

3.4.1. Psicoterapias en el ámbito de la sanidad pública. Factores comunes y psicoterapia de grupo

Alberto Fernández Liria, Beatriz Rodríguez Vega, Ainoa Muñoz, Susana Cebolla

Se han dado numerosas definiciones al término “psicoterapia”, algunas tan extensas que tienen el inconveniente de ser poco específicas y extenderse sobre terrenos imprecisos y poco útiles para dar cuenta del trabajo que se realiza en el sector público de atención a la salud, como el autoconocimiento, el crecimiento personal o la búsqueda de experiencias.

En 1997, el Grupo de Consenso de Madrid (Fernández Liria, Hernández Monsalve, Rodríguez Vega, Benito Cano, y Mas Hesse), elaboró la siguiente definición: “Psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente), que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo”.

Esta definición excluye otra serie de prácticas que pudieran, en alguna medida, ser consideradas afines, como son:

- Otras relaciones de ayuda (amigos, familia,...), en las que el que la da no es un profesional experto.
- Consejo médico o psicológico, en el que el experto se limita a poner a disposición del cliente información que le permite realizar una elección cuya realización no está impedida por patología mental.
- Manejo clínico de un tratamiento medicamentoso, en el que el objetivo es garantizar las condiciones (de información, confianza en el médico, expectativas, adherencia al tratamiento) que permiten optimizar el efecto de la medicación prescrita.

Existen otras muchas definiciones de psicoterapia, así como múltiples corrientes psicoterapéuticas. Sin embargo, hay un pun-

to en común entre todas ellas, y es que el paciente ha de considerarse implicado en el problema presentado, ya sea en el origen, en el mantenimiento o en las posibilidades para solucionarlo¹.

Hoy en día se considera que, la psicoterapia, sola o en combinación con los psicofármacos, constituye el tratamiento de primera elección de un gran número de trastornos mentales, un elemento coadyuvante en el tratamiento de otros y un instrumento útil para la intervención en otra serie de problemas relacionados con la salud. Por ello, la psicoterapia individual y de grupo, se ofrecen como parte del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, y, por tanto, su oferta constituye una obligación del sistema sanitario público.

En el sector público las psicoterapias se desarrollan en unas condiciones diferentes de las de la práctica privada. Para empezar, la indicación de la intervención ha de estar justificada por un criterio que va más allá del mero deseo del paciente y ha de tomar en consideración aspectos como la *necesidad* o la *eficiencia*.

Pero esta diferencia no convierte la práctica en el sector público en un especie de adaptación de algo cuyo patrón de oro se sitúa en otro lugar, sino que supone una exigencia que creemos que ha sido sumamente enriquecedora. En el trabajo en el sector público, a diferencia de lo que sucede en el privado, – donde el terapeuta puede seleccionar con qué pacientes o problemas quiere trabajar-, la pregunta no es “sobre qué pacientes puedo actuar de un modo más eficaz con esta técnica concreta”, sino “con qué técnica puedo obtener mejores resultados sobre este paciente concreto”. Las

investigaciones más recientes en psicoterapia apoyan la idea de que tanto las características del paciente, como las del terapeuta, la relación entre ambos, el método de tratamiento y el contexto en el que se lleva a cabo contribuyen al éxito o fracaso del tratamiento; de hecho, debería buscarse la óptima combinación entre estos factores para asegurar el éxito de la intervención². El valor de un método concreto de tratamiento está estrechamente unido al contexto relacional en el que es llevado a cabo³.

Cuando nuestras teorías sobre la psicoterapia no se ajustan al escenario donde se desarrolla nuestra práctica, lo que debemos cambiar es nuestra idea, dotándonos de teorías capaces de ayudarnos a seleccionar nuestras actuaciones, explicar por qué funcionan cuando funcionan y mejorarlas o diseñar otras nuevas cuando no funcionan o lo hacen de un modo insuficiente.

FACTORES COMUNES

La investigación en psicoterapia comenzó a desarrollarse de manera significativa a mediados del siglo pasado, de manera que hoy en día tenemos suficientes datos provenientes de la investigación para guiar esta tarea de construcción teórica y desarrollar nuevos y fundamentados programas de investigación. A continuación vamos a referirnos a algunos hitos de la historia de la psicoterapia, que, curiosamente, han tenido siempre forma de veredicto, y que han sido determinantes de las tendencias actuales en el modo de hacerla y de pensarla.

EL VEREDICTO DE EYSENCK: LA EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA

Este primer veredicto fue emitido por Eysenck en 1952. En el momento de su publicación, la psicoterapia era una práctica extendida y prestigiada, por cuyo liderazgo competían diversas escuelas a pesar de que no existían pruebas serias de que fuera eficaz. Eysenck concluyó que la evidencia existente apuntaba a que la psicoterapia era menos eficaz que la permanencia en lista

de espera y que, de algún modo, impedía la remisión espontánea de los trastornos neuróticos⁴.

Aunque el fundamento de esta conclusión y la metodología del estudio fueron justamente discutidos, hizo que se pusieran en marcha una cantidad importante de proyectos de investigación y se desarrollara una metodología investigadora en ocasiones finísima, que trataban de solventar las numerosas dificultades a las que debían hacer frente aquellos que apostaban por la efectividad de la psicoterapia. La metodología del ensayo clínico aleatorizado se impuso como método científico para la toma de decisiones en medicina en general y, también, en psicoterapia. No obstante, esta metodología, aplicada a la psicoterapia, presenta enormes dificultades debido a la naturaleza del tratamiento.

Así, veinticinco años más tarde de la publicación de los hallazgos de Eysenck, Lambert y Bergin⁵, que habían revisado los resultados de diferentes ensayos clínicos realizados para estudiar el efecto de la psicoterapia sobre diversos trastornos, concluyeron que la magnitud del efecto de la misma era semejante a la de otros tratamientos utilizados en Medicina. Hoy en día nadie duda de la efectividad de la psicoterapia⁶. Generalmente, se acepta que los estudios meta-analíticos – si bien plantean problemas adicionales – resuelven algunas dificultades como, por ejemplo, la exigüidad del tamaño de las muestras o la introducción de sesgos, permitiendo obtener una mayor objetividad a través de métodos estadísticos que pueden ser reproducidos por otros investigadores^{6, 7}.

EL VEREDICTO DEL PÁJARO DODO: LA EFICACIA RELATIVA DE LAS DIFERENTES PSICOTERAPIAS

Como hemos señalado arriba, la investigación realizada desde la formulación del veredicto de Eysenck tuvo éxito en la demostración de la eficacia de las psicoterapias para el tratamiento de los trastornos mentales

en general y de algunos cuadros clínicos en particular^{5,6}.

Sin embargo, no ha sido capaz de satisfacer lo que constituyó uno de los estímulos para la investigación para muchos investigadores adscritos a diferentes escuelas de psicoterapia: demostrar la superioridad de las intervenciones basadas en una determinada teoría, y que esta pudiera ser considerada como más correcta o más acertada que el resto para explicar los trastornos mentales y su tratamiento.

Esta incapacidad dio lugar a lo que Lester Luborski⁸ bautizó como veredicto del pájaro Dodo^a. Y es que a pesar del abultado trabajo de investigación realizado hasta la fecha, no se han obtenido diferencias consistentes entre intervenciones psicoterapéuticas basadas en diferentes teorías o escuelas⁹.

Por ello, este segundo veredicto abrió dos líneas de trabajo que parten de supuestos distintos y persiguen objetivos diferentes aunque se miran entre sí con creciente interés.

Por un lado, nace el intento de buscar formas no contaminadas o puras de cada una de las terapias propuestas, procurando la acción de los factores que cada una considera más específicos. Se trata de intentar garantizar la pureza de las intervenciones aplicadas y estudiar la especificidad de los factores terapéuticos que estas activan. En su versión extrema ha dado lugar a todo el proceso de manualización de las psicoterapias. Los manuales representan un instrumento útil para la investigación y, en ocasiones, para la formación de psicoterapeutas. Alguno de ellos ha sido específicamente adaptado para las condiciones de trabajo en nuestro sector público y ha dado lugar a una cierta cantidad de docencia e investigación en ese campo (Terapia Cognitiva de la

Depresión¹⁰, Terapia Interpersonal de la Depresión¹¹, Terapia Basada en Mentalización para el trastorno límite de personalidad^{12, 13, 14}, Terapia Conductual Dialéctica, también para el trastorno límite de personalidad¹⁵, prevención de recaídas en depresión recurrente¹⁶, Intervención precoz en psicosis¹⁷, Grupos de psicoeducación en la prevención de recaídas en trastorno bipolar¹⁸).

La segunda línea de trabajo abierta es la que ha dado origen a lo que se conoce como el movimiento por el eclecticismo o la integración en psicoterapia, que engloba a su vez, tres modos distintos de actuación descritos por Norcross y Arkowitz^{19, 20} y que tienen su traducción en tendencias y prácticas que detectamos en el sector público.

El primero de ellos, ha sido bautizado como *eclecticismo técnico*, encontrando sus mejores representantes en Lazarus y Beutler. Según los partidarios de esta tendencia, los avances en la práctica clínica no tienen por qué corresponderse con los de nuestras teorías sobre la naturaleza de los trastornos mentales. Lo que estos autores sostienen es la posibilidad de construir sistemas capaces de permitirnos seleccionar intervenciones de un modo sistemático (y no intuitivamente) para los problemas que presenta cada paciente (o como acertadamente propone Beutler, para los problemas que se le presentan a cada pareja terapeuta-paciente). Tanto el eclecticismo sistemático de Beutler^{21, 22} como la terapia multimodal de Lazarus^{23, 24} se presentan como sistemas que pueden permitir diseñar intervenciones independientemente de cuál sea la posición teórica del terapeuta que las indica.

El segundo modo, descrito por Norcross y Arkowitz^{19, 20}, es el propuesto por los partidarios de la *integración teórica*, cuyo desafío es construir sistemas teóricos que permitan explicar, a la vez, la eficacia de intervenciones de diferente fundamento teórico y servir de guía para utilizarlas en la práctica clínica. Son precursores tempranos de esta postura Alexander²⁵ y Dollard y Miller²⁶. Wachtel²⁷⁻³¹ ha propuesto un mo-

^a Personaje de Alicia en el país de las maravillas en cuya boca pone Lewis Carroll la frase "todos han ganado y cada cual tiene derecho a su premio" (Luborski, Singer y Luborski, 1975)

delo original de psicoterapia que sintetiza principios y hallazgos del psicoanálisis, la modificación de conducta y las terapias sistémicas; Horowitz³²⁻³⁴ ha construido un modelo teórico y un método práctico que reformula conceptos psicoanalíticos en términos de psicología cognitiva y emplea conceptos basados en la teoría de los roles y el análisis transaccional; y Ryle³⁵⁻³⁷ ha propuesto un modelo de psicoterapia cognitivo-analítica que pretende adscribir a una teoría del desarrollo basada en Vigotsky. Estos autores apuntan a que no debemos ignorar los hallazgos de los compañeros de otras escuelas y de quienes hacen psicología en los medios académicos e intentar construir teorías que nos permitan comprender cada elemento de nuestra práctica.

La última de las posibles respuestas, es la planteada por los partidarios de lo que se conoce como *teoría de los factores comunes*. El punto de partida de esta escuela fue planteado por Frank³⁸, que sostenía que la postura mantenida por los partidarios de la integración teórica (explicar cómo pueden operar a la vez los factores terapéuticos hipotetizados por diferentes escuelas) partía de un prejuicio, el de suponer que las terapias basadas en cada una de las concepciones teóricas funcionaban por los motivos por los que esa concepción suponía que lo hacían.

Si las terapias basadas en las diferentes orientaciones teóricas tienen resultados equivalentes puede ser porque los factores hipotetizados por cada uno de ellas son efectivamente puestos en marcha mediante las técnicas diseñadas para ello y tienen una potencia equivalente (como supondrían eclécticos o integradores teóricos). O, como concluye Frank, porque lo que determina la eficacia de cada una de las intervenciones posibles no es lo que tiene de específico y diferencial con las demás sino, precisamente, lo que comparte con ellas; y, por eso, porque lo que actúa es lo que todas tienen en común, el resultado es equivalente.

Estos factores comunes son, además, los mismos que actúan en otras relaciones de ayuda, como las que establecen brujos o chamanes. Según Frank todas estas relaciones, en definitiva, tienen en común el hecho de ser practicadas por un oficiante que en la relación que establece con el consultante no busca más beneficio que la remuneración que se le da por buscar el beneficio del otro, estar estructuradas de tal modo que se dan en un encuadre determinado (el cromlech o, el diván...), mediante un rito (el ensalmo o la asociación libre...) y estando justificadas por un mito en el que creen tanto ayudador como ayudado (mal de ojo o psicoanálisis).

En esta línea de los factores comunes se incluyen los trabajos de Prochaska y Diclemente³⁹, que desarrollaron una teoría del cambio que permite planificar intervenciones considerando el momento en el que se encuentra el paciente dentro del proceso de cambio a enfrentar por él mismo; y los de Beitman⁴⁰⁻⁴², que ha sistematizado los acontecimientos de cualquier proceso psicoterapéutico en un sistema basado en un lenguaje común y ha desarrollado sistemas muy estructurados de enseñanza del uso de los factores comunes en el proceso psicoterapéutico que hoy guían la formación en psicoterapia que reciben los residentes de psiquiatría en los Estados Unidos de América y otros muchos países⁴³.

Definir los factores terapéuticos comunes de modo que den lugar a un sistema coherente no es fácil y, por regla general, los intentos de ser exhaustivos se han acompañado de pérdidas en sistematicidad. Norcross y Arkowitz^{19, 20} y Bergin y Garfield⁵ han recogido listados exhaustivos de factores de este tipo señalados por diversos autores (Tabla 1). Norcross ha publicado muy recientemente⁴⁴ un artículo, con las conclusiones de la revisión sistemática de más de una docena de metanálisis sobre los elementos de la relación terapéutica que se han mostrado eficaces en psicoterapia (Tabla 2).

Tabla 1. Listado de factores terapéuticos comunes entre las diversas terapias que se han asociado con resultados positivos⁵ (Bergin y Garfield, 1984).

de apoyo	de aprendizaje	de acción
catarsis identificación con el terapeuta mitigamiento de la soledad relación positiva tranquilización liberación de tensión estructura alianza terapéutica participación activa terapeuta/cliente experiencia del terapeuta calidez, respeto, empatía aceptación y autenticidad del terapeuta confianza	consejo experiencia afectiva asimilación de experiencias problemáticas cambio de las expectativas sobre eficacia personal aprendizaje cognitivo experiencia emocional correctora exploración de las referencias internas retroinformación introspección razonamiento	regulación de la conducta destreza cognitiva estimulación a enfrentar miedos asunción de riesgos esfuerzos de adiestramiento modelado confrontación con la realidad experiencias con éxito perlaboración

Tabla 2. Elementos de la relación terapéutica eficaces en psicoterapia⁴⁴ (Norcross, 2011).

	<i>Elementos de la relación proporcionados por el terapeuta</i>	<i>Métodos de adaptación de la psicoterapia a características particulares del paciente</i>
	Alianza en psicoterapia individual	Nivel de resistencia
	Alianza en psicoterapia en jóvenes	Preferencias
<i>Demostrada efectividad</i>	Alianza en terapia familiar	Cultura
	Cohesión en terapia de grupo	Religión y espiritualidad
	Empatía	
	Recoger el feedback del paciente	
	Objetivos consensuados	Estadios de cambio
<i>Probable efectividad</i>	Colaboración	Estilo de afrontamiento
	Buena opinión	
<i>Prometedor pero insuficiente</i>	Congruencia/ autenticidad	Expectativas
<i>Necesaria investigación</i>	Reparar las rupturas de la alianza	Estilo de apego
	Manejo de la contratransferencia	

El grupo de consenso al que antes hacíamos referencia¹, a partir de la reflexión sobre su práctica en el sector público madrileño, lleva a cabo una caracterización de una intervención psicoterapéutica, identificando los siguientes factores terapéuticos:

1. Aprendizaje de nuevas conductas o estrategias de afrontamiento (habilidades sociales, relajación...)
2. Modificación o corrección de cogniciones acerca del mundo o uno mismo o de mecanismos cognitivos
3. Reconocimiento o experiencia de emociones
4. Establecimiento de nexos entre emociones, experiencias internas y circunstancias externas
5. Experiencia emocional correctora en la relación con el terapeuta (incluye la aceptación empática)
6. Aprendizaje interpersonal
7. Sugestión
8. Modificación del entorno significativo del paciente (incluye reglas, estructuras, pautas disfuncionales...)

EL VEREDICTO DE LA APA: LOS TRATAMIENTOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS

En las últimas décadas se produjo un movimiento que ha marcado un tercer hito, también con forma de veredicto, en la historia reciente de las psicoterapias: la creación, por parte de la división 12 (Psicología Clínica) de la Asociación Americana de Psicólogos, de un catálogo de tratamientos empíricamente validados que incluía sólo a aquellos que, debidamente manualizados, y contrastados vía ensayo clínico randomizado y doble ciego, habían demostrado ser eficaces frente a un trastorno, también, debidamente definido de forma operativa con criterios DSM o similar. No fue el único intento en este sentido. Un informe encargado por el Servicio Nacional de salud británico, con el mismo objetivo, llegó a conclusiones prácticamente idénticas⁴⁵. Hoy las Guías de práctica clínica organizan la práctica de la llamada medicina (o psicología clínica) basada en la evidencia.

Esto ha destapado una especie de caja de Pandora a partir de la cual algunas compañías de seguros pretenden pagar sólo el número y tipo de sesiones establecidas en los manuales según el tipo de trastorno, y terapeutas discutiendo sobre si este movimiento les priva de la libertad y creatividad necesarias para actuar como tales en un entorno como el de la clínica cotidiana, que poco tiene que ver con el creado artificialmente para llevar a cabo las investigaciones en las que se han fundamentado tales manuales.

En esta línea, entre los trabajos de investigación más importantes sobre eficacia de la psicoterapia, encontramos el financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental americano sobre depresión⁴⁶⁻⁴⁸, o los británicos sobre trastornos de la conducta alimentaria⁴⁹⁻⁵².

El primero de los dos mencionados, a modo de ejemplo, se llevó a cabo comparando la Terapia Cognitiva de la Depresión (TCD), cuyo manual vio la luz en 1979¹⁰, y la Terapia Interpersonal de la Depresión (TIP), cuya versión manualizada se publicó en 1984¹¹. Ambos enfoques presentan características comunes que facilitaron el que pudieran desarrollarse y ser publicadas en un momento histórico en el que la psicoterapia estaba siendo activamente marginada de la reflexión sobre la atención a la salud mental:

- 1) Ambas se presentan al colectivo profesional mostrando sus resultados según el modelo general del ensayo clínico.
- 2) Ambas se definen como tratamiento de un trastorno definido (con lo que se hacen coherentes con la práctica médica en su acepción más tradicional) y no en función de otros criterios (estructura de la personalidad, funciones yoicas, características del sistema familiar...) y, menos aún, de otros valores como el autoconocimiento o el desarrollo personal...
- 3) Ambas se perfilan como una destreza profesional bien definida y para cuya adquisición existen procedimientos reglados.

4) Ambas conciben su utilidad como complementaria con la de los tratamientos farmacológicos y no como antagónica a estos.

Hoy en día los investigadores en psicoterapia se encuentran en una posición difícil. Deben demostrar la eficacia de las intervenciones que someten a prueba. Pero, además, han de hacerlo sobre categorías diagnósticas (las del DSM o la CIE) que nadie considera demasiado útiles^{51, 53, 54}, o han de cuestionar las líneas maestras sobre las que hoy se concibe la psicopatología y proponer sistemas alternativos. Todo ello, bajo la presión de una poderosísima industria farmacéutica y la mirada vigilante de los gestores de los sistemas sanitarios.

Esto nos obliga, irremediablemente, a participar en un debate general sobre la naturaleza de la salud y los trastornos mentales.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

La evidencia disponible acerca de la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos hoy en día es indiscutible. No obstante, la dificultad para la investigación en psicoterapia (la medicina basada en la evidencia implica la necesidad de realización de ensayos clínicos aleatorizados como metodología para la demostración de la eficacia de las diferentes intervenciones, siendo imposible conseguir el doble ciego, y muy complicado el uso del placebo o intervención neutra) hace que existan pocos estudios “de calidad” sobre las distintas intervenciones psicoterapéuticas, centrándose la mayoría de los mismos en intervenciones individuales.

El trabajo de Smith y cols⁵⁵ supuso un punto de referencia en cuanto a la eficacia de la psicoterapia, especialmente la de grupo, ya que gran parte de los estudios que revisaron (49% estaban basados intervenciones grupales); demostraron no sólo que la terapia era efectiva, sino que las diferencias entre los resultados obtenidos por terapias de diferente orientación teórica eran mínimas (algo similar a los resultados ya

publicados por Luborski y cols⁸. unos años antes, en 1975, pero incluyendo gran parte de estudios que utilizaban intervenciones grupales).

La psicoterapia grupal supone una modalidad de tratamiento que ha demostrado ser eficaz. Además, no existe evidencia científica de que los resultados de la terapia de grupo difieran de los alcanzados con psicoterapia individual de la misma duración y para abordar el mismo tipo de problema, y tampoco existe evidencia de que un tipo de abordaje psicoterapéutico grupal sea superior a otro.

La psicoterapia de grupo ofrece un beneficio adicional a las terapias individuales, y es el hecho de la posibilidad de ofrecer un tratamiento científicamente demostrado eficaz (tanto como una intervención individual) a varias personas a la vez, optimizando tiempo y recursos dentro del sistema sanitario. Dentro del sistema público de salud se hace necesario utilizar intervenciones eficaces y coste-eficientes para la recuperación de la salud de aquellas personas que la han perdido. Es probable que la implantación de intervenciones grupales o de duración limitada (y mejor la combinación de ambas) permitiera una gestión adecuada de los recursos con una asistencia de calidad. Como ejemplo podría citarse un programa de intervención grupal para pacientes ambulatorios con diagnóstico de duelo complicado⁵⁶: son grupos de siete pacientes y medio de media, que tienen lugar una vez a la semana durante las doce semanas que dura el tratamiento, de noventa minutos de duración cada uno. Comparándolo con doce sesiones individuales de psicoterapia, de cuarenta y cinco minutos, el terapeuta puede tratar cuatro veces más pacientes utilizando la intervención grupal e invirtiendo la misma cantidad de tiempo.

La psicoterapia de grupo es utilizada, con frecuencia, para modificar problemas o dificultades a nivel relacional (psicoterapia de grupo interpersonal), como tratamiento de soporte (el terapeuta debe fomentar la

auto-ayuda y garantizar que las experiencias entre los miembros del grupo son utilizadas positivamente y que no sean demasiado intensas, protegiendo a las personas más vulnerables y asegurando que cada miembro es ayudado pero que también da ayuda a los demás) o como forma de estimular la adaptación a los efectos de una determinada enfermedad médica o mental (grupos orientados a desarrollar determinados aspectos o habilidades, como grupos de relajación, grupos de psico-educación o de entrenamiento en habilidades sociales, entre otros).

Dentro de los tratamientos grupales se engloba la terapia de pareja, la terapia familiar y la propia terapia de grupo. Suponen diferente tipo de contexto (la pareja, la familia o un grupo que comparte un sufrimiento similar) dentro del cual se abordan los conflictos personales e interpersonales, constituyendo un contexto social y dinámico desde el que abordar estas dificultades.

En la terapia de grupo aparecen factores terapéuticos adicionales no presentes en la psicoterapia individual. Estos factores terapéuticos son comunes a todos los tipos de psicoterapia grupal y fueron descritos por Yalom en 1985⁵⁷:

- *Universalidad*: compartir la experiencia con otros y darse cuenta de que estos “otros” tienen similares problemas, dificultades y experiencias, suele ser más útil que cualquier intervención tranquilizadora del terapeuta.
- *Altruismo*: ayudar a otros aumenta la autoestima de la persona que da la ayuda, así como es útil para quien la recibe.
- *Cohesión grupal*: la sensación de pertenencia a un grupo es sumamente valiosa para aquellas personas que previamente se han sentido solas.
- *Socialización*: los miembros del grupo pueden probar nuevos patrones de comportamiento, en relación con la adquisición de nuevas habilidades sociales en la interacción con los demás, con la seguridad del grupo.

– *Imitación*: aprendizaje a través de la observación y adopción de comportamientos de otros miembros del grupo. Si el grupo funciona bien y está conducido de forma adecuada, los participantes imitan comportamientos adaptativos; por el contrario un mal funcionamiento del grupo se manifestará por la expresión de conductas maladaptativas, tales como expresiones emocionales extravagantes.

– *Aprendizaje interpersonal*: aprendizaje a través de la interacción con otros miembros del grupo, practicando nuevos patrones de relación que resulten más saludables.

– *Recapitulación del grupo familiar primario*: muchas de las interacciones entre los miembros del grupo están basadas en relaciones pasadas entre los miembros y sus padres o hermanos. Este tipo de transferencia se desarrolla de manera eventual en todos los grupos y es fomentada y utilizada en algunos tipos de tratamientos, fundamentalmente aquellos de corte psicoanalítico.

Conceptualmente, la presencia y el comportamiento de otros pacientes en el grupo de terapia crea una oportunidad única para el aprendizaje y el cambio, oportunidades que no están disponibles en la terapia individual por el simple hecho de que los otros pacientes no están presentes. El grupo, que es a menudo asociado con un microcosmos social, es capaz de provocar y hacer surgir los patrones maladaptativos de comportamiento de cada paciente, y de movilizar importantes motores de cambio que tienen que ver con la interacción con los demás. Los otros pacientes pueden observar, dar feedback y ofrecer sugerencias para el cambio. Y cada paciente puede, subsecuentemente, practicar comportamientos más adaptativos dentro y fuera del grupo y recibir nuevo feedback de los demás. Este proceso cíclico es comúnmente conocido como aprendizaje interpersonal.

Numerosos estudios han sugerido que la varianza en cuanto a los resultados ob-

tenidos por diferentes terapeutas era explicada, en parte, por diferencias individuales entre los terapeutas. En el metanálisis de Cris-Christoph y Mintz de 1991, encontraron que, aproximadamente un 9% de la varianza en los resultados de la terapia era debido a diferencias individuales entre los terapeutas, sin que se hubiese podido concretar qué diferencias eran las responsables de esa variabilidad⁵⁸. La evidencia reciente avala el hecho de que estas diferencias entre los resultados obtenidos por diferentes terapeutas tienen que ver con el hecho de emplear intervenciones que faciliten habilidades interpersonales en el paciente (y no con la orientación teórica como ya se ha comentado previamente). En este sentido, la terapia grupal, por el tipo de intervenciones y factores terapéuticos de que se sirve, sería un abordaje facilitador de este tipo de estrategias.

Publicaciones recientes^{2, 3, 44, 59} han revisado qué elementos de la relación terapéutica han demostrado evidencia científica de ser realmente efectivos, concluyendo que lo son la alianza terapéutica, tanto en psicoterapia individual, familiar como intervenciones en jóvenes, la cohesión de grupo en la psicoterapia grupal, la empatía y el hecho de recoger el feedback del paciente sobre lo que está sucediendo.

Cabe hacer una referencia a la psicoterapia de grupo en trastornos mentales graves. La mayoría de la investigación en psicoterapia de trastornos psicóticos se ha centrado en la esquizofrenia. Las intervenciones familiares y las intervenciones psicoeducativas han demostrado eficacia en cuanto a la prevención de recaídas. La terapia cognitivo-conductual de los síntomas psicóticos sobre la reducción de la gravedad de los síntomas positivos también ha demostrado ser eficaz. El Sistema Público de Salud se encuentra con la necesidad de aportar una asistencia psicoterapéutica adecuada y de calidad a un número creciente de usuarios contando con un proporcionalmente reducido número de profesionales. La psicoterapia cognitiva

de los síntomas psicóticos fue desarrollada fundamentalmente por el Sistema Nacional de Salud Británico, con el fin de ofrecer una psicoterapia de calidad y científicamente avalada a los pacientes con síntomas psicóticos. Sin embargo, el alto grado de especialización necesaria para llevarla a cabo y la prolongada duración de la misma, hace que sea un tipo de intervención que no ha podido generalizarse para la práctica en otros contextos sanitarios, tal como nuestro Sistema de Salud, generando gran interés en el desarrollo de modelos psicoterapéuticos eficaces de corta duración o grupales. El Servicio Vasco de Salud acaba de poner en marcha un ensayo⁶⁰ para evaluar la eficacia de una intervención grupal manualizada en pacientes psicóticos en la red pública, basada en Terapia Psicológica Integrada, que ha demostrado eficacia sobre sintomatología positiva y negativa, el funcionamiento social y la neurocognición⁶¹ y que contiene elementos de corrientes cognitivas, conductuales, interpersonales, grupo-analíticas e integradoras de psicoterapia.

En formatos grupales la psicoterapia expresiva- de apoyo para mujeres con cáncer de mama metastásico⁶² y la psicoterapia centrada en el significado, también para pacientes con cáncer avanzado⁶³ son de las terapias que cuentan con más estudios empíricos que demuestran importantes beneficios psicosociales.

Publicaciones recientes en cuanto a los formatos grupales en trastorno bipolar⁶⁴, demuestran que el desarrollo y mantenimiento de estrategias de afrontamiento y de redirección de la vulnerabilidad y manejo del estrés, reducen el riesgo de recaída de cualquier tipo así como el tiempo en que los pacientes no se encuentran bien. Colom y Vieta¹⁸ han demostrado que la psicoeducación grupal (en formato de 6 meses de duración) es eficaz a largo plazo (5 años de seguimiento) en cuanto a la prevención de recurrencias y la disminución del tiempo que permanecen enfermos estos pacientes.

La psicoterapia de grupo, debido a su

demostrada eficacia y su coste-eficiencia, debería ocupar un lugar privilegiado dentro de la cartera de servicios nuestro Sistema Público de Salud, para lo cual es necesario

la formación específica de los especialistas en este tipo de intervención, debiendo incluirse en los programas de formación de psicólogos y psiquiatras.

RESUMEN

1. La psicoterapia, sola o en combinación con fármacos, es un tratamiento eficaz para los trastornos mentales.
2. Tanto en formato individual como grupal, cuenta con una sólida base empírica que avala su oferta en el catálogo de prestaciones de nuestro Sistema Nacional de Salud.
3. La psicoterapia de grupo, debido a su demostrada eficacia y su coste-eficiencia, debería ocupar un lugar privilegiado dentro de la cartera de servicios nuestro Sistema Público de Salud.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001. Texto que se sitúa en el movimiento hacia la integración de las diferentes escuelas psicoterapéuticas, haciendo un breve recorrido teórico sobre las fuentes que han llevado a los autores hasta su particular modo de trabajar y enseñar. Expone, de forma práctica, la forma en que realizan este trabajo, desde la formulación de casos y el contrato terapéutico hasta el desarrollo de todo el proceso psicoterapéutico y la terminación del mismo.

Yalom I. Psicoterapia existencial y terapia de grupo. Barcelona: Paidós Ibérica; 2000. El trabajo de Yalom emergió y fue el resultado de una ola de cambios sociales en el campo de la psicoterapia. Recibió la influencia de Lewin del aprovechamiento de la Psicología Social; de Rogers, quien había estado trabajando en los "grupos de crecimiento personal", usando sus conceptos de la terapia centrada en el cliente; de Jerome Frank, que estuvo simultáneamente investigando el impacto de "factores inespecíficos", semejantes a la esperanza y aceptación en la relación de ayuda; de H.S. Sullivan, que desarrolló sus ideas sobre las relaciones interpersonales como base del desarrollo psicológico. El enfoque de Yalom reflejó su orientación personal con las rutas de los psicólogos humanistas-existencialistas. Hizo énfasis en la importancia de la interacción entre los miembros del grupo, promoviendo la operación de los llamados "Factores Curativos". El grupo fue visto como un microcosmos social con sus propias propiedades terapéuticas. El insight genético y las interpretaciones del terapeuta decayeron como mecanismos de cambio en favor de las experiencias de aprendizaje interpersonal en la interacción corriente del grupo. Este enfoque tuvo en su época una influencia general en la terapia de grupo que continúa hasta el presente.

Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones-Irwin; 1984. Proponen un modelo para explicar las circunstancias en torno a las cuales es posible que aparezca un cambio intencional en el comportamiento, integrando elementos de distintas escuelas psicoterapéuticas. Defienden la idea de que el cambio intencional no es un proceso de todo o nada, sino un movimiento gradual a través de estadios específicos. No ser conscientes de este fenómeno ha llevado a algunos de los teóricos de la terapia a asumir que todos los clientes están en el mismo estadio de cambio y preparados, por tanto, para el mismo proceso de cambio. Identifican cinco estadios básicos de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Los estadios de cambio son entendidos como el grado de motivación para el cambio en un momento determinado. El plan de actuación con un paciente se establecerá, según este modelo, a partir del estadio en el que se encuentre. Por ejemplo, lo que habrá que plantear con un paciente precontemplador (que ni siquiera se ha planteado la conveniencia de hacer algo para intentar cambiar) es una estrategia que le haga experimentar como problemática o no deseable la pauta de comportamientos, emociones, pensamientos y relaciones que va a ser objeto del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B. Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración. Madrid: AEN; 1997.
- (2) Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy* 2011;48(1): 98-102.
- (3) Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. *J Clin Psychol* 2011;67(2):143-154.
- (4) Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 1952;16:319-324.
- (5) Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. New York: Wiley; 1994.p. 143-189.
- (6) Lambert MJ, Olges BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Bergin's and Gardfield Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley; 2004.p. 139-193.
- (7) Macbeth G, Razumiejczyk E, Ledesma R, Cortada de Kohan N, López Alonso AO. La medición de los sesgos de la confianza mediante modelos discretos y continuos. *Investigaciones en Psicología* 2007;13:117-134.
- (8) Luborsky L, Singer B. Comparative studies of psychotherapy. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry* 1975;32:995-1007.
- (9) Westen D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 2001;69(6):875-899.
- (10) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive treatment of depression: a treatment manual* (Trad cast: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Bouwer, 1983). New York: Guilford; 1979.
- (11) Klerman FL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. *Interpersonal Psychotherapy of Depression (IPT)*. New York: Basic Books; 1984.
- (12) Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158(1):36-42.
- (13) Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008;165(5):631-638.
- (14) Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1355-1364.
- (15) Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(7):757-766.
- (16) Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(4):615-623.
- (17) Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2010;197(5):350-356.
- (18) Colom F, Vieta E, Sánchez-Moreno J, Palomino-Otiniano R, Reinares M, Goikolea JM et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry* 2009;194(3):260-265.
- (19) Norcross JC. The evolution and current status of psychotherapy integration. In:Norcross JC, editor. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books; 1992p. 4-40.
- (20) Arkowitz, H. "Psychotherapy" versus "treatment". *Am Psychol* 2005;60(7):734-735.
- (21) Beutler L. *Eclectic psychotherapy : a systematic approach*. New York: McGraw-Hill; 1983.
- (22) Beutler L. Predictors of sustained therapeutic change: some thoughts about conceptualizations. *Psychother Res* 2010;20(1):55-59.
- (23) Lazarus A. *El enfoque Multimodal*. España: Mc Graw Hill; 1981.
- (24) Lazarus AA, Abramovitz A. A multimodal behavioral approach to performance anxiety. *J Clin Psychol* 2004; 60(8):831-840.
- (25) Alexander, F. The dynamics of psychotherapy in the light of learning theory. *Am.J.Psychiatry* 1963;120:440-448.
- (26) Dollard J, Miller NE. *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill; 1950.
- (27) Wachtel P. *Psychoanalysis and behaviour therapy; towards an integration*. New York: Basic Books; 1977.
- (28) Wachtel P. *Action and insight*. New York: Guilford; 1987.
- (29) Wachtel P. *Therapeutic Communication; principles and effective practice* (Trad cast *La comunicación: principios y práctica eficaz*. Bilbao: Desclée; 1996). New York: Guilford; 1993.

- (30) Wachtel P. *Psychoanalysis, behaviour therapy and the relational world*. Washington: American Psychological Association; 1997.
- (31) Wachtel P. *Psychotherapy in the twenty-first century*. *Am J Psychother* 2000;54(4):441-450.
- (32) Horowitz MJ. *Introduction to Psychodynamics, a new synthesis*. New York: Basic Books; 1988.
- (33) Horowitz MJ. *Formulation as a Basis for Psychotherapy Treatment*. New York: American Psychiatric Press; 1997.
- (34) Horowitz MJ, Weiss DS, Kaltreider N, Krupnick J, Marmar C, Wilner N et al. Reactions to the death of a parent: results from patients and field subjects. *J Nerv Ment Dis* 1984;172(7):383-392.
- (35) Ryle A. The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2004;18(1):3-35.
- (36) Ryle A, Kerr IB. Cognitive analytic therapy. *Br J Psychiatry* 2003;183:79.
- (37) Ryle A, Fawkes L. Multiplicity of selves and others: cognitive analytic therapy. *J Clin Psychol* 2007;63(2):165-174.
- (38) Frank J. Critical evaluation of Strupp and Bergin common features account for effectiveness. *Int J Psychiatry* 1969;7(3):122-127.
- (39) Prochaska JO, Di Clemente CC. *The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy*. Dow Jones-Irwin; 1984.
- (40) Beitman BD. *The structure of individual psychotherapy*. New York: Guilford Press; 1987.
- (41) Beitman BD, Goldfried MR, Norcross JC. The movement toward integrating the psychotherapies: an overview. *Am J Psychiatry* 1989;146(2):138-147.
- (42) Beitman BD, Goldfried MR, Norcross JC. Defining the core processes of psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2005;162(8):1549-1550.
- (43) Beitman BD, Yue D. *Learning Psychotherapy: a Time-Efficient, Research-Based and Outcome-Measured Psychotherapy Training Program (Trad cast: Psicoterapia. Programa de formación, Barcelona: Masson, 2004)*. New York: W.W.Norton; 1999.
- (44) Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy* 2011;48(1):4-8.
- (45) Roth A, Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford; 1996.
- (46) Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. In: Bergin A, Garfield S, editors. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. New York: Wiley; 1994.
- (47) Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy I: active ingredients and mechanisms of change. *Am J Psychiatry* 1988;145(8):909-917.
- (48) Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy II: nature and timing of treatment effects. *Am.J.Psychiatry* 1988;145(9):1070-1076.
- (49) Fairburn CG, Gerald L, Klerman GL, Weissma M, Myrna M. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In: Fairburn CG, editor. *New applications of Interpersonal Psychotherapy*; 1993.p. 353-378.
- (50) Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME et al. Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48(5):463-469.
- (51) Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry* 2011;198(1): 8-10.
- (52) Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(5):459-466.
- (53) Rottman BM, Ahn WK, Sanislow CA, Kim NS. Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases? *Am J Psychiatry* 2009;166(4):427-433.
- (54) Mundt C, Backenstrass M. Psychotherapy and classification: psychological, psychodynamic, and cognitive aspects. *Psychopathology* 2005;38(4):219-222.
- (55) Smith M, Glass G, Miller T. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore MD: John Hopkins University Press; 1980.
- (56) Piper, W. Short-term group psychotherapy for complicated grief. *Direction in Psychiatry* 2006;26:69-78.
- (57) Yalom I. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books; 1985.
- (58) Crits-Christoph P, Mintz J. Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *J Consult Clin Psychol* 1991;59(1): 20-26.
- (59) Norcross JC, Wampold BE. What works for whom: tailoring psychotherapy to the person. *J Clin Psychol* 2011;67(2):127-132.
- (60) Osakidetza. Seguimiento grupal de pacientes psicóticos en la red pública de salud mental de la Comunidad Autónoma Vasca. Proyecto de investigación comisionada. 2009.

- (61) Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective?. *Schizophr Bull* 2006;32 Suppl 1: S81-93.
- (62) Kissane DW, Grabsch B, Clarke DM, Smith GC, Love AW, Bloch S et al. Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psychooncology* 2007;16(4):277-286.
- (63) Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Pessin H, Poppito S, Nelson C et al. Meaning-centered group psychotherapy for patients with advanced cancer: a pilot randomized controlled trial. *Psychooncology* 2010;19(1):21-28.
- (64) Castle D, White C, Chamberlain J, Berk M, Berk L, Lauder S et al. Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196(5): 383-388.