en la totalidad del mismo, así como al grado de estabilidad en el tiempo de los resultados obtenidos. La eficacia de la psicoterapia es una función de una serie de variables: la naturaleza del trastorno (Tr.), el poder de la técnica (Tc.) y la habilidad del profesional (Pr.) (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986). Cada una de ellas está constituida por una serie de sub-variables, a saber: 1) Tr: los signos psicopatológicos, las variables de base del paciente; 2) Tc: el desarrollo del sistema teórico-clínico utilizado, las condiciones de implementación y 3) Pr: capacidad básica para la relación de ayuda, excelencia de la formación, nivel de experiencia (Beutler, Crago & Arizmendi, 1986; Beutler, et al, 1975). Por ende la eficacia en la psicoterapia se puede resumir en la siguiente expresión:

$$\text{Eficacia} = \text{Tr} + \text{Tc} + \text{Pr}.$$

La medida de la eficacia de la psicoterapia se expresa por el grado de ajuste entre los objetivos buscados y los conseguidos. La relación acuerdo/desacuerdo entre ambos objetos tiene diferentes niveles de representación: a) del paciente, b) del terapeuta, c) del supervisor y d) de otros significativos. Por lo menos existen, habitualmente, 4 jueces principales involucrados en su estimación. Una evaluación abarcativa de la eficacia de la psicoterapia en un contexto específico debería contabilizar esas cuatro dimensiones articuladamente. La expectativa previa de cada uno de estos jueces se forma en el seno de la matriz de relaciones sociales del grupo de pertenencia. De allí la importancia de su conocimiento para cualquier estudio en este terreno (Fernández-Alvarez, 1992; Strupp & Hadley, 1977).

Esto es de crucial importancia de cara a establecer criterios de evaluación de resultados; tema este alrededor del cual se suscita todavía un importante debate y constituye uno de los puntos de desacuerdo en los estudios intergrupos entre diferentes modalidades terapéuticas. Hasta el momento, el criterio más utilizado son los puntajes de listas de síntomas, aunque se aceptan sus insuficiencias y limitaciones (Derogatis, et al, 1974).

Se ha planteado que diferentes orientaciones terapéuticas persiguen diferentes objetivos terapéuticos tanto parciales como finales (Grawe, Caspar & Ambuhl, 1990). La otra cara de esta moneda es que los pacientes destinatarios de la psicoterapia también pueden diferir significativamente en lo que esperan recibir tanto en medios como en fines en sus tratamientos y ello tendrá un peso decisivo en las evaluaciones que tengan de los resultados. El proyecto de investigación se

compone de 4 etapas, a saber: a) estudio de la representación social de la psicoterapia; b) estimación de los resultados por parte de los 4 jueces señalados; c) seguimiento de casos; y d) comparaciones interculturales.

Cada una de estas etapas apuntan a aspectos particulares de un campo de estudio general y por lo tanto existen articulaciones necesarias entre todos ellos. Aunque el orden de estas etapas describe una secuencia que es importante tener en cuenta, ello no supone un orden rígido. Por el contrario, cierta superposición entre las distintas etapas de la investigación es necesaria, a medida que se puedan ir estableciendo, progresivamente, las correspondencias entre dimensiones. Así por ejemplo, comenzamos estudiando la representación social, pero ello se lleva a cabo con estudios realizados en diferentes países, con lo que simultáneamente se recogen datos acerca del modo de funcionamiento de ciertas variables en el ámbito transcultural.

La importancia de la Representación Social

Lo que hace que una psicoterapia sea eficaz tiene que ver con lo que se espera de ella. Diversos estudios (Heine & Trosman, 1960; Garfield & Wolpin, 1963), han probado que las expectativas previas al tratamiento son muy importantes para arribar a ciertos resultados. En primero lugar, se piensa en las expectativas del paciente: sabemos que aquellos pacientes que tienen mejores expectativas respecto de la psicoterapia que inician, logran alcanzar mejores resultados. Pero también son importantes las expectativas previas de los equipos profesionales como las del entorno social donde tienen lugar la asistencia. Esto vale para en los ámbitos macro y micro. Así, por ejemplo, las familias con un alto nivel de credibilidad sobre la eficacia de la psicoterapia suelen consultar a un psicoterapeuta en prelación a problemas de sus hijos y confían en esos tratamientos para resolver situaciones que otros grupos familiares intentan resolver de otra manera.

Lo que las personas involucradas en un proceso psicoterapéutico suponen que habrá de ocurrir durante el tratamiento tiene mucho que ver con lo que finalmente ocurre. Una suerte de profecía autocumplida recorre el campo de la psicoterapia y los resultados están fuertemente influidos por lo que se esperaba en un comienzo. Esto no es una determinación absoluta y lo que ocurra durante el tratamiento tendrá igualmente su importancia. Por otro lado, es evidente que esta situación no resulta excluyente de la psicoterapia: también ocurre en otros ámbitos asistenciales y se continúa en otras prácticas como la magia, la religión, etc.

Las expectativas de cada uno de los grupos involucrados en el problema, dependen de diversos factores y en primer lugar constituyen una forma particular de expresión de las representaciones sociales en torno a la psicoterapia vigentes en cada grupo socio-cultural. (Moscovici, 1979; Jodelet, 1986; Farr, 1986). La psicoterapia constituye en la actualidad un conjunto altamente diversificado de técnicas de ayuda para personas con perturbaciones psíquicas, reconocidas

socialmente y amparadas por un marco de legalidad que garantiza cierta viabilidad mínima cuando se aplican bajo determinadas condiciones. Existe una expectativa en la sociedad de que estos procedimientos pueden probar una eficacia básica. Sin embargo, estamos todavía en una etapa embrionaria y las diferencias intra e interculturales son todavía muy poderosas. A la hora de estimar los logros que una persona puede obtener al recibir asistencia psicoterapéutica es necesario referenciar los resultados de la aplicación con ese marco de creencias determinado por un conjunto de operaciones sociales que forman la representación de la psicoterapia. Nuestra primera etapa estuvo destinada a conocer cuál es la representación social de la psicoterapia en nuestro medio, extendiendo luego esa indagación a otros países de la región.

ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA PSICOTERAPIA POBLACION Y METODOS

En este trabajo se describen los hallazgos realizados con la primera colección de 167 encuestas administradas en la ciudad de Buenos Aires, sectores socio-económicos medios, en población adulta, de ambos sexos, de entre 20 y 55 años.

En razón de tratarse de un estudio piloto, la muestra fue obtenida en función de disponibilidad. Se intentó hacer un primer ensayo del instrumento y su sensibilidad.

Los administradores fueron estudiantes avanzados de psicología de la Universidad de Belgrano y psicólogos, miembros de Aiglé, Centro de Estudios Humanos entrenados a tal fin. En general, los sujetos fueron personas accesibles a ellos, pero no profesionales de la salud mental: otros profesionales, empleados, comerciantes amas de casa, estudiantes universitarios de otras carreras, etc. Residentes en distintos barrios de Capital Federal y Gran Buenos Aires. Las entrevistas se realizaron en los domicilios de los encuestados o en su lugar de trabajo, en casi todos los casos fueron concertadas con anterioridad.

Se diseñó una encuesta para llevar a cabo un estudio *exploratorio* con un total de 20 ítems agrupados en 4 zonas de interés (Fernández-Alvarez, 1992a):

- A) Naturaleza de la psicoterapia
- B) Relación con otros tratamientos
- C) Observación de resultados en los demás
- D) Expectativas de su aplicación en el escuestado.

La encuesta comenzó a aplicarse en Argentina para continuar con muestras de Bolivia, Colombia, Chile, Perú, Puerto Rico y Uruguay.

Los resultados que aquí presentamos son los que hemos obtenidos de la muestra inicial en Argentina. Se trabajó en 4 ciudades, geográficamente ligadas, pues están situadas en el amplio territorio de la pampa húmeda. Las 4 ciudades difieren sensiblemente en cuanto a tamaño de población, radicación socio-

económica, nivel de ingresos medio de la población. Son las ciudades de Buenos Aires (capital de la República), Mar del Plata, Azul y Rojas.

Buenos Aires (incluyendo el Gran Buenos Aires) cuenta con millones de habitantes. Situada en el corazón de la vida política del país es la ciudad de mayor nivel socio-económico del país con el más alto nivel cultural y con las mejores posibilidades de equipamiento y desarrollo tecnológico.

Mar del Plata es una ciudad de 600,000 habitantes ubicada en el sur de la provincia de Buenos Aires. La mayor ciudad balnearia del país, concentra una gran masa de turistas en el verano. Pero durante el año mantiene una rica actividad vinculada a la actividad pesquera y sus industrias derivadas así como otras industrias adicionales.

Azul es una ciudad de 200,000 habitantes, ubicada en un polo de desarrollo agropecuario. Ha sido tradicionalmente una ciudad con una clase social poderosa constituida por los sectores relacionados con la actividad productiva del campo. Situada a 300 kilómetros de Buenos Aires es muy dependiente de esta cultural y científicamente.

Rojas es la más pequeña de estas ciudades. Tiene 60,000 habitantes, está situada en dirección norte pero a la misma distancia de la Capital que Azul. Si bien también está vinculada a la explotación agropecuaria, ha ido perdiendo empuje en los últimos años debido a la pujanza y el crecimiento de otras dos ciudades económico medio es, por lo tanto inferior al de Azul.

Resultados y Discusión

En este trabajo se describen los hallazgos realizados con la primera colección de 167 encuestas por disponibilidad en la ciudad de Buenos Aires, aplicadas en sectores socio-económicos medios y en población adulta, de ambos sexos de entre 20 y 55 años.

Sobre la naturaleza de la psicoterapia:

En primer lugar, preguntadas por si conocían la psicoterapia, un 85% de personas (N= 142) contestó afirmativamente. Repreguntando a quienes contestaron negativamente, pudo identificarse a personas que reconocen la existencia de tratamientos psicológicos aunque no manejen el término psicoterapia. Incluyendo ese grupo de individuos (N = 9), el total alcanza a un 90%.

Sabíamos que la ciudad de Buenos Aires constituye uno de los ámbitos donde más se practica la psicoterapia. ¿Que puede deducirse de este conocimiento?

En primer lugar es evidente que ese grado exprese la frecuencia de personas que consumen ese servicios y/o que están relacionadas con personas que lo consumen. El conocimiento de una técnica está directamente relacionado con el número de usuarios, directos o potenciales. Un alto grado de conocimiento permite

suponer que el tipo de dispersión sobre las expectativas de éxito de esa técnica en dicho grupo social estará sesgada hacia un alto grado promedio de aceptación y estará acompañado por fuertes niveles de contraste en las expectativas sobre ofertas diferenciales en grupos específicos de consumidores.

Un alto número de consumidores asegura un nivel de aceptación básico; correlativamente, predispone la existencia de mayores exigencias inter-grupos a la hora de estimar la eficacia de cada técnica en particular. Esto último se relaciona con el grado de competencia entre las diferentes ofertas y el modo de responder el mercado a esa diversidad.

Entre las consecuencias esperables de este tipo de constataciones pueden mencionarse las siguientes:

a) Se debe esperar un mayor grado de concordancia en las estimaciones sobre eficacia entre el subgrupo de consumidores directos y los jueces-observadores de este fenómeno. Esa relación tiende a invertirse cuando la frecuencia de consumo se reduce a grupos mínimos.

b) La amplitud total de la dispersión entre expertos a la hora de evaluar distintas técnicas será mayor

c) Existirán fuertes diferencias inter-grupos a la hora de juzgar distintos procedimientos específicos (algunos grupos defenderán fuertemente la terapia individual o la grupal o la familiar, algunos grupos serán fuertemente partidarios de un enfoque ortodoxo o de uno ecléctico, de un abordaje psicoanalítico, comportamiento o sistémico, etc.).

La segunda pregunta de la encuesta interrogó "en que consiste la psicoterapia", revelándose las respuestas entre las más interesantes de la exploración realizada.

Las respuestas pueden agruparse de la manera presentada en la Figura 1.

Como se puede observar, las representaciones sobre la psicoterapia la visualizan como un tipo de tratamiento que puede servir alternativamente para una de dos finalidades: a) permitir el pasaje de un estado negativo a un estado positivo (pasaje de - a +) y b) permitir el pasaje de un estado satisfactorio a otro estado mejor (pasaje de + a ++).

En la Tabla 1 están registradas las respuestas correspondientes. (El número total supera el total de encuestados, pues algunas personas otorgaron respuestas consistentes que merecieron encuadrarse en más de una categoría. Este hecho se repite en otros ítems). Como puede observarse, una primera categoría (-/+), incluye algo más del 40% del total de las respuestas correspondientes a tres subtipos: a) aclarar ideas, b) resolver problemas y c) curar alguna enfermedad. Este hallazgo se corresponde sorprendentemente bien con la descripción de los modos de padecimiento indicados en otros trabajos (Fernández-Alvarez, 1990; Millon, 1991). Otro porcentaje cercano al 40% reúne aquellas respuestas que pueden calificarse como tránsito de más a mejor (+/++) con varias opciones que la representan grupales en torno a la idea de que la psicoterapia sirve para incrementar potencialidades sanas del individuo.

LA EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA

Esta encuesta forma parte de un trabajo científico de investigación llevado a cabo por organismos nacionales con el fin de colaborar al mejoramiento del sistema de salud de nuestra población. Es completamente anónima, no existiendo posibilidad de que sus respuestas puedan ser identificadas. Por lo tanto le rogamos que conteste lo más libre y abiertamente posible para facilitar el trabajo de la investigación. (Los datos que se le solicitan en el encabezamiento sólo persiguen clasificar las respuestas y ayudar a otra consulta futura, si fuera necesaria).

- a) *Edad*
- b) *Sexo*
- c) *Domicilio (zona, región)*
- d) *Teléfono*
- e) *Situación familiar*
- f) *Nivel de instrucción*
- g) *Nivel ocupacional*
- h) *Nivel socio-económico*

1) ¿Ha oído usted hablar de la psicoterapia?

SI • NO

Si contesta **SI** continuar con las preguntas 2 / 5, pasando luego a la pregunta 7a.

Si contesta **NO** pasar a la pregunta 6.

2) ¿En qué consiste?

3) ¿Qué profesionales son los encargados de administrarla o aplicarla?

4) ¿Cuánto tiempo puede durar su aplicación?

5) ¿Qué tipo de resultados se suelen obtener con ella?

6) ¿Qué tratamientos psicológicos conoce?

Si contesta positivamente formular las preguntas de 2 / 5. Continuar luego con la pregunta 7a.

Si contesta negativamente pasar a la pregunta 7.

7) ¿Qué tratamientos conoce para ayudar a las personas que padecen de enfermedades nerviosas?

Si contesta positivamente, formular las preguntas 2 / 5 y luego seguir con la pregunta 9.

Si contesta negativamente terminar la encuesta.

7a) ¿Qué otros tratamientos conoce para ayudar a las personas que padecen de enfermedades nerviosas?

8) ¿Qué semejanzas y diferencias hay entre la psicoterapia o tratamiento psicológico y otros tratamientos?

- 9) ¿Conoce personas que hayan recibido psicoterapia (tratamiento psicológico) SI • NO
Si contesta **SI** seguir con las preguntas 10 / 13.
Si contesta **NO** pasar a la pregunta 14.
- 10) ¿Cuántas? Con qué grado de conocimiento?
Familiares directos
Familiares lejanos
Amigos y conocidos
Compañeros (trabajo, estudio)
Otros
- 11) ¿Durante cuánto tiempo recibieron tratamiento?
- 12) ¿Qué resultados se pudieron observar?
Excelentes - Muy buenos - Buenos - Regulares - Malos - Perjudiciales - Ninguno.
- 13) ¿Cómo pueden observarse dichos resultados?
- 14) ¿Recibió alguna vez ayuda por medio de la psicoterapia(tratamiento psicológico)? SI • NO
Si contesta **SI** seguir con las preguntas 15 / 19.
Si contesta **NO** pasar a la pregunta 20.
- 15) ¿En cuántas oportunidades?
- 16) ¿Durante cuánto tiempo en cada oportunidad?
- 17) ¿Qué tipo de psicoterapia o tratamiento psicológico ?
- 18) ¿En qué tipo de institución?
- 19) ¿Qué resultados obtuvo?
Excelentes - Muy buenos - Buenos - Regulares - Malos - Perjudiciales - Ninguno.
- 20) ¿Pensó alguna vez que podría recibirla? SI • NO
- 20a) ¿Porqué?

La Eficacia de la Psicoterapia

Hoja de respuestas

- a) *Edad*
- b) *Sexo*
- c) *Domicilio (zona, región)*
- d) *Teléfono*
- e) *Situación familiar*
- f) *Nivel de instrucción*
- g) *Nivel ocupacional*
- h) *Nivel socio-económico*

1)

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

Si contesta **SI** continuar con la pregunta 2/5. Continuar luego con la pregunta 7a.

Si contesta **NO** pasar a la pregunta 6.

2)

3)

4)

5)

6)

Si contesta positivamente, formular las mismas preguntas de 2/5 y luego la 7a.

Si contesta negativamente pasar a la 7a.

7)

Si contesta positivamente formular las preguntas 2/5 y luego con la pregunta 9.

Si contesta negativamente terminar .

7a)
.....
.....

8)
.....
.....

9)

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

Si contesta SI seguir las preguntas 10/13. Si contesta NO pasar a la 14.

10) Cantidad

- Familiares directos
- Familiares lejanos
- Amigos y conocidos
- Compañeros (trabajo, estudio)
- Otros

11)

12) Excelente Muy buenos Buenos Regulares Malos Perjudiciales Ninguno

13)
.....

14)

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

Si contesta SI pasar a la 15. Si NO pasar a la 20.

15)

16)

17)

18)

19) Excelente Muy buenos Buenos Regulares Malos Perjudiciales Ninguno

20)

| | |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

20a)
.....

Tabla 1

Categorías de respuestas, frecuencias y por cientos en torno a como se visualiza la finalidad de la psicoterapia: pasar de estado negativo a uno positivo, pasar de un estado satisfactorio a otro mejor, y otras respuestas

Categoría de respuestas (-/+)

| | Frecuencia | % |
|--|------------|----|
| Pasaje de estudio negativo o positivo (-/+) | | |
| Aclarar ideas o situaciones, Poner en claro, etc. | 7 | |
| Resolver problemas | 60 | |
| Curar un trastorno, una enfermedad | 20 | |
| Sub total | 77 | 43 |
| Pasaje de estado satisfactorio a otro mejor (+/++) | | |
| Autoconocimiento | 20 | |
| Orientación Personal | 15 | |
| Crecimiento Personal | 8 | |
| Ayuda a mejorar la calidad de vida | 24 | |
| Sub total | 67 | 37 |
| Varios | 7 | |
| Psicodianostrico, Poner en claro, etc. | 15 | |
| No se | 6 | |
| Sub total | 36 | 20 |

Analizando estas dos categorías parece que la representación social de la psicoterapia cabalga entre dos tipos de procedimientos, uno curativo y otro destinado a la expansión de la potencia personal. Combatir la enfermedad o promover la salud parecen ser las dos referencias ineludibles al pensar en estas categorías. Un interesante debate queda así planteado respecto del lugar que debe corresponder a las psicoterapias en general o a diferentes enfoques en particular. Pero lo que ya podría deducirse de estos datos es que muchos resultados controvertidos sobre diferentes técnicas y muchas investigaciones que pretenden probar la mayor eficacia de un modelo sobre otro pueden cometer el error de estar confrontando procedimientos de base diferentes en cuanto a los objetivos generales perseguidos.

Una pregunta en esta tercera zona de la encuesta recogió datos sobre la formación profesional de los psicoterapeutas. Allí obtuvimos los siguientes resultados: Psicólogos=137, Psiquiatras=65, Psicoanalistas=17, Psicoterapeutas=16, Médicos= 9, Psicopedagogos=6 y Otros=10.

Estos datos sugieren que la representación de la psicoterapia constituye un fenómeno de transición. Ello puede describirse desde distintos ángulos. El que aquí puede observarse es el que evidencia la falta de claridad respecto de quienes son los profesionales que pueden ejercerla, lo que seguramente colabora para una falta de precisión en las indicaciones de este tipo de tratamiento. Este fenómeno se conecta con la siguiente zona de la encuesta.

Relación con otros tratamientos:

Se formularon preguntas sobre las semejanzas y diferencias de la psicoterapia con otros tratamientos. Se buscó identificar la relación existente entre la psicoterapia y otras formas de asistencia de los trastornos psicológicos así como con otras modalidades de intervención en salud. Los resultados han mostrado una franca confusión al respecto. Resulta sin duda que no existe al momento una clara demarcación sobre los límites de esta práctica; al mismo tiempo, que evidencia la identificación de innumerables procedimientos alternativos como propuestas válidas para asistir a personas con dificultades psicológicas.

Entre los procedimientos con los que se comparó a la psicoterapia figuran técnicas complementarias como la musicoterapia, la laborterapia, etc., la acupuntura, la homeopatía y la medicina floral de Bach, las técnicas biológicas y psiquiátricas, la psicopedagogía, el control mental, la religión, el esoterismo y la parapsicología, el desarrollo de redes sociales.

Estos resultados unidos a lo señalado en el punto anterior permiten concluir que los alcances y los límites de la asistencia de la salud mental en general y las prácticas de la psicoterapia en particular atraviesan todavía por un período de alto nivel de indefinición que requiere aún volcar ingentes esfuerzos tendientes a clarificar los alcances de cada procedimiento en particular.

Observación de los resultados en los demás y expectativas de su aplicación en el encuestado:

Cada una de estas dos zonas de la encuesta fueron indagadas por un grupo de preguntas específicas, algunas de las cuales fueron muy correspondientes y cuyo análisis resulta especialmente interesante de realizar en forma conjunta, particularmente dos: una referida a la evaluación de los resultados y otra al tiempo utilizado en el tratamiento.

La Tabla 2 permite observar las respuestas registradas al preguntar a las personas su juicio respecto al resultado de la aplicación de la psicoterapia en personas de su conocimiento y sobre sí mismas, respectivamente. La primera columna recoge datos sobre el resultado que los encuestados observaron en familiares directos y lejanos, amigos, conocidos y compañeros de trabajo. El total de personas que los encuestados decían conocer directamente y que habían recibido psicoterapia se acercaba al doble de la muestra. Lo que viene en apoyo de la extensión de la aplicación del tratamiento en nuestro medio.

Dos conclusiones preliminares son las más interesantes a nuestro parecer. En primer lugar el hecho de que los porcentajes de estimación sobre la eficacia distan de ser excelentes y en ambos casos el porcentaje de casos que agrupa a los regulares, malos, perjudiciales y nulos alcanza alrededor de un tercio de los casos. Lo que obviamente sitúa la dimensión del éxito en un porcentaje muy discreto. Con todo parece confirmarse la tendencia de que alrededor de un 60% de los casos arroja alguna forma de evaluación positiva. En segundo lugar, es muy notable observar las diferencias entre ambos grupos. Allí puede observarse que la proporción de estimaciones excelente y muy bueno se han ampliado significativamente, lo que señala la tendencia a autoevaluar positivamente los resultados de la psicoterapia por parte de los usuarios. Esto remite a un tema de crucial importancia, en particular cuando se analizan los resultados de procedimientos muy extensos. En esos casos, cabe la posibilidad de que el paciente se sienta inclinado a sobrevaluar el resultado como producto del compromiso prolongado con una tarea en la que ha volcado una gran cantidad de recursos por mucho tiempo.

Con respecto al tiempo de duración de los tratamientos hemos obtenido los siguientes resultados:

| Psicoterapia en otro | Psicoterapia del evaluado |
|----------------------|---------------------------|
| Hasta un año: 45 | Hasta un año: 49 |
| De 1/4 años: 61 | De 1/4 años: 24 |
| 5 o más años: 25 | 5 o más años: 7 |

Otros casos corresponden a estimaciones indefinidas, personas en tratamiento, y otras variantes.

Tabla 2
Evaluación de la aplicación de la psicoterapia en otras personas
y en uno mismo

| Criterios de Evaluación | Otras personas | | uno mismo | |
|-------------------------|----------------|-------|------------|-------|
| | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Excelente | 6 | 2,7 | 7 | 8,97 |
| Muy buenos | 26 | 11,76 | 13 | 16,6 |
| Buenos | 90 | 40,7 | 31 | 39,76 |
| Regulares | 34 | 15,38 | 9 | 11,5 |
| Malos | 8 | 3,62 | 3 | 3,84 |
| Perjudiciales | 5 | 2,26 | 1 | 1,28 |
| Ninguno | 38 | 12,67 | 12 | 15,38 |
| No conoce | 17 | 7,70 | - | - |
| No contesta | 7 | 3,16 | 2 | 2,56 |
| Total | 221 | 100 | 78 | 100 |

Lo que podemos observar es la tendencia a una representación de que la psicoterapia es más prolongada en los demás que en uno mismo. Esto puede testimoniar sobre la existencia de un proceso de transformación que está sufriendo este campo, donde tiende a abreviarse el tiempo total de duración respecto de la representación tradicional de la misma. Por otra parte, incluyendo las dos primeras categorías puede deducirse que un porcentaje muy elevado de respuestas sitúan la extensión en un período no mayor a los 4 años, lo que se corresponde con nuestros hallazgos clínicos. De allí la importancia de plantear la existencia de modelos de psicoterapia *intermedia*, cuyos objetivos se sitúan entre la fuerte focalización de las terapias breves y la enorme apertura de las terapias prolongadas.

Del total de 167 personas encuestadas, 70 (el 42%) testimonian haber recibido psicoterapia. De ellos, 40 dicen haber recibido tratamiento en 1 oportunidad, 20 en dos y 10 en tres. Cuando pensamos en que casi la mitad de las personas encuestadas han recibido psicoterapia en alguna oportunidad se termina de confirmar la impresión de lo difundida que se encuentra esta técnica en nuestra

población. Ese dato termina de cobrar relevancia cuando observamos que dos tercios de las personas que no recibieron psicoterapia contestaron afirmativamente que alguna vez han pensado en la posibilidad de recibirla.

Pronto comenzaremos a contar con los resultado de otras poblaciones, de nuestro país y de muchos otros países del continente. Este dato será de interes para comparar el comportamiento de distintos grupos sociales, pero además será la base para observar posteriormente la relación entre la representación social y los resultados encontrados en la práctica clínica.

El último de los datos de la encuesta que analizamos en este trabajo se refiere a la forma de constatación de los resultados. Dos momentos de la encuesta se concentraron en preguntar a las personal cómo pueden observarse los resultados de la psicoterapia. Primero al interrogar acerca de su naturaleza y posteriormente al investigar cómo es posible identificar los cambios en otras personas que hayan hecho este tipo de tratamiento. Las respuestas han sido amplias y muy diversas. El alto grado de heterogeneidad no ha permitido por el momento concluir con alguna forma de categorización razonable. Aún así, resulta interesante observar el tipo de referencias utilizadas. En el momento de definir la psicoterapia, los encuestados dijeron que los efectos de la misma se pueden observar en cosas tales como:

- aumenta el autoconocimiento
- facilita la solución de problemas
- desarrolla estrategias de afrontamiento
- permite cambios en general y de conducta en particular
- aumenta la seguridad
- mejora la calidad de vida
- mejora las relaciones interpersonales
- facilita la adaptación
- reduce síntomas
- mejora el estado de ánimo y la autoestima.

Al centrarse en la observación de los resultados en otras personas, los encuestados dicen, entre otras cosas, que:

- produce cambios en la conducta
- mejora las relaciones interpersonales
- aumenta el control de los impulsos
- facilita la socialización
- mejora el estado de ánimo y la autoestima
- elimina síntomas.

Como se puede apreciar existen reiteraciones entre ambas listas, lo que atestigua cierta concordancia de los juicios. Por otro lado, el listado es suficientemente amplio (aunque no lo reproducimos de manera exhaustiva) y no es posible sintetizarlo. Tal vez estamos en el umbral de uno de los mayores problemas en relación con las determinación de la eficacia de la psicoterapia: que cambios

específicos, dentro del conjunto de cambios posibles, se espera que produzca una psicoterapia?

Sabemos que los seres humanos cambian de manera permanente. También que cuentan con determinadas estructuras persistentes que aseguran su estabilidad y su reconocimiento personal y social. Sabemos que existen situaciones de padecimiento que requieren de ciertos cambios específicos para poder encontrar alivio o curación. Se espera que la psicoterapia pueda colaborar par general esos cambios. Y además es necesario poder identificarlos pues de ello depende en realidad la posibilidad de que podamos en algún momento contar con métodos sólidos para evaluar su eficacia. Estamos, por ahora, en una etapa embrionaria. Claro que al mismo tiempo podemos estar satisfechos de haber iniciado un camino. Por el vamos.

REFERENCIAS

- Derogatis, L., Lipman, R., Rickels, R., Uhlenhuth, E. & Covi, G. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- Farr, R. (1986). Las representaciones sociales. En S. Moscovici, (Ed.). *Psicología Social*. Barcelona: Paidós
- Fernández Alvarez, H. (1990). Evaluación de la psicoterapia desde un modelo integrativo. Ponencia en APSA, Rosario, Argentina.
- Fernández Alvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo de psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Alvarez, H. (1992a). La eficacia de la psicoterapia. Programa de investigación. *Boletín Argentino de Psicología*, 5, 8-12.
- Garfield, S. & Wolpin, M. (1963). Expectations Regarding Psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 137, 353-362.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambuhi, H. (1990). *Diferent psychotherapies are different*. Workshop at the SPR Meeting, Wintergreen, Virginia, USA.
- Heine, R. & Trosman, H. (1960). Initial expectations of the doctor-patient interaction as a factor in continuance in psychotherapy. *Psychiatry*, 23, 275-278.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.). *Psicología Social*. Barcelona: Paidós.
- Lambert, M., Shapiro, D.M. & Bergin, A. (1986). The Effectiveness of Psychotherapy. In A. Bergin & S. Garfield, (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley and Sons.
- Millon, T. (1991). Classification in Psychopathology: Rationale Alternatives and Standards. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 245-261.
- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Strupp, H., & Hadley S. (1977). A Tripartite Model of Mental Health and Therapeutic Outcomes: With Special Reference to Negative Effects in Psychotherapy. *American Psychologist*, 32, 187-196.

LA INVESTIGACION PSICOTERAPEUTICA Y EL MOVIMIENTO DE INTEGRACION DE LAS PSICOTERAPIAS

Alfonso Martínez-Taboas

Universidad de Puerto Rico

RESUMEN

Durante las últimas dos décadas la investigación psicoterapéutica ha apoyado empíricamente la noción de que en el proceso de cambio psicoterapéutico están presentes factores comunes y factores específicos. Partiendo de estos hallazgos, el Movimiento de Integración de las Psicoterapias (MIP) viene a constituir un esfuerzo transteórico en donde se intenta darle énfasis a las comunalidades entre diversos modelos terapéuticos y encontrar puntos de integración entre las diferentes intervenciones psicoterapéuticas. En este artículo se presenta un panorama general de esos factores que han fortalecido el MIP así como las tres vertientes principales dentro de este movimiento. Se concluye que el MIP le permite al psicólogo ampliar sus marcos conceptuales y técnicos, lo que a su vez repercutirá en una actitud de más curiosidad y flexibilidad ante la complejidad biosicosocial del ser humano.

ABSTRACT

During the last two decades psychotherapy research has empirically supported the notion that the process of change involves common and specific factors. Based on these findings, the Movement of Psychotherapy Integration (MPI) represents a transtheoretical effort that emphasizes commonalities among diverse theoretical models identifying points of integration between different psychotherapeutic interventions. In this article a panoramic view of the factors that have strengthened the MPI movement is presented as are the three main trends within the movement. The article concludes that MPI allows the psychologist a broader conceptual and technical frame of reference. Such a framework could impact the therapist attitude increasing curiosity and flexibility when approaching the biopsychosocial complexity of the person.

"Nuestro conocimiento sobre los factores que trabajan en terapia debe estar enraizado en observaciones clínicas, pero éstas deben de estar acompañadas de verificaciones empíricas". Goldfried & Padawer (1982).

A pesar de que varios autores e historiadores han señalado que los procedimientos psicoterapéuticos tienen un trasfondo histórico extenso (Ellenberger, 1970; Janet, 1925), no es sino hasta hace apenas unas cuatro décadas atrás cuando comienzan a concretizarse esfuerzos sistemáticos encaminados a contestar preguntas tales como: ¿Son las psicoterapias efectivas? ¿Hay algunas más efectivas que otras? ¿Cuáles son los procesos que se movilizan en el cambio psicoterapéutico? ¿Son duraderos los cambios logrados en psicoterapia? Estas y docenas de otras preguntas han tratado de ser dilucidadas en las últimas décadas de lo que hoy se conoce como investigación psicoterapéutica.

Varios sondeos de opinión entre psicólogos señalan que una mayoría de estos no están informados sobre los resultados de estas investigaciones y que, por lo tanto, una parte substancial de las decisiones clínicas que éstos toman se llevan a cabo a través de intuiciones, tradición o puro prejuicio (Cohen, Sargent & Sechrest, 1986; Morrow-Bradley & Elliot, 1986).

Esta tendencia marcada de apelar a lo intuitivo es lo que probablemente explique la proliferación increíble y alarmante de modelos psicoterapéuticos. Kazdin (1986) documenta que mientras en el 1960 habían 60 diferentes tipos de psicoterapias, ya en el 1979 se contabilizan más de 250 intervenciones. Más sorprendente aún, para finales de la década de los 80, el número sobrepasaba los 400.

Compartimos la preocupación de muchos cuando señalan que esta proliferación desenfadada de psicoterapias no redundan en el prestigio de nuestra profesión ni tampoco parece ser de beneficio para el cliente que busca ayuda para su condición. El problema medular con esta proliferación es que menos del 10% de todo este tinglado psicoterapéutico ha sido evaluado o examinado empíricamente. Por lo tanto, el día de hoy desconocemos las indicaciones y contraindicaciones de un gran número de intervenciones clínicas.

A pesar de esta situación, la investigación psicoterapéutica ha ido en un incremento notable, si comparamos su ejecución con la de hace apenas veinte años atrás. Algunos de los hallazgos principales que se desprenden de todo este esfuerzo investigativo son los siguientes:

1. Las psicoterapias de corte psicoanalítico o psicodinámico no han podido sustentar su tesis medular de que sus intervenciones traen cambios más profundos, abarcadores y duraderos que los logrados por otros tipos de terapia (Crits-Christoph, 1992; Rachman & Wilson, 1980).
2. Las psicoterapias cortas (20 sesiones o menos) producen cambios substanciales y duraderos en un porcentaje mayoritario de pacientes ambulatorios (Wells & Giannetti, 1990).

3. Los beneficios logrados en psicoterapia suelen permanecer con el tiempo (a excepción de condiciones tales como abuso de sustancias y algunos tipos de psicosis) (Nicholson & Berman, 1983).

4. El efecto de las psicoterapias rebasa el efecto de placebos y del mero pasar del tiempo (Lambert, Shapiro y Bergin, 1986).

5. La fuerza de la alianza terapéutica es una variable mediadora la cual parcialmente predice el cambio terapéutico aun en terapias con un bagaje conceptual y teórico disímil (Horvath & Symonds, 1991).

6. Haber demostrado que existen psicoterapias específicas para problemas específicos (Lambert & Bergin, 1992).

7. Haber descubierto que diversos tipos de psicoterapias producen mejorías clínicas equivalentes (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986).

En este punto, deseamos detenernos en los dos últimos hallazgos, los cuales resultan centrales en la elaboración de nuestro trabajo. En cuanto a la declaración número seis, existen hoy pocas dudas (si alguna) de que a través de la investigación psicoterapéutica se han logrado identificar y establecer una serie de intervenciones específicas para problemas específicos. Algunos ejemplos notables son: la prevención de respuesta y la sobresaturación en el tratamiento de la obsesión compulsión (Barlow, 1988; Foa, Steketee & Ozarow, 1985; Marks, 1987); la exposición en vivo en trastornos fóbicos severos (Barlow, 1988; Emmelkamp, 1982; Turner, 1984), las terapias interpersonales y cognoscitivas en la depresión (Cornes, 1989; Moretti, Feldman & Shaw, 1989), la reestructuración cognoscitiva en el trastorno de pánico (Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright, 1992).

Sin embargo, es importante señalar que la búsqueda de terapias específicas para problemas específicos no ha sido del todo exitosa. Numerosos estudios señalan que aunque las terapias conductuales-cognoscitivas si han aportado algunas intervenciones específicas, la aportación de este cambio específico en ocasiones no es muy marcado. Lambert, Shapiro y Bergin (1986) llegaron a una conclusión similar en su conocida revisión de literatura. Citamos:

“Aunque hay poca evidencia de la superioridad clínica de un tipo de psicoterapia sobre otra con respecto a trastorno moderados ambulatorios, las terapias conductuales y cognoscitivas aparentan añadir un incremento significativo en lo que respecta al número de problemas difíciles (ejemplos y compulsiones) en proveer métodos útiles con un número de problemas no-neuróticos en donde las terapias tradicionales han mostrado poca efectividad (ejemplos, agresión en la niñez, conducta psicótica, gageo)”. (p.201).

En su revisión más reciente, Lambert y Bergin (1992) llegan a una conclusión similar:

“Las diferencias en los resultados entre varias formas de psicoterapia no son tan pronunciadas como se esperaban que fueran. Las Terapias conductuales, las cognoscitivas y la mezcla de estas en ocasiones muestran resultados superiores a las terapias verbales

tradicionales en el tratamiento de trastornos específicos, aunque esto no siempre es así. Aunque existe poca evidencia de superioridad clínica de una psicoterapia sobre otra...los métodos conductuales y cognoscitivos aparentan añadir un incremento significativo de eficacia en lo que respecta a problemas difíciles". (p.369)

Las conclusiones de Lambert y Bergin han sido comprobadas por nuestras propias revisiones de literatura, tanto en poblaciones adultas (Martínez-Taboas, 1988) como en niños (Martínez-Taboas & Francia, 1992).

A pesar de que en ocasiones encontramos evidencia respetable que apoya la superioridad de una psicoterapia sobre otra, no menos cierto es que hay un cúmulo impresionante de evidencia clínica controlada que señala que diversas psicoterapias producen mejorías equivalentes en pacientes ambulatorios, en especial esos con depresión mayor, distinta y ansiedad generalizada. Esta conclusión era una inesperada ya que hacía poco sentido esperar que terapias tan disímiles como lo son las psicodinámicas y las conductuales produjeran resultados más o menos análogos, (véase por ejemplo, el estudio de Sloane y colaboradores, 1975, en donde hubo pocas diferencias entre ambas). Inesperada o no, este tipo de equivalencia ha sido replicada en innumerables ocasiones, por lo que el debate actual no es si el resultado es espurio, sino aclarar los alcances de este tipo de hallazgo. Precisamente, la investigación psicoterapéutica al poner en el mapa este importante hallazgo le ha dado ímpetu a un movimiento relativamente nuevo dentro del ambiente académico y clínico en el campo de las psicoterapias; nos referimos al Movimiento de la Integración de las Psicoterapias (MIP).

LA DECLINACION DE LAS GRANDES ESCUELAS Y EL FORTALECIMIENTO DEL ECLECTICISMO Y LA INTEGRACION

Diversos estudios de sondeo de opinión entre psicólogos en los EEUU demuestran que entre un 33% de los psicólogos clínicos se describen así mismos como "eclecticos" (Norcross, 1986). Asimismo, los últimos sondeos indican que el apoyo o afiliación a escuelas "puras" ha estado declinado en las últimas tres décadas. Por ejemplo, en el análisis que realizan Norcross, Prochaska & Gallagher (1989) la afiliación a los enfoques psicodinámicos ha declinado del 1960 al 1986 de un 45% a un 23%, o sea, casi en un 50%.

Diversos expertos en el área coinciden en que uno de los factores principales que ha debilitado el compromiso de los clínicos con una sola escuela son los hallazgos de la investigación psicoterapéutica (Arkowitz, 1992; Beitman, Goldfried & Norcross, 1989). Como ya indicamos, la investigación psicoterapéutica ha puesto de relieve el ya robusto hecho de que en muchas ocasiones no hay efectividad diferencial entre las psicoterapias, a pesar de la diversidad conceptual, teórica y técnica de éstas. Como veremos más adelante, este hallazgo ha abierto la puerta a un enfoque más ecuménico en donde se plantea que pueden ser más las similitudes

que las diferencias en el proceso de cambio, irrespectivamente del enfoque psicoterapéutico.

Otro aspecto en el resquebrajamiento de las escuelas "puristas" es el consenso creciente de que ningún enfoque de por sí es adecuado clínicamente para todos los problemas, pacientes y situaciones. El reconocimiento de esta realidad clínica le demanda al terapeuta una perspectiva más flexible e integradora en el manejo clínico efectivo de las diversas psicopatologías.

El eclecticismo, precisamente, es una respuesta y una alternativa a la práctica purista. Sin embargo, la práctica del eclecticismo tiene sus serios inconvenientes a su vez. Tradicionalmente, el término de "eclecticismo" se ha relacionado con un enfoque pragmático en donde el terapeuta usa la técnica que él o ella crea que es efectiva, sin que haya detrás de esta decisión un racional empírico y ninguna teoría que guíe dichas decisiones. O, tal y como lo expuso Eysenck (1970), el eclecticismo sería:

"un mejunje de teorías, una mezcolanza de procedimientos, una ensalada de terapias y una trivialidad de actividades las cuales no guardan ningún racional lógico" (p.145).

Por lo tanto, el eclecticismo, aunque pretende ser una respuesta al compromiso con una sola escuela, no parece plantear una alternativa rigurosa y aceptable para el clínico que desea basar su práctica en algo más que "intuiciones" y "corazonadas". Precisamente, el Movimiento de Integración de las Psicoterapias (MIP) pretende plantear una alternativa más precisa y sofisticada en el empeño de ofrecerle credibilidad epistemológica y pragmática a la labor psicoterapéutica.

De manera global y sencilla podemos indicar que el MIP constituye un intento sofisticado de presentar una síntesis conceptual entre diversos sistemas teóricos, con el propósito primordial de integrar diversos procedimientos y técnicas provenientes de las grandes "escuelas" psicoterapéuticas. Mientras que el eclecticismo tiende a ser ateórico y primariamente pragmático, la integración se caracteriza por balancear la actividad teórica con la práctica, cuestión de crear un enfoque nuevo en el quehacer psicoterapéutico. Más aún, en el MIP se valora y activamente se explora el proceso que lleva a la gestación y elaboración de marcos conceptuales que faciliten el entendimiento y predicción del cambio psicoterapéutico.

Aunque los precedentes de la idea de integrar diversas vertientes teóricas se remonta a las primeras décadas de este siglo (véase a Goldfried & Newman, 1986), ha sido en los últimos 15 años que el MIP ha creado impacto en la comunidad de psicoterapia y, más reciente aún, en la investigación psicoterapéutica. Para ofrecer sólo un recuento conciso de dichos adelantos enumeraremos algunos de los más notables:

1. La creación de una revista especializada en el MIP: *Journal of Psychotherapy Integration*.

2. El patrocinio de un taller de 2 días sobre el MIP por parte del Instituto Nacional de Salud Mental (Wolfe & Goldfried, 1988).

3. La publicación de numerosos artículos sobre el MIP en diversas revistas de indudable impacto y reputación científica, tales como *American Journal of Psychiatry*, *Behavior Therapy*, *Psychiatric Annals*, *Annual Review of Psychology*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, etc.

4. El establecimiento internacional de sociedades y organizaciones comprometidas con la apertura teórica y clínica del MIP. Países tales como China, España, Argentina, Chile, India, Holanda e Inglaterra cuentan con dichas organizaciones.

5. Un interés marcado en la integración de los modelos conductuales cognoscitivos con los psicodinámicos (Arkowitz & Messer, 1984 Watchel, 1982).

6. La creación en el 1983 de la *Society for the Exploration of Psychotherapy Exploration*. (SEPI).

De toda esta actividad, sobresalen varios temas recurrentes. Entre ellos:

1. El potencial de complementar entre sí varios modos divergentes de psicoterapia.

2. Resaltar las ventajas de reenfocar las cogniciones, las emociones y las conductas como sistemas interdependientes, los cuales se influyen recíprocamente.

3. El deseo de guiar los procedimientos terapéuticos a través de hallazgos empíricos, productos de la investigación psicoterapéutica.

4. La importancia de desarrollar un lenguaje teórico común.

5. La necesidad de conocer las comunalidades entre terapeutas de diversas orientaciones y la formulación de una serie de "meta-teorías" que ilustren el cambio psicoterapéutico.

Beck (1984m, 1991b), quien se ha destacado como uno de los teóricos más sofisticados ubicados dentro del marco cognoscitivo, ha mostrado un interés marcado en el proceso de integración psicoterapéutica. En la siguiente cita, Beck (1984) expresa el sentir básico de un integracionista:

"A pesar de las diferencias obvias a nivel filosófico, teórico y técnico entre las terapias cognoscitivas, las conductuales el psicoanálisis y la farmacoterapia, hay las suficientes similitudes, leves pero importantes, que justifican el intento de construir un maxi-modelo que albergue esos sistemas de terapia... Estas perspectivas tienen varios niveles de poder explicativo. Relacionando una con cada una podemos intentar construir un modelo integral el cual posea un poder explicativo más robusto que el que puedan poseer las perspectivas individuales" (p.115).

Este enfoque integrador, cuyas raíces parten de los resultados de la investigación psicoterapéutica, va en expansión. No solo los numerosos coloquios, revistas y libros atestiguan hacia este hecho, sino que también lo fundamenta la opinión de expertos en psicoterapia. Por ejemplo, cuando Norcross y Freedheim (1992) le preguntaron a 40 expertos en psicoterapia cuales ellos esperarían que serían las

tendencias teóricas principales para el año 2000, encontraron que el MIP obtuvo la mayor puntuación (véase Tabla 1). Curiosamente, escuelas puristas tales como la existencial y la humanista fueron vistas en proceso de retirada. Por lo tanto, si la opinión de estos expertos es un indicio de algo, tendríamos que el MIP va a ocupar un lugar prominente en el quehacer psicoterapéutico de un cuantioso número de psicólogos norteamericanos y europeos.

Tabla 1
Predicción sobre la importancia de diversas orientaciones
teóricas para el año 2000 *

| Orientación | Media |
|------------------------|-------|
| Integración Teórica | 5.28 |
| Eclecicismo Técnico | 5.26 |
| Cognoscitivo | 5.20 |
| Sistémico Familiar | 5.13 |
| Psicobiológico | 4.77 |
| Conductual | 4.61 |
| Humanista | 3.82 |
| Existencial | 3.26 |
| Psicoanalítico | 2.97 |
| Análisis Transaccional | 2.74 |

Nota: 1= decremento grande; 4= igual que antes; 7= gran incremento.

* Modificado del estudio de Norcross y Freedheim (1992).

Sin embargo, debe de resaltarse el ineludible hecho de que casi toda esta investigación y elaboración integracionista está siendo gestada y realizada mayormente en Canadá, Estados Unidos, Inglaterra y Alemania. Aunque ya hay un comienzo de este movimiento en España, Argentina y Chile, e incluso un texto reciente de Fernández-Alvarez (1992), no es menos cierto que el movimiento integracionista aparentemente es desconocido por muchos psicólogos Latinoamericanos. De hecho, uno de los motivos inherentes de la escritura de este artículo es precisamente informar a los colegas Latinoamericanos sobre los

potenciales beneficios clínicos y teóricos que guarda este movimiento de vanguardia para nuestra profesión. Decimos esto porque historiadores de la psicología, como Ardila (1986), han documentado que muchos colegas Latinoamericanos suelen identificarse de manera comprometedora con escuelas puristas tales como la lacaniana, la kleiniana y el conductismo. Precisamente, uno de los beneficios del MIP es invitar a estos colegas de abrir fronteras y descubrir que en el proceso psicoterapéutico hay muchas más comunales de las que a veces se crean en el propio proceso de codificar un determinado enfoque. Para los psicólogos que están elaborando el MIP, los dogmas, rituales e inflexibilidades que usualmente circundan a la gran mayoría de las escuelas puristas son más bien un obstáculo, no solo para el propio conocimiento científico de nuestra labor, sino incluso un escollo que potencialmente obstaculiza la flexibilidad que necesita el clínico en el entendimiento y manejo de su cliente.

¿POR QUE EL MIP AHORA?

¿Por qué el MIP no surgió como un movimiento robusto antes de la década de los 1970? ¿Qué factores explican su surgimiento en los últimos años ?.

En primer lugar, y tal como lo habíamos adelantado, el MIP surge concomitante a la mejor calidad de la investigación psicoterapéutica y al hallazgo de que en muchas ocasiones éstos reflejan resultados equivalentes aún entre diversas psicoterapias. Antes de la década de los 1970s existían muy pocos estudios comparativos entre psicoterapias, por lo que no fue hasta entrada ya la década de los 1970s cuando la equivalencia de las psicoterapias trajo consigo el catalítico que sirvió entonces para considerar los enfoques integrativos.

Otro factor que probablemente ha contribuido al fortalecimiento del MIP es la búsqueda intensiva de descripciones y operacionales de las estrategias y técnicas psicoterapéuticas. Esta especificación, la cual incluso ha dado paso a la publicación de manuales psicoterapéuticos (Luborsky & DeRubeis, 1984), permitió, por primera vez, contrastar y comparar de una manera más rigurosa el contenido específico de diversos enfoques terapéuticos. Esto ha hecho viable la posibilidad del trabajo integracionista.

Un factor adicional en el surgimiento y consolidación del MIP lo ha sido el éxito e impacto de las terapias cognoscitivas. Como bien lo exponen Alford y Norcross (1991), la terapia cognoscitiva de Beck (1976), al darle énfasis a los hallazgos empíricos y al adoptar una postura colaborativa hacia otros modelos, ha enaltecido el potencial de integración psicoterapéutica. Beck (1991a), reaccionado al trabajo de Alford y Norcross, no solo coincide con éstos en lo ya señalado, sino que incluso elabora el punto añadiendo que la terapia cognoscitiva ha ido añadiendo a su estructura teórica aspectos de la psicología social, del desarrollo, de las ciencias cognoscitivas y de formulaciones psicodinámicas. Este procedimiento de expansión

y de someter al escrutinio empírico dicho proceder, convierten a la terapia cognoscitiva en una vertiente eminentemente integradora.

Aunque Beitman, Goldfried y Norcross (1989) presentan otros factores que influyeron en la creación de un ambiente propicio para el MIP, creemos que las ya enumeradas toman primacía en dicho trayecto.

VERTIENTES DENTRO DEL MIP

Autores como Arkowitz (1992) han señalado que hay tres vertientes importantes dentro del MIP. Estos enfoques son: 1) el de factores comunes; (2) el de integración; (3) y el eclecticismo técnico. A continuación un análisis conciso de cada una de éstas:

Enfoque de Factores Comunes

La premisa básica de este enfoque integrador es que hay más similitud que diferencia entre las psicoterapias y que la activación de esos factores comunes constituyen la esencia de la psicoterapia. En otras palabras, aquí activamente se buscan los ingredientes básicos que las diversas psicoterapias comparten. Los clínicos que apoyan este enfoque creen que las técnicas y las teorías que diferencian a una psicoterapia de otra son de menor importancia y sólo vienen a enmascarar las comunalidades (o factores comunes) que todas las psicoterapias guardan entre sí. Se parte de la premisa de que son esas comunalidades las que realmente mediatizan el cambio terapéutico. En la Tabla 2 el lector puede encontrar los factores comunes que se han postulado en todo cambio psicoterapéutico. Estos abarcan áreas tales como características del cliente, cualidades del terapeuta, procesos de cambio, estructuras de tratamiento y elementosa de relación.

Aunque la búsqueda de factores comunes tiene precursores desde la década de los 1930s (Rosenzweig, 1936; Alexander & French, 1946; Frank, 1961) no es hasta la década de los 1980s cuando este enfoque se torna más sofisticado y específico en sus proposiciones (Karasu, 1986; Lambert, 1986). Nos parece importante resaltar nuevamente que este ímpetu toma sus raíces en el hallazgo de que en bastantes ocasiones, psicoterapias tan diversas como las psicodinámicas y las conductuales producen mejorías equivalentes en los clientes.

Como un ejemplo específico de un factor común, podemos mencionar lo que hoy se conoce como la alianza terapéutica (AT) nos referimos a un constructo panteórico en donde se hace énfasis en la contribución que tanto el terapeuta como el cliente realizan en el proceso terapéutico. Dicha alianza permite ver la relación terapéutica como un proceso colaborativo o uno centrado en un "nosotros". La evidencia actual revela que la AT aporta activamente al éxito de la labor psicoterapéutica, esto sin importar si la terapia es humanista, psicodinámica o cognoscitiva (Horvarth & Symonds, 199; Safran & Segal, 1990; Salvio, Beutler,

Tabla 2
Factores comunes en el proceso psicoterapeutico

| Factores | |
|--------------------------------|---|
| Características del Cliente: | expectativas esperanza |
| Características del Terapeuta: | empatía estima positiva calor humano |
| Características del Proceso: | catarsis adquisición y práctica de nuevas conductas provisión de un racional de cambio instigar introspección aprendizaje emocional e interpersonal |
| Estructuras Terapéuticas: | técnicas específicas y rituales exploración del plano emocional adherencia teórica |
| Elementos de relación: | desarrollo de la alianza terapéutica |

Wood & Engle, 1992). Por lo tanto, la AT sería un ejemplo de un factor común que opera tácitamente en varios estilos terapéuticos.

Críticas al Enfoque de Factores Comunes

No creemos equivocarnos si acentuamos el dato de que dentro del MIP el enfoque de factores comunes es uno de los más persuasivos y unificadores. La hipótesis de que las diferencias entre estilos de terapia, nos permite entender una parte cuantiosa de los resultados que se generan en la investigación psicoterapéutica. Incluso, en un plano más especulativo, autores como Golomb (1986) sugieren que el traslado entre psicoterapeutas y curanderos multiétnicos es mucho más impresionante de lo que oficialmente se reconoce.

Sin embargo, son muy pocos los autores, aun dentro del mismo MIP, que creen que las psicoterapias se pueden reducir a factores comunes, y que las técnicas y enfoques teóricos particulares sean redundantes (Arkowitz, 1992; Arnkoff & Glass, 1992). Entre las críticas a los factores comunes tenemos las siguientes. En primer lugar, no es escasa la evidencia que sí indica a procesos diferenciales en el cambio psicoterapéutico (Beutler & Clarkin, 1990). Más aún, nuestras revisiones de literatura (Martínez-Taboas, 1988; Martínez-Taboas, 1988; Martínez-Taboas & Francia, 1992), más otras existentes (Andrews & Harvey, 1981; Rachman & Wilson, 1980; Weisz, Weiss, Alicke & Klotz, 1987) apuntan que en psicopatologías profundas no todas las psicoterapias son igual de efectivas.

En segundo lugar, el que en un determinado estudio los pacientes sobresalen con mejorías equivalentes no es necesariamente un indicio de que las mismas hayan sido producto de factores comunes. Tal y como lo apuntan Stiles, Shapiro y Elliot (1986), hay diferentes explicaciones alternas para este hallazgo. Una de estas es que la ausencia de diferencias grupales oscurece la variabilidad de resultados de personas diferentes en terapias diferentes. Tal y como lo expresa Shoham-Salomon (1991):

“La creencia de que todas las terapias son equivalentes y que operan a través de factores comunes ha llevado a algunos investigadores y clínicos a descartar diferencias potenciales entre diversas intervenciones terapéuticas. Sin embargo, esta postura no resiste el peso de la lógica: la dificultad en encontrar diferencias promedios entre terapias no implica necesariamente que las terapias sean equivalentes. A través del principio de equifinalidad, procesos diferentes pueden producir resultados finales similares” (p.35)

En tercer lugar, aún los exponentes de los factores comunes no han podido probar la causalidad de muchos de los procesos por los cuales abogan. Por ejemplo, si suponemos que una mayoría de pacientes aumentan su sentido de esperanza luego de finalizado un estudio comparativo de psicoterapia, esto de por sí sólo constituye un mero hallazgo correlativo (no causal). Es muy posible que dicho hallazgo sea producto de una tercera variable.

Por último, se ha traído a colocación que si llevamos a sus últimas consecuencias el modelo de los factores comunes, caeríamos en un tipo de nihilismo terapéutico. Esto es, si todas las psicoterapias son igual de efectivas con todas las condiciones y con todos los pacientes, esto daría margen a un pandemónium práctico y teórico. Se ha comentado que esto a su vez engendraría la proliferación y legitimación de “terapias” espurias y de dudosa credibilidad científica. Afortunadamente, esta postura extrema cuenta actualmente con muy pocos seguidores- aún dentro del propio MIP.

Resumiendo: la investigación psicoterapéutica ha puesto firmemente en el mapa el hallazgo de que hay muchas más comunalidades entre diversas psicoterapias que lo que se pensaba hace apenas tres décadas atrás. Estas comunalidades están

siendo identificadas, lo que repercutirá en una mejor identificación de esos factores comunes que deben de cultivarse en el proceso terapéutico. Sin embargo, queda patente que los factores comunes no constituyen toda la historia del quehacer terapéutico.

Enfoque de Integración Teórica

El enfoque de integración teórica se basa en la premisa de que diversas terapias realizan diferentes contribuciones al proceso de cambio. Más aún, se postula que una síntesis de los enfoques actuales, tanto a nivel clínico como teórico, puede ser productiva. Mientras que el enfoque de factores comunes trata de identificar los elementos que diversas psicoterapias tienen en común, el enfoque de integración teórica hace énfasis en la integración de las diferencias. Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que dentro del MIP, el enfoque de integración teórica es el que más respaldo ha recibido (Arkowitz, 1992). Garfield (1992) expresa con lucidez este punto cuando señala: "El uso propio de factores comunes y específicos en el proceso de terapia, probablemente sea el enfoque más eficaz en el estudio de la psicoterapia" (p.351). Arkowitz (1992), uno de los principales exponentes del MIP, apoya un punto similar:

"Mientras que muchas de las discusiones de los factores comunes ignoran o minimizan los factores que diferencian a las diferentes terapias, yo creo que esto constituye un error. El problema puede ser analizado de una manera más productiva como uno en donde factores comunes y únicos hacen una contribución al proceso terapéutico" (pp.283-284).

Shoham-Salomon (1992) expresa un juicio similar:

"La hipótesis de equivalencia no le hace sentido a los clínicos por lo9 que dudosamente se convierta en una ideaprovocativa entre éstos. Más aún, la integración psicoterapéutica intenta extraer lo mejor de cada terapia cuestión de integrar diferentes modelos terapéuticos en modelos nuevos y coherentes. Esta meta va dirigida a descubrir diferencias específicas". (p.36).

En el enfoque de integración teórica, pues, una de las metas medulares es auscultar cómo la interacción de cliente X terapeuta X tratamiento X problema ayuda a explicar los procesos de cambio diferencial (Beutler, 1991; Shoham-Salomon & Hannah, 1991). Esta labor parte de la premisa de la necesidad legítima de desarrollar investigación internacional guiada por derivaciones teóricas. Un ejemplo quizás ayude al lector a aclarar este punto.

Beutler y colaboradores (1991) realizaron un estudio donde se compararon tres tipos de psicoterapia con pacientes deprimidos: terapia cognoscitiva, terapia experiencial de apoyo. Los autores auscultaron los estilos de acoplamiento

(externalización) y de defensividad (potencial de resistencia) para investigar la hipótesis de interacciones diferenciales entre tratamiento paciente. Los resultados indicaron que los pacientes deprimidos externalizadores mejoraron más en terapia cognoscitiva, mientras que los no-externalizadores mejoraron más en terapia de apoyo. Así mismo, los pacientes defensivos mejoraron más en terapia de apoyo y los no defensivos más en terapia cognoscitiva. Beutler y colaboradores indican que la exploración del proceso diferencial es importante en la investigación psicoterapéutica ya que estudios como el efectuado por ellos no reflejó diferencias globales en medidas de depresión al finalizar el estudio. Sin embargo, esta equifinalidad fue lograda no tanto por "factores comunes", sino a través de un proceso diferencial de respuesta en los clientes (véase a Goldfried, 1991; Jacobson et al, 1991; Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Prochaska, Rossi & Wilcox, 1991; Shoham-Salomon, 1990; para estudios recientes en donde se llega a conclusiones similares. Véase a Dance & Neufeld (1988) para una revisión de estudios anteriores).

Entre los esfuerzos más elaborados y sistemáticos de integración se encuentran aquellos en donde se intenta evaluar la posibilidad de de crear una síntesis entre los enfoques conductuales-cognoscitivos y los psicodinámicos (Arkowitz & Hannah, 1989; Arkowitz & Messer, 1984; Wachtel, 1977, 1982).

Sin embargo, debemos admitir que la propuesta de integración entre estos dos modelos tiene objetores y criterios (Franks, 1984; Wilson, 1982), los cuales repetidas veces han señalado que aunque la integración clínica de estos dos modelos es posible, las diferencias conceptuales y epistemológicas son demasiado abismales como para ser compatibles. Por lo tanto, el asunto de una integración total entre lo psicodinámico y lo conductual más bien está en el plano de la exploración.

Críticas al Modelo de Integración Teórica

El enfoque de integración teórica es el que más entusiasmo ha generado dentro del MIP. La idea central de que el estudio de las psicoterapias debe ir en búsqueda de factores comunes y de factores específicos ha recibido el respaldo de los principales representantes de este movimiento (Arkowitz, Beitman, Garfield, Goldfried, Shapiro, Shoham-Salomon, Wachtel y otros). Importante también es el hecho de que alguna evidencia reciente, dirigida a auscultar el proceso de integración teórica, ha logrado cierto éxito en la verificación de dichas hipótesis.

Aunque esto es cierto, no menos cierto es que este enfoque no ha sido todavía elaborado lo suficiente como para indicarnos que aspectos de cuales terapias pueden ser integrados. Tampoco hemos visto mucha investigación dirigida a la posibilidad de lograr formular terapias más efectivas basadas en la integración teórica. Coincidimos con Arkowitz (1992) cuando señala que este enfoque es uno extremadamente prometedor, pero que la momento está en pleno proceso de gestación. Esto es, no hay aún un modelo integracionista lo suficientemente sofisticado que nos permita evaluar los alcances y limitaciones de esta propuesta.

Electicismo Técnico

Anteriormente habíamos señalado que uno de los problemas con el eclecticismo era que el procedimiento que daba base para la selección del tratamiento era una matizada por factores intuitivos e idiosincráticos de cada terapeuta. El resultado de esto es que muchos clínicos eclécticos no pueden justificar sus intervenciones excepto apelando a su "experiencia" y sus "corazonadas".

El enfoque del eclecticismo técnico intenta recoger el atractivo de la riqueza ecléctica, sin caer en el pandemónium de la subjetividad clínica. Arnold Lazarus (1976, 1981, 1986), quien es uno de los principales exponentes del eclecticismo técnico, ha desarrollado un sistema sofisticado en donde el clínico logra justificar la selección de su estrategia clínica guiándose primariamente en los resultados de la investigación psicoterapéutica (Martínez-Taboas, 1988b). El sistema de Lazarus comprende la evaluación de cada paciente en 7 dimensiones: conducta, afecto, sensación, imaginaria, cognición, interpersonal y biológico. De acuerdo al perfil de cada paciente, el terapeuta utiliza la técnica que más evidencia empírica tenga a su favor para solucionar su problemática. Por ejemplo, si el paciente es una persona con un trastorno obsesivo-compulsivo y las áreas más afectadas en el perfil son la conducta, la cognición y lo interpersonal, Lazarus recomendaría para la primera la técnica de prevención de respuesta, para la segunda alguna modalidad cognoscitiva y para la tercera terapia interpersonal o entrenamiento en habilidades sociales.

Por lo tanto, el enfoque de Lazarus, y de la mayoría de los otros eclécticos técnicos, va dirigido al desarrollo de estrategias atóricas con la meta primaria de seleccionar y predecir el mejor tratamiento para individuos y trastornos particulares.

En un artículo reciente, Lazarus, Beutler y Norcross (1992) sacaron a relucir 10 predicciones sobre el movimiento del eclecticismo técnico. Estas son: 1) el eclecticismo técnico será representativo del Zeitgeist psicoterapéutico entrando el Siglo XXI; 2) las limitaciones de la integración teórica van a hacerse más patentes; 3) se seguirán desarrollando tratamientos específicos para problemas específicos; 4) las terapias psicológicas serán cada día pareadas con variables del cliente más allá de su diagnóstico; 5) el significado de eclecticismo vendrá también a abarcar la relación terapeuta cliente; 6) los "factores comunes" serán operacionalizados y empleados de manera prescriptiva; 7) el eclecticismo técnico facilitará la investigación psicoterapéutica que sea clínicamente relevante; 8) el eclecticismo requerirá investigaciones programáticas y mejoras metodológicas; 9) serán desarrollados programas de entrenamiento con énfasis en terapia ecléctica; 10) el eclecticismo técnico será "institucionalizado".

Críticas al Enfoque del Eclecticismo Técnico

Aunque resulta obvio que el eclecticismo técnico posee una rigurosidad y sofisticación mayor que la vertiente tradicional ecléctica, no menos cierto es que

a nivel teórico y conceptual este enfoque está subdesarrollado. En un debate reciente entre Lazarus y Messer (1991) éste último señalaba que el enfoque del eclecticismo técnico desestimaba demasiado el valor de la teorización en el crecimiento del conocimiento científico. Sin elaboración teórica es difícil hacer ciencia. Coincidimos con Messer de que definitivamente este enfoque adolece de una falta de curiosidad teórica hacia el cambio psicoterapéutico. Aunque es totalmente cierto que en la ciencia hay importantes descubrimientos y avances relacionados con una epistemología ligada al descubrimiento empírico de relaciones (Mahrer, 1988), no menos cierto es que la teorización en la ciencia juega un papel primordial en la búsqueda de relaciones causales y en la creación de modelos representativos que encaucen la investigación (Forsyth & Strong, 1986).

A pesar de esto, creemos que la elegancia y la persuasividad clínica del eclecticismo técnico constituye un aliciente contra el eclecticismo desenfrenado y pone de relieve la ventaja de utilizar de una manera integradora estrategias terapéuticas provenientes de diversos marcos y escuelas.

CONCLUSION

De lo discutido debe quedar claro que actualmente el MIP constituye una fuerza de vanguardia dentro del campo de las psicoterapias. Su surgimiento y consolidación se ha nutrido activamente de diversos hallazgos producto de la investigación psicoterapéutica. En específico, el reconocimiento de que diferentes psicoterapias aportan muchos más factores comunes de lo que se pensaba, ha sido un puntal importante en el fortalecimiento del MIP. No menos importante ha sido la comprobación empírica de factores específicos y la teorización conducente a integrar dichas diferencias en unos modelos de cambio más sofisticados y abarcadores. De esta manera el MIP ha puesto sobre el tapete el hecho de que el proceso de cura en ocasiones se distancia marcadamente de los postulados aprioristas y estrechos de las escuelas puristas.

Asimismo, creemos que el interés y crecimiento internacional del MIP refleja el descontento de muchos clínicos con los compromisos excesivos que exigen las diversas "escuelas" puristas. En estas últimas, por un lado, se cultiva la aceptación crítica de unos determinados supuestos y, por el otro, el rechazo apriorista y hasta visceral de enfoques que atentan contra la "pureza" de la tradición. De más estará decir que este tipo de actividad, aunque abunda con demasiada frecuencia, constituye un craso desatino desde el punto de vista científico y epistemológico. Nos parece patente que nuestra disciplina ha madurado lo suficiente como para al menos quedar claro que el ser humano es lo suficientemente complejo como para ser "comprendido" por un solo enfoque terapéutico. La encomienda purista, a nuestro juicio, hoy día no sólo va en una visible retirada, sino que además ya queda evidente su implausibilidad ante la complejidad biopsicosocial del ser humano. Los discursos de las escuelas puristas, por más sofisticados que pretendan ser, más bien ilustran

el uso extenso de la retórica en la psicología, y no tanto sus verdaderos alcances y avances, los cuales en demasiadas ocasiones son mucho más modestos de lo que se reclama.

El MIP propone una alternativa: el cambio psicoterapéutico es multifactorial y multidimensional. Las unidades de cambio en el ser humano van desde la conducta y la cognición, hasta la emoción y lo fisiológico. Estas unidades rara vez funcionan independientemente; más común es que éstas se activen de manera recíproca y que su acción sea interdependiente, lo que dificulta darle primacía a cualquiera de éstas.

El MIP propone estudiar concienzudamente el proceso de cambio y documentar la diversidad de dichos procesos. Para realizar esto, pues, es necesario apreciar y valorar el pluralismo en la investigación. Tal y como lo presentamos en un artículo anterior (Martínez-Taboas, 1991), el pluralismo es el reconocimiento de que diversos métodos, enfoques y estrategias aportan información sobre el ser humano y su complejidad (véase también a Roth, 1987; Strenger & Omer, 1992).

El mensaje del MIP para el psicólogo Latinoamericano es diáfano: los seguidores de las escuelas puristas (psicoanalíticas, conductistas, humanistas) deben de reevaluar la primacía ideológica que usualmente le conceden a éstas. El MIP propone un acercamiento diferente al quehacer psicoterapéutico; uno caracterizado por la amplitud, la curiosidad, la flexibilidad y la integración del conocimiento. Se impone entonces que las diversas escuelas graduadas de psicología familiaricen a sus estudiantes con esta literatura la cual al día de hoy es abundantísima. La publicación de los masivos volúmenes de Goldfried y Norcross (1993), Stricker y Gold (1993), más el volumen de Fernández-Alvarez (1992) facilitarán esta labor.

Sin embargo, el endoso al MIP debe estar enmarcado dentro de un entusiasmo cauteloso y medurado. Los frutos actuales del MIP han estado dirigidos mayormente a lo teórico y a lo conceptual. Aún no hay disponible evidencia contundente que apoye algunas de sus propuestas medulares. De hecho, la creación de la SEPI está inspirada por el deseo de explorar la posibilidad de la integración. Por demasiado tiempo, escuelas cerradas como el conductismo, el psicoanálisis (y variantes) y el humanismo no habían facilitado el florecimiento de dicha exploración. Una vez queda patente y evidente que estas escuelas sólo han podido aportar un conocimiento parcial y fragmentado del cambio psicoterapéutico, le toca ahora, la oportunidad a los integracionistas de explorar la complejidad del cambio psicoterapéutico con una amplitud jamás concebida en la historia de la psicoterapia.

REFERENCIAS

- Alexander, F. & French, T. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.
- Alford, B.A. & Norcross, J. (1991). Cognitive therapy as integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 175-190.

- Andrews, G. & Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients?. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1203-1208.
- Ardila, R. (1986). *La psicología en América Latina*. Mexico: Siglo XXI Editores.
- Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. En D.K. Freedheim (Ed.) *History of psychotherapy* (pp.261-304) Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Arkowitz, H. & Hannah, M.T. (1989). Cognitive, behavioral, and psychodynamic therapies: Converging or diverging pathways to change ?. En A. Freeman, K.Simon, L.Beutler & H. Arkowitz (Eds.) *Comprehensive handbook of cognitive therapy* (pp.144-167). New York: Plenum.
- Arkowitz, H. & Messer, S. B. (1984). *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?* New York: Plenum.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1984). Cognitive therapy, psychoanalysis, and pharmacotherapy: A cognitive continuum. En J.B.W. Williams & R.L. Spitzer (eds), *Psychotherapy research* (pp.114-134). New York: Guilford.
- Beck, A. T. (1991a). Cognitive therapy as the integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 191-198.
- Beck, A. T. (1991b). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A.T., Sokol, L., Clark, D., Berchick, R. & Wright, F.(1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 778-783.
- Beitman, B., Goldfried, M. R. & Norcross, J. (1989). The movement toward integrating the psychotherapies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 146, 138-147.
- Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al's verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 226-232.
- Beutler, L. E. & Clarkin, J. F.(1990). *Systematic treatment selection*. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R., Bergan, J., Meredith, K. & Merry, W.(1991). Predictors of differential response to cognitive, experimental, and self-directed psychotherapeutic procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 333-340.
- Cohen, L. H., Sargent, M. M. & Sechrest, L. B. (1986). Use of psychotherapy research by professional psychologists. *American Psychologist*, 41, 198-202.
- Cornes, C. (1989). Interpersonal psychotherapy of depression. En R. A. Wells & V. J. Giannetti (Eds.). *Handbook of the brief psychotherapies*(pp.217-238). New York: Plenum.
- Crits-Christoph, P.(1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A metaanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.

- Dance, K. & Neufeld, R. (1988). Aptitude-treatment interaction research in the clinical setting. *Psychological Bulletin*, 104, 192-213.
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious*. New York: Basic Books.
- Emmelkamp, P. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorder*. New York: Plenum.
- Eysenck, H. J. (1979). A mish-mash of theories. *International Journal of Psychiatry*, 9, 140-146.
- Fernández-Alvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Foa, E., Steketee, G. & Ozarow, B. (1985). Behavior therapy with obsessive-compulsives: from theory to treatment. En M. Mavissakalian, S. M. Turner & L. Michelson (Eds). *Obsessive-compulsive disorder* (pp.49-130). New York: Plenum.
- Forsyth, D.R. & Strong, S.R. (1986). The scientific study of counseling and psychotherapy: a unificationist view. *American Psychologist*, 41, 113-119.
- Frank, J. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Franks, C.M. (1984). On conceptual and technical integrity in psychoanalysis and behavior therapy. En H. Arkowitz & S.B. Messer (Eds.). *Psychoanalytic therapy and behavior therapy: Is integration possible?*. New York: Plenum.
- Garfield, S.L. (1992). Major issues in psychotherapy research. En D.K. Freedheim (Ed.). *History of psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Glass, C.R. & Arnkoff, B. (1992). Behavior therapy. En D. K. Freedheim (Ed.). *History of psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Goldfried, M.R. (1991). Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 5-25.
- Goldfried, M.R. & Newman, C. (1986). Psychotherapy integration: An historical perspective. En J.C. Norcross (Ed.) *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- Goldfried, M.R. & Norcross, J.C. (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Goldfried, M.R. & Padawer, W. (1982). Current and future directions in psychotherapy. En M.R. Goldfried (Ed.) *Converging themes in psychotherapy*. New York: Springer.
- Golomb, L. (1985). *An anthropology of curing in multiethnic Thailand*. Urbana: University of Illinois Press.
- Horvath, A. & Symonds, B. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Jacobson, N.S., Dobson, K., Fruzzetti, A., Schmalings, K. & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-558.
- Janet, P. (1925). *Psychological healing*. New York: Macmillan.
- Jones, E.E., Cumming, J. & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 48-55.

- Karasu, T.B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kazdin, A.E. (1986). Research designs and methodology. En S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lambert, M.J. (1986). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. En N.C. Norcross (Ed.). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- Lambert, M.J., Shapiro, D. & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. En Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. En D.K. Freedheim (Ed.) *History of psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lazarus, A.A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer.
- Lazarus, A.A. (1981). *The practice of multimodal therapy*. New York: McGraw.
- Lazarus, A.A. (1986) (Ed.) *Case book of multimodal therapy*. New York: Guilford.
- Lazarus, A.A., Beutler, L.E. & Norcross, J.C. (1992). The future of technical eclecticism. *Psychotherapy*, 29, 71-79.
- Lazarus, A.A. & Messer, S.B. (1991). Does chaos prevail? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 143-158.
- Luborsky, L. & DeRubeis, R. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- Mahrer, A. R. (1988). Discovery-oriented psychotherapy research: rationale, aims and methods. *American Psychologist*, 43, 694-702.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Martínez-Taboas, A. (1988a). El uso de la terapia multimodal en la práctica clínica. *Revista Ciencias de la Conducta*, 3, 9- 20.
- Martínez-Taboas, A. (1988b). ¿Son todas las psicoterapias igualmente efectivas? I. Una revisión crítica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, 309-330.
- Martínez-Taboas, A. (1991). Braunstein, psicología y ciencia: Hacia un análisis pluralista de nuestro quehacer psicológico. *Revista Interamericana de Psicología*, 25, 185- 208.
- Martínez-Taboas, A. & Francia, M. (1992). La efectividad de las psicoterapias en niños y adolescentes: Revisión de estudios controlados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 237- 258.
- Moretti, M.M., Feldman, L.A. & Shaw, B.F. (1989). Cognitive therapy: Current issues in theory and practice. En R.A. Wells & V.J. Giannetti (Eds.) *Handbook of the brief psychotherapies*. New York: Plenum.
- Morrow-Bradley, C. Elliot, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41, 188-197.
- Nicholson, R. A. & Berman, J.S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin*, 93, 261-278.

- Norcross, J.C. (1986). Eclectic psychotherapy. En N.C. Norcross (Ed.). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- Norcross, J.C. & Freedheim, D.K. (1992). Into the future: Retrospect and prospect in psychotherapy. En D.K. Freedheim (Ed.). *History of psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Norcross, J.C., Prochaska, J. & Gallagher, K. (1989). Cincial Psychologists in the 1980s: Theory, research and practice. *The Clinical Psychologist*, 42, 45-52.
- Prochaska, J. Rossi, J. & Wilcox, N. (1991). Change processes and psychotherapy outcome in integrative case research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 103-120.
- Rachman, S. & Wilson, G.T. (1980). *The effects of psychological therapies*. New York: Pergamon Press.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Roth, P.A. (1987). *Meaning and method in the social sciences: A case for methodological pluralism*. Ithaca: Cornell University Press.
- Safran, J.D. & Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Salvio, M., Beutler, L.E., Wood, J. & Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 2, 31-36.
- Shoham-Salomon, V. (1990). Interrelating research processes of process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 195-303.
- Shoham-Salomon, V. (1991). Studying therapeutic modules precedes the integration of models. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 35-41.
- Shoham-Salomon, V. & Hannah, M.T. (1991). Client-treatment interaction in the study of differential change processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 217-225.
- Sloane, R. Staples, F., Cristol, A., Yorkston, N. & Whipple, K. (1975). *Psychotherapy versus behavior therapy*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Stiles, W., Shapiro, D. & Elliot, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent". *American Psychology*, 41, 165-180.
- Strenger, C. & Omer, H. (1992). Pluralistic criteria for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 111- 130.
- Stricker, G. & Gold, J.R. (1993). *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*. New York: Plenum.
- Torrey, E.F. (1986). *Witch doctors and psychiatrists*. New York: Harper.
- Turner, S.M. (1984) (Ed.). *Behavioral theories and treatment of anxiety*. New York: Plenum.
- Wachtel, P.L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.
- Wachtel, P.L. (1982). What can dynamic therapies contribute to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 13, 594-609.

- Weiz, J.R., Weiss, B. Alicke, M.D. & Klotz, M.L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.
- Wells, R.A. & Giannetti, V.J. (1990). (Eds.). *Handbook of the brief psychotherapies*. New York: Plenum.
- Wilson, G.T. (1982). Psychotherapy process and procedure: The behavioral mandate. *Behavior Therapy*, 13, 291-312.
- Wolfe, B.E. & Goldfried, M.R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.

**II SIMPOSIO INTERNACIONAL
DE PSICOLOGIA APLICADA AL
PERFECCIONAMIENTO DE LA
DIRECCION Y DESARROLLO
ORGANIZACIONAL**

**22 AL 24 DE JUNIO DE 1994
LA HABANA, CUBA**

INFORMACION Y ENVIO DE PROPUESTAS

**Dr. Julio César Casales F.
Presidente del Comité Organizador**

**Facultad de Psicología. Universidad de La Habana.
San Rafael N° 1168 Plaza. La Habana, Cuba.
Teléf.: 704617 - 796651 - 704923. Fax: (537) 322757**

EL MANUAL DE PSICOTERAPIA DINAMICA DE STRUPP Y BINDER: EVALUACION DE SU IMPACTO EN ATENCION SECUNDARIA

Guillermo De La Parra
Andrés Belmar
Paula Riumallo
Claudio Martínez
María Eugenia Boestach
Rogelio Isla

Instituto Psiquiátrico Santiago de Chile

RESUMEN

La atención primaria en salud mental respecto a cuadros neuróticos y psicósomáticos, está siendo manejada por los programas del Ministerio de Salud. Sin embargo, la atención secundaria de patología neurótica muestra en los consultorios especializados, como por ejemplo el de Hospital Psiquiátrico, importantes falencias. En el presente proyecto se postula evaluar el *Manual de Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado* de Strupp y Binder como método de entrenamiento de psicoterapeutas y tratamiento de pacientes. Los terapeutas tienen una formación básica en psicoterapia dinámica. La aplicación del manual para este entrenamiento incluye las fases de a) Aprendizaje Teórico: traducción-lectura-discusión del manual, b) Aprendizaje práctico: b1) de primeras entrevistas b2) de la psicoterapia. Entrevistas y psicoterapias se harán frente a un espejo unidireccional. La psicoterapia se desarrollará frente a un observador quien aplicará escalas de "adherencia técnica" y de "factores negativos" a la sesión. Después de la sesión el observador la discutirá con el terapeuta. La psicoterapia de Strupp y Binder dura entre 20 y 25 sesiones. Se video-grabará una de cada 5 sesiones para evaluar proceso de aprendizaje a cargo de jueces y con métodos cualitativos (método naturalista de Guba y Lincoln). El efecto de la aplicación del manual sobre los pacientes, será evaluado por escalas que miden estado clínico y cambios psicodinámicos. Esperamos aportar al mejoramiento de la atención secundaria, con el consiguiente ahorro de recursos y a la investigación en psicoterapia en nuestro país.

ABSTRACT

The primary attention level in public mental health for neurotic and psychosomatic patients has been managed by programs of the Health Ministry. Nevertheless the secondary attention level at the public outpatient clinics have shown important deficiencies. This makes the training of therapists in the public clinics a very important aim, although it is very difficult to satisfy the common requirements of the

psychodynamic training programs. The assessment of Strupp & Binder's *Guide to Time limited Dynamic Psychotherapy* (TLDP) is proposed in this project, both as a training method inserted in a program for psychiatric residents and psychologists in the outpatient clinic of the Psychiatric Institute "Dr. José Horwitz Barak", and as a treatment method for patients. Therapists have a basic knowledge in Dynamic Psychotherapy. The training with the manual includes these steps: 1. Theoretical learning of the manual: translation-lecture- discussion. 2. Practical learning of the Manual First Interviews and Psychotherapy. Both of them are carried out in front of an unidirectional mirror and being observed by another therapist who evaluates the session using rating scales: one of "technical adherence" and another of "negative factors" (both developed by Strupp & Binder). The observer discusses the session with the therapist. Strupp & Binder TLDP lasts from 20 to 25 sessions. One of each five sessions is videotaped and assessed later by independent judges. The effect of the application of the manual with the patients will be evaluated with scales that assess the clinical states and psychodynamic changes. The fundamental role of the psychotherapeutic manual is an important link between research and clinical practice is discussed. Finally we hope to make a contribution to psychotherapy research in our country and gain knowledge to improve the secondary attention.

INTRODUCCION

Desde comienzos de la década de los 80 se ha venido haciendo un esfuerzo importante por mejorar la calidad de atención en salud mental, al nivel primario, por parte de la Unidad de Salud Mental del Instituto Psiquiátrico José Horwitz ex Hospital Psiquiátrico (Vega & Oksenberg, 1990). Este esfuerzo se ha ido estructurando consistentemente, por lo menos en el Area Norte de Santiago, a partir de 1990 en base a los diferentes programas de salud mental dependientes del Ministerio de Salud (Vega, 1990; Pemjean et al, 1991). Gracias al funcionamiento de estos programas los pacientes aquejados de trastornos psiconeuróticos y psicósomáticos estarían siendo atendidos. Un porcentaje de estos pacientes no logra superar sus síntomas al nivel primario y debe recurrir al nivel secundario que en el Area Norte de Santiago está representado por el Consultorio Externo del Instituto Psiquiátrico. Aquí los pacientes deberían recibir una atención especializada, que en el caso de los pacientes psiconeuróticos y psicósomáticos corresponde a intervenciones psicoterapéuticas en el programa de neurosis de dicho consultorio.

Sin embargo esta atención especializada adolece de algunos problemas lo que se ilustra en las siguientes cifras:

- A pesar de los esfuerzos del programa de neurosis, durante 1991 éste atendía a alrededor de 300 pacientes "repetidores de receta" que acuden mensualmente a buscar medicamentos sin recibir atención psicoterapéutica.

- En 1991 ingresaron aproximadamente 150 pacientes nuevos a este programa de "repetidores de receta" (ó "neuróticos crónicos").

- Los profesionales del programa ven el promedio 1,2 veces a cada paciente al mes lo que es completamente insuficiente para lograr algún proceso terapéutico.

- Los terapeutas tienen en promedio una capacidad de recibir sólo 2 pacientes nuevos al mes los que es insuficiente dada la presión asistencial.

FACTORES EN LA FORMACION EN PSICOTERAPIA PSICODINAMICA

1. Selección de candidatos.
2. Psicoterapia personal.
3. Entrenamiento Didáctico.
 - Supervisión.
 - Seminarios.
 - Aplicación de Manuales y Escalas Accesorias.

Se ha mencionado ya muchas veces la importante diferencia que existe entre la demanda psicoterapéutica y la oferta. La oferta está dada por psiquiatras y psicólogos que tienen una formación que varía mucho en el grado de entrenamiento y experiencia. En nuestro medio se da la paradoja que los terapeutas que acuden a la formación psicoterapéutica (psicodinámica) más sofisticada, ya sea en el Instituto de Psicoanálisis o en el Instituto de Psicoterapia Analítica, no trabajan en instituciones de salud pública y, por lo tanto, atienden a un porcentaje reducido de la población demandante de ayuda psicoterapéutica.

Selección de Candidatos:

Si bien en las instituciones arriba citadas (Instituto de Psicoanálisis e Instituto Chileno de Psicoterapia Analítica) se hace una selección para aceptar a los alumnos a la formación de post-título, en la realidad de la atención clínica intra y extra hospitalaria la mayoría de los residentes de psiquiatría, alumnos de psicología y demás profesionales con experiencia hacen psicoterapia sin haber tenido esta formación sistemática y por lo tanto sin haber sido sometidos a un proceso de selección estricto.

Aunque actualmente se está haciendo selección de alumnos en las escuelas de psicología y al comenzar la residencia en psiquiatría, esta sólo busca descartar patología mental importante. Existe consenso en algunas características que debiera tener todo terapeuta (Holt & Luborsky, cit. en Strupp et al, 1988): autenticidad, adaptabilidad al medio de trabajo, flexibilidad, objetividad para juzgarse a si mismo, ajuste heterosexual maduro y control emocional adecuado; es decir, madurez, adaptabilidad y bienestar emocional. Estamos de acuerdo con Strupp et al (1988) cuando plantean que no está claro si estas características, debiera poseerlas el terapeuta al principio de su aprendizaje, o si el haber tenido dificultades emocionales que luego pudo superar lo dejan quizás mejor preparado para la labor terapéutica.

Psicoterapia Personal:

A pesar de que en la formación psicoanalítica impartida por los institutos respectivos, la psicoterapia o psicoanálisis personal es una condición sine qua non,

existe bastante controversia al respecto. Silverman (1985) refiere que el psicoanálisis personal "no inmuniza" contra reacciones contratransferenciales susceptibles de detener el proceso terapéutico. Una investigación efectuada por Strupp (cit. en Strupp & Binder, 1984) demostró que terapeutas experimentados que habían recibido psicoanálisis personal, no respondían mejor que orientadores no profesionales cuando se trataba de responder terapéuticamente a reacciones contratransferenciales, especialmente si éstas eran provocadas por rabia crónica y negativismo de los pacientes.

Cuando se pregunta a los terapeutas mismos (Norcross & Prochaska, cit. en Strupp et al, 1988) el 80% de ellos responden que la terapia personal fue un aspecto muy importante de su entrenamiento.

Si tomamos en cuenta lo arriba expuesto y el hecho de que no se ha podido demostrar una relación directa consistente entre terapia personal y resultados terapéuticos en los pacientes, podemos concluir por una parte, junto con Strupp et al (1988), que la terapia personal por si sola no deja capacitado a un terapeuta para ejercer como tal, y por otra, que un terapeuta sin terapia personal no se encuentra inhabilitado para trabajar.

Entrenamiento Didáctico:

Este incluye la adquisición de conocimientos mediante lecturas seminarios y discusiones grupales; las supervisiones; y la adquisición y mediación de destrezas terapéuticas mediante manuales de estrategias y escalas de evaluación técnica y de adherencia.

En relación a que psicoterapia vamos a enseñar; diversas encuestas realizadas en Estados Unidos, revelan por una parte que los psiquiatras son entrenados cada vez menos en psicoterapias intensivas y de alta frecuencia y que la mayoría de la investigación empírica en PT se realiza sobre PT breves de baja frecuencia semanal (Altshuler, 1990).

Las observaciones de Parder y Pincus en 1981 (citado por Strupp & Binder, 1984) concluyen que, sin importar la predilección teórica del terapeuta y sus metas terapéuticas explícitas, la gran mayoría de las terapias ambulatorias efectuadas en Estados Unidos no duran más de 20 sesiones o incluso, en la práctica privada, no exceden las 26 sesiones. La paradoja es que la formación en psicoterapia dinámica se hace mayoritariamente con modelos de terapias prolongadas o psicoanálisis; lo que también ocurre en nuestro país, según lo sugieren algunos resultados preliminares (De la Parra y Scott, 1991).

Por esto adquiere peso la argumentación que dice que si estamos haciendo querámoslo o no, preferentemente psicoterapias de baja frecuencia y breves en el tiempo ¿por qué no entrenarse específicamente en eso?.

Este trabajo se ubica en este esfuerzo, el de aplicar métodos de entrenamiento en psicoterapia dinámica con límite de tiempo en el marco institucional.

EL ENTRENAMIENTO DE TERAPEUTAS EN LA UNIDAD DE PSICOTERAPIA BREVE (UPTB) DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO

Dada entonces la importancia de entrenar en técnicas breves en un contexto intrahospitalario, aunque no estén dadas las condiciones de selección exhaustiva de candidatos y la mayoría de los alumnos no estén en psicoterapia personal, es que la Unidad de Psicoterapia Breve (UPTB) del Instituto Psiquiátrico ha venido desarrollando en los últimos años un programa básico de entrenamiento en psicoterapia breve que incluye supervisiones, reuniones clínicas y seminarios y que representan un “pre-entrenamiento” de los terapeutas nóveles que representan la muestra del presente proyecto.

Seminario de pre-entrenamiento de los terapeutas de la muestra:

1. Introducción a la Psicoterapia Breve (Braier, Fiorini, Malan).
2. Concepto de foco. Focalización. Características específicas de las Psicoterapias Breves. (Braier, Fiorini, Malan, Balint, Strupp, Sifneos).
3. Elementos Técnicos. Primeras Entrevistas. (Fiorini, Malan, Strupp, Balint).
4. Intervenciones Técnicas: Problemas de la evolución en Psicoterapia Breve. Diferencias con otros modelos. (Wolberg, Malan).
- 5, 6 y 7. Intervención en Crisis y Psicoterapia de Apoyo. (Jacobson, Sifneos, Bellak, Luborsky, Kernberg, Rockland).
- 8 en adelante: Manual de Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado (PDTL) (Strupp & Binder).

Uso de manuales:

Los manuales y sus instrumentos buscan corregir “el problema general en la investigación (y en la clínica) de la psicoterapia que es especificar el tratamiento que se va a hacer” (Strupp y Binder, 1984), es decir promover que *los terapeutas hagan lo que dicen que hacen*.

Con el objeto de mejorar e investigar la competencia terapéutica (¿cómo se hace?) y la adherencia a determinado modelo (¿qué se hace?) se aplicará el manual e instrumentos de evaluación de competencia y adherencia que, a su vez, al ser aplicados, se convierten en instrumentos de formación y, por lo tanto, de aumento de competencia terapéutica. Esto estructura un “circuito de aprendizaje” que diseñamos con el fin de potenciar el procesado de entrenamiento (ver figura 1).

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Entrenar a un grupo de terapeutas del Instituto Psiquiátrico en Psicoterapia Dinámica con Límite de Tiempo mediante el Manual de Strupp y Binder y las escalas accesorias.

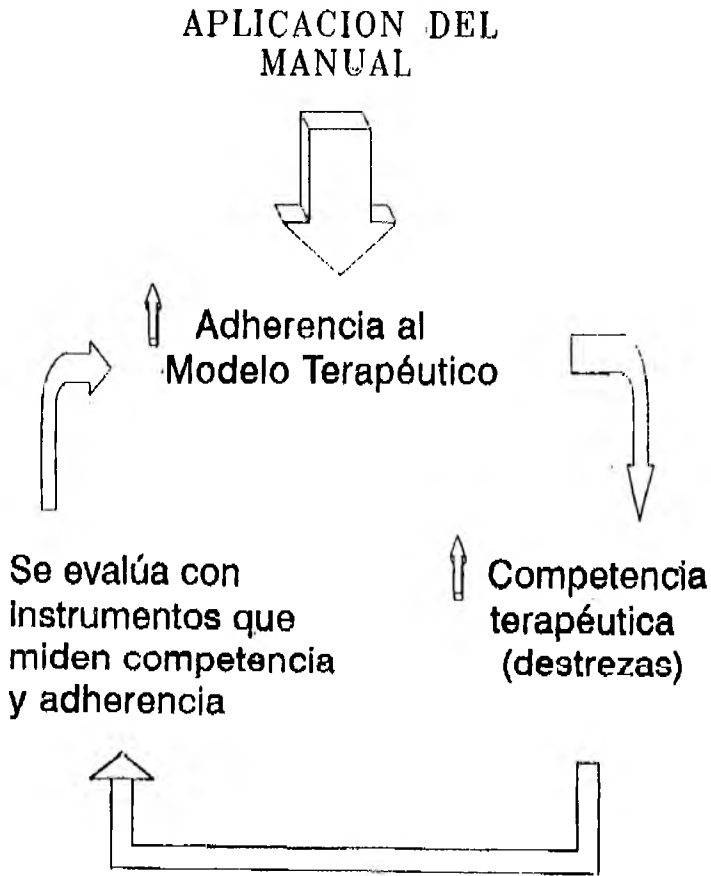


Figura 1

Evaluar el aprendizaje mediante las escalas: *Escala de Indicadores Negativos Vanderbilt* y *Escala de Estrategias Terapéuticas Vanderbilt*, aplicadas sistemáticamente durante el proceso.

Aplicar nuevas formas de evaluar el aprendizaje como es el método naturalista de Guba y Lincoln.

Evaluar el efecto de la Psicoterapia en los pacientes sometidos a ésta mediante las escalas respectivas.

Evaluar la capacidad de este tipo de psicoterapia de provocar cambios psicodinámicos.

Mejorar el nivel de atención secundaria del Consultorio Externo con el consiguiente ahorro de recursos.

METODOLOGIA

Este proyecto se realizará en la Unidad de Psicoterapia Breve del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz B.

Muestra

Muestra de terapeutas:

Se tomarán 8 terapeutas con diferentes grados de formación previa que se someterán al período de entrenamiento. No se hará una selección previa de los terapeutas de tal forma que el entrenamiento se realizará como se haría en un Servicio de Salud Mental, es decir, con el personal disponible que quisiera someterse voluntariamente al entrenamiento.

Muestra de pacientes:

Cada terapeuta tomará en tratamiento como mínimo dos pacientes que consultan al policlínico del Instituto Psiquiátrico. La selección de los pacientes para PDTL la harán a través de entrevistas 2 expertos que, luego de entrevistar a aquellos pacientes que acuden por primera vez al Instituto, los asignarán a los terapeutas respectivos.

Entrenamiento didáctico

Supervisión:

Se efectuarán 2 formas de supervisión:

- Supervisión de grupo pequeño (2 personas) con terapeutas de experiencia
- Supervisión por parte del observador de la psicoterapia (ver más adelante bajo **Procedimiento**).

Adquisición de conocimientos teóricos:

Luego del período de “pre-entrenamiento” (ver antes), la adquisición de conocimientos teóricos se hará a través de:

-Seminarios teóricos del manual PDTL (8 en total).

-Evaluación de videos demostrativos mediante la Escala de Indicadores Negativos Vanderbilt (mide, entre otras, destrezas y actitudes del terapeuta) y la Escala de Estrategias Terapéuticas Vanderbilt (que mide adherencia al modelo PDTL).

Procedimiento

A cada paciente que será tratado con la PDTL se le aplicarán los siguientes instrumentos psicométricos:

-Escala de Goldberg abreviada: se aplicará al comenzar la psicoterapia, al finalizarla y en un seguimiento 3 y 6 meses después. Esta escala mide sintomatología relacionada preferentemente con angustia y síntomas psicósomáticos.

-Escala de Beck: al igual que la anterior, se aplicará al comenzar y finalizar la psicoterapia y en los seguimientos respectivos. Esta escala mide sintomatología depresiva.

Se procederá además a estudiar la aplicación de los siguientes instrumentos que miden cambios:

-Global Outcome Rating.

-Global Assessment Scale (GAS).

-Psychotherapy Questionnaire.

-Instrumentos Howard.

Además de instrumentos aplicados a los supervisores para evaluar aprendizaje en los supervisados.

La psicoterapia completa transcurrirá frente al espejo unidireccional y será observada desde la sala de al lado por otro terapeuta en el rol de observador con el objetivo de, una vez terminada la sesión, indicar los aspectos transferenciales-contratransferenciales con especial hincapié en si el terapeuta se dejó involucrar como co-actor en el escenario interpersonal del paciente. El observador aplicará además las escalas de indicadores negativos y de estrategias a la sesión con el fin de monitorizar el proceso de aprendizaje. El terapeuta revisará los resultados de las escalas con el fin de corregir errores técnicos y problemas de la relación.

Las terapias duran entre 20 y 25 sesiones. Se grabarán en video una de cada 5 sesiones que luego serán evaluadas por 3 jueces independientes con las escalas de Vanderbilt arriba mencionadas.

La evaluación de los resultados se hará cuantitativamente con los factores numéricos derivados de las escalas.

También habrá una evaluación cualitativa mediante el método naturalista (Guba & Lincoln, 1985).

Los pacientes de la muestra se parearán con pacientes tratados por otros terapeutas no entrenados donde los primeros serán sometidos a los mismos instrumentos que la muestra.

CONCLUSION

Nos enfrentamos a dos retos importantes: uno es cómo mejorar el nivel de atención secundaria en psicoterapia dadas las condiciones en que se trabaja en los Servicios Públicos de Salud; el otro se refiere a cómo los resultados de 40 años de investigación empírica en psicoterapia puedan influenciar favorablemente la actividad clínica. Pensamos que los manuales son una alternativa que representa una interfase que permite, por una parte, acelerar el aprendizaje mejorando la atención y, por otra, aplicar concretamente los descubrimientos de la investigación al quehacer clínico diario.

Vamos a lograr avances en la capacidad de ayudar a nuestros pacientes en la medida que, cumpliendo con nuestra responsabilidad médica, nos mantengamos abiertos para registrar los nuevos hallazgos que emergen en el campo de las psicoterapias dinámicas.

REFERENCIAS

- Altshuler, K.Z. (1990). Whatever happened to intensive psychotherapy? *American Journal of Psychiatry*, 147, 428-30.
- De la Parra, G. & Scott, M.T. (1991). *¿Los terapeutas analíticos hacen lo que dicen que hacen?. Resultados preliminares de una Encuesta*. XLVI Jornadas Anuales de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago.
- Pemjean, A., Vega, I., Gamboa, R., Arteaga, O. & Flores, C. (1991). *Integración de los programas de salud mental en un sistema local de salud. Comuna de Conchalí*. S.S.M.M. Proyecto presentado en Reunión sobre Integración de Programas de Salud Mental en los SILOS. OPS, Quito.
- Silverman, M.A. (1985). Countertransference and the myth of the perfectly analyzed analyst. *Psychoanalytic Quarterly*, 54, 175-199.
- Sonnenberg, S.M. (1990). Introducing psychiatric residents to psychoanalysis: a visiting analyst's perspective. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 451-69.
- Strupp, H.H. (1978). Psychotherapy Research and Practice: an overview in S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An Empirical Analysis. Second Edition*. New York: Wiley.
- Strupp, H.H., Moras, K., Sandel, J.A., Waterhouse, G.I., O'Malley, S.S., Keithly, L.J. & Gomez-Schwartz, B. (1980). *The Vanderbilt negative indicators scale*. Trabajo presentado la Conferencia Anual de la Society for Psychotherapy Research, Pacific Grove California.
- Strupp, H.H. (1989). *Vanderbilt Therapeutic Strategies Scale*. Comunicación Personal.
- Strupp, H.H. & Binder, J.K. (1984). *Psychotherapy in a New key: A guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. New York: Basic Books.

- Strupp, H.H., Butler, F. & Rosser, C. (1988). Training in Psychodynamic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 1-7.
- Vega, J. (1990). *Ministerio de Salud, Servicios de Salud Metropolitana Norte. Subdirección Médica. Unidad de Salud Mental. Informe de actividades año 1990*. Informe no publicado.
- Vega, J. & Okseberg, B. (1990). Unidad de Salud Mental del Hospital Psiquiátrico de Santiago: Experiencias en el nivel primario de atención. *Enfoque en atención primaria*, 5, 15-19.

THE PSYCHOTHERAPY ALLIANCE AS A PREDICTOR OF OUTCOME: A PRELIMINARY STUDY

Guillermo Bernal
Janet Bonilla
María A. Alvarez*
Brenda Greaux

University of Puerto Rico, Río Piedras

RESUMEN

Este estudio explora la relación psicoterapéutica entre el/la terapeuta y el/la cliente y su asociación al resultado del tratamiento. Los objetivos específicos son: 1) proveer evidencia de la confiabilidad interna y temporal de la Escala Integrativa de Alianza Psicoterapéutica; y 2) evaluar la medida de alianza psicoterapéutica como predictora de los resultados de la terapia. La muestra del estudio estuvo constituida por 41 familias (paciente identificado y un miembro familiar) de tres clínicas de metadona en San Francisco, California. Los datos fueron obtenidos de dos medidas: la Escala Integrativa de Alianza Psicoterapéutica, versión de familia (EIAP); y el Inventario de Depresión de Beck (IDB). La consistencia interna (.79 a .87) y temporal (.73 a .80) de la EIAP fue adecuada. Además, los análisis preliminares realizados sugieren que una alianza fuerte predice la reducción en los niveles de depresión para el final del tratamiento. Los hallazgos del estudio son discutidos en términos de sus implicaciones para la práctica clínica, la docencia y la investigación.

ABSTRACT

This study explores the psychotherapy relationship between therapist and client in relation to the treatment outcome. The specific objectives are to: 1) provide evidence toward the internal and temporal reliability of the Integrative Psychotherapy Alliance Scale; and 2) evaluate the psychotherapy alliance measure as predictor of the therapy outcome. The sample of the study consisted of 41 families (identified patients and a family member) from three different methadone maintenance clinics in San

The authors are grateful to the staff patients of the Mission Methadone Treatment program at San Francisco General Hospital, San Francisco and to the staff and patients of other methadone clinics in the Bay area. This study was in part supported by a grant for the Treatment Research Branch of the National Institute of Drug Abuse (R01 DA03543) and by a grant from the University of Puerto Rico, Río Piedras Campus Institutional Funds for Research.

*California Child Protective Services, San Francisco, California

Francisco, California. The data was obtained from two different measures: the Integrative Psychotherapy Alliance Scale (IPAS) for family and the Beck Depression Inventory (BDI). The internal (.79 to .87) and temporal (.73 to .80) consistency of the IPAS was found to be adequate. Also, preliminary analysis suggest that a strong alliance is predictive of lower levels of depression by the end of the Intergenerational Family Therapy. The findings of the study are discussed in terms of its implications for clinical practice, training and research.

INTRODUCCION

The concept of psychotherapy alliance was developed as a way to explain the relationship between therapist and client during the psychotherapy process (Hartley, 1985; Heatherington & Friedlander, 1990). The therapeutic alliance has provided an important area of discussion for all schools of psychotherapy (Bergin & Lambert, 1978). Hartley (1985) established that the alliance is universally recognized as a key element in clinical work. As she noted, schools of therapy differ not only in their recognition of the alliance's existence, but in the characteristic and qualities of the client/therapist relationship. The therapeutic relationship is considered essential for therapeutic change.

Although the concept of alliance has psychoanalytic origins, some authors have elaborated the concept in terms of the specifics of the therapist and client relationship. Luborsky, for example, established types of alliances and proposed procedures for their evaluation (Luborsky, Crits-Christoph, Mintz & Auerbach, 1988). Luborsky et al. proposed two types of alliances. A Type I alliance is based on the notion that the client experiences the therapist as emphatic, warm and genuine. A Type II alliance is based on the notion that both therapist and client works as a team to face the client's difficulties (Luborsky et al., 1988; Salvio, Beutler, Wood & Engle, 1992).

Bordin (1979; 1985) conceptualized the psychotherapy alliance as an agreement between the therapist and the client to the extent that they share tasks, establish goals and objectives, and develop a positive bond. To Pinsoff and Catherall (1986) the concept of alliance is viewed as a mutual collaboration between therapist and patient in terms of the psychotherapy dimensions previously mentioned (tasks, bonds, and goals). Bordin (1985) offered a different approach for the study of the relationship between therapist and client originally postulated by the psychoanalytic model. His approach sustains that both, therapist and client, contribute to the effectiveness of the psychotherapy process through their respective activities. This approach implies a more active participation of the client in psychotherapy.

Recent studies on the process of psychotherapy support the hypothesis of the alliance in therapy as a critical element in determining positive or negative outcome (Alexander and Luborsky, 1986; Bordin, 1985; Marmar et al., 1986; O'Malley et al., 1983; Orlinsky & Howard, 1986). However studies on the psychotherapy alliance with a drug abuse population were not found in the literature reviewed.

This study aims to evaluate the relationship between therapist and client with a sample of heroin users and their family receiving two treatments: Intergenerational Family Therapy or Didactic Family Classes (Bernal, Flores-Ortiz, Sorensen, Miranda, Diamond & Alvarez, 1987). The specific aims are: 1) provide evidence toward the internal and temporal reliability of the Integrative Psychotherapy Alliance Scale (IPAS) in the sample studied; and 2) evaluate the psychotherapy alliance measure as predictor of the therapy outcome.

METHOD

Sample

The sample consisted of 41 families. Each family included the patient and at least one family member. These families were part of a sample from a previous study on the effectiveness of Intergenerational Family Therapy conducted in San Francisco, California (Bernal, et al., 1987). The goal of the original study was to evaluate the effect of the Intergenerational Family Therapy (IFT) and Didactic Family Classes (DFC) among various levels of outcome on identified patients, family members and the family system. The participants were selected from three methadone maintenance centers in the San Francisco Bay Area, California. The inclusion criteria were: 1) a history of addiction for at least two years, 2) no immediate family member in the same methadone program, 3) no history of psychiatric disorder, 4) no previous family treatment, and 5) regular contact with at least one family member.

Treatment

Participants who met all the inclusion criteria were randomly assigned to one of the two treatment groups: IFT or DFC. Both groups received 10 sessions of one hour treatment based on the principles of Intergenerational Family Therapy. Manuals were used for both conditions. The purpose of both treatments was to reduce the symptomatology of the identified patient (IP) and to improve family relationships (Bernal et al., 1987). The IFT intervention was structured in a psychotherapy format (clients and therapist) while the DFC intervention was structured in a didactic format.

Measures

The Integrative Psychotherapy Alliance Scale (IPAS), family version, and the Beck Depression Inventory (BDI) are both self-report instruments used in this study. The IPAS was developed by Pinsoff & Catherall (1986) according to Bordin's client and therapist relationship framework. This scale has three dimensions of

psychotherapy alliance: tasks, goals and bonds, which are evaluated through 29 items. These items are presented in a seven point scale that fluctuates from complete agreement (seven) to complete disagreement (one). In previous studies, in which this scale has been used, the internal reliability fluctuated between .79 and .83 with 17 and 35 participants respectively (Pinsoff, 1983; Pinsoff & Catherall, 1986; Alvarez, 1991).

The BDI is a 21 items measure to assess depressive symptomatology and is widely regarded as valid and reliable. The concurrent validity of this instrument has been supported by a number of studies employing clinical rating and/or psychometric measures (Beck, 1967). An internal reliability index between .86 and .93 and an adequate test-retest reliability of the BDI has been documented (Beck, 1967; Nietzel, Russell, Hermming, & Gretter, 1987). The BDI is described as the most frequently used measure in the depression literature and has been used extensively with non depressed population providing a source of normative data (Nietzel et al., 1987).

Procedure

In the first IFT or DFC session, a psychology intern informed the family that she or he would return at the end of every session with a set of measures to be completed by each family member prior to leaving the meeting room. The explanation given to the participants was that the measures would provide information about how they felt about the session. The intern instructed each person to fill out the instruments individually and remained in the room to respond to questions and minimize any exchange of information among the participants until the measures were completed.

The measures were administered at different interval during the treatment to assess changes with the identified patient, other family members, and with the family system. The IPAS was administered at the third, sixth, and ninth session and the BDI was administered at the first, fourth, and seventh and tenth session. This sequence for the data collection was established to obtain different points of information for the analysis. It is also congruent with the psychotherapy alliance assumption that establishes that the alliance is a continuous and relatively stable phenomenon, which may fluctuates critically at various points of the therapy (Bordin, 1975; Pinsoff & Catherall, 1986). An average of ten minutes per session was taken to complete the instruments.

Design and Statistical Analysis

The reliability of the IPAS was evaluated with a correlational design. Through the Crombach Alpha method the internal consistency of the scale was determined (Crombach, 1951). The temporal reliability of the total scale as well

as the temporal reliability of each scale dimension was computed by Pearson correlations. Specifically, the overall IPAS score at the third, sixth and ninth session were correlated to obtain the total scale temporal reliability. Then, the IPAS dimension scores for the third, sixth, and ninth sessions were correlated to obtain the temporal consistency of the IPAS dimensions. To evaluate the role of the psychotherapy alliance in the results of treatment a simple regression analysis was conducted. One measure of the therapy outcome, administered four times during the intervention, was used as the criterion or dependent variable (BDI). The IPAS score administered three times during the interventions served as the predictor variable.

RESULTS

Descriptive Statistics

Table 1 presents IPAS mean scores and standard deviations by therapy session for IFT and DFC treatment. This table shows that the participants' IPAS mean scores fluctuated between 3.91 and 5.11. An IPAS mean score that fluctuated between these points indicates that, on the average, participants were neutral

Table 1
Means and standard deviations obtained for the participants in the IPAS
third, sixth and ninth sessions by group of treatment (IFT, DFC).

| Sessions | Mean | Standard Deviation | t |
|----------|------|--------------------|------|
| Third | | | 1.72 |
| IFT | 4.20 | .73 | |
| DFC | 3.91 | .38 | |
| Sixth | | | .41 |
| IFT | 4.21 | .90 | |
| DFC | 5.11 | .59 | |
| Ninth | | | .01 |
| IFT | 4.13 | .79 | |
| DFC | 4.13 | .69 | |

(neither agreeing nor disagreeing) or in agreement with the items of the IPAS scale. No significance differences were found among the IPAS mean score for the third, sixth and ninth psychotherapy session between treatment groups.

Reliability of the IPAS

Table 2 presents the reliability index obtained by each scale dimension (bonds, tasks and goals) for the three time points. The internal reliability index of the total IPAS fluctuated between .79 and .87, within an average of .84. In terms of the dimensions, the internal reliability coefficient for bonds (.67) and tasks (.62) was moderate and a low reliability for goals (.28) was found.

Table 2
The internal reliability coefficients for the overall IPAS and by dimensions for the third, sixth and ninth treatment sessions.

| Dimensions | Sessions | | | Average |
|------------|----------|-------|-------|---------|
| | Third | Sixth | Ninth | |
| Bonds | .63 | .76 | .62 | .67 |
| Tasks | .55 | .66 | .66 | .62 |
| Goals | .23 | .27 | .33 | .28 |
| Total IPAS | .79 | .87 | .85 | .84 |

A moderate to high test-retest reliability was obtained for the IPAS. The IPAS correlation between the three administrations fluctuated between .73 and .80 at a significance level of .01. The correlation between the third and sixth session was the highest (.80). The correlation between the sixth and ninth session was the lowest (.73).

The predictive value of the psychotherapy alliance

Table 3 presents the results of several regression analysis. The scores for the scale of IPAS obtained in the third, sixth, and ninth sessions were entered in simple regression equations to predict the scores of the last administration of the BDI for the whole sample.

Table 3

Simple regression analysis for the three administrations of the IPAS as an predictor variable with the BDI scores administered in the last session.

| Sessions | r | R ² | b | SEB |
|------------|-----|----------------|-----|-----|
| Third | .62 | .38 | .35 | .22 |
| Sixth | .18 | .03 | .09 | .25 |
| Ninth | .28 | .08 | .09 | .16 |
| Total IPAS | .43 | .18 | .39 | .35 |

As Table 3 shows, the alliance scale score during the first administration explained 38% of the variance for the outcome of depression. However, this proportion of the variance explained was not statically significant. The other administrations of the IPAS only explained between 3% to 8% of the variance in the measure of depression. This finding, in part, is consistent with the literature in the field of psychotherapy research, suggesting that the first evaluation of the psychotherapeutic alliance has the strongest predictive value for outcome in therapy.

The same analysis was repeated with participants who received the IFT intervention and, in part, a similar finding was obtained. The first administration of the IPAS explained 31% of the variance for depression as outcome. Once again, the proportion of the variance was not statistically significant. however by the ninth session the alliance score explained 83% of the variability in outcome ($R^2 = .83$, $p < .01$). This finding suggests that a stronger psychotherapeutic alliance by the end of IFT treatment can predict a reduction in the symptoms of depression.

Based on the regression findings with the IFT group, previously presented, we developed an index of change for the BDI. A measure of residualized change score for the BDI (the differences between two scores of the BDI minus the correlation between the two administrations) was computed as a mean to evaluate outcome. We found that BDI change score was significantly correlated with the total scores of the IPAS in the third administration ($r = .67$, $p < .05$), with the dimension of the tasks ($r = .69$, $p < .05$) and the dimension of bonds ($R = .64$, $p < .05$).

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

In this study, we expected certain differences between IFT and DFC groups in terms of psychotherapy alliance. However, the psychotherapy alliance, as

measured by IPAS, was similar between IFT and DFC groups over time. Specifically, the participants in both groups reported moderate agreement with their therapist in terms of the psychotherapy tasks, goals, and bonds. Also, an increase of the psychotherapy alliance over time for the IFT group was expected. However the results obtained did not demonstrate this.

The results related to the overall IPAS has shown an adequate internal and temporal reliability of the scale. The internal reliability of the total scale for the sample of 41 families fluctuated between .79 and .87 with an average index of .84. On the other hand, the total temporal reliability for the scale was between .73 and .80, which represents a moderate to high index. These results are consistent with the findings of Pinsoff and Catherall (1986), who found similar reliabilities in a family therapy context. Thus, the findings of this study suggest that the IPAS, as an overall measure, is reliable to assess the nature of the therapeutic alliance for drug abuse samples in family treatments.

The internal reliability index obtained for each dimension of the IPAS scale was less than the index of the total scale. A moderate to low internal consistency for some IPAS's dimensions was obtained. Specifically, the internal reliability index was as follows: moderate for tasks (.55 to .66) and bonds (.63 to .76) and low for goals (.23 to .33). These findings may be explained in terms of the factors that affect the alpha coefficient. This coefficient is an index that can be affected by the quantity of the items in the scale. We know that a lower number of items to measure the construct evaluated contributes to decrease the probability of obtaining a high reliability coefficient. On the IPAS, the number of items by dimensions was smaller than the overall scale, particularly in the dimension of goals. This scale consisted of 7 items which contrasts with 13 items of the task sub-scale.

In conclusion, the findings related to the IPAS's dimensions suggest that Bordin (1979) conceptualization of the alliance (consisting of three different dimensions: bonds, tasks and goals), was shown to be a measurable construct. Nevertheless, the results indicate that the internal consistency of the IPAS's goal dimensions may be of questionable use since its reliability results only meet minimal empirical requirements for reliability. These findings disagree with the more consistently positive reliability figures of Heatherington and Friedlander (1990). A possible explanation for the discrepancies between the two studies might be related to sample differences. For example, the goals for treatment among IP's and family members who face an addiction to heroin in the San Francisco Bay Area may be quite different from the goals for treatment among IP's and family members who seek psychotherapy for non drug related problems at an outpatient clinic in Chicago. Nevertheless, these differences present two alternative concerns. First, are the internal consistency differences due to possible deficits in the construction of the IPAS, or second, is there a need to develop a specific measure for a drug abuse population using the same conceptualization? Based on these data, our plan is to evaluate the validity of the IPAS's items with a Puerto Rican sample.

Evidence from other research reveals that the alliance plays an essential role in effective therapeutic process (Orlinski & Howard, 1986). Because interpersonal processes such as the therapeutic alliance cuts across all psychosocial treatment modalities, the alliance is a key factor in the study of outcome. In this preliminary study, the findings related to the strength of the psychotherapy alliance in predicting outcome are encouraging. We found support for the notion that the alliance is a fundamental aspect of the treatment. Our analysis with the outcome of depression also suggests that a strong alliance can predict a reduction of depressive symptoms by the end of the treatment. We also found that the alliance explained a significant proportion of the variance in change scores for depression; this was the particular case of the families that received the IFT intervention.

The next step in this area will be to replicate this study with other indices of outcome with the same sample and later with other samples. If these results are confirmed it may have an important clinical, research, and training implications. For the clinician, a more precise evaluation of the psychotherapy alliance early in treatment may allow the therapist to incorporate changes in the process to strengthen the alliance and in this way increase the probability of positive outcome. Thus, an evaluation of the alliance at key developmental moments during the therapy process can serve the clinician to manage the process of therapy in a more effective way. For psychotherapy research, the implications of the findings move us toward the identification of client and therapist characteristics that contribute to a strong alliance. Clearly, we need to develop research designs that include both process and outcome considerations.

For clinical training, the results could be helpful in terms of utilizing items from the psychotherapy and family therapy alliance scales as part of the criteria for the evaluation of trainees in their clinical practice. An instrument such as the IPAS may help with the goal of developing specific skills to create positive therapeutic alliances early in the treatment process.

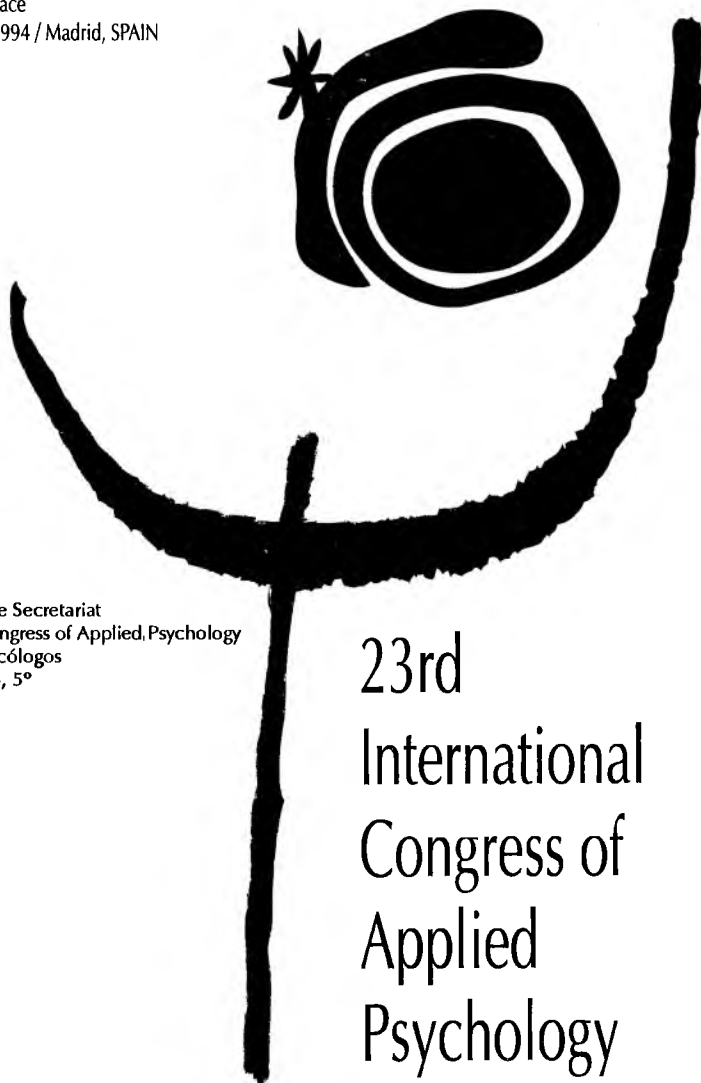
REFERENCES

- Alexander, L.B. & Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scale. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsoff (Eds.). *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.
- Alvarez, M.A. (1991). *The therapeutic alliance in family therapy: Intergenerational family therapy and drug abuse*. Unpublished Thesis. Berkeley: The Wright Institute.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and technical aspects*. New York: Harper and Row.
- Bernal, G., Flores-Ortíz, Y., Sorensen, J.L., Miranda, J.M., Rodríguez, C., Diamond, G. & Alvarez, M. (1987). *Intergenerational family therapy with methadone maintenance patients and family members: Findings of a clinical outcome study*. Paper presented

- at the 18th annual meeting of the Society of Psychotherapy Research, ULM, West Germany.
- Bergin, A.E. & Lambert, M. (1978). The evaluations of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Bordin, E.S. (1975). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. Paper presented at the Society of Psychotherapy Research: Denver, Colorado.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, Research and practice*, 16, 252-259.
- Bordin, E.S. (1985). *Research on therapeutic alliance*. Paper presented at the Society for Psychotherapy Research, Dallas, Texas.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometric*, 16, 297-334.
- Hartley, D.E. (1985). Research on the therapeutic alliance. In H. Hales & A. Frances (Eds.). *Psychiatric update, American Psychiatric Association Annual Review*, 4, 532-549.
- Heatherington, L. & Friedlander, M.L. (1990). Couple and family therapy alliance scales: empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 299-309.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J. & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- Marmar, C.R., Marzilli, E., Horowitz, M.H. & Weiss, D.S. (1986). The development of the therapeutic alliance rating system. In L. Greenberg & W. Pinsoff (Eds.). *The psychotherapeutic process: a research handbook*. New York: Guilford.
- Nietzel, M.T., Russell, R.L., Hemmings, K.A. & Gretter, M.L. (1987). Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy*, 55, 156-161.
- O'Malley, S.S., Suh, C.S. & Strupp, H.H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process scale: a report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 581-586.
- Orlinsky, D. & Howard, K.I. (1986). Process and relation to outcome. In S.L. Gerfield & A.E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Guilford.
- Pinsoff, W.M. (1983). Integrative problem solving centered therapy: toward the synthesis of family and individual psychotherapies. *Journal of marital and family therapy*, 9, 19-36.
- Pinsoff, W.M. & Catherall, D.R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: family, couple and individual therapy scale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151.
- Salvio, M., Beutler, L.E., Wood, J. M. & Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 31-36.

Madrid'94

Congress Palace
July 17-22, 1994 / Madrid, SPAIN



Organizing Committee Secretariat
23rd International Congress of Applied Psychology
Colegio Oficial de Psicólogos
Cuesta San Vicente, 4, 5º
28008 Madrid-SPAIN

23rd
International
Congress of
Applied
Psychology

INVENTARIO CIRINO DE INTERESES VOCACIONALES

- * 13 escalas de intereses
- * escala de verificación
- * puntuación totales de respuestas
gusta, indiferente, disgusta
- * autoadministrable
- * se corrige de inmediato
- * el inventario de interes más extensamente
validado de Hispanoamérica

El inventario de intereses preferido en
Puerto Rico por más de 20 años

SISTEMA CIRINO PARA LA PLANIFICACION DE CARRERAS

- * incluye puntuaciones en el Inventario Cirino
de Intereses Vocacionales
- * autoevaluaciones de habilidades, valores
ocupacionales y rasgos de personalidad
- * planificación ocupacional
- * planificación educativa
- * planificación del tiempo libre
- * plan escrito de exploración de carreras

Para información y pedidos favor de comunicarse con:

Asociación de Psicólogos de Puerto Rico
Apartado 3435 Oficina General de Correos
San Juan, Puerto Rico 00936-3435
Tel. (809) 751-7100

Panamétrica
Oficina 303-C
Edif. La Electrónica
Río Piedras, Puerto Rico 00927
Tel. (809) 751-0609

Corporación Psicométrica
Oficina 1200 Edif. Darlington
Avenida Muñoz Rivera #1007
Río Piedras, Puerto Rico 00925
Tel. y Fax (809) 751-0304

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

Los manuscritos aceptados caen dentro de tres categorías:

Artículos (no más de 20 páginas) que pueden estar referidos a: informes sobre estudios empíricos, desarrollos teóricos, revisiones integrativas o críticas de la literatura y contribuciones metodológicas;

Informes Breves (no más de 5 páginas) que pueden referirse a: experiencias profesionales novedosas, asuntos de política y entrenamiento relacionados con la profesión, o datos obtenidos en estudios preliminares y

Reseñas de Libros (usualmente por invitación).

Trabajos que se refieran al contexto cultural de la conducta y del desarrollo humano serán especialmente bien recibidos, en especial si reflejan comparaciones transculturales o transnacionales realizadas en países de América.

Los manuscritos deben ser inéditos y no deben estar siendo considerados para publicación en ninguna otra revista. La dirección de la revista los someterá a arbitraje de por lo menos dos de sus Consultores Editoriales.

En cuanto a estilo (forma de hacer referencias, presentación de tablas, figuras, etc.) deben ceñirse estrictamente al Estilo Internacional (Ver el *International Journal of Psychology* y las publicaciones de la American Psychological Association). En cuanto a presentación los manuscritos deben venir en papel tamaño carta (22 x 28 cms) a doble espacio y ser enviados por triplicado al Director (José Miguel Salazar, Apartado 47018, Caracas, 1041-A, Venezuela). Los manuscritos enviados al Editor una vez que estos han sido aceptados deben estar en su forma final ya que el autor no podrá revisar ninguna clase de galeras.

Los **Artículos** deberán venir acompañados por dos resúmenes (125 palabras) uno en Inglés y otro en Castellano o Portugués.

Después de la publicación del artículo el autor principal recibirá 20 separatas gratis.

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Accepted manuscripts fall into three categories:

- 1) **Articles** (no more than 20 pages) that may refer to: reports of original empirical studies, theory development, integrative or critical literature reviews and methodological contributions;
- 2) **Brief reports** (not more than 5 pages) that may refer to: novel professional experiences, policy or training issues related to the profession, or data obtained in preliminary studies
- 3) **Book Reviews** (usually by invitation).

Articles focusing on the cultural context of human behavior and development will be especially welcome, particularly if they refer to cross-cultural or cross-national comparisons carried out totally or partially in countries of the Americas.

Submission of an article implies that the same article has not been published before and that it is not under review by another publication. The manuscript will be submitted to review by at least two of our Consulting Editors.

Submit manuscripts in triplicate. They should be double-spaced in 22x28 cms (8 1/2 by 11 inches). To achieve uniformity of format manuscripts should follow strictly the APA style (including style of referencing citations, preparation of tables, figures, etc.). Send manuscripts to the Editor (José Miguel Salazar, Apartado 47018, Caracas 1041-A, Venezuela). Accepted manuscripts should be in their final form when returned to the Editor, since page proofs will not be available to the authors for corrections.

Articles should be accompanied by two abstracts (125 words), one in English, the other in Spanish or Portuguese.

Twenty complimentary reprints will be sent to the senior author upon publication.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Os originais aceitos pertencem às categorias:

1) **Artigos** (não mais de 20 páginas) referentes a: relatórios sobre estudos empíricos, artigos teóricos, revisões integrativas ou críticas da literatura e contribuições metodológicas

2) **Relatórios Breves** (não mais de 5 páginas) que podem referir-se a: novas experiências profissionais, temas sobre política e treinamento relacionados com a profissão, relato de dados obtidos em estudos preliminares

3) **Resenhas de Livros** (em geral através de convite).

Trabalhos que se refiram ao contexto cultural do comportamento e do desenvolvimento humano serão especialmente bem recebidos, principalmente se refletem comparações transculturais ou transnacionais realizadas em países da América.

Os originais devem ser inéditos e não devem ter sido enviados para publicação em nenhuma outra revista. Em geral, o Editor manda o manuscrito para dois ou mais consultores editoriais para uma avaliação crítica.

Os originais deverão ser enviados com 3 cópias datilografadas em espaço duplo em papel de 22 x 28 cms (8 1/2 x 11 polegadas). Os textos devem obedecer rigorosamente o Estilo Internacional (Ver o *International Journal of Psychology* e as publicações da American Psychological Association). Os manuscritos devem ser enviados ao Editor (José Miguel Salazar, Apartado 47018, Caracas 1041-A, Venezuela). Os originais enviados ao Editor uma vez aceitos por ele, devem estar em sua forma final, já que o autor não poderá fazer novas revisões.

Os **Artigos** deverão vir acompanhados por dois resumos (125 palavras) um em Inglês e outro em Castelhana ou Português.

O autor principal receberá, gratuitamente, 20 separatas do seu artigo, por ocasião da publicação do mesmo.

IMPRESO
EN
DICIEMBRE DE 1993
EN
LITOPAR
C. A. DE ARTES GRAFICAS
CARACAS

