

# EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA ECLÉCTICA EN UNA MUESTRA DE CONSULTANTES DE CIUDAD JUÁREZ (MÉXICO)

## Effectiveness of the eclectic psychotherapy in a sample of consultants from Ciudad Juárez (Mexico)

Christian Alberto Mendoza-Nápoles

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez<sup>1</sup>

*Citación:* Mendoza-Nápoles, C.A. (2019). Efectividad de la psicoterapia ecléctica en una muestra de consultantes de Ciudad Juárez (México). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 1(3), 397-406.

*Artículo recibido el 23 de enero y aceptado el 3 de julio de 2019.*

DOI: <https://doi.org/10.62364/ag4p1j58>

### RESUMEN

Con el objetivo de medir el efecto de la psicoterapia ecléctica, se realizó un pretest y un post-test a personas que acudieron a consulta, midiéndose las variables de ansiedad, depresión, autoestima, afrontamiento, autoconcepto y personalidad. Asimismo, se obtuvo la correlación entre las variables antes mencionadas con el objetivo de conocer qué variables de atención psicoterapéutica estaban asociadas. Se encontraron resultados estadísticamente significativos después de la intervención y un tamaño de efecto grande, de acuerdo con el coeficiente *d* de Cohen, en la ansiedad-estado, ansiedad-rasgo, depresión, autoestima, factor social y deseabilidad. En cuanto a la correlación entre las variables, se encontró que la autoestima se asoció a la socialización y al autoconcepto, y a su vez este último se relacionó con la extroversión. Se discuten los resultados en función de los resultados encontrados.

**Indicadores:** *Psicoterapia ecléctica; Psicoterapia racional-emotiva; Hipnoterapia; Terapia Gestalt; Personalidad; Autoestima.*

---

### ABSTRACT

With the aim to measure the effect of eclectic psychotherapy, a pre-test and a post-test to consultants who went to consultation were applied. The variables of anxiety, depression, self-esteem, coping, self-concept and personality were measured. The aforementioned variables were also correlated with the objective of knowing which psychotherapeutic care variables are associated with each other. Statistically significant results were found after intervention at a large effect size according to Cohen's *d* coefficient in anxiety-state, anxiety- trait, depression, self-esteem, social factor, and desirability. As for the correlation among the variables, it was found that self-esteem was associated with socialization and self-concept; in turn, self-concept was related to extroversion. The results are discussed based on the results found.

**Keywords:** *Eclectic psychotherapy; Emotional-rational therapy; Hypnotherapy; Gestalt therapy; Personality; Self-esteem.*

---

<sup>1</sup> Licenciatura en Psicología, Departamento de Ciencias Sociales, Heroico Colegio Militar s/n, Chamizal, 32300 Ciudad Juárez, México, correo electrónico: christian\_amn@hotmail.com.

## INTRODUCCIÓN

En la década de los noventa, los psicoterapeutas españoles tenían una formación conductual debido a que la consideraban como la única corriente realmente científica (Buela, Álvarez y Sierra, 1993). No obstante, cada vez son más los psicólogos que utilizan el enfoque ecléctico en la práctica clínica. En un estudio realizado por Zammito, Oberholzer, Muller e Iglesias (2008) se encontró que 39.8% de los psicólogos de Argentina utilizaban un enfoque ecléctico, siendo el psicoanálisis el más socorrido al ser practicado por 53.1% de la población de psicoterapeutas. En Guatemala, 46.6% de los psicoterapeutas manejan más de un enfoque, por lo que se consideran eclécticos (García, Grazioso y Vides, 2012).

La psicoterapia ecléctica se utiliza actualmente en diferentes problemas psicológicos. Para atender el estrés post-traumático se emplean el enfoque psicodinámico, el cognitivo-conductual y la psicoterapia directiva, al igual que la psicoeducación (Berthold y Ulrich, 2013); se ha probado asimismo en la esquizofrenia integrando diferentes enfoques (Lysaker y Roe, 2016), a los que también se ha incorporado el *mindfulness* (Černetič, 2014).

Los modelos de tipo ecléctico surgieron a partir de 1970, para lo cual se asumió la propuesta de Frank (1961), quien propuso que las distintas psicoterapias tienen elementos en común y que, por lo tanto, es posible agrupar diferentes técnicas, independientemente de su origen teórico, con el fin de disponer de una psicoterapia más eficaz; sin embargo, Lazarus (1967) argumentó que la integración de diferentes enfoques psicoterapéuticos daría lugar a un sinnúmero de enfoques y una manera caótica.

En la psicoterapia existe el problema de la unidad, o dicho de otro modo, el de la diversidad de la psicología (Ardi-

la, 2010), por lo que se ha señalado que el psicólogo ecléctico puede caer en una trampa al utilizar herramientas derivadas de diferentes enfoques psicoterapéuticos para solucionar problemas que son urgentes para el consultante y no resolver el problema en el largo plazo, sino solo darle un solución temporal para aliviar el dolor emocional (Ribes, 2004). Por ello, cuando se utiliza un amasijo de técnicas y herramientas psicoterapéuticas se corre el riesgo de que cualquier individuo pueda ser considerado psicoterapeuta (Canguilhem, 1998). Caro (1999) apunta que ese eclecticismo se centra más en la integración que en la unión de varias técnicas y enfoques psicoterapéuticos, aunque sin un respaldo lógico ni evidencias.

Allport (1988) señala que es posible que el psicólogo ecléctico carezca de un estilo propio, aunque también afirma que tener una perspectiva así es el primer paso hacia la creación de mejores métodos y herramientas en la psicología. Lazarus (1967) ya indicaba que la psicoterapia ecléctica se basa más bien en un proceso intuitivo del psicoterapeuta que en la propia necesidad del consultante.

No obstante, la ciencia genera debates y discusiones hasta llegar a métodos, modelos y herramientas adecuadas para dar explicaciones y solución a los problemas que se presentan en un cierto momento sociohistórico (Bachelard, 1993). De esta manera, la ciencia se desarrolla de acuerdo con el paradigma aceptado en el momento sociohistórico que se esté viviendo (Kuhn, 1975).

No está claro qué es lo que provoca que una psicoterapia funcione. Romero (2008) afirma que no existe un consenso en cuanto a los factores que propician el cambio en el consultante después de que concluye su proceso psicoterapéutico. Señala que las explicaciones teóricas no aclaran qué factores son los que promueven el cambio del consultante.

Se ha visto que los psicoterapeutas que manejan un enfoque específico tienden a suponer que es más efectivo que otros enfoques; en cambio, los psicoterapeutas eclécticos no consideran que un enfoque en particular sea la causa de la mejoría del consultante. Los diferentes enfoques psicoterapéuticos tienen en común que la relación terapéutica y las capacidades y expectativas del paciente son imprescindibles (Uribe, 2008); por lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue medir el efecto de la psicoterapia ecléctica en diversos consultantes residentes en una ciudad del norte de México.

## MÉTODO

### Participantes

Se aplicó el psicométrico a 36 personas al inicio de las sesiones; de las cuales 16 (diez mujeres y seis hombres) concluyeron el proceso psicoterapéutico. En cuanto a su estadística descriptiva, tuvieron una media de edad de 29.38 años; doce de ellas eran originarias de Ciudad Juárez y dos de Cuauhtémoc (Chihuahua), una de Matamoros (Tamaulipas) y otra de San Pedro (Coahuila). En la muestra, diez participantes eran solteros, tres casados y tres divorciados, y siete tenían hijos. En cuanto a su escolaridad, uno tenía estudios de secundaria, diez de preparatoria, cuatro de licenciatura y uno de maestría.

### Instrumentos

Se utilizaron instrumentos validados para la población mexicana:

*State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

El instrumento para medir la ansiedad fue la versión al español de este instrumento, el cual mide dos dimensiones de la ansiedad: la ansiedad como rasgo y la

ansiedad como estado. Se puede utilizar en sujetos adultos normales, estudiantes de secundaria y bachillerato, pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos. El instrumento consta de un total de cuarenta expresiones que las personas usan para describirse. Se selecciona una categoría de entre cuatro para contestar cada ítem. Para calificar el instrumento se suma el puntaje marcado por el individuo en cada uno de los dos estados de ansiedad; después se restan los ítems de la ansiedad como estado y los de ansiedad como rasgo, para sumarle cincuenta, y así se obtiene el puntaje de la ansiedad como estado. Para obtener el puntaje de la ansiedad como rasgo se restan los ítems de la ansiedad como estado y los de ansiedad como rasgo, a lo que se suma treinta y cinco. Finalmente, el nivel de ansiedad se califica de la siguiente manera de acuerdo con el puntaje obtenido en cada una de las escalas: bajo (< 30), medio (30-44) y alto (> 45).

*Escala de Depresión de Beck* (Beck, Steer y Brown, 2006).

Es un instrumento fiable para medir el estado de ánimo, con el cual se detecta la presencia de depresión y se mide exactamente su gravedad. El cuestionario consta de 21 ítems de selección múltiple que miden características relacionadas con la depresión. Para calificar el instrumento se suman los puntos correspondientes a cada una de las 21 preguntas y se obtiene el total. La puntuación más alta que se puede obtener en cada una de las preguntas es 3, y el total más alto posible en el instrumento es de 63. La puntuación más baja de cada pregunta es 0. Si el puntaje total está entre 1-10, el nivel de depresión será considerado como normal; entre 11-16 indica que hay una leve perturbación del ánimo; si está entre 17-20, habrá un estado de depresión intermitente; si se ubica entre 21-30, ese estado de depresión será moderado; si está

entre 31-40, el estado de depresión será grave, y si es de más de 40, se tendrá un nivel de depresión extremo.

*Inventario de Autoestima de Coopersmith* (Coopersmith, 1967).

Es esta una escala que se aplica a hombres y mujeres de manera grupal o individual; consta de 25 afirmaciones de respuesta dicotómica. Para obtener el puntaje individual se hace una conversión del valor dado a los reactivos 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20 (Sí = 1 y No = 0). Después se suma el valor dado a cada uno de los reactivos y se divide entre el número total de reactivos. Entre mayor sea la puntuación, mayor será la autoestima. El puntaje va de 0 a 25 puntos. El índice de confiabilidad medido por el coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) para el inventario completo es de 0.81 (Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993).

*Inventario de Respuestas de Afrontamiento* (Moos, 1993).

Este instrumento define el afrontamiento como diferentes formas de encaramiento implementadas ante situaciones estresoras específicas. La escala puede aplicarse a personas farmacodependientes y no farmacodependientes. Contiene ocho reactivos divididos en dos subescalas con opciones de respuesta con recorrido de 1, “nunca”, a 5, “con mucha frecuencia”. Para obtener el puntaje de las subescalas se suma el valor dado a cada uno de los reactivos y se divide entre el número total de reactivos; entre mayor puntuación, mayor acercamiento al aspecto de la personalidad descritos en la subescala. La confiabilidad para la escala completa es de  $\alpha = 0.96$ , y en cuanto a la validez, evaluada por Córdova (2000), se presentaron dos factores que explicaron 86.0% de la varianza total.

*Escala de Autoconcepto* (Balderrama, 2010).

Esta escala consta de 26 pares de objetivos antónimos en formato de diferencial semántico, el cual presenta siete niveles de respuesta representados por siete espacios alineados horizontalmente para contestar. Para obtener el puntaje individual se suma el valor dado a cada uno de los reactivos y se divide entre el número total; entre mayor puntaje se alcance, mayor tendencia habrá en lo señalado. Para su validación se tomó una muestra no probabilística de 900 personas de Ciudad Juárez, de las cuales 450 fueron hombres y 450 mujeres; 100 estudiantes estuvieron en la muestra, cuyo rango de escolaridad fue de quinto año de primaria a primer año de universidad. Para la validación de la escala se siguió paso a paso el procedimiento de Reyes (2003). Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .84 y se extrajeron cinco componentes: factor formal, emotivo-afectuoso, confiable, social y afecto-expresivo, que en conjunto explican 52% de la varianza (Balderrama, 2010).

*Cuestionario de Personalidad de Eysenck* (Eysenck y Eysenck, 1975).

La personalidad es entendida como una organización del sistema físico y psicológico que determina el ajuste del individuo a su medio ambiente. Este cuestionario consta de 90 preguntas y cuatro subescalas: neocriticismo, extroversión, deseabilidad social y psicoticismo. Las preguntas se contestan con opciones de respuesta de “sí” y “no”. Para obtener el puntaje de las subescalas se suma el valor dado a cada uno de los reactivos y se divide entre su número total; entre mayor puntuación, mayor acercamiento al aspecto de la personalidad descrito en las subescala. En cuanto a su confiabili-

dad, la validación del instrumento en población mexicana dio como resultado un coeficiente  $\alpha$  de 0.68 a 0.87. En cuanto a su validez en población mexicana se encontraron datos idénticos a los obtenidos en Inglaterra, país en el que se produjo y se aplicó inicialmente este instrumento.

### Enfoques psicoterapéuticos aplicados en las sesiones

*Psicoterapia racional emotiva* (Ellis, 2001), la cual trabaja la cognición del consultante. *Psicoterapia gestalt* (Geismman y Durand, 1998; Stevens, 1976), en la cual se incorporan diálogos gestálticos utilizando la relajación progresiva.

*Hipnoterapia* (Alladin, 2008; Téllez, 2010), en la que se trabaja en lo particular el problema por el cual la persona acude a consulta.

### Procedimiento

Se realizó un pretest y un postest a consultantes que acudieron a su propio proceso psicoterapéutico, con el fin medir el efecto de la psicoterapia ecléctica. Las psicoterapias individuales fueron impartidas a lo largo de un año y se estudiaron

conforme los pacientes acudían a psicoterapia. En promedio, cada uno de los consultantes acudía a psicoterapia una vez por semana, en sesiones de 45 a 50 minutos, durante tres meses. Se midieron las variables de ansiedad, depresión, autoestima, afrontamiento, autoconcepto y personalidad, según las necesidades del consultante al acudir a psicoterapia, necesidades relacionadas con problemas de pareja, emocionales y de autoestima. Asimismo, se llevó a cabo una correlación entre las variables antes mencionadas en el total de personas que contestaron la batería psicométrica antes de la intervención, cuyo objetivo fue conocer qué variables de atención psicoterapéutica estaban asociadas.

### RESULTADOS

Se obtuvieron resultados significativos de acuerdo con la prueba estadística  $t$ , con un intervalo de confianza de 95% (todos los tamaños de efecto son grandes, de acuerdo con el coeficiente  $d$  de Cohen (1988)). La Tabla 1 muestra dichos resultados.

**Tabla 1.** Resultados significativos de la intervención psicoterapéutica.

	Media	Desviación estandar	Error estandar de la media	Mínimo	Máximo	$t$	df	$p$
Ansiedad estado antes - Ansiedad estado después	9.188	8.101	2.025	4.871	13.504	4.536	15	.000
Ansiedad rasgo antes - Ansiedad rasgo después	12.250	13.557	3.389	5.026	19.474	3.614	15	.003
Depresión escala antes - Depresión escala después	8.313	11.965	2.991	1.937	14.688	2.779	15	.014
Autoestima antes - Autoestima después	-2.063	4.041	1.010	-4.216	.091	-2.042	15	.050
Factor social antes - Factor social después	-5.875	9.077	2.269	-10.712	-1.038	-2.589	15	.021
Deseabilidad social antes - Deseabilidad social después	-3.375	4.773	1.193	-5.918	-.832	-2.828	15	.013

No se encontraron resultados significativos en las escalas del factor formal, emotivo-afectivo, confiable y afecto-expresivo, en los instrumentos de autoconcepto,

respuestas de afrontamiento ni neuroticismo, extroversión y psicoticismo; ya que  $p$  fue menor de .05 (Tabla 2).

**Tabla 2.** Resultados no significativos de la intervención psicoterapéutica.

	Media	Desviación estandar	Error estandar de la media	Mínimo	Máximo	$t$	df	$p$
Control interno antes - Control interno después	3.000	9.859	2.465	-2.253	8.253	1.217	15	.242
Control externo antes - Control externo después	1.125	4.470	1.118	-1.257	3.507	1.007	15	.330
Factor formal antes - Factor formal después	1.500	14.019	3.505	-5.970	8.970	.428	15	.675
Factor emotivo afectuoso antes - Factor emotivo afectuoso después	3.375	9.831	2.458	-1.864	8.614	1.373	15	.190
Factor confiable antes - Factor confiable después	2.438	10.341	2.585	-3.073	7.948	.943	15	.361
Factor afecto expresivo antes - Factor afecto expresivo después	-1.500	8.618	2.154	-6.092	3.092	-.696	15	.497
Neuroticismo antes - Neuroticismo después	2.313	5.522	1.381	-.630	5.255	1.675	15	.115
Extroversión antes - Extroversión después	-1.063	3.214	.803	-2.775	.650	-1.322	15	.206
Psicoticismo antes - Psicoticismo después	1.688	4.270	1.067	-.588	3.963	1.581	15	.135

Los resultados encontrados en cuanto a la correlación entre las variables medidas se muestran en la Tabla 3, en la que se observa lo siguiente:

a) La ansiedad estado correlacionó con la ansiedad rasgo, la depresión, la autoestima, el factor afecto expresivo y la extroversión.

b) La ansiedad como rasgo correlacionó con la depresión, la autoestima, el control interno, el factor social, el factor afecto expresivo, la extroversión y la deseabilidad social.

c) La depresión correlacionó con la autoestima, el factor formal, el factor social, el afecto expresivo, la extroversión y la deseabilidad social.

d) La autoestima correlacionó con el factor formal, el factor emotivo afectuoso, el factor social, el afecto expresivo, la extroversión y la deseabilidad social.

e) El control interno correlacionó con la ansiedad-rasgo y el control interno.

f) El factor formal correlacionó con el factor emotivo afectuoso, el factor confiable, el factor social, el afecto expresivo y la extroversión.

g) El factor emotivo afectuoso correlacionó con el factor confiable, el factor social, el afecto expresivo y la extroversión.

h) El factor confiable correlacionó con el factor emotivo afectuoso, el factor social y el afecto expresivo.

- i) El factor social correlacionó con el afecto expresivo y la extroversión.
- j) El afecto expresivo correlacionó con la extroversión.

k) El neuroticismo correlacionó únicamente con el psicoticismo (Tabla 3).

**Tabla 3.** Resultados de las correlaciones significativas entre las variables medias antes de la intervención.

Ansiedad Estado	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Depresión escala	Autoestima	Control Interno	Control Externo	Factor Formal	Factor Emotivo Afectuosos	Factor Confiable	Factor Social	Factor Afecto Expresivo b	Neuroticismo	Extroversión	Deseabilidad social	Psicoticismo
Ansiedad Estado		.645(**) .000	.374(*) .025	-.442(**) .007							-.407(*) .014		-.387(*) .020		
Ansiedad Rasgo			.601(**) .000	-.742(**) .000	.334(*) .047					-.336(*) .045	-.539(**) .001		-.342(*) .041	-.403(*) .015	
Depresión escala	.374(*) .025	.601(**) .000		-.659(**) .000			.417(*) .000			-.390(*) .019	-.493(**) .002		-.436(**) .008	-.541(**) .001	
Autoestima	-.442(**) .000	-.742(**) .000	-.659(**) .000				-.471(**) .004	-.366(*) .028		.432(**) .008	.540(**) .001		.528(**) .001	.621(**) .000	
Control Interno		.334(*) .047							.443(**) .007						
Control Externo						.443(**) .007									
Factor Formal			.417(*) .011	-.471(**) .004				.762(**) .000	.831(**) .000	-.505(**) .002	-.508(**) .002		-.375(*) .024		
Factor Emotivo Afectuosos				-.366(*) .028			.762(**) .000		.650(**) .000	-.407(*) .014	-.385(*) .021		-.415(*) .012		
Factor Confiable							.831(**) .000	.650(**) .000		-.351(*) .036	-.339(*) .043				
Factor Social		-.336(*) .045	-.390(*) .019	.432(**) .008			-.505(**) .002	-.407(*) .014	-.351(*) .036		.873(**) .000		.460(**) .005		
Factor Afecto Expresivo	-.407(*) .014	-.539(**) .001	-.493(**) .002	.540(**) .001			-.508(**) .002	-.385(*) .021	-.339(*) .043	.873(**) .000			.434(**) .008		
Neuroticismo															.549(**) .001
Extroversión	-.387(*) .020	-.342(*) .041	-.436(**) .008	.528(**) .001			-.375(*) .024	-.415(*) .012		.460(**) .005	.434(**) .008				
Deseabilidad social		-.403(*) .015	-.541(**) .001	.621(**) .000											
Psicoticismo												.549(**) .001			

## DISCUSIÓN

Menos de la mitad de los consultantes que contestó la batería de pruebas concluyeron su proceso psicoterapéutico, lo anterior se puede explicar en función de que la percepción de control en la salud del consultante incide en la adhesión terapéutica (Arias, Martínez, Morales y Nouvilas, 2012). Esos autores también refieren que la adhesión se logra a partir de un vínculo de confianza entre el profesionista de la salud y el consultante, el acceso que éste tiene a la atención psicoterapéutica, su percepción del problema, nivel socioeconómico, cultura y apoyo social. Un dato relevante que se podría sumar a esta lista de factores que inciden en la adhesión terapéutica es que la ma-

yoría de los consultantes que concluyeron el proceso psicoterapéutico contaban con una escolaridad media superior o superior (diez personas con preparatoria, cuatro con licenciatura y una con maestría); no obstante, para comprobar si la escolaridad es un factor predictor de la adhesión terapéutica se necesitan estudios adicionales.

En cuanto al objetivo del presente estudio, los resultados revelan que la psicoterapia racional emotiva (Ellis, 2001), la psicoterapia gestalt (Geismman y Durand, 1998; Stevens, 1976) y la hipnoterapia (Alladin, 2008; Téllez, 2010) utilizadas con enfoque ecléctico tuvieron un efecto considerable en las variables de ansiedad como estado, ansiedad como rasgo, la autoestima, el factor social (el cual

explica qué tanto socializa la persona) y la deseabilidad social, variable esta última que mide las conductas socialmente aceptadas. Aunque se desconoce en qué proporción cada uno de los enfoques psicoterapéuticos utilizados incidió en la psicoterapia ecléctica, se concluye que la misma tuvo un efecto significativo en los consultantes atendidos. La ansiedad como estado disminuyó, al igual que la ansiedad como rasgo y las puntuaciones de depresión después de la intervención psicoterapéutica. A su vez, la autoestima aumentó, así como también el factor social y la deseabilidad social.

Es importante tener en cuenta que se recomienda no utilizar más de tres enfoques diferentes en la psicoterapia de tipo ecléctica, en virtud de que el consultante se puede confundir porque se puede volver contradictoria al contraponerse algunos de los enfoques que se utilicen (Alladin, 2008).

El que no se hallaran resultados significativos en las subescalas del factor formal, el emotivo-afectuoso, el confiable y el afecto expresivo, en la escala de autoconcepto, después de la intervención, puede deberse a que el autoconcepto no es tan relevante en los problemas atendidos en esta intervención, en comparación con otro tipo de problemas, como la anorexia y la bulimia, en los que el autoconcepto tiene mayor importancia (González, 1992, 2001).

Asimismo, en el estudio no se encontraron resultados estadísticamente significativos después de la intervención con psicoterapia ecléctica, en las escalas del Inventario de Respuestas de Afrontamiento ni en las de neuroticismo, extroversión y psicoticismo del Cuestionario de Personalidad de Eysenck, lo que puede deberse a que estas variables de personalidad no son relevantes en los problemas que se atendieron, o a que la psicoterapia no incidió en dichas variables.

El cambio de personalidad utilizando psicoterapia ha sido poco estudiado, o ese estudio ha sido irrelevante debido a que los diferentes enfoques, como el conductismo, el humanismo y el psicoanálisis, se han empleado por separado como enfoques dogmáticos, el tiempo que toma evaluar la personalidad, o la creencia de que los test de personalidad no tienen la suficiente validez y confiabilidad (Tomicic y Martínez, 2009).

El estudio de la personalidad en el campo de la psicoterapia ha sido más estudiada en individuos con trastornos de personalidad que en quienes no los padecen. En los primeros, los resultados de la psicoterapia han sido escasos (Garfield, 1994), por lo que la personalidad en la psicoterapia se ha estudiado más como una variable moderadora (Clarkin y Levi, 2004).

El propósito de correlacionar las variables medidas en la intervención mediante psicoterapia ecléctica fue conocer su relación y tener así una mejor base al momento de intervenir.

Se sugiere analizar, en futuros estudios, la relación entre el efecto de la psicoterapia, el autoconcepto y la personalidad, ya que en el presente estudio solamente se encontraron diferencias significativas en el factor social y la deseabilidad social, pero no en las demás subescalas que midieron la personalidad y el autoconcepto, en las cuales sí se halló una correlación con otras variables, como la autoestima y la extroversión.

Dentro de las limitaciones debe decirse que no se obtuvieron conclusiones de tipo causa-efecto, en razón de las condiciones en las que se llevó a cabo el estudio y del tamaño de la muestra. Se sugiere, por consiguiente, efectuar estudios con un diseño experimental adecuado para obtener conclusiones de tipo causa-efecto.

## REFERENCIAS

- Alladin, A. (2008). *Cognitive hypnotherapy*. London: John Wiley & Sons Ltd.
- Allport, G. (1988). *La persona en psicología*. México: Trillas.
- Ardila, R. (2010). La unidad de la psicología. El paradigma de la síntesis experimental del comportamiento. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 11(2), 72-83.
- Arias O., A.V., Martínez R., J.L., Morales D., J.F. y Nouvilas P., E. (2012). *Psicología social aplicada: salud desde una perspectiva psicosocial. Creencias, comportamiento de salud y adhesión terapéutica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bachelard, G. (1993). *La formación del espíritu científico; contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. México: Siglo XXI.
- Balderrama, A. (2010). Validación de un instrumento de autoconcepto en una muestra de Ciudad Juárez. *Memorias del II Encuentro de Jóvenes Investigadores en el Estado de Chihuahua (México)*, 63-73.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. México: Paidós.
- Berthold, P. y Ulrich, S. (2013). Learning from traumatic experiences with brief eclectic psychotherapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21369>.
- Buela C., G., Álvarez C., S. y Sierra, J. (1993). Perfil de los psicólogos de la última promoción de las universidades españolas. *Psicología Conductual*, 1(2), 181-206.
- Canguilhem, G. (1998). ¿Qué es la psicología? *Revista Colombiana de Psicología*, 7, 7-14.
- Caro, I. (1999). El origen cultural de la integración y del eclecticismo en psicoterapia. *Psiquiatría Pública*, 11(1), 19-26.
- Černetič, M. (2014). Integrative psychotherapy and mindfulness: the case of Sara. *International Journal of Integrative Psychotherapy*, 5(1), 53-71.
- Clarkin, J. y Levi, K. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. En A. Bergin y S. Garfield (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 194-227). New York: Wiley.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ.: Erlbaum.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Córdova, A. (2000). *Correlatos psicosociales de prevalencia del uso, abuso y dependencia a drogas en adolescentes*. Tesis inédita de maestría. México: UNAM.
- Ellis, A. (2001). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. México: Paidós.
- Eysenck, H. y Eysenck, S. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*. New York: Hodder & Stoughton Press.
- Frank, J. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore, MA: Johns Hopkins Press.
- García C., C., Grazioso, M. y Vides, A. (2012). El estilo personal del terapeuta guatemalteco en el interior del país. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(1), 33-43.

- Garfield, S. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En A. Bergin y S. Garfield (Eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 191-232). New York: Wiley.
- Geismman P. y Durand B., R. (1998). *Les méthodes de relaxation*. Bruselles: Charles Dessart.
- González F., C. (1992). *Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes*. Tesis inédita de maestría. México: UNAM.
- González, G. (2001). Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas. *Clínica y Salud*, 12. 289-304.
- Kuhn, T. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lara C., M., Verduzco, M., Acevedo, M. y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para Adultos en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 247-255.
- Lazarus, A. (1967). In support of technical eclecticism. Psychological reports. En M. R. Goldfried (1996): *De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Lysaker, P. y Roe, D. (2016). Integrative psychotherapy for schizophrenia: its potential for a central role in recovery oriented treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 72(2), 117-122. doi: 10.1002/jclp.22246.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory*. Miami, FLO: Psychological Assessment Resources. Inc.
- Reyes G., C. (2003). Autoconcepto académico y percepción familiar. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 9, 359-374.
- Ribes, E. (2004). ¿Es posible unificar los criterios sobre los que se concibe la psicología? *Suma Psicológica*, 11(1), 9-27.
- Romero, A. (2008). Factores atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de Psicología*, 24(1) 88-99.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stevens. J. (1976). *El darse cuenta, sentir, imaginar, vivenciar*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Téllez, A. (2010). *Hipnosis clínica: un enfoque ericksoniano*. México: Trillas.
- Tomicic, A. y Martínez, C. (2009). La variable personalidad en el estudio de la psicoterapia: ¿medida de resultado o proceso? *Terapia Psicológica*, 27, 51-60.
- Uribe R., M. (2008). Factores comunes e integración de las psicoterapias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 14-28.
- Zammitto, V., Oberholzer, N., Muller, F. e Iglesias, M. (2008). Psicoterapia e integracionismo teórico: los psicoterapeutas argentinos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII(3), 225-231.