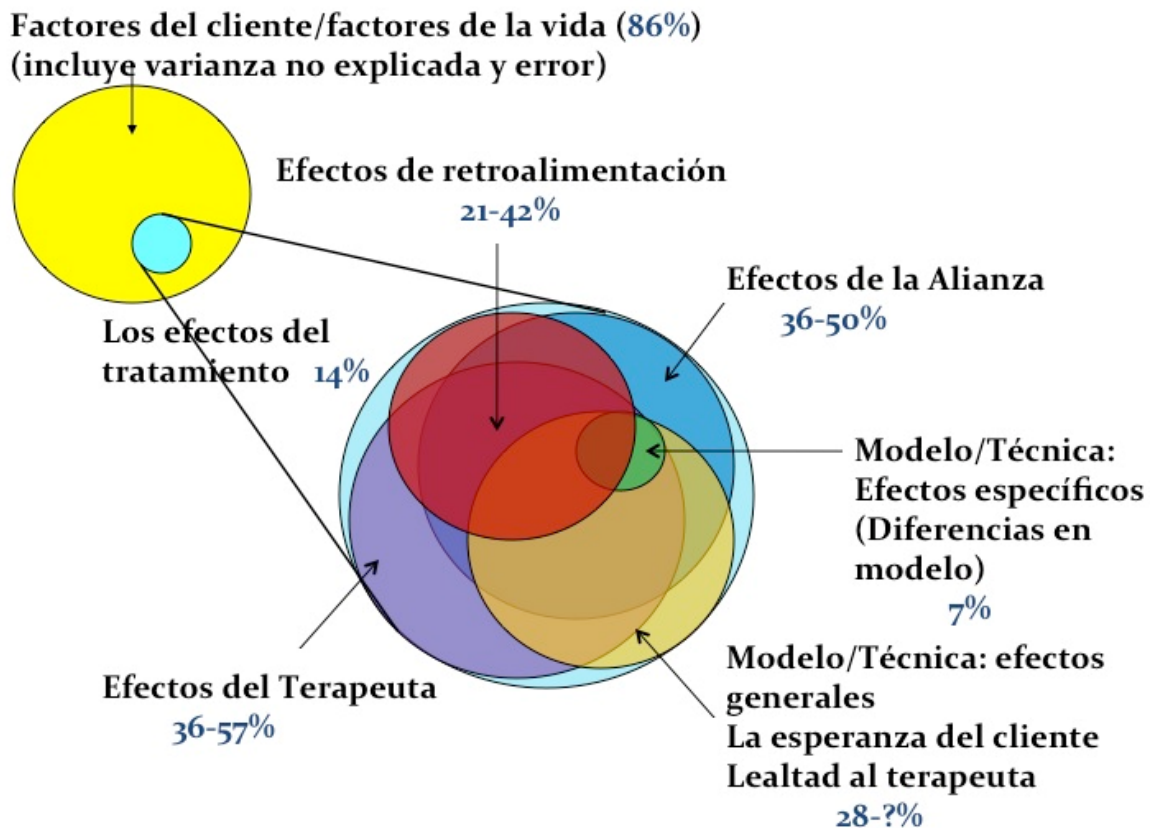


El Alma y Corazón del Cambio: Mejorando en lo que hacemos

Dr. Barry Duncan – Traducido al español por Bárbara L. Hernández, LMHC

Parece existir un punto de vista predominante de que para ser un psicoterapeuta consumado uno debe estar bien versado en tratamientos basados en evidencias (EBT), o en modelos que mediante ensayos clínicos aleatorios (ECA) han demostrado ser eficaces para distintos “trastornos”. La idea es hacer intervenciones psicológicas a prueba de tontos, donde las personas – el cliente y el terapeuta son básicamente irrelevantes (Duncan, 2010; en prensa). Basta con tener el diagnóstico, hacer el tratamiento prescrito, y la cura o mejora de síntoma ocurren! Esta perspectiva médica de la terapia es quizá el aspecto más empíricamente vacío de EBT porque el tratamiento como tal influye poco en los resultados, en tanto que la relación entre cliente y terapeuta influye mucho más. De hecho, son los factores comunes para todas las psicoterapias los que más importan.

Figura 1. Los factores comunes



Para entender los factores comunes, es necesario en primer lugar tener en cuenta el cambio debido a la psicoterapia (ver Figura 1) al cambio basado en factores de la vida del cliente y al propio cliente, aquellas variables incidentales al modelo de tratamiento, características específicas del cliente, y parte de las circunstancias de la vida del cliente que ayudan en la recuperación a pesar de la participación en la terapia (Lambert, 2013) – todo lo relacionado con el cliente que no tiene nada que ver con nosotros. Calculada a partir del tamaño del efecto 0.80 frecuentemente reportados de la terapia, la proporción de resultados atribuibles al tratamiento (14%) es representada por el pequeño círculo anidado dentro del círculo más grande en la parte inferior derecha del círculo izquierdo. La varianza representada por los factores del cliente (86%), incluyendo variaciones inexplicables y de error de varianza, está representada por el círculo más grande a la izquierda. Incluso una inspección casual revela la influencia desproporcional de lo que el cliente trae a la terapia- el cliente es el motor del cambio. (Bohart y Tallman, 2010).

La Figura 1 también ilustra el segundo paso en la comprensión de los factores comunes. El segundo círculo, más grande en el centro representa los elementos superpuestos que forman el 14% de los variantes atribuibles a la terapia. Visualmente, la relación entre los factores comunes es representada con mayor precisión con un diagrama de Venn, usando círculos superpuestos y sombras para demostrar la acción mutua e interdependiente.

Efectos del terapeuta

Los efectos del terapeuta representan la cantidad de variación atribuible no tanto al modelo ejercido, como a la personalidad del terapeuta- no es ninguna sorpresa que los participantes en el esfuerzo terapéutico sean responsables por como ocurre el cambio. Estudios recientes sugieren que el 5-8% de la variación total es atribuible a los efectos del terapeuta (Baldwin y Imel, 2013), o 36-57 % de la variación está basada en el tratamiento. La cantidad de la variación, en todo caso, basada en los factores del terapeuta es casi 5 a 8 veces más que la diferencias debidas a los modelos terapéuticos.

Aunque sabemos que algunos terapeutas son mejores que otros, no hay una gran cantidad de investigación sobre lo que específicamente distingue a los mejores del resto. Demografía (género, etnia, la disciplina y la experiencia) no parecen importar mucho, y a pesar de que una

variedad de características personales del terapeuta parecen ser intuitivamente importante, no hay mucho apoyo empírico para un atributo o cualidad particular (Baldwin y Imel, 2013). Entonces, ¿qué es lo que importa? Hay un par de posibilidades y una certeza absoluta. En primer lugar, sobresalta la importancia de enfatizar las fortalezas y la resistencia de los clientes sugerido por la variación atribuida a los factores de vida o al propio cliente, en este sentido, Gassman y Grawe encontraron que los terapeutas que pasan más tiempo “activando recursos” lejos de “activar problemas” tienen mejores resultados. La siguiente posibilidad es la experiencia, pero no la tipo genérico que a menudo se nos dijo que nos haría mejor. Estudios recientes sugieren que la experiencia específica con poblaciones especiales o "condiciones" pueden dar mejores resultados (Cris -Cristoph, Connally Gibbons, y Mukherjee, 2013). Y la certeza absoluta: La opinión del cliente con respecto a la alianza con el terapeuta- no solamente es un indicador robusto del resultado de la terapia pero quizá el mejor camino para entender la diferencia entre terapeutas. Las investigaciones fuertemente apuntan a que los clientes atendidos por terapeutas con mayores calificaciones promedio en cuanto a la alianza con clientes tienen mejores resultados en la terapia (Cris- Cristoph et. al, 2013). Así que la respuesta a la pregunta que tantas veces he escuchado acerca de por qué algunos terapeutas son mejores que otros, es la alianza terapéutica.

La Alianza

Los investigadores en repetidas ocasiones han descubierto que una alianza positiva- una relación interpersonal entre cliente y terapeuta para alcanzar las metas del cliente (Bordin, 1979) es uno de los mejores indicadores de resultados. Horvath, Del Re, Fluckinger y Symonds (2011) examinaron 201 estudios y encontraron la correlación entre la alianza y el resultado a $r = 0.28$, representando el 7.5 % de la variación total y 36-50 % de tratamiento. La cantidad de cambio atribuible a la alianza, por lo tanto, es de aproximadamente cinco (contando a otros estudios) a siete veces más que la atribuible al modelo o la técnica específica.

Todos tenemos clientes que responden rápidamente a nosotros. Pero ¿qué sucede con los clientes que son mandados obligatoriamente por la corte o los servicios de protección o que simplemente no quieren estar ahí (como casi todos los niños)? ¿Qué pasa con los clientes que nunca han estado en una buena relación o han sido abusados o traumatizados? ¿Y los clientes que la vida nunca parece darles un respiro? Pues bien, el trabajo del terapeuta, nuestro trabajo, es exactamente el mismo a pesar de todo. Si queremos que algo bueno suceda, todo se basa en una

alianza fuerte - tenemos que involucrar al cliente en un trabajo con propósito. La investigación acerca de lo que diferencia a un terapeuta de otro así como mi experiencia personal sugieren que la capacidad de formar alianzas con personas que no son fáciles de aliarse - involucrar a personas que no quieren ser involucradas- separa a los mejores del resto.

Modelo / Técnica: Efectos generales (Explicación y Ritual), La esperanza del cliente (Hope, Placebo), Lealtad del Terapeuta

El modelo o la técnica son los factores y procedimientos únicos a cada tratamiento. Pero estos efectos específicos, el impacto de las diferencias entre los tratamientos, son muy pequeños, aproximadamente 1 % de la variación total o 7 % son atribuibles a los tratamientos. Pero los efectos generales de proveer un tratamiento son mucho más potentes. Los modelos alcanzan sus resultados, en gran parte, si no completamente a través de la activación de placebo, la esperanza y las expectativas, combinado con la creencia del terapeuta y su lealtad hacia el tratamiento administrado. Mientras que un tratamiento tenga sentido, sea aceptado por el cliente y fomente la participación activa del mismo, el enfoque particular utilizado no es importante.

Efectos de retroalimentación

La investigación de los factores comunes provee una guía general para mejorar aquellos elementos que parecen ser los más que influyen los resultados positivos. Los detalles, sin embargo, sólo pueden obtenerse de la respuesta del cliente a lo que damos como terapeutas – la retroalimentación en referencia al progreso de la terapia y a la calidad de la alianza. A pesar de que pueda sonar exagerado, la identificación de los clientes que no se están beneficiando de la terapia es la acción más importante que un terapeuta puede hacer para mejorar los resultados. La combinación del cuestionario de Lambert (Lambert & Shimokawa, 2011) y nuestros Socios para la Gestión del Cambio (“Partners for Change Outcome Management System”) (PCOMS; Duncan, 2012), nueve RCTs apoyan ahora esta aserción. Un reciente meta-análisis de estudios PCOMS (Lambert & Shimokawa, 2011) encontraron que aquellos en grupos de retroalimentación tenían 3.5 probabilidades más de experimentar un cambio fiable y menos de la mitad de posibilidad de experimentar deterioro. En adición, coleccionar resultados y encuestas de retroalimentación de clientes permite el rastreo sistemático del desarrollo del terapeuta de manera que ni el beneficio del cliente o el crecimiento profesional del terapeuta se deja a las ilusiones. Visita <https://heartandsoulofchange.com> para más información (Las medidas son

gratuitas para uso individual y disponible en 23 idiomas.). PCOMS está listado por Abuso de Sustancia y la Administración de Salud Mental como una práctica basada en evidencia. Es diferente a lo que se considera generalmente basada en la evidencia , porque la retroalimentación es a-teórica y, por tanto, una adición para cualquier orientación terapéutica y se aplica a clientes con todas las categorías de diagnóstico (Duncan , 2012; en prensa).

Una inspección de la Figura 1 muestra que la retroalimentación se superpone y afecta a todos los factores -es el lazo que los une a todos- permitiendo que el resto de los factores comunes se entreguen individualmente a cada cliente. Solicitar retroalimentación sistemática es un proceso en curso que realza las esperanza de mejora, que se acopla a los clientes en el seguimiento de colaboración de resultados, se adapta a las preferencias del cliente, maximiza el potencial de la alianza terapeuta-cliente y la participación del cliente, y es en sí mismo un elemento central del cambio terapéutico.

Hace poco me preguntaron (Kottler y Carlson, 2014) ¿a qué me dedico y quién soy que la mayor parte de mi trabajo es efectivo? (asumiendo que lo sea). Lo que más importante yo hago y que contribuye a mi efectividad es que rutinariamente mido los resultados y la alianza con clientes vía PCOMS - que se reduce a identificar a los clientes que no están respondiendo a mi actividad terapéutica como lo han hecho otros o ellos mismos hasta ahora y abordar la falta de progreso en una manera positiva y proactiva que mantenga a los clientes comprometidos mientras de una manera conjunta se buscan nuevas direcciones.

Eso es lo que hago. Pero lo que traigo al esfuerzo terapéutico es que yo soy un verdadero creyente. Creo en el cliente y en su capacidad irreprimible para superar la adversidad, creo en el poder de la relación y de la psicoterapia como un vehículo para el cambio, y yo creo en mí mismo, en mi capacidad de estar presente, completamente inmerso en el cliente, y en mi dedicación a hacer una diferencia. Vale la pena apostar por las probabilidades de cambio cuando se combina un cliente con recursos, una alianza fuerte y un terapeuta auténtico. Las probabilidades de cambio son sin duda un motivo de esperanza, y son responsables por mi fe inquebrantable en la psicoterapia como un esfuerzo curativo.

Referencias

- Baldwin, S. A., & Imel, Z. (2013). Therapist effects. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6th ed., pp. 258–297). New York, NY: Wiley.
- Bohart, A., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor. In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold, & M. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works* (2nd ed., pp. 83-12). Washington DC: American Psychological Association Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M., & Mukherjee, D. (2013). Process outcome research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6th ed., pp. 298–340). New York, NY: Wiley.
- Duncan, B. (2010). *On becoming a better therapist*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B. *On becoming a better therapist: Evidence based practice one client at a time*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B. (2012). The partners for change outcome management system (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project. *Canadian Psychology*, 53, 93-104.
- Gassman, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1–11.
- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.
- Kottler, J., & Carlson, J. (2014) *Becoming a master therapist*. New York: Wiley.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169–218). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lambert, M.J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48, 72-79.