

Psicoterapia: marca registrada

Psychotherapy: trademark

ALBERTO GIMENO PEÓN^a, ANXO BARRIO NESPEREIRA^b,
MARÍA TERESA ÁLVAREZ CASARIEGO^c

(a) Psicólogo Clínico, Gijón, Asturias, España.

(b) Centro de Salud Mental de Langreo, Área Sanitaria VIII, Servicio de Salud del Principado de Asturias, España.

(c) Fundación Siloé, Gijón, Asturias, España.

Correspondencia: Alberto Gimeno Peón (algimeno@gmail.com)

Recibido: 18/10/2017; aceptado 18/02/2018

Resumen: En este trabajo se discute acerca de la excesiva proliferación de diferentes tipos de psicoterapia y el negocio construido alrededor de los mismos: métodos patentados, cursos, acreditaciones oficiales, libros, etcétera. Se muestra cómo la evidencia científica no justifica la práctica habitual de privilegiar el tipo de tratamiento concreto que se utiliza en terapia sobre otras variables que han demostrado ser más relevantes, especialmente aquellas asociadas a la relación terapéutica y a los factores vinculados a terapeuta y paciente. Finalmente, se plantea la necesidad de abandonar la competición entre modelos y centrar la investigación en aquellos factores que hacen de la psicoterapia un procedimiento eficaz para solucionar problemas de salud mental, más allá de la marca (paradigma) del tratamiento empleado.

Palabras clave: psicoterapia, práctica clínica basada en la evidencia, patentes como asunto.

Abstract: In this paper we discuss the excessive proliferation of different types of psychotherapy and the business built around them: patented methods, courses, official ac-

creditations, books, etcetera. It is shown how the scientific evidence does not justify the usual practice of favouring the specific type of therapy that is used in treatment over other variables that have been shown to be more relevant; especially, those associated with the therapeutic relationship and other factors related to therapist and patient. Finally, we point out the need to abandon the competition among models and propose that research focuses on those factors that account for the effectiveness of psychotherapy as a procedure to solve mental health problems, beyond the mark (paradigm) of the treatment used.

Key words: psychotherapy, evidence-based practice, patents as topic.

INTRODUCCIÓN

CADA VEZ NOS ENCONTRAMOS MÁS CERCA de cumplir la predicción realizada por Garfield (1), citada por Sprenkle *et al.* (2), hace ya 30 años, cuando adelantó la posibilidad de que en el siglo XXI podría existir un tipo de psicoterapia diferente para cada persona en el mundo occidental. Desde que la psicoterapia adquirió un cuerpo formal y se constituyó como disciplina dentro del campo de la salud mental, hemos observado la enorme profusión de modelos y teorías acerca del hacer del tratamiento psicológico especializado, sobre todo durante los últimos 30 o 40 años. Los grandes modelos (psicoanálisis, cognitivo-conductual, humanistas/existenciales y sistémico) se han ido diversificando, dividiendo y combinando de tal forma que en la actualidad se han contabilizado más de 500 tipos diferentes de psicoterapia (3). La tendencia actual en el estudio de la eficacia de la psicoterapia, más que buscar la integración o el hallazgo de los elementos comunes a los diferentes modelos, está orientada hacia la búsqueda de las diferencias entre los diversos enfoques, cuestión que agrava aún más la situación.

Sirva como ejemplo de diversificación dentro de un mismo paradigma el caso de la terapia de conducta, en donde incluso se habla de diferentes generaciones en el desarrollo del modelo: la primera, caracterizada por la aplicación de los principios del condicionamiento clásico y operante; la segunda, por la incorporación de los conceptos procedentes de la terapia cognitiva; y la tercera, la actual, aparece como una especie de revolución teórica en la que se incorporan elementos que, si bien se plantean como novedosos, ya estaban presentes en otros paradigmas desarrollados varias décadas antes: la importancia del “aquí y ahora” (actualmente representada hasta el extremo por la marca *mindfulness*), presente en la terapia centrada en la persona de Carl Rogers o en la terapia Gestalt de Fritz Perls; ciertos aspectos de “la desesperanza creativa”, concepto central en la terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés: Acceptance and Commitment Therapy), se podrían

interpretar como una actualización del viejo lema del enfoque del Mental Research Institute: “la solución es el problema”. Y así podríamos seguir argumentando con respecto a la importancia dada al contexto, a la función del síntoma, a la relación terapéutica, etc. Por supuesto, esta cuestión no afecta de forma exclusiva al conductismo. Los “terapeutas sistémicos” ya supieron de esta división de modelos dentro de una misma escuela casi desde el principio de su historia: así, tenemos modelos de terapia estratégica, de terapia sistémica breve, la escuela de Milán, de terapia estructural, terapia centrada en soluciones, etc. Y lo mismo puede decirse de los desarrollos del psicoanálisis o de terapias de corte humanista. Incluso los “terapeutas integradores” y los “terapeutas eclécticos” tienen sus propios enfoques diferenciados dentro de un mismo paradigma. Integran, pero de forma distinta entre ellos, dando lugar a la correspondiente marca.

Se ha criticado el proceder de ciertos sectores de la industria farmacológica dentro de la salud mental. Con frecuencia se ha denunciado, y no sin razón, la existencia de intereses económicos detrás del desarrollo de medicamentos que supuestamente son más útiles que otros tipos de tratamiento para paliar los síntomas de determinados trastornos. Asistimos continuamente a la aparición de nuevos antipsicóticos o antidepresivos cuyo reclamo publicitario consiste en indicar que son más eficaces que los de generaciones previas, pero que, sin embargo, poco o nada aportan al bienestar de los pacientes. En cualquier caso, se comercializan bajo una marca determinada, con su correspondiente patente y un precio injustificablemente elevado, apoyados en una potente campaña de *marketing* (que la mayoría de profesionales sabemos en qué consiste y cuya explicación está fuera de los objetivos de este trabajo).

Creemos, sin embargo, que hace falta más autocritica dentro del campo de la psicoterapia. La adopción del modelo médico, llevado al extremo por el movimiento de los Tratamientos Empíricamente Validados (EST, por sus siglas en inglés: Empirically Supported Treatments), está llevando a que algunas prácticas relacionadas con los tratamientos psicológicos se asemejen a las que criticamos en el caso de los tratamientos farmacológicos.

EL NEGOCIO DE LA PSICOTERAPIA

La identidad de la psicoterapia se va diluyendo a medida que siguen surgiendo subescuelas dentro de modelos en los que parece que prima más el tener un nombre propio (la marca) que el hecho de practicar una actividad destinada a ayudar a otras personas que acuden en busca de un servicio de calidad. Siguiendo con el punto anterior, al igual que en psiquiatría existen antipsicóticos de nueva generación, disponemos de “terapias de tercera generación”, una denominación que nos hace pensar también en productos de consumo, como la tecnología. Es un nombre con un claro

cariz comercial y que, por cierto, puede llevar a pensar que obtiene resultados superiores a las terapias de “generaciones” anteriores cuando no existe ninguna prueba que lo respalde.

La pérdida de identidad continúa allá donde los profesionales no se denominan a sí mismos psicólogos clínicos, psiquiatras o psicoterapeutas, sino “terapeuta marca X” o “terapeuta marca Y”. Los manuales y artículos científicos están llenos de este tipo de términos: “terapeuta ACT”, “terapeuta FAP”¹, “terapeuta focalizado en la emoción”, “terapeuta centrado en soluciones” o “marca ACME”. Cabe preguntarse si este baile de etiquetas, de apellidos de los psicoterapeutas, beneficia o perjudica a la profesión y, sobre todo, si beneficia en algo a las personas que estos reciben en sus consultas. Lo que sí sabemos con seguridad es que sirve para “hacer *ranking*”, para que unos modelos compitan con otros, con el objetivo de ver cuál es mejor y cuál es el más eficaz.

Cualquier producto que pueda resultar de utilidad para un número de personas es susceptible de convertirse en un negocio (y, en ocasiones, se puede hacer lo mismo con cosas que no tienen utilidad alguna). La psicoterapia no está al margen de esta posibilidad. En este contexto, el negocio es para el que acuña un nuevo tipo de tratamiento. Ser el desarrollador, creador o “descubridor” de un nuevo modelo conlleva la construcción de una nueva marca a la que, si las cosas van bien, acompañarán diversos manuales específicos, una cantidad considerable de artículos en revistas de impacto y, por supuesto, cursos y postgrados en los que los profesionales ansiosos de nuevos conocimientos invertirán gustosamente su dinero.

La batalla de las psicoterapias es un negocio donde los clientes son los psicoterapeutas, especialmente aquellos en formación, que, ávidos de encontrar la técnica perfecta, emplean un dinero y un tiempo considerables en estar al tanto de lo que sucede en esta disciplina. Y, por supuesto, todo psicoterapeuta que se precie desea tener la mejor formación. Sin duda, es deber del profesional compartir y difundir en la comunidad científica cualquier nuevo conocimiento o avance científico que haya obtenido. Esto puede hacer avanzar la disciplina y mejorar la vida de los pacientes. Sin embargo, otra cosa bien diferente es el interés crematístico que surge cuando algún modelo adquiere cierto éxito. El precio de estos cursos y de los correspondientes libros suele ser relativamente alto. Así que el conocimiento científico se da a conocer, pero a medias: solo aquellos que pueden pagar por “conocer” más tienen acceso a este nuevo saber. Y solo los que tienen un certificado expedido por el correspondiente organismo autorizado tienen derecho a hacer uso de las destrezas adquiridas. Estamos de acuerdo con lo dicho en 1985 por Thomas Szasz (4), citado en Kleinke (5): “(Los terapeutas) quieren lo que los padres quieren. Quieren reproducirse a sí

¹ Por sus siglas en inglés (Functional Analytic Psychotherapy).

mismos. Porque en cuanto un terapeuta comienza a ser medianamente bueno, lo primero que hace es fundar una escuela y hacerla suya”. Y más de 30 años después de hacerse esta afirmación, el panorama no ha cambiado mucho.

Con frecuencia encontramos en la literatura métodos terapéuticos con patente. En una publicación reciente (6), se presenta una evaluación familiar mediante un tipo de genograma cuyo nombre va acompañado en el título del artículo con el correspondiente símbolo de marca registrada, acompañado del correspondiente aviso de que se trata de un método patentado. El instrumento, por cierto, no consiste en nada más que un tablero y unas piezas que se pueden mover sobre el mismo. Quizá sea una cuestión ideológica, pero nos cuesta entender cómo se pueden patentar métodos de trabajo cuya finalidad es llevar a cabo una actividad asistencial, un servicio sanitario destinado a las necesidades de las personas receptoras de ayuda. Si se trata de conocimiento científico, si consiste en un avance del que todos nos podemos beneficiar en nuestra práctica clínica, ¿qué sentido tiene ponerle restricciones? El único que se nos ocurre es el de generar dinero, estatus y poder. Y nosotros no defendemos esta visión de la psicoterapia ni de la atención sanitaria.

LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA MAL ENTENDIDA

En psicología, la práctica basada en la evidencia (EBPP, por sus siglas en inglés: Evidence-Based Practice in Psychology) ha sido definida por la American Psychological Association (APA) como un concepto que se sostiene sobre tres pilares fundamentales: las mejores evidencias (pruebas) científicas disponibles, pericia clínica y la consideración de las características, cultura y preferencias del paciente (7). Los EST forman parte del primer pilar. Son aquellos programas de tratamiento psicológico que cumplen con los criterios definidos por el equipo de trabajo de la División 12 de Psicología Clínica de la APA para considerar que un tratamiento determinado es eficaz a la hora de intervenir sobre un trastorno o problema bien definido.

En varias ocasiones hemos sido testigos de cómo algunos profesionales confunden EST y EBPP, de tal forma que solo tienen en cuenta los EST o los privilegian, olvidándose de los otros factores que forman parte de la EBPP y que han demostrado ser más influyentes en los resultados de la psicoterapia. Además, estos factores están prácticamente ausentes en los planes de formación de muchos estudios universitarios y de postgrado.

Esta tendencia a privilegiar los EST, las marcas, sobre otros factores de la psicoterapia (variables relacionales, principalmente) no está justificada desde el momento en el que se ha mostrado que el modelo de tratamiento solo afecta al 1% de la varianza de los resultados (3). Más aún, uno de los criterios para poder considerar que un tratamiento es válido hace referencia a la necesidad de que exista un manual

estructurado donde se especifiquen los pasos a seguir durante la terapia. Creemos que la adhesión rígida a un manual es contraria a los otros dos factores de la EBPP, puesto que no tiene en cuenta las características, cultura y preferencias de los pacientes ni las características que hacen que un terapeuta obtenga mejores resultados: el manual se centra en las características de un trastorno o problema determinado, no de la persona. De hecho, hay estudios que muestran que la lealtad al manual empeora los resultados del tratamiento (8).

Los criterios elegidos por la APA para considerar que una terapia es eficaz no están libres de críticas. El requerimiento de la existencia de un manual donde se estructure claramente el tratamiento favorece a aquellas escuelas cuyos postulados encajan mejor con un mayor grado de sistematización. Es el caso de la terapia cognitivo-conductual, por ejemplo, cuyo método tiene más probabilidades de adecuarse a este criterio, lo que, por tanto, le da ventaja a la hora de ganar la carrera de las marcas. Se ha copiado y adoptado el modelo médico para elaborar las guías de tratamientos psicoterapéuticos, pero, como señalan Pérez y colaboradores (9), las reglas que rigen la aplicación de los tratamientos psicológicos deben ser diferentes a las de los tratamientos médicos, ya que: a) se diseñan para tratar problemas psicológicos, no biológicos; b) “manualizar” los tratamientos no soluciona completamente el problema del control experimental; y c) no es suficiente con valorar la reducción de síntomas como criterio de éxito, ya que hay otro tipo de cuestiones relacionadas con el bienestar y lo que consideramos “mejoría” en el campo de la salud mental que son igualmente importantes.

Los otros dos pilares de la EBPP quedan al margen en esta guerra de marcas, cuando precisamente los factores más determinantes de que el tratamiento obtenga buenos resultados residen en ellos.

Creemos que, en este punto del conocimiento sobre lo que funciona en psicoterapia, el debate sobre las comparaciones entre diferentes modelos es estéril y no beneficia a los pacientes. No consideramos que el responsable del excesivo número de psicoterapias sea el movimiento de los EST; tal cantidad ya era considerablemente grande mucho antes de la entrada en juego de los mismos. Sin embargo, puede transmitir la idea equivocada de que la clave para que una psicoterapia funcione es la marca que la comercializa. Y eso no es cierto.

DESVENTAJAS DE UNA PSICOTERAPIA BASADA EN LA MARCA

Este crisol descontrolado de psicoterapias puede perjudicar a nuestra profesión de otra manera: confundiendo a los pacientes. Esta batalla de modelos puede llevar al error de pensar que lo que es eficaz es el tipo de terapia en sí y no la propia psicoterapia, lo cual perjudica tanto a los que solicitan ayuda como a los profesionales.

A los primeros, porque, guiados por alguna publicación que especifique que solo la terapia “Marca X” está empíricamente validada para el trastorno “Y”, se pueden encontrar con un tratamiento, efectivamente, dirigido a ese trastorno “Y”, pero que olvida que detrás de todas esas etiquetas hay una persona con su propia problemática, historia y recursos particulares. Y a los segundos, porque ven cómo su trabajo es descalificado por otros colegas e instituciones si no siguen el protocolo que tal o cual guía dice que se debe seguir en tal o cual caso (la marca de la terapia “X” combina mucho mejor con la marca del trastorno “Y”). El asunto llega hasta tal extremo que podemos ver casi a diario que en ofertas de trabajo para centros privados se solicita mayoritariamente que el psicólogo clínico o psiquiatra esté formado en un determinado modelo, añadiendo un taxativo “abstenerse terapeutas de otras orientaciones”. Evidentemente, los responsables de un centro privado están en condiciones de elegir los criterios que consideren oportunos a la hora de seleccionar a su personal, pero ¿en qué beneficia este tipo de actitudes a los pacientes si ya hemos visto que el tipo de modelo es probablemente lo que menos predice los resultados de la terapia? ¿Qué dice acerca de los profesionales que no tienen en cuenta el resto de la literatura científica ajena a los EST? Los autores de este trabajo hemos podido comprobar que en una publicación reciente de un portal de Internet, dirigido al gran público, se afirmaba con rotundidad que “la forma de tratamiento psicológico que cuenta con un mayor aval científico es la Terapia X”. Aquí la palabra clave es “mayor”, claro ejemplo de la necesidad de mostrar al mundo la superioridad de la marca propia. No se aportaba, por cierto, referencia alguna sobre dónde consultar tal hallazgo.

El riesgo que conlleva esta proliferación incontrolada de modelos de psicoterapia se extiende a la frecuente descalificación, discriminación y menosprecio de las terapias “no validadas” (que, sin embargo, sí que han mostrado su eficacia). Sucede a menudo, por ejemplo, con las terapias psicodinámicas, que cuentan con estudios a favor de su validez (10).

Observamos con frecuencia múltiples sesgos que surgen cuando uno defiende con uñas y dientes su marca favorita. Sesgos que, por otro lado, son fácilmente reconocidos en los contrarios, pero no en uno mismo. En este sentido, Martorell (11) describió tres maneras de confirmar el propio modelo que podrían aplicarse a aquellos con un apego excesivo a su teoría, y que aquí expresamos de la siguiente manera:

- Considerar el contexto como excluyente: si existe mi modelo (que es fuerte), no puede existir el tuyo (que es débil).
- Dejar fuera del modelo todo aquello que lo cuestione.
- Descalificar a los otros modelos sin conocerlos lo suficiente como para poder argumentar seriamente en contra de ellos.

Haremos ahora referencia a otra posible desventaja asociada a la amplia profusión de distintos tipos de psicoterapia: el estrés que puede suponer para el profesio-

nal el hecho de tener que estar actualizado en cada uno de ellos (y la falta de tiempo, dinero y motivación para hacerlo). Si nos tomamos al pie de la letra el enfoque de los EST tal y como se entiende, es decir, que existe un tratamiento específico para cada tipo de trastorno, el psicoterapeuta debería tener conocimientos profundos acerca de tal cantidad de terapias que resultaría prácticamente imposible que dispusiera de tiempo para ello. Algunos autores han señalado que el estudio de la efectividad de la psicoterapia en base al diagnóstico no es un enfoque adecuado para valorar los tratamientos (12,13).

HACIA UNA PRÁCTICA RESPONSABLE

Frente a la alarmante separación de las psicoterapias, su división en marcas y la “manualización” rígida de los tratamientos, que socava la alianza, queda el camino de una práctica responsable que tenga en cuenta la importancia de los factores comunes, no como mera condición necesaria y/o suficiente, sino como la herramienta fundamental que permite adaptar el tratamiento a la singularidad de cada persona y desarrollar una verdadera práctica basada en la evidencia. Todo ello sin olvidar que el uso de un modelo de tratamiento, sea este el que sea, es un factor común a cualquier tratamiento psicológico.

La APA, en su resolución sobre el reconocimiento de la efectividad de la psicoterapia (14), indica que los resultados del tratamiento se ven más influenciados por ciertas características del paciente, así como por factores asociados al contexto y al profesional clínico, que por el diagnóstico o por una marca específica de tratamiento (y aquí es la propia APA la que utiliza el término *brand*, marca, en inglés). Asimismo, se señala que no existen diferencias significativas entre distintos modelos de terapia.

Sorprende ver cómo en la literatura sobre la psicoterapia existen multitud de publicaciones y recursos donde consultar los tipos de tratamiento considerados eficaces, mientras que la información sobre los componentes de la relación que influyen en los resultados de la terapia tiene una menor difusión, especialmente, en lengua española. Por ejemplo, resulta difícil encontrar publicaciones en nuestro idioma que incluyan las conclusiones halladas mediante una serie de metaanálisis, revisados por un panel de expertos, que muestran que determinados elementos de la relación terapéutica se relacionan con los resultados de la psicoterapia (15). Los factores que han demostrado ser eficaces y el nivel de evidencia asociado a los mismos pueden consultarse en la Tabla 1.

Cabe destacar el hecho de que, en el artículo citado, los autores manifiesten su sorpresa ante el tipo de criterios utilizados para evaluar los mencionados elementos de la relación. Explican que estos fueron más rigurosos que los que se emplean para considerar que un tratamiento es eficaz, y señalan que si se emplearan estos últimos

criterios, prácticamente todos los elementos de la relación sometidos a este estudio se podrían considerar de eficacia demostrada, si no fuera porque el requerimiento de contar con ensayos clínicos aleatorizados no es posible, ni clínica ni éticamente, en este caso. Aun así, el tamaño del efecto de estos elementos es mayor que el de varios de los EST.

En el mismo estudio se hallaron una serie de elementos de la relación que son ineficaces y que incluso pueden ser dañinos para los pacientes. Se trata de actitudes del terapeuta que correlacionan negativamente con los resultados o que no los favorecen en absoluto. Se encuentran compilados en la Tabla 2. Algunos de ellos (como la rigidez, la centralidad del terapeuta o “el lecho de Procusto”) encajan con algunas de las cuestiones comentadas en el presente artículo, relacionadas con privilegiar la marca del modelo por encima de otros factores que entran en juego durante el proceso de psicoterapia.

A nuestro parecer, resultan interesantes propuestas como las de Sprenkle, Davis y Lebow (2). Estos autores describen una serie de factores comunes que son específicos de las intervenciones de terapia de pareja y terapia familiar: conceptualizar las dificultades en términos relacionales; interrumpir los patrones relacionales disfuncionales; ampliar la intervención al sistema con problemas y ampliar la alianza terapéutica a todos los miembros implicados en la atención. Parece un intento sensato de reunir todos los tipos de tratamiento pertenecientes a un mismo paradigma y encontrar cuáles son las palancas de cambio comunes a todos ellos, más que la búsqueda del elemento diferencial de la forma de trabajar de cada profesional, o grupo de profesionales, que dé pie a la creación de un pretendido nuevo tratamiento que entre en competición con el resto (y que dé lugar a su correspondiente manual, formación acreditada, conferencias bien pagadas, marca registrada, etc.).

Así, puesto que los modelos no son realidades, sino únicamente presupuestos teóricos, mapas del terreno, a lo sumo, y ya que no contamos con la existencia de una psicoterapia única y “verdadera”, la solución de encontrar los factores comunes a los tratamientos cognitivos, conductuales, sistémicos, psicodinámicos y fenomenológico-existenciales permite que el terapeuta de turno no necesite abandonar su enfoque favorito (porque ya hace tiempo que sabemos que la elección de un modelo u otro es cuestión de preferencias e historia personal, fundamentalmente). Además, tampoco tendrá que aprender todas las variantes existentes dentro del mismo. Bastará con que tenga una sólida base en los principios que rigen su teoría y, sobre todo, conozca bien los elementos de esta que propician el cambio terapéutico.

Por otro lado, más que pensar en términos de tratamientos eficaces, convendría empezar a pensar en los de “terapeutas empíricamente validados”, pues, como ha demostrado la investigación (16, 17), algunos profesionales obtienen mejores resultados que otros, independientemente del enfoque en el que se basen. Entre el 3 y

el 7% de la varianza de los resultados de la psicoterapia está relacionada con variables del terapeuta, y el porcentaje puede ser todavía mayor debido a que generalmente la importancia de los efectos del tratamiento está inflada (3). Si además añadimos la contribución fundamental que hace el psicoterapeuta al buen funcionamiento de la alianza terapéutica, el porcentaje podría crecer todavía más. De nuevo, no es la marca lo que hace la diferencia, sino otros factores en juego.

Lejos de ser una criba cruel entre psicoterapeutas, esta sugerencia de estudiar la eficacia de cada profesional pretende ser una idea que estimule la reflexión personal de cada profesional, de forma que pueda aprender de su propio trabajo, de sus aciertos y sus errores, y ser consciente de sus debilidades, pero también de sus fortalezas, de cómo puede adaptar su estilo a las necesidades de sus pacientes. Esto quizás ayude a evitar el error de caer en la autoindulgencia y en sesgos perceptivos acerca de la propia competencia o, peor aún, en el nihilismo terapéutico. Hablamos de habilidades que se pueden aprender y entrenar, no algo con lo que necesariamente “se nace o no se nace”. Nuestra profesión supone un aprendizaje continuo, no solo a través de la formación reglada, sino también mediante la supervisión, la autorreflexión y, por encima de todo, el *feedback* de nuestros pacientes, aquellos cuya opinión nunca debemos dejar de tener en cuenta. La investigación debe centrarse, por tanto, en el descubrimiento de aquellos factores que hacen que nuestros resultados sean mejores y en el desarrollo de programas de formación que los tengan en cuenta y fomenten su entrenamiento.

CONCLUSIONES

Lejos de estar en contra de los EST y de los modelos de psicoterapia, creemos que muchos de los tipos de terapia mencionados en este trabajo han hecho aportaciones interesantes al campo y, lo que es más importante, han resultado de ayuda para muchas personas. Apoyamos que cada profesional trabaje desde un enfoque teórico determinado, siempre que forme parte de aquellos que han mostrado ser eficaces, y siempre que se haga de una forma flexible y en consonancia con las características y preferencias de cada paciente. Lo que aquí tratamos de denunciar es la mercantilización, el abuso y la privatización del conocimiento científico sin justificación alguna.

El hecho de que en el listado de EST realizado por la División 12 de la APA (14) se puedan contabilizar al menos 25 tipos de psicoterapia diferentes (y eso siendo generosos a la hora de agrupar algunos tratamientos con marca propia dentro de la misma categoría), y que dispongamos de nada menos que 13 EST para trastornos como la depresión, nos debe hacer reflexionar sobre la posibilidad de abandonar esta corriente de investigación y centrarnos en otros aspectos (los otros dos pilares de la EBPP).

A pesar de la importancia demostrada de los factores comunes en psicoterapia, especialmente el valor de la relación terapéutica, resulta difícil imaginarse una intervención que se base solo en estos elementos. Es imposible trabajar sin un modelo; incluso si alguien decide intentar hacer tal cosa, el hecho de no seguir un modelo ya puede considerarse, paradójicamente y en el mejor de los casos, un modelo en sí mismo. Los enfoques de terapia, aunque solo sean mapas y no el territorio, siguen siendo necesarios para que podamos orientarnos y no terminemos perdidos en algún callejón sin salida o caminando en dirección contraria a nuestro destino. Lo que parece resultar fundamental es ser conscientes de que existen otros mapas que pueden ser igualmente válidos. Es importante, por lo tanto, tener una actitud flexible y no apegarnos en exceso a “nuestros modelos sagrados” (18). Todo esto sin menospreciar la idea que debe guiar nuestro trabajo: que el paciente reciba el mejor tratamiento posible. Por ello debemos seguir investigando y reciclando nuestros viejos modelos, pero sin la necesidad de aprovechar la oportunidad para patentar en cada ocasión una nueva psicoterapia.

Nuestra propuesta, frente al excesivo número de tipos de psicoterapia y a la excesiva importancia dada a los EST, es la de la integración del conocimiento aportado por los diferentes grandes modelos (que no por las marcas), los resultados de la investigación de proceso y los recursos de los pacientes, dirigiéndonos hacia una psicoterapia no única (sabemos que es imposible y probablemente tampoco es deseable), pero que sí tenga en cuenta todos los aspectos que tienen mayor influencia en los resultados y se preocupe más por las personas que buscan ayuda y menos por crear una marca que reporte beneficios económicos y que destaque sobre las demás.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Garfield SL. Towards a scientifically oriented eclecticism. *Scand J Behav Ther* 1987;16(3):95-109.
- (2) Sprenkle DH, Davis SD, Lebow JL. *Common factors in couple and family therapy: the overlooked foundation for effective practice*. Reprint ed. New York: The Guilford Press, 2013.
- (3) Wampold BE, Imel ZE. *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work*. 2nd ed. New York: Routledge, 2015.
- (4) Szasz T. Psychiatry: rhetoric and reality. *Lancet Lond Engl* 1985;2(8457):711-2.
- (5) Kleinke CL. *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1995; p.22.
- (6) Coletti M, Alberti F, Bellucci E, Patruno C, Viscosi A. Pareja y familia de origen. *Genograma móvil para parejas (GMC): un método exploratorio y terapéutico*. *Mosaico* 2016;65:16-29.

- (7) American Psychological Association (APA) Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006;61(4):271-85.
- (8) Hatcher RL. Interpersonal competencies: responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *Am Psychol* 2015;70(8):747-57.
- (9) Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Madrid: Ediciones Pirámide, 2003.
- (10) Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry: Off J World Psychiatr Assoc* 2015;14(2):137-50.
- (11) Martorell JL. Psicoterapias: escuelas y conceptos básicos. Madrid: Pirámide, 1996.
- (12) Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy. *The Consumer Reports Study. Am Psychol* 1995;50(12):965-74.
- (13) Duncan BL, Miller SD, Sparks JA. *The heroic client: a revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy.* Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, 2011.
- (14) American Psychological Association. Recognition of psychotherapy effectiveness. [Internet, agosto de 2012]. [Consultado 15 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>
- (15) Norcross JC, Wampold BE. Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy* 2011;48(1):98-102.
- (16) Lafferty P, Beutler LE, Crago M. Differences between more and less effective psychotherapists: a study of select therapist variables. *J Consult Clin Psychol* 1989;57(1):76-80.
- (17) Okiishi J, Lambert MJ, Nielsen SL, Ogles BM. Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects. *Clin Psychol Psychother* 2003;10(6):361-73.
- (18) Sprenkle DH, Blow AJ. Common factors and our sacred models. *J Marital Fam Ther* 2004;30(2):113-29.

TABLA I

Factores de la relación terapéutica que han mostrado su eficacia
 -Adaptado de Norcross y Wampold (2011)-

| <i>Nivel de evidencia</i> | <i>Elementos de la relación</i> |
|---|---|
| Eficacia demostrada | Alianza en terapia individual Alianza en terapia con adolescentes Alianza en terapia familiar Cohesión en terapia de grupo Empatía Recoger el feedback del cliente |
| Probablemente eficaz | Consenso en las metas Colaboración Consideración positiva |
| Resultados prometedores, pero con investigaciones insuficientes | Congruencia / autenticidad Reparar las rupturas de la alianza Manejar la contratransferencia |

TABLA 2

Elementos ineficaces de la relación terapéutica

-Basado en Norcross y Wampold (2011)-

| <i>Elementos ineficaces de la relación</i> |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Confrontaciones. - Procesos negativos (comentarios y conductas de rechazo, hostiles, peyorativas, críticas o culpabilizadoras). - Suposiciones (intuir o asumir la satisfacción del cliente y el éxito del tratamiento sin consultarlo con aquel). - Terapeuta-centrismo (privilegiar la perspectiva del terapeuta sobre la del cliente). - Rigidez (tratamientos inflexibles y excesivamente estructurados; adhesión dogmática a una teoría o método terapéutico). - “Lecho de Procusto” (hacer que el cliente se ajuste a las características del tratamiento, en lugar de lo contrario). |