

## La Lista Multiteórica de Intervenciones Terapéuticas (MULTI): Informe inicial

Kevin S. MCCARTHY y P. JACQUES BARBER

Centro de Investigación en Psicoterapia, Universidad de Pensilvania, Filadelfia, PA, EE.UU.

(Recibido el 30 de mayo de 2007; revisado 21 de septiembre de 2008; aceptado 22 septiembre 2008)

Traducción al castellano: Jimena Grasso. Cátedra Clínica Psicológica: Psicoterapias, Emergencias e Interconsultas. Cátedra I. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

### Resumen

La Lista Multiteórica de Intervenciones Terapéuticas (MULTI) evalúa intervenciones de un total de ocho diferentes orientaciones de psicoterapia (conductual, cognitiva, dialéctica-conductual, interpersonal, centrada en la persona, psicodinámica, proceso experiencial, y de factores comunes) desde la perspectiva de los pacientes, los terapeutas y los observadores. La consistencia interna para las sub escalas fue de moderada a alta. La confiabilidad a partir del método de dos mitades fue moderada para los pacientes y baja a moderada para los terapeutas y los observadores no entrenados. La confiabilidad entre las sub escalas fue baja para los evaluadores no entrenados pero moderada para evaluadores con conocimientos psicoterapéuticos. El modelo de las sub escalas MULTI que representa diferentes orientaciones de psicoterapia se ajusta a los datos adecuadamente pero no parsimoniosamente en un análisis factorial confirmatorio. Los niveles de la sub escala MULTI predijeron con éxito las sesiones de diferentes orientaciones de psicoterapia. La MULTI parece ser una herramienta prometedora para investigar las intervenciones que se producen en diferentes psicoterapias.

**Palabras clave:** alianza; investigación de interacción entre tratamiento y aptitud; psicoterapia breve; terapia cognitiva-conductual; psicoterapia a largo plazo; investigación de resultados; cuestiones teóricas y filosóficas en las investigaciones terapéuticas; proceso de investigación.

Numerosos investigadores en psicoterapias, clínicos y teóricos suponen que las acciones del terapeuta son las encargadas de lograr un cambio en la terapia (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979; Foa y Kozak, 1986; Greenberg, 2002; Linehan, 1987; Luborsky, 1984; Rogers, 1951; Strupp & Binder, 1984; Weissman, Markowitz, y Klerman, 2000). Terapias altamente estructuradas- como la terapia conductual o la terapia cognitiva- tienen intervenciones bien definidas, tales como la confrontación o la búsqueda de explicaciones alternativas para un evento. Terapias menos directivas, tales como la terapia centrada en la persona, se basan en acciones de facilitación del terapeuta, tales como las intervenciones especulares o la manifestación de una consideración positiva. Incluso aquellos investigadores que están en desacuerdo con que la eficacia de la psicoterapia radica en intervenciones específicas, reconocen el papel de las intervenciones no específicas o de factores comunes, tales como actuar de una manera consistente o la postulación de la creencia de que el tratamiento será, finalmente, útil (Frank, 1973; Wampold, 2001). Los estudios acerca del proceso de la terapia y sus resultados se nutren en gran medida del testimonio de ciertas intervenciones pertenecientes a tratamientos psicoterapéuticos. Muchos estudios se centran en examinar si los tratamientos que emplean diversas orientaciones teóricas contienen intervenciones distintivas (Barber, Foltz, Crits-Christoph, y Chittams, 2004; Dimidjian

et al., 2006; Greenberg & Watson, 1998; Hill, O'Grady, y Elkin, 1992) y si las acciones específicas del terapeuta se refieren a cambios en el proceso de la terapia y sus resultados (Barber et al, 2006; Feeley, DeRubeis, y Gelfand, 1999; Pavio y Greenberg, 1995; para revisiones completas, véase Beutler et al., 2004, Orlinsky, Ronnestad, y Willutzki, 2004).

Debido a la importancia de las intervenciones terapéuticas, se han desarrollado numerosos instrumentos con el objetivo de evaluar las intervenciones realizadas en una sesión de terapia. La mayor parte de las medidas requieren observadores externos para evaluar en las cintas o transcripciones de las sesiones la presencia o ausencia de intervenciones específicas (Ablon & Jones, 2002; Barber & Crits-Christoph, 1996; Barber et al, 2004; Carroll et al, 2000; Goldfried, Newman, y Hayes, 1989; Hilsenroth, Blagys, Ackerman, Bonge, y Blais, 2005; Hollon, Evans, Elkin, y Lowery, 1984; Ogradniczuk, Piper, Joyce, y McCallum, 1999; Orlinsky y Howard, 1966; Trijsburg et al, 2002; Watson y Greenberg, 2001). En otros casos, los terapeutas reportan directamente qué intervenciones son las que se utilizaron con el paciente durante el tratamiento (Beck & Butler, 2000; Bogwald, 2001; Hilsenroth et al, 2005; McNeilly y Howard, 1991;

Joyce, y McCallum, 2000; Orlinsky y Howard, 1966; Trijsburg et al., 2002). Un número menor de medidas solicita a pacientes para que den su percepción acerca de las intervenciones desplegadas durante la terapia (Bogwald, 2001; R. Elliott, 1999; Hilsenroth et al, 2005; Ogrodniczuk et al, 2000; Orlinsky y Howard, 1966; Silove, Parker, y Manicavasagar, 1990; Steketee et al, 1997).

Existen varias razones por las cuales podría resultar ventajoso relevar las percepciones de pacientes, terapeutas y observadores en relación a las intervenciones realizadas durante una sesión psicoterapéutica. En primer lugar, las percepciones de los pacientes suelen ser pasadas por alto en comparación a las percepciones más "objetivas" e "informativas" por parte de los terapeutas o de los observadores (M. Elliott y Williams, 2003). Sabemos poco acerca de lo que los pacientes creen que sus terapeutas realizan en la terapia, incluso a pesar del hecho de que los servicios prestados son para su beneficio (M. Elliott & Williams, 2003; Henkelman y Paulson, 2006). En segundo lugar, las tres perspectivas podrían tener cada una relaciones singulares con el proceso de terapéutico y sus resultados (Kaschak, 1978; Llewelyn y Hume, 1979), o podría moderar (o ser moderada por) la relación con otra perspectiva sobre el proceso y los resultados (cf. Tyron, Blackwell, y Hammel, 2007). El relevamiento de una sola perspectiva en estos casos, podría dejar por fuera algunas relaciones potencialmente importantes. Por lo tanto, es necesario emplear una medición que pueda capturar las perspectivas de los pacientes, terapeutas y observadores sobre las intervenciones en una misma sesión.

Asimismo, es preciso tener en cuenta que las herramientas actuales de evaluación de las intervenciones generalmente miden las intervenciones desde una sola perspectiva (Barber & Crits-Christoph, 1996) o un pequeño número de orientaciones (Bogwald, 2001; Hilsenroth et al, 2005; Silove et al, 1990) Sin embargo, al emplear una -o bien un número limitado de orientaciones para identificar las técnicas- las intervenciones no incluidas en las orientaciones particulares, pero potencialmente relacionadas con el proceso y los resultados, podrían ser pasadas por alto (Ablon & Jones, 2002; Barber et al., 2008). Además, muchos terapeutas conciben su orientación como ecléctica o integradora (Norcross, Hedges, y Castillo, 2002; Worthington y Dillon, 2003), y las herramientas que evalúan las intervenciones de un número limitado de orientaciones no terminan reflejando por completo lo que está sucediendo en estas terapias. Un instrumento desarrollado para medir intervenciones de múltiples orientaciones terapéuticas sería un esperado aporte.

El desarrollo de una medida que reúna las tres perspectivas sobre las intervenciones de una gama de diferentes orientaciones implica varios retos. En primer lugar, cada perspectiva tiene que usar el mismo conjunto de ítems para describir las intervenciones en una sesión. En segundo lugar, los entrevistados (especialmente los pacientes) no serán expertos

en cada una de las orientaciones de terapia representadas en el instrumento. Las descripciones de las intervenciones deberán ser, entonces, libres de jerga técnica y se centrarán en la conducta del terapeuta (y no en el objetivo o en la intención), usando un lenguaje que sea tan claro y tan cercano como sea posible. De hecho, tener conocimiento o entrenamiento en una orientación teórica y psicoterapéutica particular, puede producir un sesgo en las interpretaciones del entrevistado en relación al modo de proceder por parte del terapeuta durante la sesión. Por último, una medición tendría que ser lo más breve posible a los fines de que no se pusieran a prueba en este aspecto a los encuestados y, en este sentido, incluir la mayor cantidad de las intervenciones clave y comúnmente practicadas por parte de los psicoterapeutas.

Hasta el momento, ningún instrumento ha sido desarrollado específicamente para evaluar las percepciones de las intervenciones de distintas orientaciones teóricas por parte de los pacientes, los terapeutas y los observadores. Algunas medidas notables recogen los tres puntos de vista, pero sólo sobre las intervenciones de una o de un número limitado de orientaciones (Hilsenroth et al, 2005; Ogrodniczuk et al, 2000; Orlinsky y Howard, 1966; Silove et al, 1990). Otras son capaces de capturar orientaciones diferentes, pero no desde las tres perspectivas (Bogwald, 2001; Trijsburg et al, 2002). En resumen, sigue existiendo la necesidad de desarrollar un instrumento de intervenciones psicoterapéuticas que sea capaz de evaluar las tres perspectivas sobre el proceso de la terapia, que utilice un formato y contenido similar y que contemple las intervenciones de los tipos de terapia más practicadas e investigadas. En este artículo se introduce una nueva medida de las intervenciones en psicoterapia: la Lista Multiteórica de Intervenciones Terapéuticas (MULTI), método que ha sido desarrollado específicamente para estos fines. Hemos probado la utilidad y las propiedades psicométricas de esta medida en tres estudios que incluyen a los pacientes, los terapeutas y los observadores. Nuestras hipótesis generales de los estudios realizados son las siguientes:

1. Cada sub escala MULTI, que representa diferentes sistemas de terapia, mostrará una consistencia interna moderada en los datos de cada una de las tres perspectivas.
2. Existirá una adecuada confiabilidad de las sub escalas MULTI: pacientes, terapeutas, y observadores presentarán una buena confiabilidad de división por mitades; observadores no entrenados que asisten a una misma sesión de terapia exhibirán una confiabilidad moderada entre evaluadores.
3. El modelo de las sub escalas MULTI se adecuará a los datos del paciente, terapeuta, y del observador de manera exitosa implementando un análisis factorial confirmatorio.
4. La MULTI distinguirá las sesiones de diferentes orientaciones en los datos de cada una de las tres perspectivas.

## Desarrollo de la medida

El MULTI inicial fue desarrollado mediante la consulta de manuales de tratamiento, libros de terapia, las medidas de adherencia, artículos teóricos y de revisión, y expertos de una amplia gama de orientaciones terapéuticas y generando una lista de las intervenciones más destacadas de cada orientación (1). Luego, se desarrollaron los ítems para cada intervención. Con el fin de ser fácilmente utilizable por todas las personas y para que no se precise un entrenamiento específico, inicialmente se redactaron ítems a un nivel de lectura de quinto grado de Flesch-Kincaid. Además, los ítems fueron elaborados artesanalmente, anclados en lo conductual y sin jerga técnica para reducir cualquier sesgo en los encuestados. Una escala de Likert de 4 puntos fue desarrollada con el objetivo de determinar si las intervenciones fueron representativas de la sesión examinada. Esta versión inicial de MULTI incluyó 71 ítems que se agrupan en una de las seis sub escalas que representan diferentes orientaciones teóricas (es decir, cognitivo, conductual, proceso-experiencial, centrado en la persona, psicodinámica, y de factores comunes).

Para evaluar la validez de contenido de estas sub escalas, se estableció contacto con 36 expertos de las seis orientaciones teóricas para relevar los ítems de acuerdo a la sub escala que representaba su orientación. Al menos un experto de la cinco de las orientaciones presentadas, ofreció sus respuestas (no pudimos contactar con éxito ningún experto en psicoterapia de factores comunes). Estos expertos creían que los ítems eran exhaustivos en relación a su sistema de terapia y no pudieron identificar intervenciones únicas que no estuvieran representadas (algunos expertos sugirieron intervenciones muy específicas, como por ejemplo, la asignación de registros del pensamiento, que se incluyeron en una indagación más general del ítem; o la asignación de tareas). Cuatro profesionales de la psicología clínica y cinco estudiantes graduados avanzados evaluaron cada elemento por su interpretatividad y su representatividad en relación a cada orientación. Todos estos evaluadores tenían formación y experiencia práctica en los diferentes tipos de psicoterapia (rango: 1-20 años). En el caso de que un ítem fuera considerado como difícil de interpretar, se prosiguió reescribiéndolo hasta que todos los examinados estuvieran satisfechos. En el caso de considerar a un ítem por fuera de la orientación en la que se agrupó, el mismo terminaba siendo eliminado de la sub escala que representaba esa orientación particular. Por último, la estructura gramatical de los ítems se modificó para crear versiones análogas para los pacientes, los terapeutas y los observadores.

La MULTI inicial fue revisado utilizando los datos de tres estudios piloto no publicados recogidos para validar la medida. En el primer estudio, 25 pacientes y 13 terapeutas (autodefinidos como psicodinámicos o cognitivos) ambos puntuaron una de sus sesiones; en los otros dos estudios, 49 observadores puntuaron cintas de vídeo de terapia psicodinámica, cognitiva, proceso experiencial, centrada en la persona, y sesiones de psicoterapia conductistas.

Veintidós ítems fueron borrados ya que en al menos dos muestras estaban altamente correlacionados ( $r > .40$ ) con ítems de otras sub escalas; no se correlacionaban altamente con la sub escala de su propia orientación (total ítem:  $r < .40$ ); o no mostraban diferencias significativas en el nivel entre sesiones que, asumimos, fueron múltiples para las diferentes orientaciones (2). Para aumentar el número de orientaciones incluidas en la MULTI, se añadieron ítems y sub escalas que representaban a la psicoterapia interpersonal y la dialéctica conductual a la versión actual de la escala. Dos expertos en psicoterapia interpersonal y uno en terapia dialéctica conductual revisaron los ítems describiendo las intervenciones para la representatividad e integridad. Cinco nuevos ítems se añadieron a la MULTI para la sub escala de terapia interpersonal (IPT) y tres nuevos ítems fueron agregados para la sub escala de terapia de dialéctica conductual (DBT). Por último, para aumentar el rango de calificaciones, se creó una escala de calificación de 5 puntos indagando en cuán típica había sido la intervención en la sesión. El nivel de lectura de Flesch-Kincaid para la MULTI aumentó a un nivel de séptimo grado como resultado de la combinación de las declaraciones de los ítems, la longitud de las oraciones, y la inclusión de ejemplos.

La MULTI actual consta de 60 ítems y ocho sub escalas: Terapia Conductista (BT), Terapia Cognitiva (CT), Terapia Dialéctica-conductual (DBT), Terapia Interpersonal (IPT), Centrada en la Persona (PC), Psicodinámica (PD), Proceso-Experiencial (PE), y de Factores Comunes (CF). Las puntuaciones de la sub escala se calcularon promediando los ítems incluidos en esa sub escala. La mayoría de los ítems se especificaron en una única sub escala. Sin embargo, 14 ítems aparecen en dos sub escalas y cinco ítems aparecen en tres sub escalas (por ejemplo, en las sub escalas CT y BT, " Mi terapeuta estableció una agenda particular o determinó metas específicas para la sesión de terapia "; en las sub escalas de PC y PE, "mi terapeuta me animó a que me centrara en la experiencia minuto a minuto" (3). La superposición de ítems crea inter-correlación entre las sub escalas, lo que podría debilitar las propiedades psicométricas de la medida (Hsu, 1992, 1994). Por ejemplo, podría causar que los coeficientes de ecuaciones estructurales sean menos confiables cuando el mismo ítem tiene cargas sobre dos factores latentes, al igual que la colinealidad de los dos predictores en una regresión podría reducir la estabilidad de las estimaciones de sus efectos en un criterio. Además, las discriminaciones entre los niveles de la sub escala de constructos teóricamente distintos podrían ser más difíciles de obtener como resultado de la superposición de ítems. A pesar de que la superposición de ítems está presente en otras medidas (por ejemplo, el Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota), querríamos tener mayor certeza de que la superposición de elementos en la MULTI reflejaron la organización de las intervenciones que resultan de la teoría y que los ítems que se incluyeron en varias sub escalas eran necesarios para representar con mayor precisión a cada orientación.

Se han examinado cada uno de los ítems que tuvieron lugar en más de una sub escala para llegar a la conclusión de que esos ítems se clasificaron con precisión como pertenecientes a múltiples orientaciones. Además, los expertos en cada orientación habían juzgado previamente si la sub escala MULTI representaba su modalidad y si contenía las intervenciones más esenciales para su orientación. Por lo tanto, la eliminación de estos elementos podría reducir seriamente la validez de contenido del instrumento de medida. Una copia de la versión del paciente de la medida y una lista de los ítems incluidos en cada sub escala aparece en el Apéndice.

## Estudio 1

### Método

**Participantes.** En el Estudio I fueron incluidos 280 pacientes que recibían terapia en uno de los siguientes cuatro sitios: un centro de counseling (n=221), un centro de entrenamiento clínico (n=30), una clínica especializada en el tratamiento conductual para el trastorno obsesivo compulsivo ([TOC] n=13), y dos centros de salud mental de la comunidad (n=16). Los datos de los cuatro sitios se utilizaron para maximizar el número de diferentes orientaciones teóricas representadas. Los datos demográficos no estaban disponibles para el centro de entrenamiento clínico. Setenta y cinco por ciento (n=188) de los pacientes eran mujeres. La media de edad de los pacientes fue de 25 años (SD= 6,90, rango 18-52). El siete por ciento (n=17) de los pacientes identifican su origen étnico primario como asiático-americano, 14% (n=35) como americanos africanos, 68% (n= 171) como de raza caucásica norteamericana, 3% (n= 8) como latinos/as, 4% (n=10) como del este de la India, y el 4% (n= 9) como de otro grupo étnico; 4% (n= 10) no respondieron. Un total de 47 terapeutas proporcionó terapia en los cuatro sitios. Todos los terapeutas tenían por lo menos un título de maestría en psicología o trabajo social, y varios poseían su doctorado en psicología o psiquiatría. Se conocía la orientación de las sesiones de 120 pacientes. Para el centro de counseling, la orientación fue determinada por dos jueces familiarizados con el trabajo de cada terapeuta (acuerdo 100%). Para la clínica de entrenamiento, nueve

terapeutas fueron seleccionados debido a que obtuvieron el más alto puntaje entre un grupo de terapeutas especializados en la psicodinámica, cognitiva, o centrados en la persona en los ítems del Cuestionario básico común del desarrollo de psicoterapeutas (Orlinsky y Ronnestad, 2005). A su vez, estaban recibiendo respectivamente, supervisión en terapia psicodinámica, cognitiva, o en la terapia basada en la persona. Se tomaron 10 sesiones como muestras aleatorias de cada una de estas tres orientaciones (cada terapeuta proporcionó más de una sesión). La clínica TOC utilizó un tratamiento conductual manualizado (Foa, Ledley, Huppert, y Franklin, 1999), y todos los terapeutas recibieron supervisión en este protocolo. No sabíamos con exactitud la orientación de las sesiones de los centros de salud mental de la comunidad, pero se incluyeron sus datos para análisis aun sin requerir esta información. De las 120 sesiones para las que hemos tenido datos sobre su orientación, 11% (n=13) fueron identificadas como conductuales, 15% (n=18) como cognitivas, 52% (n= 62) como interpersonales, 14% (n=17) como centradas en la persona, y 8% (n=10) como psicodinámicas.

**Procedimiento.** Los pacientes completaron el instrumento de medición MULTI después de una sesión de terapia. Las sesiones se muestrearon en relación a una sección transversal (es decir, desde cualquier punto durante el tratamiento en el momento de la recopilación de datos), pero no se recogió el número de sesiones. Los participantes completaron la MULTI y un formulario de consentimiento informado como parte de una batería de medidas que les era entregada después de su sesión por un asistente del administrador o de la investigación. La Junta de Revisión Institucional (IRB) obtuvo la aprobación para este estudio.

### Resultados.

**Consistencia interna.** Primero examinamos la consistencia interna de cada una de las ocho sub escalas MULTI. La Columna 2 de la Tabla I muestra las estimaciones de consistencia interna para cada sub escala. Todas las sub escalas muestran al menos moderada (a.70; Shrout, 1995) o excelente (a.90) consistencia interna.

Tabla I. Estudios 1, 2, y 3: Resultados de la sub escala MULTI de consistencia interna

Sub escala / no. artículos	Pacientes (n=280)	Terapeutas (n=175)	Observadores (n= 489)
BT (15)	.89	.89	.80
CF (7)	.87	.75	.77
CT (16)	.91	.88	.83
DBT (8)	.84	.76	.66
IPT (7)	.84	.80	.81
PC (7)	.81	.68	.72
PD (12)	.77	.88	.78
PE (9)	.87	.75	.66

Nota. MULTI: Lista Multiteórica de Intervenciones Terapéuticas. n= número total de observaciones utilizado en el cálculo del coeficiente de Cronbach.

; BT= terapia conductual; CF= terapia factores comunes; CT= terapia cognitiva; DBT= terapia dialéctica conductual; IPT=terapia interpersonal ; PC= terapia basada en la persona; PD=terapia psicodinámica; PE= terapia de proceso-experencial.

**Método de confiabilidad de dos mitades.** Seguidamente, se estimó la confiabilidad a partir del método de dos mitades para las sub escalas MULTI utilizando análisis factorial confirmatorio. Para cada sub escala, colocamos los ítems en orden numérico (como se muestra en el Apéndice) y se calculó la puntuación media de cada paciente para el resto de los ítems de la sub escala. De este modo, pudo calcularse la puntuación media para los elementos restantes y creamos una variable dicotómica codificada para indexar a las dos mitades. Se utilizó un modelo de efectos aleatorios de tres factores para estimar los componentes de varianza para el terapeuta, el paciente (anidado en el terapeuta), la variable de código ficticio para media sub escala, y el error. Se calculó un coeficiente de correlación intra-clase (ICC) para cada sub escala mediante la introducción de estos componentes de la varianza en la relación con el terapeuta y el paciente junto con la varianza relacionada con pacientes en el numerador y la varianza total del modelo en el denominador. Este ICC tiene una interpretación comparable a la ICC (A, 1), Caso 2A, de McGraw y Wong (1996); a saber, que representa la reproducibilidad de las calificaciones de un paciente seleccionadas al azar para una sub escala. La Tabla II muestra estos coeficientes mediante el uso de la sub escala MULTI. Para cinco sub escalas, la confiabilidad fue moderada ( $r=.70$ ; Shrout, 1995), mientras que dos de las tres sub escalas restantes estaban cerca de criterio (para la IPT y la PD,  $r=.68$ ).

**Estructura de los factores.** Hemos probado la adaptabilidad del modelo que representa las ocho sub escalas MULTI utilizando análisis factorial confirmatorio. Se han especificado las vías de cada ítem a la sub escala o sub escalas a las cuales pertenecía. Algunos pacientes fueron tratados por el mismo terapeuta, lo que podría ocasionar que las calificaciones de sus sesiones estén más correlacionadas en comparación a las sesiones de pacientes que ven otros terapeutas debido a las diferencias en el estilo o nivel de actividad de los terapeutas. Para controlar los efectos terapéuticos potenciales, se procedió con una regresión logística de puntajes de varios ítems sobre el terapeuta y utilizamos los residuales para este análisis. El ajuste del modelo se evaluó de acuerdo a dos indicadores. El error cuadrático medio de aproximación

(RMSEA) evalúa la discrepancia entre el modelo y los datos por el grado de libertad (Browne y Cudeck, 1993; Steiger, 1990). Mientras que los valores RMSEA de 0,05 o menos sugieren un buen ajuste del modelo a los datos, los valores de 0,08 o menos sugieren un ajuste adecuado (Browne y Cudeck, 1993). El índice de ajuste comparativo (CFI) evalúa cuánto mejor se ajusta el modelo en comparación con un modelo en el que todos los ítems son independientes. Los valores de CFI de 0,90 o mayor representan un buen ajuste a los datos (Hu y Bentler, 1999). El modelo se ajustó a los datos de forma adecuada (RMSEA= 0,07), pero no resultó un modo parsimonioso para explicar las relaciones entre los ítems (CFI .74). (4) Es probable que el bajo valor del TPI haya surgido debido a la alta inter-correlación entre sub escalas MULTI (Tabla III).

**Validez de criterio.** Por último, se evaluó la validez de criterio de la MULTI, evaluando su capacidad para clasificar correctamente las 120 sesiones de diferentes orientaciones teóricas. Las estadísticas descriptivas de orientación teórica se muestran en la Tabla IV. Se realizó un análisis discriminante predictivo en el que primero se derivaron combinaciones lineales que como máximo distinguían sesiones de diferentes orientaciones teóricas basadas en sus puntuaciones para cada una de las sub escalas MULTI (después de haber realizado la regresión logística para el terapeuta para controlar los efectos terapéuticos potenciales). Utilizamos las matrices de covarianza intra-grupos y las probabilidades de la muestra de orientación teórica (11% del comportamental, 15% cognitiva, 52% interpersonal, 14% centrada en la persona, 8% psicodinámica) para calcular las funciones de clasificación. A continuación, se aplicaron las funciones de clasificación a los datos para reclasificar cada sesión en una orientación teórica predictiva. En este sentido, la sesión se clasifica en la orientación en la que tenga la menor distancia matemática basada en las funciones de clasificación). Todas las sesiones de terapia conductual ( $n= 13$ ) y las sesiones de terapia psicodinámica ( $n=10$ ) se clasificaron correctamente.

**Tabla II.** Estudios 1, 2 y 3: La Confiabilidad a partir del método de dos mitades. Estimaciones de Sub escala

Sub escala	Pacientes (n=280)	Terapeutas (n= 140)	Muestra completa (n=60)	Los observadores	
				Expertos (n= 3)	No expertos (n=57)
BT	.88	.86	.72	.85	.74
CF	.81	.73	.56	.59	.58
CT	.83	.83	.80	.92	.81
DBT	.74	.66	.58	.48	.53
IPT	.68	.70	.74	.76	.71
PC	.70	.38	.53	.88	.55
PD	.68	.79	.57	.76	.53
PE	.57	.42	.50	.74	.50

Nota. Los valores incluidos en las columnas son coeficientes de correlación intra-clase que representa la reproducibilidad de las notas de un solo evaluado, seleccionado al azar. N= número de Observadores en cada muestra; BT= terapia conductual; CF= terapia factores comunes; CT= terapia cognitiva; DBT= terapia dialéctica conductual; IPT=terapia interpersonal ; PC= terapia basada en la persona; PD=terapia psicodinámica; PE= terapia de proceso-experencial

**Tabla III.** Estudios 1, 2, and 3: MULTI Sub escala de Inter-correlación

Sub escala	Pacientes (N = 280)								Terapeutas (N =175)								Observadores (N =489)							
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
1. BT	*							*								*								
2. CF	.69	*						.69	*							.52	*							
3. CT	.91	.70	*					.88	.68	*						.80	.45	*						
4. DBT	.88	.69	.87	*				.87	.66	.83	*					.84	.53	.76	*					
5. IPT	.52	.55	.58	.64	*			.23	.36	.33	.39	*				.22	.15	.34	.31	*				
6. PC	.66	.72	.76	.70	.63	*		.07	.29	.22	.25	.48	*			.01	.32	.16	.14	.29	*			
7. PD	.61	.58	.72	.70	.77	.82	*	.10	.01	.07	.11	.56	.73	*		.08	.04	.14	.11	.54	.73	*		
8. PE	.76	.62	.86	.77	.65	.84	.86	* .29	.30	.41	.46	.54	.82	.74	* .15	.18	.26	.26	.33	.75	.69	*		

Nota. Los valores N para los pacientes y terapeutas refieren al total de sesiones puntuadas; Los valores N para los refieren al número total del MULTI completo. BT= terapia conductual; CF= terapia factores comunes; CT= terapia cognitiva; DBT= terapia dialéctica conductual; IPT=terapia interpersonal ; PC= terapia basada en la persona; PD=terapia psicodinámica; PE= terapia de proceso-experencial

**Tabla IV. Estudio 1:** Estadísticas descriptivas de pacientes por sesión de orientación

Sub escala	Orientación					
	Conductual ( n= 13)	Cognitiva ( n= 18)	Interpersonal (n=62)	Centrada en la persona (n=17)	Psicodinámica (N=10)	Desconocida ( n= 160)
BT	3,99 (0,73)	3,21 (0,43)	2,99 (0,71)	2,95 (0,69)	2,84 (1,06)	2,97 (0,81)
CF	4,71 (0,38)	4,01 (0,86)	3,98 (0,82)	4,13 (0,62)	3,96 (0,51)	3,93 (0,84)
CT	4,07 (0,81)	3,47 (0,51)	3,07 (0,75)	3,13 (0,68)	3,11 (0,89)	3,06 (0,85)
DBT	3,91 (0,90)	3,39 (0,50)	3,23 (0,92)	3,17 (0,83)	2,97 (0,99)	3,26 (0,94)
IPT	2,52 (0,86)	3,35 (0,66)	3,27 (0,94)	3,29 (0,85)	3,04 (0,99)	3,15 (0,98)
PC	3,70 (0,86)	3,48 (0,78)	3,53 (0,71)	3,78 (0,74)	3,59 (0,75)	3,40 (0,89)
PD	2,86 (0,92)	3,22 (0,75)	3,02 (0,83)	3,27 (0,67)	3,30 (0,98)	2,97 (0,88)
PE	3,44 (0,97)	3,30 (0,67)	2,88 (0,77)	3,22 (0,70)	3,27 (0,76)	2,82 (0,87)

Nota. Los valores N representan el número de sesiones en cada muestra. Los valores de las columna son puntuaciones de las medias de las sub escala; los valores de las columnas entre paréntesis son los desvíos estándar. BT= terapia conductual; CF= terapia factores comunes; CT= terapia cognitiva; DBT= terapia dialéctica conductual; IPT=terapia interpersonal; PC= terapia basada en la persona; PD=terapia psicodinámica; PE= terapia de proceso-experencial

Para las 18 sesiones de terapia cognitiva, 17 (94%) fueron identificados como cognitivos y 1 (6%) en centradas en la persona. Para las 62 sesiones de terapia interpersonales, 55 (88%) se reclasifica como interpersonal, uno (2%) como conductual, dos (3%) como cognitiva, tres (5%) como centrada en la persona, y uno (2%) como psicodinámica. Para los 17 sesiones de terapia centrada en la persona 11 (65%) fueron centradas en la persona, uno (6%) como cognitiva, cuatro (24%) como interpersonal, y uno (6%) como psicodinámica. El valor del error aparente para la clasificación fue del 12%. La sustitución simple- en el mismo conjunto de datos- de la que fueron derivadas las funciones de clasificación, produce una tasa de error optimista. Otro método menos sesgado para determinar el error es el estimador de máxima probabilidad a posteriori (MPP; Huberty, Wisenbaker, y Smith, 1987). Las funciones de clasificación también fueron asignadas para cada sesión en relación a las probabilidades a posteriori según la pertenencia a cada una de las cinco orientaciones (sintetizadas a una para cada sesión). El MPP se determina como la media de más alta probabilidad a posteriori de cada sesión, ponderando el tamaño del grupo. Para esta muestra, el error MPP fue ligeramente superior al 16%, lo que sugiere que los pacientes que utilizan la MULTI fueron capaces de distinguir entre las sesiones de diferentes orientaciones de una manera coherente con las orientaciones de los terapeutas.

## **Estudio 2**

### **Método**

**Participantes.** Los participantes se componían por un total de 146 terapeutas relevados, ya sea a través del contacto personal con los autores o por medio de listas de distribución asociadas con la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia y Divisiones

12 y 29 de la Asociación de Psicología Americana. 50% (n=73) de los terapeutas eran mujeres, el 43% (n= 63) eran hombres, y el 7% (n=10) no informó su género. 1,5% (n=2) de los terapeutas se describieron a sí mismos principalmente con ascendencia africana, 1,5% (n=2) de origen asiático, 86% (n=125) de ascendencia caucásica, 2% (n=3) descendidos de latinos/as, y 9% (n=14) de otra descendencia desconocida. Cuarenta terapeutas (27%) poseían un grado de maestría en psicología o en campos similares (MA, MS, MSW, M. Ed), 86 (59%) tenían un doctorado en psicología o campos afines (Ph.D., Psy.D., DSW), 13 (9%), eran doctores en medicina, y 7 (5%) no informó su grado. La media en años en experiencia clínica (incluyendo el entrenamiento antes de recibir su grado) era de 16.92 ( SD = 12.85).

**Procedimiento.** Se solicitó a los terapeutas completar la MULTI y un cuestionario demográfico corto para la sesión más reciente llevada a cabo. Los terapeutas podían llenar los cuestionarios de más de un paciente. En total, fueron calificadas 175 sesiones, y el número modal de sesiones que un terapeuta puntuó fue 1 (rango = 1 a 16). Los terapeutas seleccionaron la orientación teórica de la lista de 9 orientaciones teóricas con la que se sentían mejor representados. Quince por ciento (n=26) de las sesiones fueron calificadas por el terapeuta como conductuales; 15% (n= 26) como cognitivas; 5% (n=8) como dialéctico-conductual; 8% (n=14) como interpersonal; 7% (n=13) como centrada en la persona; 5% (n=8) como psicoanalítica 25% (n=44) como psicodinámica; y 3% (n= 5) como proceso experiencial; y 17% (n=31) como desconocida. Se obtuvo la aprobación del IRB para este estudio.

### **Resultados**

**Consistencia interna.** La columna 3 de la Tabla I muestra las estimaciones de consistencia interna de la muestra completa

(Coeficiente de Cronbach) para cada sub escala MULTI. A excepción de la sub escala Centrada en la Persona (a. 68), todas las sub escalas tuvieron moderada a excelente consistencia interna.

**Método de confiabilidad de dos mitades.** Estimamos puntuaciones para las mitades separadas de las sub escalas MULTI utilizando el mismo procedimiento indicado en el Estudio 1. Además, se utilizó el mismo modelo para estimar los CCI que representan la reproducibilidad de las puntuaciones de un terapeuta seleccionado al azar para una sub escala particular. La Columna 3 de la Tabla II ofrece los CCI por sub escala. Seis de las sub escalas MULTI exhibieron confiabilidad moderada o estaban razonablemente cerca del criterio. Las dos restantes sub escalas mostraron escasa confiabilidad (para PC,  $r = .38$ ; para el PE,  $r = .42$ ), que podría ser debido al pequeño número de ítems en cada una de las mitades de la sub escala.

**Estructura de los factores.** Hemos probado el ajuste del modelo de las ocho sub escalas de la MULTI a las respuestas del terapeuta utilizando análisis factorial confirmatorio. Algunos terapeutas fueron evaluados en más de una sesión. Entonces se removió estadísticamente los efectos terapéuticos, residualizando los puntajes de los ítems de la MULTI por terapeuta. El modelo encajó con las respuestas adecuadamente ( $RMSEA = .08$ ), pero no resultó una manera muy parsimoniosa para explicar los datos ( $CFI = .64$ ). De nuevo, el bajo valor CFI podría ser debido a la relativamente alta inter-correlación de las sub escalas de la MULTI cuando fueron completadas por los terapeutas (véase la Tabla III).

**Validez de criterio.** La estadística descriptiva para las sub escalas MULTI de acuerdo a la orientación de los terapeutas se ofrecen en la Tabla V. Se realizó un análisis discriminante predictivo para evaluar la capacidad de la MULTI para clasificar correctamente las sesiones en una orientación teórica basado en sus niveles relativos de las sub escalas. Este análisis se llevó a cabo en las puntuaciones de la sub escala MULTI de nuevo residuales para el terapeuta. Se utilizaron nuevamente las matrices de covarianza dentro de los grupos y las probabilidades de muestra de orientación teórica para calcular las funciones de clasificación. Las 8 sesiones de la dialéctica-conductual, 5 de proceso experiencial, y las 8 sesiones psicoanalíticas se clasificaron correctamente. De las 26 sesiones conductuales, 21 (81%) se previeron como conductuales, 3 (11%) como cognitivas, 1 (4%) como interpersonal, y 1 (4%) como centrada en la persona. De las 26 sesiones de terapia cognitiva, 24 (92%) fueron clasificadas correctamente como cognitivas y 2 (8%) se clasificaron incorrectamente como conductuales. De las 14 sesiones interpersonales, 10 (72%) se clasificaron como interpersonal, 2 (14%) como psicodinámicas, 1 (7%) en forma centrada en la persona, y 1 (7%) como cognitiva. De las 13 sesiones centradas en la persona, 11 (85%) se clasificaron como centradas en la persona y 2 (15%) fueron clasificados como

psicodinámicas. De las 44 sesiones psicodinámicas, 42 (95%) se identificaron correctamente como psicodinámicas y 2 (5%) fueron identificadas como interpersonales. El error aparente para la clasificación fue del 10%, y la tasa de error MPP fue del 13%; lo que sugiere que la MULTI distingue con éxito entre las orientaciones teóricas.

### Estudio 3

#### Método

**Participantes.** Sesenta participantes (57 estudiantes de grado y tres instructores) en cursos de tres sistemas de psicoterapia completaron la MULTI para ayudar a facilitar la discusión de material de clase. Setenta y dos por ciento ( $n=43$ ) de los participantes eran mujeres.

**Materiales.** Se utilizaron veinte cintas de vídeo de psicoterapia en este estudio. Se reprodujeron Nueve cintas de vídeo fueron producidas comercialmente con filmaciones de terapeutas expertos o actores que llevan a cabo una sesión típica en su modalidad particular con un paciente-actor. La orientación teórica para estas cintas se determinó por los materiales publicados que acompañan a las cintas. Once cintas consistían en sesiones de terapeutas altamente experimentados que llevan a cabo la terapia con pacientes reales. La orientación teórica de estas cintas se determinó como la orientación declarada del terapeuta que se muestra en la cinta (que era, en la mayoría de los casos, también profesor invitado de la clase). De las 20 cintas vistas, seis se consideraron conductuales, seis cognitivas, interpersonales, una centrada en la persona, cuatro psicodinámicas, y dos de proceso experiencial. Cinco cintas se corrieron de la longitud típica para una sesión: de 30 a 50 min (Turner, Valtierra, Talken, Miller, Y DeAnda, 1996). Las cintas utilizadas en el Estudio 3 se citan con un asterisco en la sección de referencia.

**Procedimiento.** Al comienzo de los cursos, los participantes firmaron voluntariamente documentos para asegurar la confidencialidad de cualquier material de los casos presentados en clase. Cada conferencia cubrió los mecanismos de cambio en una orientación teórica particular.

Después de la conferencia, se mostró una cinta de vídeo del tratamiento para ilustrar la terapia en la práctica. Los participantes no fueron, por lo tanto, ciegos a la orientación de la cinta. Los participantes completaron de forma individual la MULTI después de ver la cinta con el propósito de pensar y discutir lo que ocurrió en las sesiones que acababan de ver. En la última reunión de ambos cursos, los estudiantes se presentaron con sus datos para mostrar cómo puntuaron cada una de las diferentes terapias. Algunas cintas fueron valoradas en más de una de las clases. Además, no todos los estudiantes completaron una MULTI para cada cinta porque no siempre asistían a todas las clases. En total, los participantes completaron 489 MULTI (119 para las cintas conductuales, 165 para cognitivas, 20 para interpersonales, 13 para centradas en la persona, 106 para psicodinámicas, y 66 de proceso experiencial). Estos datos fueron recogidos originalmente para uso educativo, y por lo tanto se obtuvo la aprobación del IRB después de los cursos a los fines de reportar estos datos en la publicación.



**Tabla V.** Estudio II: Estadísticas descriptivas para las sesiones de los terapeutas de acuerdo a la orientación teórica.

Sub escala	Orientación								
	Conductual (n 26)	Cognitiva (n 26)	Dialéctica-Conductual (n 8)	Interpersonal (n 14)	Centrada en la persona (n 13)	Psicoanalítica (n 8)	Psicodinámica (n 44)	De Proceso expericneial. (n 5)	Otras/Desconocidas (n 31)
BT	3.71 (0.51)	3.36 (0.63)	4.05 (0.38)	2.89 (0.71)	2.71 (0.59)	2.18 (0.54)	2.20 (0.54)	2.56 (0.77)	3.09 (0.78)
CF	4.18 (0.62)	4.25 (0.47)	4.41 (0.46)	4.24 (0.54)	4.21 (0.40)	3.37 (0.83)	3.61 (0.49)	3.49 (0.50)	4.13 (0.73)
CT	3.41 (0.57)	3.70 (0.64)	3.81 (0.63)	3.12 (0.83)	2.86 (0.69)	2.56 (0.61)	2.48 (0.62)	2.43 (0.60)	3.31 (0.73)
DBT	3.42 (0.63)	3.26 (0.75)	4.38 (0.41)	3.10 (0.74)	2.99 (0.77)	2.46 (0.60)	2.56 (0.65)	2.55 (0.58)	3.22 (0.82)
IPT	2.18 (0.80)	2.75 (0.85)	3.43 (0.54)	3.67 (0.97)	3.15 (0.75)	2.57 (1.04)	2.91 (0.78)	2.26 (0.77)	3.02 (1.03)
PC	2.78 (0.86)	3.21 (0.57)	3.73 (0.54)	3.64 (0.70)	3.76 (0.82)	3.82 (0.49)	3.56 (0.62)	3.91 (0.70)	3.52 (0.68)
PD	2.04 (0.78)	2.32 (0.65)	3.07 (0.68)	3.01 (0.73)	2.98 (0.84)	3.87 (0.47)	3.33 (0.87)	3.22 (0.70)	3.08 (0.74)
PE	2.42 (0.81)	2.78 (0.59)	3.61 (0.58)	3.24 (0.67)	2.97 (0.80)	3.29 (0.47)	2.97 (0.68)	3.56 (0.68)	3.19 (0.70)

Nota. Los valores representan el número de sesiones que pertenecen a esa orientación (según declaró cada terapeuta). Los valores de las columnas son las medias encontradas; los valores entre paréntesis son las desviaciones estándar. BT= terapia conductual; CF= terapia factores comunes; CT= terapia cognitiva; DBT= terapia dialéctica conductual; IPT=terapia interpersonal ; PC= terapia basada en la persona; PD=terapia psicodinámica; PE= terapia de proceso-expericneial

## Resultados

**Consistencia interna.** La columna 4 de la Tabla I traspone la muestra completa de acuerdo al coeficiente Cronbach para cada una de las sub escalas. Se encontró consistencia moderada ( $\alpha$ . 70) cada sub escala, con la excepción de las sub escalas DBT y PE ( $\alpha$ . 66 para cada uno).

**Método de confiabilidad de dos mitades.** Al igual que en los Estudios 1 y 2, creamos puntuaciones para las mitades separadas de las sub escalas MULTI, ordenando primero cada sub escala por número de ítem, con un promedio de la puntuación para cada otro ítem en la sub escala, y luego un promedio de las puntuaciones de los elementos restantes. Se utilizó un modelo de efectos aleatorios de tres vías para estimar los componentes de varianza de los estudiantes, de las cintas, de la interacción estudiante-cinta, la media de la sub escala, y el error residual. Los CCI fueron calculados para cada sub escala siguiendo la proporción de la varianza de los estudiantes, de las cintas, de la interacción estudiante-cinta sobre la varianza total en el modelo. Estos CCI representan la reproducibilidad de las puntuaciones de la sub escala MULTI para un observador no entrenado en el uso de la medida y seleccionado al azar. La columna 4 de la Tabla II muestra estos coeficientes para toda la muestra de los observadores. Se encontró una confiabilidad moderada para el BT, CT, y las sub escalas de IPT; las otras cinco sub escalas exhibieron baja pero aceptable confiabilidad ( $r$ . 50; Shrout, 1995).

A pesar de que ningún sujeto en la muestra tenía entrenamiento en el uso de la MULTI, los tres instructores contaban con un conocimiento previo de las orientaciones de psicoterapia. Recalculamos las estimaciones de la confiabilidad en dos mitades utilizando las calificaciones de estos tres participantes ("expertos"; véase la columna 5 de la Tabla II) y del resto de los participantes psicoterapeutas inexpertos ("no expertos"; véase la Tabla II, columna 6) en 12 cintas. Para los expertos, la confiabilidad fue de moderada a excelente, plasmada en todas las sub escalas excepto CF ( $r$ .59); DBT ( $r$ .48). Para los no expertos, hubo poca diferencia en las estimaciones.

**Confiabilidad entre puntuaciones.** Debido a que varios participantes habían visto cada cinta de vídeo, hemos sido capaces de estimar la confiabilidad entre sus puntuaciones. Se utilizó un modelo de efectos aleatorios de dos vías (ICC (A, 2), Caso 2; McGraw y Wong, 1996) para calcular los CCI para cada sub escala. Los CCI calculados de esta manera representan el grado en que las calificaciones promedio de dos jueces no entrenados seleccionados al azar

, para cualquier cinta también seleccionada al azar, serían reproducibles exactamente por las calificaciones medias de otros dos jueces seleccionados aleatoriamente. Primero, se calculan los CCI utilizando toda la muestra. Estos se muestran en la Tabla VI, en la columna 2. La confiabilidad fue moderada para la sub escala de BT, baja pero aceptable para la mayoría de las sub escalas, y pobre para la sub escala de PE. Utilizando la fórmula de Spearman-Brown (en los CCI para un solo juez), se estimó que serían necesarias las puntuaciones de tres evaluadores inexpertos en psicoterapia, para obtener una confiabilidad moderada para la mayoría de las sub escalas.

Hemos calculado nuevamente los CCI por separado para los expertos y no expertos, datos que se muestran en la Tabla VI, columnas 3 y 4. Los expertos generalmente exhiben una confiabilidad moderada y aquellas sub escalas que no lo hicieron fueron razonablemente cerca de ese criterio (CF,  $r$ .68; DBT,  $r$ . 64). En particular, la confiabilidad para la sub escala PE, que era pobre en relación a toda la muestra, fue moderada para los expertos ( $r$ .78). Entre los evaluadores no expertos, la confiabilidad de la muestra fue similar a las estimaciones de la confiabilidad de la muestra completa.

**Estructura factorial.** Hemos probado el ajuste del modelo de las ocho sub escalas MULTI utilizando análisis factorial confirmatorio. Los datos relevados incluyeron las medidas repetidas para las cintas y estudiantes (cada cinta fue puntuada por múltiples estudiantes y cada estudiante, a su vez, clasificó varias cintas). Para controlar la dependencia en los datos resultantes de mediciones repetidas, las puntuaciones MULTI fueron purificadas para la cinta y el estudiante. El ajuste del modelo a los datos fue adecuado (RMSEA 0,08), pero no resultó un modo parsimonioso para explicar los datos (CFIB.81). Una vez más, el valor CFI relativamente pobre, se vio probablemente afectado por la inter correlación entre sub escalas (véase la Tabla III).

Tabla VI. Estudio 3: La confiabilidad entre evaluadores comunican las estimaciones de los observadores

Sub escala	Muestra completa (N=60)	Expertos (N=3)	No expertos (N=57)
BT	.70	.83	.72
CF	.64	.68	.64
CT	.60	.89	.65
DBT	.56	.64	.52
IPT	.66	.83	.59
PC	.53	.70	.56
PD	.58	.79	.53
PE	.40	.78	.46

Nota. Los valores N representan el número de observadores en cada muestra. Los valores de las columnas representan coeficientes de correlación intra-clase que indican la reproducibilidad de las puntuaciones promediadas para dos observadores seleccionados al azar. BT= terapia conductual; CF= terapia factores comunes; CT= terapia cognitiva; DBT= terapia dialéctica conductual; IPT=terapia interpersonal; PC= terapia basada en la persona; PD=terapia psicodinámica; PE= terapia de proceso-experencial

**Validez de criterio.** La Tabla VII muestra las estadísticas descriptivas de las sub escalas MULTI de acuerdo a la orientación de las cintas. Nuevamente se evaluó la capacidad de la MULTI para predecir correctamente la orientación teórica de las diferentes cintas utilizando un análisis discriminante predictivo. Se utilizaron las puntuaciones de la sub escala MULTI purificadas para la cinta y el estudiante para controlar la dependencia en los datos. Se utilizaron las matrices de covarianza individuales dentro de los grupos y las probabilidades de muestra de orientación teórica para calcular las funciones discriminantes. De los 119 formularios MULTI completados para las cintas de terapia conductual, 91 (76%) puntuaron correctamente las cintas como conductuales, 27 (23%) calificadas como cognitivas y (1%) como psicodinámicas. De los 165 formas múltiples para las cintas cognitivas, 137 (83%) identificaron correctamente las cintas como cognitivas, 20 (12%) como de conductuales, (1%) como interpersonales, cinco (3%) como psicodinámicas, y dos (1%) como de proceso experiencial. De los 20 formularios MULTI de la cinta interpersonal, 19 (95%) clasificó la cinta como interpersonal y una (5%) como cognitivo. De los 13 formularios MULTI completados para la terapia centrada en la persona, nueve (69%) identificaron la cinta como centrada en la persona, una (8%) como cognitiva, dos (15%) como psicodinámica, y un (8%) como de proceso experiencial. De los 106 formularios MULTI completados para las cintas psicodinámicas, 94 (88%) clasificaron las cintas como psicodinámicas, uno (1%) de ellos fue calificado como conductual, cuatro (4%) como cognitivo, un (1%) como interpersonal, y seis (6%) como de proceso experiencial. Por último, uno de los 66 formularios múltiples para las cintas de proceso experiencial, 58 (88%) fueron identificadas correctamente las cintas como de proceso experiencial, uno (1,5%) como conductual, uno (1,5%) como cognitivas, y seis (9%) como psicodinámica. La tasa de error aparente para la clasificación fue del 17%, y la tasa de error MPP fue del 14%.

Cuando los análisis se repitieron usando las puntuaciones de expertos de 12 cintas (dos conductuales, cinco cognitivas, una centrada en la persona, dos psicodinámicas, y dos de proceso experimental), las tasas de error aparentes y MPP fueron del 0%. Para los observadores no expertos, que calificación de las mismas cintas, la tasa de error global fue del 12% y la tasa de error MPP fue del 11%.

## Discusión

Los resultados de estos estudios proporcionan un soporte inicial para las propiedades psicométricas adecuadas de la MULTI y su utilidad potencial. En las muestras de los pacientes, terapeutas y observadores, la consistencia interna fue de moderada a excelente para cada sub escala de la MULTI. La confiabilidad a partir del método de dos mitades para los pacientes fue moderada, pero fue baja a moderada para los terapeutas y observadores psicoterapéuticos sin entrenamiento. La confiabilidad entre puntuaciones fue de baja a moderada para observadores psicoterapéuticos sin entrenamiento. La confiabilidad por el método de dos mitades y entre puntuaciones fue superior para los observadores no entrenados pero sí informados de la psicoterapia. El modelo a priori de las sub escalas MULTI se ajusta a los datos razonablemente pero no parsimoniosamente siguiendo un análisis factorial confirmatorio. Por último, los niveles de la sub escalas de la MULTI lograron diferenciar las sesiones en base a las orientaciones de los terapeutas. En general, la MULTI parece ser un novedoso instrumento, prometedor para medir las intervenciones de múltiples orientaciones desde la perspectiva de los pacientes, los terapeutas y los observadores.

Todas las sub escalas MULTI exhiben consistencia interna al menos moderada, lo que significa que cuando se percibía una intervención desde una cierta orientación teórica, otras intervenciones de que es misma orientación eran probables de ser percibidas también. Además, las sesiones de diferentes orientaciones pudieron ser discriminadas por sus niveles de intervenciones pertinentes, según el orden de relevancia.

**Tabla VII.** Estudio 3: Estadísticas descriptivas de observadores de las cintas de cada orientación teórica

Sub escala	Orientación					
	Conductual (N= 85)	Cognitiva (N=114)	Interpersonal (N=20)	Centrada en la persona (N=13)	Psicodinámica (N=69)	Proceso-experiencial (N=47)
BT	3,48 (0,51)	3,24 (0,52)	3,31 (0,52)	1,88 (0,59)	2,40 (0,51)	2,42 (0,49)
CF	4,02 (0,52)	3,85 (0,76)	4,28 (0,39)	3,64 (0,61)	3,29 (0,72)	3,00 (0,87)
CT	3,20 (0,61)	3,55 (0,51)	2,93 (0,48)	2,20 (0,65)	2,64 (0,58)	2,46 (0,59)
DBT	3,25 (0,55)	3,10 (0,64)	2,88 (0,72)	2,11 (0,64)	2,51 (0,63)	2,37 (0,68)
IPT	2,13 (0,80)	2,84 (0,90)	4,07 (0,61)	2,38 (0,68)	3,13 (0,62)	2,05 (0,84)
PC	2,49 (0,82)	2,94 (0,79)	3,22 (0,53)	3,58 (0,38)	3,20 (0,65)	3,37 (0,83)
PD	2,04 (0,61)	2,36 (0,63)	2,51 (0,37)	2,60 (0,60)	3,01 (0,51)	2,80 (0,58)
PE	2,37 (0,72)	2,64 (0,65)	2,94 (0,47)	2,64 (0,52)	2,69 (0,56)	3,45 (0,58)

Nota. Los valores N representan el número total de observaciones realizadas para las cintas de cada orientación. Los valores de las columnas son puntuaciones medias de la sub escala de; los valores de columna entre paréntesis son las desviaciones estándar. BT= terapia conductual; CF= terapia factores comunes; CT= terapia cognitiva; DBT= terapia dialéctica conductual; IPT=terapia interpersonal; PC= terapia basada en la persona; PD=terapia psicodinámica; PE= terapia de proceso-experiencial

Estos resultados proporcionan un apoyo parcial para la suposición de que las diferentes orientaciones de terapia son de hecho "paquetes" en el que las intervenciones teóricamente vinculadas se administran juntas. Es posible que tanto una alta consistencia interna como una buena discriminación entre terapias podría haber ocasionado que los evaluados con conocimiento de los tipos de psicoterapia interpretaran las acciones de los terapeutas en base a lo que la teoría sugería que los terapeutas debían hacer (por ejemplo, un terapeuta conductual debe llevar a cabo la exposición y juego de roles, pero no debe discutir las experiencias tempranas). Los terapeutas en nuestros estudios, mas no los pacientes u observadores, tenían conocimiento previo de la psicoterapia. Se encontraron resultados para las tres perspectivas de alta consistencia interna y una buena discriminación, por lo que este tipo de sesgo parece menos probable.

La confiabilidad a partir del método de las dos mitades fue superior para nuestros pacientes y terapeutas que para nuestros observadores. Este hallazgo es especialmente interesante porque el entorno socioeconómico y educativo era más variable para nuestros pacientes en comparación con nuestros observadores, que eran todos estudiantes universitarios. Un factor que podría contribuir a las diferencias en las estimaciones de la confiabilidad puede ser la experiencia con la psicoterapia que nuestros pacientes y los terapeutas tenían pero no así nuestros observadores. Además, los pacientes y los terapeutas ambos experimentaron directamente las intervenciones que estaban puntuando. Es posible que hayan estado más atentos o motivados en comparación con nuestros observadores para luego informar de lo sucedido en la sesión. Algunas sub escalas, sin embargo, no ofrecieron buena confiabilidad con cualquier perspectiva, muy probablemente debido a la reducción en la estabilidad de las estimaciones de la sub escala al dividir los ítems en dos mitades. Dentro de los modos de complementar estos análisis iniciales, se encuentran otras medidas de la confiabilidad de un solo evaluador, como prueba re-test y comparaciones de calificaciones a través de diferentes sesiones.

Obtuvimos relativamente baja confiabilidad entre los observadores independientes. La muestra de los observadores utilizados en este estudio fue la única que no tenía conocimiento previo de la psicoterapia. Se trataba de estudiantes universitarios que participan en una clase para aprender sobre el tema y que no estaban entrenados en el uso de la medida. Además, no eran ciegos a la orientación de las cintas, aunque no sabían qué elementos MULTI se implicaban en cada sub escala. Estas estimaciones de la confiabilidad podrían ser entonces inferiores a lo que podría esperarse de otros usuarios de la MULTI. De hecho, encontramos confiabilidad moderada para tres observadores que tenían conocimiento de los sistemas de psicoterapia y ninguna formación en el uso de la medida. Es de suponer que una mayor confiabilidad pudiera ser estimada para una muestra de observadores competentes en psicoterapias y capacitados en la MULTI. Futuras investigaciones podrían abordar este aspecto y evaluar si los observadores pueden ser entrenados en pos de obtener una validez de criterio estándar así como en otras propiedades psicométricas de la MULTI para aquellos evaluadores.

Además de la formación en la MULTI y el conocimiento de la psicoterapia, sería interesante explorar otras fuentes de variabilidad en las intervenciones, como la reacción emocional del perceptor. A menudo, los estudiantes en el curso tenían fuertes reacciones positivas- o negativas- frente a las cintas de vídeo. Ofrecimos a los estudiantes la MULTI para ayudarlos a examinar críticamente las acciones del terapeuta y pensar en los mecanismos de cambio que el terapeuta esperaba, en contraposición a los estudiantes que simplemente juzgaron la sesión en función de su agrado o desagrado de la orientación o estilo de la terapia. Del mismo modo, los pacientes pueden beneficiarse del uso de la MULTI para entender lo que ocurrió en una de sus sesiones.

Hemos creado las sub escalas de la MULTI mediante la agrupación de ítems que describen las intervenciones representativas de una orientación teórica particular en base a nuestra revisión de la bibliografía en psicoterapia y las opiniones de expertos con los que se estableció algún contacto. A pesar de que este modelo de las subescalas de la MULTI, basado en la teoría, explicó adecuadamente la variación en los datos (es decir, valores bajos RMSEA), no resultó una de las formas más simples para reducir los datos (es decir, valores bajos CFI). Este patrón de resultados sugiere que podría haber más solapamiento en el uso de intervenciones entre los terapeutas pertenecientes a diferentes orientaciones. Los modelos de factores de competencia que organizan las intervenciones en un número menor de sub escalas podrían explicar las relaciones entre las intervenciones de un modo más parsimonioso que el modelo que sugerimos. Evaluamos otros modelos de factores (unidimensionales, bidimensionales y jerárquicos), pero no alcanzaron a explicar los datos de mejor manera en comparación a nuestro modelo. La MULTI podría ser muy adecuado para solventar este solapamiento en el uso de la técnica. Terapeutas e investigadores, especialmente aquellos interesados en la integración en psicoterapia, podrían ser capaces de utilizar la MULTI para investigar la complejidad y los elementos comunes en las intervenciones entre los diferentes tratamientos en la práctica.

En general, los niveles de factores comunes reportados por los pacientes, terapeutas y observadores eran similares entre las diferentes terapias y fueron, de manera uniforme, altamente puntuados. Otras investigaciones también han demostrado las condiciones que facilitan una mayor puntuación a través de una serie de diferentes psicoterapias (Hill et al., 1992; Trijsburg, et al, 2002). Estos resultados convergentes ponen de manifiesto el lugar central que los factores de relación tienen en todas las diferentes orientaciones psicoterapéuticas. Esto es consistente con el hecho de que muchos teóricos (por ejemplo, Frank, 1973; Wampold, 2001) han puesto de relieve el papel de los factores comunes por sobre el rol de las intervenciones específicas. Investigaciones futuras también podrían contemplar la medida en que los niveles relativos de los factores comunes e intervenciones específicas de distintas orientaciones predicen procesos y resultados de la psicoterapia.

Investigaciones futuras en torno a la MULTI podrían ayudar a establecer su validez convergente. La validez convergente podría ser examinada mediante la correlación de las calificaciones de observadores pacientes y terapeutas para una misma sesión. Las altas correlaciones entre las diferentes perspectivas sugieren una buena validez convergente (cf. Mintz, Auerbach, Luborsky, y Johnson, 1973). Sin embargo, una baja correspondencia entre los puntos de vista también podría ser potencialmente informativo sobre el proceso de la psicoterapia y de la relevancia de las intervenciones para los pacientes, los terapeutas y los observadores. Por ejemplo, un terapeuta puede pensar que una interpretación fue particularmente notable en una sesión, mientras que su paciente puede considerar la misma intervención como indicadora de la comprensión y del cuidado en lugar de impartir insight. Una segunda manera de encontrar evidencia de validez convergente podría consistir en correlacionar la MULTI con otras medidas de técnicas terapéuticas. De este modo, una alta correspondencia entre la MULTI y otras escalas de calificación podría sugerir no sólo que ambas medidas contemplan constructos similares, sino que además, el enfoque libre de jerga de la MULTI, podría proporcionar un grado de validez mayor sobre instrumentos más técnicos. Además, nos gustaría ver cómo las calificaciones de nivel molar en la MULTI (es decir, las impresiones globales de las intervenciones en una sesión) se comparan con más evaluaciones a nivel molecular (es decir, las intervenciones que se producen en términos del habla). Esperaríamos percibir una co-varianza entre los niveles de intervenciones informadas en la MULTI y la frecuencia de las intervenciones no cubiertas por las medidas moleculares, a pesar de que una falta de relación podría sugerir que los evaluados estuvieron empleando un tipo de decisión diferente al promedio en la MULTI (Connolly, Crits-Christoph, Shappell, Barber, & Luborsky, 1998; Heaton, Hill, & Edwards, 1995).

Es menester advertir las limitaciones de los presentes estudios. En primer lugar, las propiedades psicométricas de algunas de las sub escalas de la MULTI podrían haber sido menos estables o indeterminables porque nuestras muestras no siempre incluyeron los ocho terapias para las cuales MULTI fue diseñada (por ejemplo, cintas de DBT no se utilizaban en el Estudio 3). Estudios adicionales podrán investigar las propiedades psicométricas del MULTI a través de grandes muestras de las ocho terapias que el MULTI fue implementó. En segundo lugar, hemos utilizado medidas relativamente crudas para evaluar la orientación teórica. Nuestras medidas fueron categóricas mientras que la orientación podría estar mejor representada de un modo dimensional (Orlinsky y Ronnestad, 2005). En tercer lugar, aunque se reclutaron participantes de diferentes escenarios de práctica (centros de asesoramiento, centros de salud mental comunitarios, clínicas privadas, centros de investigación académica), no fuimos capaces de comparar el rendimiento de la MULTI en todos los entornos. Dependiendo de la configuración práctica, las terapias de la misma orientación pueden ser conducidas de una manera diferente (cf. Malik, Beutler, Alimohamed, Gallagher-Thompson, y Thompson, 2003). Sería conveniente saber si la MULTI puede detectar la esencia de las terapias específicas a través de diferentes configuraciones. La MULTI fue diseñada de manera que fuera fácil de usar, no requiere formación y podría ser utilizada en futuros estudios para investigar los patrones de uso de la técnica en diferentes escenarios de práctica.

En cuarto lugar, nuestros estudios miden la solidez psicométrica de la MULTI para los pacientes, terapeutas y observadores por separado. Una de las características únicas de esta medida es que hace posible medir simultáneamente las percepciones de los pacientes, terapeutas y observadores en una sola sesión. Futuras investigaciones podrían recoger y comparar las calificaciones de cada perspectiva y cómo se relacionan con el proceso y los resultados. Por último, no se recogieron datos sobre la fase de tratamiento de la muestra seleccionada. La utilización de la intervención podría variar según el tiempo que el paciente y el terapeuta han estado trabajando juntos. Por ejemplo, las primeras sesiones podrían contener técnicas más centradas en la persona para establecer una buena relación y explorar el significado de los acontecimientos de la historia del paciente. Mientras que las sesiones posteriores podrían exhibir más intervenciones que desafíen al paciente sobre los aspectos problemáticos de su personalidad. Para generar aportes en la progresión de la psicoterapia, la MULTI podría ser empleada para probar explícitamente diferentes períodos en la terapia.

En conclusión, la MULTI ofrece evidencia en cuanto a la confiabilidad y validez de acuerdo a las perspectivas de las intervenciones psicoterapéuticas de los pacientes, terapeutas, y observadores que se produjeron en una sesión. Aunque la MULTI podría optimizarse mediante el examen de las propiedades psicométricas en diferentes muestras y un mayor refinamiento del cuestionario, ya son viables numerosas aplicaciones de la técnica. Investigaciones futuras con la MULTI pueden ayudarnos a abrir y a examinar lo que sucede y lo que trae consigo el cambio en psicoterapia.

#### **Expresiones de gratitud**

Este artículo fue escrito con el apoyo parcial del Instituto Nacional de Salud Mental de Grant MH 061.410 a Jacques P. Barber. Agradecemos a James F. Boswell, Luis G. Castonguay, y Daniel R. Strunk para compartir datos con nosotros, que fueron presentados en el Estudio. Agradecemos a Robert DeRubeis por su contribución para una versión anterior de la MULTI.

## Notas

1. Las referencias están disponibles a partir de los autores a petición.
2. Diecisiete artículos fueron retirados de la MULTI completamente durante la revisión. Cinco artículos eran de la sub escala de la terapia conductual, seis de la sub escala de terapia cognitiva, dos de la sub escala psicodinámica, uno tanto para la psicoterapia del centrada en la persona y las sub escalas Psicodinámicas, uno tanto de la psicodinámica como del Proceso-Experiencial; uno tanto de la terapia cognitiva y las sub escalas de terapia conductual; y uno centrada en la persona, psicodinámica y Proceso-Experiencial. Cinco elementos se fusionaron con otros ítems MULTI porque estaban altamente correlacionados y eran conceptualmente similares. Estos ítems incluyen tres que eran exclusivamente de la sub escala psicodinámica y se repiten tanto en la psicodinámica como en el Proceso-Experiencial, y uno se repite tanto en la terapia cognitiva como en las sub escalas de la terapia conductual.
3. En la sub escala de BT, seis ítems fueron compartidos con la sub escala de CT, dos con la sub escala de DBT, tres tanto con el TC como con las sub escalas de DBT, y otro con la sub escala de PE. En la sub escala de CT, seis ítems fueron compartidos con la sub escala de BT, tres tanto con la BT y con las sub escalas de DBT, uno con la PC y en las sub escalas de PD, y otro con la sub escala de PE. En la sub escala de DBT, dos ítems se han compartido con la sub escala de BT y tres con tanto el BT como con las sub escalas CT. En la sub escala de IPT, un elemento se comparte con la sub escala de la EP. En la sub escala de PC, un elemento estuvo superpuesto tanto con el TC como con las sub escalas de PD, una con la sub escala PD, uno de ellos con la sub escala de PE, y otro con tanto la DP y las sub escalas de PE. En la sub escala de PD, un ítem fue compartido tanto con el TC y las sub escalas de PC, uno con la sub escala de IPT, uno de ellos con la sub escala de PC, otro de ellos con la sub escala de PE, y otro con el PC y en las sub escalas de PE.
4. A los fines de conservar la brevedad, las tablas de coeficientes de ecuaciones estructurales no son incluidas. Están disponibles en el autor correspondiente bajo petición.

## Bibliografía

- \*Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775-783.
- \*American Psychological Association (Producer). (1994). Brief dynamic therapy with Stanley B. Messer [Motion picture]. Washington, DC: Author.
- \*American Psychological Association (Producer). (1994). Short-term dynamic therapy with Donald K. Freedheim [Motion picture]. Washington, DC: Author.

\*American Psychological Association (Producer). (1997). Cognitive therapy for panic disorder with David M. Clark [Motion picture]. Washington, DC: Author.

\*American Psychological Association (Producer). (1997). Emotion-focused therapy for depression with Leslie R. Greenberg [Motion picture]. Washington, DC: Author.

\*American Psychological Association (Producer). (2007). Personality disorders with Jeffrey J. Magnavita [Motion picture]. Washington, DC: Author.

\*Barber, J. P., & Crits-Christoph, P. (1996). Development of a therapist adherence/competence rating scale for supportive-expressive dynamic psychotherapy: A preliminary report. *Psychotherapy Research*, 6, 79-92.

\*Barber, J. P., Foltz, C., Crits-Christoph, P., & Chittams, J. (2004). Therapists' adherence and competence and treatment discrimination in the NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 29-41.

\*Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Barrett, M. S., Klostermann, S., McCarthy, K. S., & Sharpless, B. (2008). The role of the alliance and techniques in predicting outcome of supportive-expressive dynamic therapy for cocaine dependence. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 461-482.

\*Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., & Gibbons, M. B. C. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16, 229-240.

\*Beck, A. T. (Producer). Cognitive therapy with a depressed patient. Unpublished motion picture, University of Pennsylvania.

\*Beck, A. T., & Butler, A. (2000). Cognitive therapy checklist. Unpublished scale, University of Pennsylvania.

\*Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 227-306). New York: Wiley.

- Bøgwald, K. P. (2001). Do patients and their therapists agree on the content of treatments? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 830-837.
- \*British Broadcasting Corporation (Producer). (2002). Who's normal anyway? *Science and Nature* [Television broadcast]. London: Author.
- \*Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- \*Carroll, K. M., Nich, C., Sifry, R. L., Nuro, K. F., Frankforter, T. L., Ball, S. A., et al. (2000). A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 225-238.
- \*Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Shappell, S., Barber, J. P., & Luborsky, L. (1998). Therapist interventions in early sessions of brief supportive-expressive psychotherapy for depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 290-300.
- \*Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalings, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- \*Elliott, R. (1999). Client Change Interview Protocol. Retrieved October 26, 2008, from [www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html](http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html)
- \*Elliott, M., & Williams, D. (2003). The client experience of counselling and psychotherapy. *Counselling Psychology Review*, 18, 34-38.
- \*Fairburn, C. (Producer). (2001). Cognitive-behavioral therapy for bulimia. Unpublished motion picture, University of Oxford.
- \*Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578-582.
- \*Frank, J. D. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. New York: Schocken.
- \*Foa, E. (Producer). (2001). Prolonged exposure for PTSD. Unpublished motion picture, University of Pennsylvania.
- \*Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- \*Foa, E. B., Ledley, D. R., Huppert, J. D., & Franklin, M. E. (1999). Therapist manual for twice weekly exposure and ritual prevention treatment of obsessive-compulsive disorder. Unpublished manual, University of Pennsylvania.
- \*Franklin, M. (Producer). (2001). Exposure and response prevention for hoarding behaviors. Unpublished motion picture, University of Pennsylvania.
- \*Goldfried, M. R., Newman, C. F., & Hayes, A. M. (1989). The coding system of therapeutic focus. Unpublished manuscript, State University of New York at Stony Brook.
- \*Greenberg, L. S. (2002). *Emotion focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- \*Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210-224.
- \*Heaton, K. J., Hill, C. E., & Edwards, L. A. (1995). Comparing molecular and molar methods of judging therapist techniques. *Psychotherapy Research*, 5, 141-153.
- \*Hembree, E. (Producer). (2007). Prolonged exposure for PTSD. Unpublished motion picture, University of Pennsylvania.
- \*Henkelman, J., & Paulson, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counseling. *Counselling Psychology*, 19, 139-150.
- \*Hill, C. E., O'Grady, K. E., & Elkin, I. (1992). Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive behavioral therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 73-79.
- \*Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 340-356.
- \*Hollon, S. D., Evans, M., Elkin, I., & Lowery, H. A. (1984, May). System for rating therapies of depression. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Los Angeles, CA.
- \*Hsu, L. M. (1992). Correlating correlations of personality scales for spurious effects of shared items. *Multivariate Behavioral Research*, 27, 31-41.
- \*Hsu, L. M. (1994). Item overlap correlations: Definitions, interpretations, and implications. *Multivariate Behavioral Research*, 29, 127-140.
- \*Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

- \*Huberty, C. J., Wisenbaker, J. M., & Smith, J. C. (1987). Assessing predictive accuracy in discriminant analysis. *Multi-variate Behavioral Research*, 22, 307-329.
- \*Huppert, J. (Producer). (2005). Cognitive-behavioral therapy for social phobia. Unpublished motion picture, University of Jerusalem.
- \*Kaschak, E. (1978). Therapist and client: Two views of the process and outcome of psychotherapy. *Professional Psychology*, 9, 271-277.
- \*Levi, H. (Producer). (2005). Ayala: Week 1. Betipul [Television broadcast]. Israel: Hot 3 Network.
- \*Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328-333.
- \*Llewelyn, S. P., & Hume, W. I. (1979). The patient's view of therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 12, 137-146.
- \*Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual of supportive-expressive treatment. New York: Basic Books.
- \*Malik, M., Beutler, L. E., Alimohamed, S., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2003). Are all cognitive therapies alike? A comparison of cognitive and noncognitive therapy process and implications for the application of empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 150-158.
- \*McGraw, K. O., & Wong, S. P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological Methods*, 1, 30-46.
- \*McNeilly, C. L., & Howard, K. I. (1991). The Therapeutic Procedures Inventory: Psychometric properties and relationship to phase of treatment. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 223-234.
- \*Mintz, J., Auerbach, A. H., Luborsky, L., & Johnson, M. (1973). Patient's, therapist's and observers' views of psychotherapy: A "Rashomon" experience or a reasonable consensus? *British Journal of Medical Psychology*, 46, 83-89.
- \*Newman, C. F. (Producer). (2001). Cognitive therapy for narcissistic personality disorder. Unpublished motion picture, University of Pennsylvania.
- \*Norcross, J. C., Hedges, M., & Castle, P. H. (2002). Psychologists conducting psychotherapy in 2001: A study of the Division 29 membership. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 97-102.
- \*Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., & McCallum, M. (2000). Different perspectives of the therapeutic alliance and therapist technique in 2 forms of dynamically oriented psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 452-458.
- \*Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., & McCallum, M. (1999). Transference interpretations in short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 571-578.
- \*Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1966). Therapy session report. Chicago: Psychotherapy Session Project.
- \*Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (Eds). (2005). How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth. Washington, DC: American Psychological Association.
- \*Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-389). New York: Wiley.
- \*Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving "unfinished business": Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 419-425.
- \*Perivoliotis, D. (Producer). (2007). Cognitive therapy for schizophrenia. Unpublished motion picture, University of Pennsylvania.
- \*Rogers, C. R. (1951). Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin.
- \*Ryan, R. (Producer). (2001). Cognitive therapy for depression. Unpublished motion picture, University of Pennsylvania.
- \*Shostrom, E. L. (Producer). (1965). Three approaches to psychotherapy: Albert Ellis [Motion picture]. Corona del Mar, CA: Psychological and Educational Films.
- \*Shostrom, E. L. (Producer). (1965). Three approaches to psychotherapy: Carl Rogers [Motion picture]. Corona del Mar, CA: Psychological and Educational Films.
- \*Shostrom, E. L. (Producer). (1965). Three approaches to psychotherapy: Fritz Perls [Motion picture]. Corona del Mar, CA: Psychological and Educational Films.
- \*Shrout, P. E. (1995). Reliability. In M. T. Tsuang, M. Tohen & G. E. P. Zahner (Eds), *Textbook in psychiatric epidemiology* (pp. 213-227). New York: Wiley-Liss.
- \*Silove, D., Parker, G., & Manicavasagar, V. (1990). Perceptions of general and specific therapist behaviors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 292-299.
- \*Steketee, G., Perry, J. C., Goisman, R. M., Warshaw, M. G., Massion, A. O., Peterson, L. G., et al. (1997). The Psychosocial Treatments Interview for anxiety disorders: A method for assessing psychotherapeutic procedures in anxiety disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 194-210.
- \*Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173-180.
- \*Strupp, H. S., & Binder, J. L. (1984). Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York: Basic Books.



\*Trijsburg, R. W., Frederiks, G. C. F. J., Gorlee, M., Klouwer, E., den Hollander, A. M., & Duivenvoorden, H. J. (2002). Development of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS). *Psychotherapy Research*, 12, 287-317.

\*Turner, P. R., Valtierra, M., Talken, T. R., Miller, V. I., & DeAnda, J. R. (1996). Effect of session length on treatment outcome for college students in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 228-232.

Tyron, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17, 629-642.

\*Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

\*Watson, J., & Greenberg, L. (2001). Adherence criteria for cognitive behavioural therapy and for process experiential therapy (PET).

Unpublished scale.

\*Weissman, M. (Producer). (2004). *Interpersonal therapy for depression*. Unpublished motion picture, Columbia University.

\*Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.

\*Worthington, R. L., & Dillon, F. R. (2003). The Theoretical Orientation Profile Scale-Revised: A validation study. *Measurement and Evaluation in Counseling Development*, 36, 95-105.

**Apéndice A**

**Lista Multiteórica de Intervenciones Terapéuticas (MULTI): versión del paciente**

**Instrucciones:** Los siguientes ítems representan acciones que pueden o no haber ocurrido en la sesión en la que acaba de participar. Por favor, puntúe cada ítem utilizando la escala suministrada. No hay respuestas correctas o incorrectas.

	1	2	3	4	5
	Nada típico en la Sesión	Ligeramente típico en la Sesión	Algo típico en la Sesión	Típico en la Sesión	Muy típico en la Sesión
1. Mi terapeuta estableció una agenda u objetivos específicos para la sesión de terapia.					
			1	2	3
				4	5
2. Mi terapeuta estableció conexiones entre mi situación actual y mi pasado.					
			1	2	3
				4	5
3. Mi terapeuta se centró en identificar partes de mi personalidad que estaban en conflicto, como por ejemplo:					
• una parte que quería estar cerca de los demás y otra que no.			1	2	3
				4	5
4. Mi terapeuta me pidió que visualizara escenas o situaciones específicas en detalle.					
			1	2	3
				4	5
5. Mi terapeuta me alentó a identificar situaciones específicas o eventos que tendían a preceder mi comportamiento problemático.					
			1	2	3
				4	5
6. Mi terapeuta a menudo se centró en mis experiencias recientes.					
			1	2	3
				4	5
7. Mi terapeuta trabajó para darme esperanza o aliento.					
			1	2	3
				4	5
8. Mi terapeuta parecía convencido/a de la efectividad de los métodos que usaba para ayudarme.					
			1	2	3
				4	5
9. Mi terapeuta y yo elaboramos un plan para para mí, para tratar de controlar (aumentar o disminuir) comportamientos específicos, tales como:					
• fumar;			1	2	3
• alimentación;				4	5
• ejercicio;					
• verificar algo repetidamente;					
• decir o pensar ciertas cosas;					
• lastimarme a mí mismo.					
10. Mi terapeuta repitió (parafraseó) el significado de lo que yo le estaba diciendo.					
			1	2	3
				4	5
11. Mi terapeuta me alentó a identificar o nombrar los sentimientos que tuve dentro o fuera de la sesión.					
			1	2	3
				4	5
12. Mi terapeuta me alentó a hablar sobre sentimientos que había evitado anteriormente o nunca había expresado.					
			1	2	3
				4	5
13. Mi terapeuta señaló momentos en los que mi comportamiento parecía inconsistente con lo que estaba diciendo, como cuando:					
• de repente cambiaba mis estados de ánimo o temas de conversación;			1	2	3
• estaba en silencio mucho tiempo;				4	5

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• me reía, sonreía, miraba hacia otro lado o me sentía incómodo;</li> <li>• evitaba hablar sobre determinados temas o personas.</li> </ul>					
14.	Mi terapeuta me alentó a hablar sobre lo que viniese a mi mente .	1	2	3	4	5
15.	Mi terapeuta me enseñó nuevas habilidades o comportamientos específicos, tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• relajar mis músculos;</li> <li>• controlar mis emociones;</li> <li>• ser asertivo con los demás;</li> <li>• actuar en situaciones sociales.</li> </ul>	1	2	3	4	5
16.	Mi terapeuta me alentó a pensar, ver o tocar cosas a las que temo.	1	2	3	4	5
17.	Mi terapeuta revisó o asignó ejercicios de tarea, tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• escribir ciertos pensamientos o sentimientos fuera de la sesión;</li> <li>• practicar ciertos comportamientos.</li> </ul>	1	2	3	4	5
18.	Mi terapeuta fue cálido/a, comprensivo/a y tolerante.	1	2	3	4	5
19.	Mi terapeuta señaló temas recurrentes o problemas en mis relaciones.	1	2	3	4	5
20.	Mi terapeuta habló sobre la función o el propósito que mi problema pudiera tener, como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• permitirme evitar la responsabilidad;</li> <li>• mantener a los demás lejos de mí.</li> </ul>	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
21.	Mi terapeuta me animó a encontrar otras explicaciones para hechos o comportamientos que no sean las primeras que vinieron a mi mente.					
22.	Mi terapeuta hizo conexiones entre la forma en que actúo o me siento hacia él/ella y la forma en que actúo o me siento en mis otras relaciones.	1	2	3	4	5
23.	Mi terapeuta me alentó a ver las opciones que tengo en mi vida.	1	2	3	4	5
24.	Mi terapeuta y yo hablamos de mis sueños, fantasías o deseos.	1	2	3	4	5
25.	Mi terapeuta me alentó a considerar las consecuencias positivas y negativas de actuar de una manera nueva.	1	2	3	4	5
26.	Mi terapeuta hizo de la sesión un lugar donde yo podría mejorar o resolver mis problemas.	1	2	3	4	5

27.	Mi terapeuta intentó ayudarme a identificar las consecuencias (positivas o negativas) de mi comportamiento.	1	2	3	4	5
28.	Mi terapeuta y yo trabajamos juntos como un equipo.	1	2	3	4	5
29.	Mi terapeuta aconsejó o sugirió soluciones prácticas para mi problema.	1	2	3	4	5
30.	Mi terapeuta compartió información personal conmigo.	1	2	3	4	5
31.	Mi terapeuta escuchó atentamente lo que yo estaba diciendo.	1	2	3	4	5
32.	Mi terapeuta explicó a menudo lo que él/ella estaba tratando de hacer.	1	2	3	4	5
33.	Mi terapeuta dirigió la discusión la mayor parte del tiempo.	1	2	3	4	5
34.	Mi terapeuta se centró en cómo los desacuerdos entre ciertas partes de mi personalidad han causado mis problemas.	1	2	3	4	5
35.	Mi terapeuta me alentó a cambiar comportamientos específicos.	1	2	3	4	5
36.	Mi terapeuta se centró en la forma en que lidio con mis problemas.	1	2	3	4	5
37.	Mi terapeuta me alentó a buscar evidencia en apoyo o en contra de una de mis creencias o suposiciones.	1	2	3	4	5
		1	2	3	4	5
38.	Mi terapeuta exploró mis sentimientos sobre la terapia.					
39.	Mi terapeuta me alentó a ver mi problema desde una perspectiva diferente.	1	2	3	4	5
40.	Mi terapeuta me alentó a explorar el significado personal de un acontecimiento o sentimiento.	1	2	3	4	5
41.	Mi terapeuta a menudo se centró en mis experiencias infantiles.	1	2	3	4	5
42.	Mi terapeuta se centró en mejorar mi habilidad para resolver mis propios problemas.	1	2	3	4	5
43.	Mi terapeuta me alentó a enumerar las ventajas y desventajas de una creencia o regla general que sigo.	1	2	3	4	5
44.	Mi terapeuta me hizo realizar un role-play (representar o ensayar) de ciertas escenas o situaciones.	1	2	3	4	5
45.	Mi terapeuta intentó ayudarme a comprender mejor cómo me relaciono con los demás, cómo se desarrolló este estilo de relacionamiento y cómo causa mis problemas.	1	2	3	4	5

46.	Mi terapeuta parecía interesado/a en tratar de entender lo que yo estaba vivenciando.	1	2	3	4	5
47.	Mi terapeuta me alentó a centrarme en mi experiencia del aquí y ahora (en la sesión).	1	2	3	4	5
48.	Mi terapeuta intentó ayudarme a entender mejor cómo mi problema se debía a ciertas creencias o reglas que sigo.	1	2	3	4	5
49.	Mi terapeuta me alentó a cuestionar mis creencias o descubrir fallas en mi razonamiento. mis razonamientos").	1	2	3	4	5
50.	Mi terapeuta se centró en un asunto específico en mis relaciones, tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• desacuerdos o conflictos;</li> <li>• cambios importantes;</li> <li>• la pérdida de un ser querido;</li> <li>• soledad.</li> </ul>	1	2	3	4	5
51.	Mi terapeuta me alentó a explorar maneras en las cuales podía hacer cambios en mis relaciones, por ejemplo, maneras de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• resolver un conflicto en una relación;</li> <li>• satisfacer una necesidad;</li> <li>• establecer nuevas relaciones o contactar a viejos amigos;</li> <li>• evitar los problemas que he experimentado en relaciones anteriores.</li> </ul>	1	2	3	4	5
52.	Mi terapeuta revisó los progresos que he logrado a lo largo de la terapia.	1	2	3	4	5
53.	Mi terapeuta revisó las dificultades que yo estaba experimentando en la actualidad.	1	2	3	4	5
54.	Mi terapeuta me alentó a examinar mis relaciones con los demás, como: por ejemplo o tales como <ul style="list-style-type: none"> <li>• los aspectos positivos y negativos de mis relaciones;</li> <li>• lo que quiero y lo que otros quieren de mí;</li> <li>• la forma en que actúo en las relaciones.</li> </ul>	1	2	3	4	5
55.	Mi terapeuta me alentó a pensar sobre las formas en que podría prepararme para cambios importantes en mis relaciones, tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• aprender nuevas habilidades;</li> <li>• encontrar nuevos amigos.</li> </ul>	1	2	3	4	5
56.	Mi terapeuta me aceptó por quién soy y a la vez, me alentó a cambiar.	1	2	3	4	5
57.	Mi terapeuta me animó a identificar situaciones en las que mis sentimientos fueron invalidados, como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• cuando un ser querido me dijo que mis sentimientos eran incorrectos;</li> <li>• situaciones en las que tuve sentimientos fuertes que parecían inapropiados.</li> </ul>	1	2	3	4	5

58.	Mi terapeuta me alentó a pensar o estar consciente de cosas en mi vida sin juzgarlas.	1	2	3	4	5
59.	Mi terapeuta dejó en claro que mi problema era una condición médica tratable.	1	2	3	4	5
60.	Mi terapeuta intentó ayudarme a entender mejor cómo mis problemas se debieron a dificultades en mis relaciones sociales.	1	2	3	4	5

. Ítems sub escala conductual: 1, 4, 5, 6, 9, 15, 16, 17, 25, 27, 29, 33, 35, 36, 44; Factores comunes: 7, 8, 18, 26, 28, 31, 42; Cognitivo: 1, 5, 6, 17, 21, 25, 27, 33, 35, 36, 37, 39, 40, 43, 48, 49; Dialéctico Conductual: 5, 9, 15, 35, 36, 56, 57, 58; Interpersonal: 19, 50, 51, 54, 1, 5, 6, 17, 21, 25, 27, 33, 35, 36, 37, 39, 40, 43, 48, 49; Centrada en la Persona: 10, 12, 14, 23, 40, 46, 47; Psicodinámica: 2, 12, 13, 14, 19, 20, 22, 24, 38, 40, 41, 45; Proceso-experiencial: 3, 11, 12, 13, 23, 34, 39, 44, 47.

