



UNIVERSIDAD DE MURCIA

Facultad de Medicina

**PSICOTERAPIA MULTIPACIENTE:
VÍAS DE MEJORA CON ESPECIAL ATENCIÓN
AL ANCIANO**

Ángel Sánchez Bahílo

*“Si la única herramienta que tiene es un martillo,
pensará que cada problema que surge es un clavo”.*

Mark Twain

A Aurora, Elena y Ángel

Agradecimientos

A Jan Birtle, cuyos consejos guiaron este trabajo, por enseñarme, guiarme y apoyarme durante mi vida como emigrante, por descubrirme el potencial de la psicoterapia médica para cambiar el mundo, desde dentro y desde fuera de la consulta.

A John Hudson, por ayudarme con las búsquedas electrónicas.

A Birmingham and Solihull Mental Health NHS Foundation Trust y a Wolverhampton City NHS Primary Care Trust por permitirme utilizar el portal Athens para las búsquedas electrónicas.

A Claire Davis y Richard Onyon por su trabajo en el proyecto SUITSS.

A Chris Mace y Debra Nash por sus sugerencias de artículos relevantes para la revisión sistemática.

A María Trinidad Herrero, que me introdujo en el mundo de la ciencia y me ancla a los cimientos del mundo científico cuando me sumerjo en las profundidades del inconsciente y la irracionalidad.

A Francisco Toledo, José Hernández, José Abellán y Mercedes Sánchez de las Matas por introducirme en la Psiquiatría y porque Paco ha prometido enseñarme a hipnotizar.

A mis compañeros Ricardo Alarcón, Pilar Salinas, Carlos García, Loreto Medina, Techa Bernal, Unai Martínez, Emilio López, Carmen Medina, Israel Martín, Manu Reus y Pedro Rosique que me acompañaron en mi entrada a la

Psiquiatría y me ayudaron con la organización de las guardias para poder aprender psicoterapia psicoanalítica.

A Sofía Ruiz, Mar Martínez-Cachá y los compañeros del Centro Psicoanalítico de Madrid por guiarme y acompañarme en mi entrada en la psicoterapia psicoanalítica.

A Daniel Valiente, Anne Doyle, Gillian Rathbone, Deborah Nash y Hassan Kapadia por guiarme y acompañarme en la psicoterapia multipaciente.

A mis compañeros Zoonia Nazir, Matthew Viveier, Anne-Marie Feeley, Gary Fountoulaki, Meave Cockayne, María Turri y Simon Heyland que me acompañaron en el camino de la psicoterapia médica.

A Ramanathan Ganapathy que me ayudó a construir puentes entre la psicoterapia y la Psiquiatría.

A Teresa Black, Mark Pearson, David Fainman y Alberto Pérez de Albéniz por hacerme sentir una parte valiosa de una comunidad profesional.

A mis padres, a los que todo debo.

A mi mujer Aurora e hijos Elena y Ángel, que constituyen mi centro de gravedad.

A mis pacientes, que arriesgaron su salud para enseñarme.

Índice

	Pags.
Índice	1
1 Introducción	5
1.1 La situación actual	5
1.1.1 Notas preliminares	5
1.1.2 Eficacia de la técnica	7
1.1.3 Efectividad del terapeuta	9
1.1.4 Contribución de los pacientes	11
1.2 Hipótesis y objetivos	15
1.2.1 Hipótesis	15
1.2.2 Objetivos	16
2 Método	19
2.1 Contribución de las características del terapeuta al resultado de la terapia multipaciente	19
2.1.1 El foco	19
2.1.2 Criterios de inclusión	20
2.1.3 Métodos de búsqueda para la identificación de estudios	22
2.1.4 Análisis los estudios	25
2.1.5 Análisis de la calidad de los estudios	27
2.1.6 Control de factores de confusión	29
2.1.7 Análisis de la literatura	30

2.1.8 Características del terapeuta: análisis global	30
2.1.9 Características del terapeuta: análisis por técnica y diagnóstico	31
2.2 Contribución de los pacientes	32
2.2.1 Desarrollo de la herramienta	32
2.2.2 Utilización de la herramienta	33
3 Resultados	34
3.1 La búsqueda	34
3.1.1 Artículos desechados	35
3.1.2 Revisiones y artículos teóricos	40
3.1.3 Artículos incluidos en esta revisión	41
3.2 La literatura	47
3.2.1 Foco de los artículos	47
3.2.2 Fecha de publicación	48
3.2.3 Relación entre el foco del estudio y la positividad de los resultados	49
3.2.4 Tipo de estudios	51
3.2.5 Técnicas terapéuticas utilizadas	52
3.2.6 Medidas de resultados	52
3.3 Características del terapeuta: análisis global	54
3.3.1 Características demográficas	55
3.3.2 Características profesionales	59
3.3.3 Variables psicosociales	74

3.4 Características del terapeuta por técnica	77
3.4.1 Características del terapeuta por técnica: terapia de grupo	78
3.4.2 Características del terapeuta por técnica: terapia de familia	79
3.4.3 Características del terapeuta por técnica: terapia de pareja	81
3.5 Características del terapeuta por diagnóstico	82
3.5.1 Características del terapeuta por diagnóstico: depresión	83
3.5.2 Características del terapeuta por diagnóstico: abuso de sustancias	84
3.5.3 Características del terapeuta por diagnóstico: cáncer de mama	84
3.6 SUISS	85
3.6.1 Desarrollo de la herramienta	85
3.6.2 Uso de la herramienta y evaluación de su impacto	86
4 Discusión	
4.1 Discusión introductoria	87
4.1.1 Foco de los artículos	91
4.1.2 Fecha de publicación	92
4.1.3 Relación entre el foco del estudio y la positividad de los resultados	92

4.1.4 Tipo de estudios	93
4.1.5 Características demográficas del terapeuta	96
4.1.6 Características profesionales del terapeuta	99
4.1.7 Variables psicosociales	101
4.2 SUISS	104
4.2.1 Aplicación de SUISS	105
4.2.2 Evaluación del impacto de SUISS	107
4.3 Recomendaciones	108
5 Conclusiones	112
6 Referencias	114
7 Lista de abreviaturas	130
Apéndice 1: Resumen de los artículos	
Apéndice 2: Calidad metodológica Control de factores de confusión	
Apéndice 3:	
Fecha de publicación de los artículos	
Foco y significación de los estudios	
Tipo de estudios	
Medidas de resultados	
Técnicas de psicoterapia multipaciente	
Apéndice 4: Resumen de resultados	
Apéndice 5: Criterios de la búsqueda electrónica	
Apéndice 6: SUISS	

1. Introducción

1.1 La situación actual

1.1.1 Notas preliminares

Unos 450 millones de personas tienen algún problema de salud mental a lo largo de su vida y un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Los trastornos mentales provocan mortalidad prematura por suicidio, aislamiento social y, en Europa, constituyen la primera causa de carga de enfermedad, afectando a una de cada cuatro familias, (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007)

Frente al reduccionismo del modelo médico imperante de manera tradicional, se plantea un modelo biopsicosocial que, aparte de los factores biológicos, también tiene en cuenta factores sociales y psicológicos (Engel, 1977). Desde el punto de vista terapéutico, el abordaje de la complejidad del paciente visto desde este modelo incluye las perspectivas médica, social y psicológico/psicoterapéutica.

Centrándonos en los tratamientos psicoterapéuticos, la inversión en psicoterapia supone una cantidad ingente de recursos. Desde que Freud (1895) desarrollara la primera técnica moderna de psicoterapia (el psicoanálisis), se han desarrollado más de 400 técnicas distintas, (Erwin,

1997a), muchos pacientes se han sometido a psicoterapia y se han gastado cantidades enormes de dinero, público y privado en su aplicación. Como ilustración de la escala del gasto sirven los 309 millones de libras esterlinas requeridas para implantar en tres años el programa IAPT (Improving Access to Psychological Therapies, mejora del acceso a las terapias psicológicas) para administrar psicoterapia en atención primaria en el Reino Unido, (Turpin, 2008). El impacto de esta inversión humana y económica debe ser optimizado.

En este trabajo nos centramos en el ámbito de la psicoterapia multipaciente que definimos como un conjunto de técnicas psicoterapéuticas en las que se trabaja con más de un paciente en la sala de terapia. Es un grupo de técnicas heterogéneo pero bien delimitado, que incluye terapias de grupo, de familia y de pareja, y que resulta especialmente interesante al abordar directamente a varios pacientes a la vez, incrementando el coste-efectividad de la intervención en relación con la terapia individual. La definición propuesta para este grupo de psicoterapias ofrece la ventaja de que permite identificar fácilmente qué técnicas pertenecen a él y será utilizada para delimitar el marco en el que se desarrollará este trabajo.

La optimización de la atención psicoterapéutica requiere la exploración de distintos frentes: la identificación de las técnicas psicoterapéuticas eficaces, la comprensión de qué hace efectivo a un terapeuta y la potenciación de la participación de los pacientes con vistas a desarrollar su autonomía y su sentimiento de agencia, aprovechar la

perspectiva que aportan desde su posición en el sistema sanitario y potenciar la alianza terapéutica al hacerles corresponsables de la planificación e implementación de la atención sanitaria (Hansen et al, 2004).

1.1.2 Eficacia de la técnica

La psicoterapia en general, y la psicoterapia multipaciente en particular, son efectivas en el tratamiento de algunos pacientes. Aunque la investigación demuestra su efectividad, falta claridad acerca de cuáles son los elementos activos de la psicoterapia, el “peso relativo” de cada uno de ellos y las contribuciones específicas de la técnica y las características del paciente y el terapeuta.

La eficacia de algunas técnicas psicoterapéuticas concretas ha sido estudiada ampliamente, entre otros métodos mediante la utilización de tratamientos manualizados y ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECAs). Aunque esta evidencia está sujeta a múltiples interpretaciones y puede necesitar más desarrollo, (Erwin, 1997b), permite concluir que hay conocimiento suficiente para demostrar que la psicoterapia es más efectiva que la situación de control en lista de espera y que “placebo psicoterapéutico” en diversos trastornos psiquiátricos, (Bachar, 1998).

La División 12 de la “American Psychological Association” ha confeccionado una lista de tratamientos respaldados por la evidencia

empírica (EST, empirically supported treatments) cuya eficacia ha sido comprobada, (Karver et al, 2006). De manera similar, las psicoterapias multipaciente han sido investigadas intensivamente, (Blackmore et al, 1999) y el tamaño del efecto de la psicoterapia de grupo ha sido estimado mediante procedimientos meta-analíticos en 0,58, (Burlingame, Fuhrman y Mosier, 2003). Este es un efecto moderado, similar al de otras técnicas psicoterapéuticas y superior al de los antidepresivos, (Shedler, 2010). Asimismo, la terapia de familia está explícitamente recomendada en las guías clínicas NICE para el tratamiento de la esquizofrenia, (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009).

Algunos autores consideran que la psicoterapia es efectiva y que no hay diferencias de efectividad entre las distintas técnicas de psicoterapia. Esta es la hipótesis del “pájaro dodó”, que postula que la mejoría de los pacientes viene determinada por elementos inespecíficos, no por la técnica, y que todas las terapias son efectivas, (Rosenzweig, 1936; Cooper, 2008). Esta hipótesis es rechazada por otros autores, entre ellos De Rubeis, Brotman y Gibbons (2005), que abren la puerta a considerar no sólo el impacto de la técnica sino a discriminar la importancia relativa de diferentes elementos de la psicoterapia, como el terapeuta y el paciente.

La eficacia de la técnica psicoterapéutica ha sido investigada ampliamente, hasta el punto de desplazar otros frentes de investigación

que pueden optimizar los resultados terapéuticos (Carroll, 2001). Es en estos otros frentes en los que se centra este trabajo.

1.1.3 Efectividad del terapeuta

También se ha investigado el impacto terapéutico del terapeuta, especialmente en el campo de la psicoterapia individual, (Lawson y Brossart, 2003; Sandell et al, 2006) y se ha evidenciado que no todos los terapeutas son igualmente efectivos, (Barkham, Hardy y Mellor-Clark, 2010). Sin embargo, la investigación sobre el impacto de las características del terapeuta en el resultado de la psicoterapia multipaciente es limitada y no está sistematizada.

El estudio del impacto terapéutico de la persona del psicoterapeuta afronta distintas dificultades. La caracterización de los efectos del terapeuta requiere tamaños muestrales grandes al haber múltiples características del psicoterapeuta, interrelacionadas entre sí, que pueden actuar como factores de confusión unas de otras. Además, en la práctica clínica, las características del terapeuta, incluyendo el nivel de formación, están frecuentemente asociadas con el enfoque terapéutico, que a su vez constituye otro factor de confusión. Por ejemplo, en E.E.U.U., el “counselling” para abuso de sustancias suele ser practicado por profesionales con nivel de licenciatura o “master”, mientras que los abordajes conductistas o psicodinámicos suelen ser utilizados por terapeutas con nivel de doctorado, (Carroll, 2001).

Un abordaje global a los rasgos que hacen efectivo a un terapeuta plantea el riesgo de sobresimplificar la cuestión, dado que el impacto de las distintas características del terapeuta puede variar en función del tipo de terapia y de la población diana. Algunos factores de la efectividad del terapeuta pueden ser específicos para un tipo de terapia y la importancia de factores inespecíficos puede variar de un tipo de terapia a otro. Incluso limitándonos al campo de la psicoterapia multipaciente, hay múltiples técnicas psicoterapéuticas aplicadas a pacientes con diferentes características. Por ello, este abordaje global debe complementarse con abordajes específicos, reduciendo el foco de estudio a determinadas técnicas o diagnósticos.

Otra dificultad para la comprensión del impacto del terapeuta se debe a la falta de desarrollo de la investigación empírica en este campo, puesto que gran parte de la investigación tiende a centrarse en demostrar la eficacia de técnicas específicas en diagnósticos concretos, dadas las repercusiones económicas de este enfoque. Esto ha llevado el abandono relativo de la investigación del efecto de las características del paciente y del terapeuta (Carroll, 2001).

La revisión sistemática de la investigación empírica de los factores del terapeuta que pueden predecir la efectividad de la psicoterapia multipaciente ayudaría a reunir el conocimiento actual sobre el tema y nos permitiría analizar el impacto de diferentes características del terapeuta, como su formación, experiencia y particularidades demográficas. No hemos encontrado evidencia de que esto haya sido

estudiado sistemáticamente con anterioridad. Este trabajo trata de resolver esa falta. Este trabajo aborda el impacto específico del terapeuta, más allá de la eficacia de las técnicas, tratando de reunir toda la evidencia procedente de la investigación primaria.

1.1.4 Contribución de los pacientes

Algunas características de los pacientes contribuyen al resultado de la psicoterapia. Roth y Fonagy (2004), en una amplia revisión de la eficacia de la psicoterapia, reflejan cómo la técnica psicoterapéutica y el diagnóstico del paciente afectan los resultados terapéuticos. Otras características de pacientes que también se han estudiado en psicoterapia individual, de grupo, de familia y de pareja incluyen el sexo y la raza, (Sterling et al, 1998), la “reactancia psicológica” y estilos de afrontamiento externalizadores, (Baker y Neimeyer, 2003), variables socioeconómicas, (Woodward et al, 1981) y la educación y compromiso con una relación, (Epstein et al, 1994). Aún reconociendo la importancia de la comprensión de las características del paciente que afectan la efectividad de la terapia, el interés de este trabajo no se dirige tanto a características del paciente que no se pueden cambiar como a la exploración de intervenciones activas por parte del paciente que puedan mejorar el resultado de la terapia.

La participación y el “empoderamiento” de los pacientes es un objetivo fundamental y explícito del Sistema Nacional de Salud en

Inglaterra (NHS), (Department of Health, 2009). Más allá de Inglaterra, toda institución de servicio puede beneficiarse de la perspectiva ofrecida por sus usuarios. Bhui et al (1998) plantean que la participación de los usuarios de servicios sanitarios puede incluir su representación en la planificación de grupos, diseño de nuevos servicios y la contribución a la formación y el reclutamiento de personal. Sin embargo, no existe un abordaje estructurado y cuantificable para la contribución de los pacientes a la selección del personal sanitario en general y psicoterapeutas en particular. Al abordar este problema, hay que tener en cuenta que los intentos de incorporar la visión de los usuarios de una manera consistente e inclusiva son fácilmente distorsionables dado que los pacientes que participan en estos proyectos no siempre representan adecuadamente a su comunidad, (Crawford et al, 2003).

En el terreno de la salud mental, la participación de los pacientes en el desarrollo de servicios es especialmente importante, ofreciendo una oportunidad terapéutica para combatir el estigma, la impotenzación y la marginación que experimentan muchos enfermos mentales. Esta participación puede beneficiar la calidad de los servicios y beneficiar a pacientes en su proceso de recuperación. La no incorporación de la perspectiva de los usuarios en el reclutamiento del personal que va a trabajar con ellos plantea el riesgo de tecnocratización del sistema y la impotenzación y marginación de aquellos a los que se pretende ayudar; atenta contra el principio de autonomía de los pacientes y refuerza la percepción paternalista de los sistemas de salud mental, (Hansen et al,

2004). Sin embargo, si no se definen claramente las expectativas y el rol de los usuarios en el reclutamiento de personal, existe el riesgo de que cualquier iniciativa en este sentido pueda convertirse en un ejercicio con un valor puramente simbólico.

En el Reino Unido, los pacientes participan en ocasiones en la selección del personal de salud mental para el NHS y forman parte de paneles de reclutamiento, (Bhardwaj y Kathane, 2009). El sistema de contratación de personal es flexible y adaptado localmente y permite este tipo de iniciativas. Sin embargo, este abordaje no está estructurado y la contribución de los pacientes a la decisión sobre la contratación no está bien definida.

En España, el principio de autonomía es básico en el modelo comunitario de atención (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) y se puede fomentar priorizando intervenciones que refuercen los recursos personales del paciente y luchando contra el estigma, la discriminación y la marginación. Sin embargo, la contratación de personal sigue baremos determinados por el *curriculum vitae* y exámenes donde los pacientes no tienen la oportunidad de expresar su opinión sobre los candidatos.

Una búsqueda en Pubmed el 9 de Febrero del 2011 no encontró artículos que reflejasen iniciativas para implicar a pacientes en el reclutamiento de personal de salud mental más allá de la participación de un individuo en un panel de selección.

La participación de los pacientes con trastorno de personalidad (TP), (WHO, 1992) es especialmente importante dado que el Departamento de Salud del Reino Unido reconoce que “las personas con un diagnóstico primario de trastorno de la personalidad frecuentemente no logran obtener el cuidado que necesitan por parte de los servicios secundarios de salud mental” (NIMH, 2003). El entorno de una comunidad terapéutica (CT) en el que estos pacientes son tratados en ocasiones proporciona un ambiente en el que la visión de los pacientes puede ser recogida. Cada CT, aunque formada por individuos distintos, desarrolla una “matriz” de relaciones y comunicaciones como producto de su historia y circunstancias y una “cultura” que trasciende a los individuos y expresa una visión global sobre distintos problemas, (Foulkes, 1990). Este consenso, junto con la negociación necesaria para alcanzarlo, va más allá de las medias estadísticas obtenidas al abordar con cuestionarios a pacientes individuales que pueden no representar a su comunidad, (Gerkenmeyer y Austin, 2005) y garantiza la representatividad de sus hallazgos.

En este estudio trabajamos en una comunidad terapéutica de pacientes con trastorno de personalidad y planteamos un abordaje metodológico para procesar la perspectiva de pacientes con vistas a desarrollar y probar una herramienta estructurada (Service User Informed Tool for Staff Selection, SUISS o herramienta para la selección de personal desarrollada en colaboración con usuarios). Esta herramienta permite recoger la visión de los pacientes durante el proceso de

selección de personal sanitario en general y de psicoterapeutas en particular. Dado el déficit de estudios que investiguen el impacto de la implicación de los pacientes en la selección de personal, planteamos el diseño de una herramienta que permita a los pacientes definir los parámetros que ellos consideran importantes en los terapeutas para después cuantificarlos, de manera que obtengamos valores cuantitativos con los que poder valorar posteriormente su impacto.

1.2 Hipótesis y objetivos

1.2.1 Hipótesis

La hipótesis de este estudio es doble:

- 1) El impacto de la psicoterapia, en concreto la psicoterapia multipaciente, depende de la persona del terapeuta y de sus características, (Freud, 1926; Blow, Sprenkle y Davis, 2007).
- 2) Es posible involucrar a los pacientes en la selección de los terapeutas con los que trabajan.

Una hipótesis implícita en el estudio de la hipótesis 1 es que la psicoterapia afecta a los pacientes. Cuando una intervención psicoterapéutica no produce diferencias en sus resultados, no es posible determinar si una parte de la diferencia se debe a las características del

terapeuta. Este fenómeno ha sido descrito por Burlingame y Barlow (1996) como “efecto suelo” e imposibilita la interpretación de resultados negativos, cuestionando el valor de los estudios en los que sucede.

Es necesario aclarar que, en este trabajo, “predicción” o “impacto” hacen referencia a una correlación entre características del terapeuta y el resultado de la psicoterapia. La causalidad es una relación más compleja que no se abordará en este trabajo más allá de las conexiones sugestivas que pueden aportar los estudios empíricos y los ECAs en particular. Sin embargo, una predicción del resultado de la terapia es útil para optimizar sus resultados. Con el propósito de contribuir a este esfuerzo predictivo, este trabajo busca relacionar datos del terapeuta cognoscibles antes de la terapia con el resultado de esta y deja de lado el estudio de variables de proceso que, aunque puedan predecir el resultado de la terapia, llegan tarde para aconsejar si se inicia o no una intervención terapéutica.

1.2.2 Objetivos

- 1) Evaluar la calidad de la investigación empírica sobre el impacto de las características del psicoterapeuta en el resultado de la psicoterapia multipaciente.
- 2) Establecer qué características del terapeuta afectan el resultado de la psicoterapia multipaciente

- 3) Hay múltiples instituciones encargadas de la formación en y regulación de la psicoterapia (en España la FEAP, en Reino Unido UKCP, BPC, IGA), que respaldan la calidad de la psicoterapia. Pretendemos ofrecer una base empírica sobre la que fundamentar sus normas sobre formación y supervisión. Así, apoyadas en una mejor comprensión del impacto del terapeuta podrán guiar el desarrollo de la eficacia de la psicoterapia tanto para el público en general como para grupos específicos con necesidades especiales. Es un hecho conocido que determinados sectores de la población, entre ellos la minoría étnica negra, tienen más dificultad para acceder a los tratamientos de psicoterapia y se ha sugerido que la etnicidad del terapeuta afecta la experiencia de la psicoterapia para los miembros de algunas minorías étnicas. (Rosenheck, Fontana y Cottroll, 1995). Si esta asunción se confirmase, debería tenerse en cuenta en la práctica al emparejar pacientes y terapeutas.
- 4) La psicoterapia no siempre es efectiva y puede incluso ser perjudicial. En algunos círculos profesionales se acostumbra a evaluar a los pacientes antes de aceptarlos en terapia para estimar la probabilidad de que la psicoterapia sea exitosa. Una mejor comprensión del papel del terapeuta en el encuentro terapéutico podría mejorar esta previsión,

minimizando los resultados negativos y maximizando los positivos.

- 5) Establecer recomendaciones para futuras investigaciones sobre el impacto terapéutico de las características del psicoterapeuta multipaciente.
- 6) Desarrollar un proceso que permita a pacientes construir una herramienta con la que contribuir formalmente al proceso de selección de terapeutas para trabajar en un servicio de salud como el NHS.
- 7) Pilotar esta herramienta en el proceso de selección de psicoterapeutas que optan a un puesto en el NHS para ver su aplicabilidad.
- 8) Evaluar en particular la investigación sobre el impacto clínico de las características del terapeuta multipaciente en el trabajo con población anciana.

2. Método

2.1 Contribución de las características del terapeuta al resultado de la terapia multipaciente

2.1.1 El foco

La revisión sistemática de la investigación empírica sobre los factores del terapeuta que predicen el resultado de la psicoterapia multipaciente comenzó con la identificación de los estudios relevantes, aquellos que comparasen resultados clínicos entre pacientes tratados por terapeutas con diferentes características personales, pero que utilizarasen la misma intervención terapéutica.

Esta revisión buscó la evidencia de una conexión con carácter predictivo entre las características del terapeuta y el resultado clínico, restringiendo su ámbito a estudios empíricos y cuantitativos que conectasen características del terapeuta antes de la terapia con resultados en el paciente tras la terapia. Estos estudios tenían que ser accesibles para el autor, por lo que las fuentes se limitaron a revistas científicas publicadas en idiomas que el autor pudiera leer. Los criterios finales de inclusión de artículos en esta revista fueron:

2.1.2 Criterios de inclusión

Los estudios que se incluyeron en esta revisión (a) examinaban tratamientos incluidos en la categoría de psicoterapia multipaciente, (b) eran empíricos, (c) incluían una o más medidas de resultados cuantitativas, (d) consideraban características del terapeuta observables con anterioridad a la terapia, (e) estudiaban la conexión entre las características del terapeuta y el resultado de la terapia, (f) estaban publicados en revistas científicas, (g) estaban escritos en inglés, castellano o francés.

a) Bajo el término psicoterapia multipaciente se incluyeron terapias de grupo, familia y pareja pero no se restringió a priori su ámbito de inclusión a estas categorías.

b), f) y g) Para esta revisión se utilizaron estudios empíricos. Las revisiones se utilizaron para identificar artículos primarios y para obtener información de fondo pero no fueron analizadas. Las tesis doctorales (y sus resúmenes publicados) fueron excluidas por la dificultad de obtener la fuente primaria.

c) Los estudios incluidos en esta revisión utilizaron medidas directas y cuantitativas de resultados clínicos. Estas medidas se hicieron extensivas a mediciones de mejoría clínica determinadas por el terapeuta o el paciente, satisfacción del paciente y tasas de continuación con la terapia cuando estas eran sugestivas de resultados, pero no el número bruto de sesiones atendidas. Las medidas de proceso como la alianza

terapéutica, variables de la relación terapéutica desarrolladas durante la terapia, empatía, etc, no fueron aceptadas como medidas de resultados.

d) Las características del terapeuta investigadas por los estudios incluidos en esta revisión tenían que ser observables fuera del proceso terapéutico, tales como edad, sexo, raza, idioma, religión, rasgos de personalidad, haberse sometido a psicoterapia personalmente, bienestar emocional, etc.

Los estudios enfocados a características del terapeuta que sólo podrían ser observadas en el proceso de la terapia, como competencia en la administración de una determinada técnica psicoterapéutica, tipos de intervención terapéutica predominante (amistosa, dominante, etc), comportamientos, actitudes, patrones de interacción verbal, patrones de comunicación multicanal y no verbal, etc, no fueron incluidos en esta revisión. Los estudios sobre habilidades del terapeuta fueron aceptados cuando estas fueron determinadas con antelación a la terapia, pero no si se evaluaron durante ella.

Los estudios sobre el impacto de la profesión del terapeuta, su nivel de formación y experiencia fueron aceptados cuando se centraban en características del terapeuta, pero las comparaciones de programas de formación o de orientaciones teóricas de los terapeutas fueron desechadas al considerar que las diferencias en resultados clínicos que detectasen podrían deberse a variaciones en la técnica psicoterapéutica más que a diferencias en la persona del terapeuta. Por razones similares,

los estudios que investigaban el impacto de variaciones en técnica psicoterapéutica tales como manualización del tratamiento, grado de adherencia del terapeuta a un modelo terapéutico concreto, presencia de más de un terapeuta en la sala de terapia, uso de supervisión o de un equipo de reflexión, etc, no fueron incluidos.

Como el foco de la revisión fue el impacto de la persona del terapeuta, los estudios sobre la importancia de elementos definidos por el marco institucional, tales como tasa de recambio del personal, honorarios profesionales y elección del terapeuta por parte del paciente fueron excluidos.

Los pacientes no fueron restringidos a ningún grupo diagnóstico en particular, siempre y cuando fueran tratados con psicoterapia multipaciente.

2.1.3 Métodos de búsqueda para la identificación de estudios

La búsqueda de estudios siguió una estrategia escalonada con multiples fases.

La primera fase consistió en una búsqueda electrónica. El 6 de Abril de 2011 se utilizó el motor de búsqueda de Athens para cribar las 8 bases de datos accesibles desde el NHS, sin límites de fecha. El apéndice 5 recoge los criterios de búsqueda. Para minimizar sesgos en los criterios de búsqueda derivados de la subjetividad del autor, y para

incrementar la sensibilidad de la búsqueda, los criterios de búsqueda fueron consensuados con un profesional de la información, (Petticrew, 2001). En concreto, por un bibliotecario del New Cross Hospital (Wolverhampton, Reino Unido).

Las bases de datos exploradas fueron Medline, PsycInfo, Embase, CINAHL, Amed, BNI, Health Business Elite y HMIC.

Aunque los términos de la búsqueda en cada base de datos variaron para acomodarse a la singularidad de cada thesaurus, la estrategia general de búsqueda se dirigió a encontrar estudios que incluyeran todos los elementos siguientes en su título o resumen, o como palabras clave.

- a) Psicoterapias multipaciente (grupo, familia, pareja...).
- b) Resultados del tratamiento.
- c) Características del terapeuta.

Los artículos encontrados en las ocho bases de datos (Ver apéndice 5, apartados 113, 153, 187, 218, 246, 283, 284 y 285) se cribaron mediante su título y resumen para determinar si parecían cumplir los criterios de inclusión para esta revisión).

La segunda fase de la búsqueda partió de los artículos identificados en la primera para localizar más trabajos.

El uso de la herramienta de Pubmed “related articles” permitió, para los artículos localizados en Medline, localizar artículos similares que

fueron cribados mediante su título y resumen. Todos los artículos localizados de esta manera fueron a su vez explorados con la herramienta “related articles”.

También se cribaron las listas de referencias de los artículos localizados en las otras siete bases de datos para identificar más artículos mediante su título. Cuando algún título parecía apropiado, se buscaba su resumen en la base de datos correspondiente y se tomaba una decisión acerca de su inclusión provisional en esta revisión.

En la tercera fase de la búsqueda, se consultó a profesionales del campo de la psicoterapia para identificar más artículos. Las listas de referencias de estos artículos también se exploraron para localizar nuevos estudios.

Los artículos fueron obtenidos mediante la Wolverhampton New Cross Hospital Library y los servicios de biblioteca del Royal College of Psychiatrists que, cuando no tenían acceso directo a los artículos, recurrieron a la British Library.

Finalmente, los artículos fueron estudiados en detalle para determinar si cumplían los criterios de inclusión para esta revisión. Se consignaron los motivos de exclusión de aquellos artículos que, habiendo alcanzado esta fase de la criba, no fueron incluidos.

2.1.4 Análisis de los estudios

Los artículos incluidos en esta revisión fueron analizados para identificar la información relevante que contenían. De cada artículo, se extrajo sólo la información relevante para la hipótesis de esta revisión y se tabuló en una rejilla predeterminada que se reproduce en el apéndice 1.

La información extraída de cada artículo consistía en:

Tipo de estudio: Hay que reseñar que algunos estudios podían ser ECAs para su hipótesis principal pero si los pacientes no eran asignados aleatoriamente al terapeuta o a la característica del terapeuta fueron clasificados como estudios de cohorte para los propósitos de esta revisión.

Intervención terapéutica: técnica o técnicas concretas utilizadas en el experimento.

Pacientes: número de pacientes, familias o parejas y las condiciones requeridas para su inclusión en el estudio (ej: diagnóstico).

Terapeutas: número de terapeutas y características a priori cuyo impacto se pretendía a comprobar con el estudio.

Medidas de resultados utilizadas en el estudio para valorar la mejoría de los pacientes (o su ausencia).

Periodo de seguimiento tal y como se describe en los métodos del estudio.

Resumen de resultados interpretados directamente de los análisis realizados en el estudio.

Conclusiones de los autores: tal y como ellos interpretaron su propio análisis.

Cambio en las medidas: una valoración sobre si hubo variaciones clínicas durante el estudio. Si la intervención terapéutica no produce cambios en las variables estudiadas, el efecto suelo podría enmascarar el impacto del terapeuta. En puridad, debería demostrarse que el cambio terapéutico es consecuencia directa de la intervención mediante su comparación con placebo, tal como se hace en estudios que demuestren la eficacia de la intervención. Sin embargo, los estudios buscados en esta revisión, orientados al impacto de las características del terapeuta, son estudios de efectividad y no utilizan esta metodología. En los estudios de eficacia, la valoración del impacto de las características del terapeuta, sólo sería analizada como una hipótesis secundaria. Esta revisión, al tener como objetivo principal estudios de efectividad, aceptó unos criterios de calidad menos restrictivos, valorando solamente si había cambios estadísticamente significativos en las variables clínicas consideradas, independientemente del origen de estos cambios.

Resultados: datos sobre los cuales los autores realizaron sus análisis, cuando estos se comunicaron en el artículo.

Además, se consignó qué estudios estaban conducidos en población anciana.

2.1.5 Análisis de la calidad de los estudios

El ECA fue tomado como el modelo de estudio que abordaría la hipótesis de esta revisión. El análisis de calidad de estos estudios no siguió el modelo CONSORT, propuesto como “gold standard” para la evaluación de ECAs (Altman, 1996), definiendo un nuevo marco de variables relevantes para los estudios en este campo. Consideramos el modelo CONSORT excesivamente detallado, ofreciendo demasiada información que obscurece aquella que resulta relevante para nuestros fines. Por ejemplo, al contrario que CONSORT, no consideramos esencial para el trabajo aquí realizado, si la pertenencia de un estudio al tipo ECA está comunicada en el título o en otra parte del artículo. Para valorar la calidad de cada estudio, se consideraron ocho variables diferentes (Ver apéndice 2: tablas sobre calidad metodológica 1, 2 y 3).

Se intentó valorar la calidad de los estudios antes de leer sus resultados. Este “cegamiento” no pudo ser realizado consistentemente dado que este fue un proyecto unipersonal en el que el autor tuvo que leer los artículos para determinar si cumplían los criterios de inclusión en la revisión antes de valorar su calidad. Las variables consideradas para valorar la calidad de los estudios fueron:

- 1) Si los autores describían adecuadamente el proceso de aleatorización al asignar pacientes a los terapeutas.

2) Si se podía garantizar que la intervención terapéutica administrada era la pretendida, mediante el uso de tratamientos manualizados y valorando la adherencia.

3) Si el estudio estaba libre de comunicación selectiva o dejaba de aportar información esencial (necesaria para que el autor pudiera comprobar las conclusiones de los autores, o para comprobar otras hipótesis relevantes para los objetivos de esta revisión, con datos que los autores se habían propuesto recoger).

4) Si el artículo abordaba la pérdida de datos o pacientes durante el desarrollo del estudio.

5) Si se utilizaba un análisis por intención de tratar.

6) Si se explicitaba que el paciente de la psicoterapia era ciego a la característica del terapeuta que se estaba investigando.

7) Si los investigadores que midieron los resultados clínicos eran ciegos a las características del terapeuta que se estaban investigando.

8) Si los resultados utilizados para esta revisión eran centrales en el estudio o derivados de una hipótesis secundaria del artículo. En los estudios que comprobaron varias hipótesis simultáneamente, el primer criterio para identificar la hipótesis central consistió en valorar para qué variable fueron aleatorizados los pacientes. Cuando esto no aclaró la cuestión, se aceptó la comunicación de los autores acerca de cuál era su hipótesis principal. En los artículos en los que no se explicitó qué

hipótesis era la principal, esta se infirió a partir del énfasis en la redacción o de la longitud relativa de su descripción.

2.1.6 Control de factores de confusión

Se utilizó un listado de factores de confusión como modelo de referencia para ver si se controlaban en los estudios. (Apéndice 2: tablas sobre factores de confusión 1 a 4).

Esta lista incluyó variables del terapeuta: edad, sexo, raza, formación, experiencia y profesión de origen al ser estas las variables más estudiadas en la literatura empírica sobre el impacto del terapeuta en la terapia multipaciente. También se consideró como factor de confusión si el terapeuta había recibido psicoterapia personal, dada la relevancia histórica de este elemento en la tradición psicoterapéutica, (Freud, 1926) y la importancia que aún se le da hoy en día en la formación de psicoterapeutas de orientación psicoanalítica.

Se consideraron los siguientes factores de confusión dependientes del paciente: edad, sexo, raza, diagnóstico y severidad al ser estas las variables de los pacientes más frecuentemente tenidas en cuenta en la literatura. Por simplicidad, se abordaron como factores de confusión variables biológicas como sexo y raza. El género y la etnicidad son factores más complejos y subjetivos, no siempre bien descritos en la literatura y que frecuentemente quedan asimilados a sus componentes biológicos.

El último factor de confusión considerado fue la intervención terapéutica utilizada en el estudio.

Para determinar si estos factores de confusión estaban controlados se utilizaron umbrales poco exigentes. Se aceptó como criterio para considerar que la variable intervención terapéutica estaba controlada que los autores reportasen qué técnica terapéutica habían utilizado, sin requerir evaluación de la adherencia al modelo. También se consideraron como controladas las variables consideradas por los autores como dependientes, incluso cuando había varias de ellas y en ausencia de indicaciones sobre cómo se controlaba cada una para el análisis de las otras.

2.1.7 Análisis de la literatura

Los artículos incluidos en esta revisión fueron analizados desde un punto de vista descriptivo para obtener una perspectiva de la investigación en este campo. La información que se buscó fue: foco de los artículos, año de publicación, tipo de estudios, técnicas terapéuticas empleadas y medidas de resultados utilizadas.

2.1.8 Características del terapeuta: análisis global

Los artículos incluidos en esta revisión fueron analizados para determinar qué características del terapeuta fueron investigadas en

relación con resultados terapéuticos en psicoterapias multipaciente y si la investigación mostraba que estas tuvieran impacto terapéutico.

Cada característica del terapeuta fue examinada por separado, revisando los artículos que aportaban información sobre su influencia en los resultados terapéuticos, agrupando los hallazgos y reanalizándolos con procedimientos meta-analíticos cuando fue posible y evaluando la calidad de los estudios para reunir el conocimiento actual sobre este campo.

2.1.9 Características del terapeuta: análisis por técnica y diagnóstico

Las características del terapeuta que afectan el resultado de la terapia pueden cambiar de una técnica terapéutica a otra. Se realizaron subanálisis del impacto de las características del terapeuta en el resultado terapéutico para cada conjunto de técnicas multipaciente: terapias de grupo, familia y pareja. De manera similar, se realizaron subanálisis de la influencia de las características del terapeuta en los resultados para cada diagnóstico abordado en más de un estudio.

2.2 Contribución de los pacientes

2.2.1 Desarrollo de la herramienta

En un servicio de trastornos de la personalidad del NHS, compuesto por dos comunidades terapéuticas (una CT residencial y una CT de día) se formaron dos grupos de trabajo, cada uno de ellos formado por miembros de una de las comunidades terapéuticas. Estos grupos trabajaron secuencialmente en el desarrollo de la herramienta como sigue:

1) El grupo de trabajo de la CT residencial discutió las características deseables en un psicoterapeuta que trabajase la CT e identificó cuáles de esas características deberían ser evaluadas en el proceso de selección.

2) Los grupos de trabajo organizaron estas características en una escala Likert que pudiera ser usada para evaluar candidatos a un puesto de trabajo.

3) Esta herramienta en fase de borrador fue discutida en el grupo de trabajo de la CT de día y refinada para constituir la versión piloto de SUITSS.

2.2.2 Utilización de la herramienta

Aunque SUISS fue desarrollada en todo el servicio de trastornos de la personalidad, su aplicación fue específica a la CT residencial para la cual se reclutó personal.

Era práctica rutinaria de la CT residencial el invitar a los candidatos a personal que habían pasado el proceso de preselección por curriculum para que visitasen la comunidad y conociesen a los pacientes y los profesionales que formaban parte del programa terapéutico. Así, se ofrecía a los pacientes la oportunidad de discutir su visión de los candidatos en un encuadre grupal. Tras el diseño de SUISS, en el día siguiente a la visita de los candidatos, se pidió a los pacientes que completaran la herramienta. Se envió al panel de selección de personal una media de las valoraciones realizadas con SUISS junto con un resumen de sus comentarios, para enriquecer el proceso de selección. Este proceso fue observado y se recogió “feedback” de los candidatos que participaron. Por problemas organizativos, no fue posible recoger un “feedback” formal de los pacientes que utilizaron la herramienta durante su desarrollo, aunque se planteó que esto hubiera sido deseable.

3. Resultados

3.1 La búsqueda

En la primera fase de la búsqueda de artículos que relacionasen características del terapeuta, resultados de la terapia y psicoterapia multipaciente, la búsqueda electrónica mediante Athens encontró 81 artículos en Medline, 465 en PsycInfo, 253 en Embase, 167 en Cinahl, 26 en Amed, 1 en BNI, 5 en Health Business Elite y 7 en HMIC, sumando un total de 1005 artículos. Hay que reseñar que estos artículos no se pudieron de-duplicar electrónicamente, dado que Athens sólo puede de-duplicar series menores de 500 artículos, y que algunos de los artículos se encontraban presentes en más de una base de datos.

En la segunda fase de la búsqueda, el uso de la herramienta de Pubmed “related articles” en los 71 artículos localizados en Medline permitió encontrar otros 18 artículos.

La revisión de las listas de referencias de los artículos encontrados en las siete bases de datos restantes permitió localizar otros 31 artículos.

En la tercera fase de la búsqueda, la consulta a profesionales de la psicoterapia llevó a la localización de dos publicaciones (Beutler et al, 2004 y Blackmore et al, 1999) que no habían sido identificadas mediante

la búsqueda previa. Aunque estas dos publicaciones no cumplían los criterios de inclusión en la revisión, fueron utilizados para identificar otros artículos.

Se obtuvo un total de 51 artículos, 32 de los cuales no resultaron ser adecuados para su inclusión en la revisión y de los cuales 9 eran revisiones o artículos teóricos que fueron utilizados para obtener información de fondo y para localizar otros artículos. El número final de artículos incluidos en esta revisión fue 19.

3.1.1 Artículos desechados

A continuación se expone una breve descripción de los artículos que fueron excluidos de la revisión y la justificación para su exclusión.

Ablon y Jones (1998): evaluó el grado de adherencia de tratamientos psicodinámicos y cognitivos-conductuales a los prototipos de estos modelos y lo comparó con el resultado de la terapia pero no consideró características de los terapeutas y no fue incluido en la revisión.

Alexander et al (1976): consideró características de terapeutas (la integración de afecto y comportamiento, tendencia a culpabilizar, calidez, humor, autorrevelación, directividad, autoconfianza y claridad de los terapeutas) que fueron evaluadas antes de comenzar la terapia. En este artículo, tanto al presentar como al analizar los resultados en relación con

las características de los terapeutas, la medida de resultados terapéuticos fue reemplazada por una de proceso (proporción entre intervenciones de apoyo y defensa durante la sesión) lo que llevó a excluir este artículo de la revisión.

Burlingame, Fuhriman y Mosier (2003): este meta-análisis sobre la efectividad de la psicoterapia de grupo no aportaba datos sobre el impacto terapéutico de variables del terapeuta.

Carpenter y Range (1982): relacionó las evaluaciones de los terapeutas efectuadas con las escalas de ideología de salud mental comunitaria y de valores democráticos con el número de sesiones asistidas por los pacientes. Este artículo no consideraba las sesiones asistidas como una medida de resultados y no fue incluido en la revisión.

Crane et al (1986): exploró el impacto de las habilidades del terapeuta en el resultado de la terapia. Este estudio cuantificó las habilidades de los terapeutas tal como estas fueron percibidas por sus pacientes durante el proceso terapéutico, no antes de la terapia, y no fue incluido en la revisión.

Dinger et al (2007): En este estudio se administró psicoterapia individual orientada psicodinámicamente a 1513 pacientes ingresados. Aunque la mayoría de los pacientes también recibió psicoterapia de grupo, no fue posible discriminar el efecto de la psicoterapia de grupo en los pacientes analizados y el estudio fue desechado.

Karver et al (2006): este meta-análisis se centró exclusivamente en variables de la relación terapéutica observables tras el inicio de la terapia.

Kivlighan Jr (2008): evaluó el proceso de convergencia de las estructuras de conocimiento y el conocimiento procedimental de 32 aprendices de “counsellor” con 42 “counsellors” expertos y la correlación del grado de convergencia con la valoración de los aprendices por parte de sus pacientes. Sin embargo, el tratamiento utilizado fue “counselling” individual y el artículo no fue incluido en la revisión.

Kolko et al (2000): este estudio utilizó terapia familiar sistémico-conductual (SBFT), terapia cognitivo-conductual (CBT) individual y terapia de apoyo no directiva. Analizó el efecto terapéutico de la edad, el sexo y los años de experiencia del terapeuta. Sin embargo, los autores combinaron el análisis de las tres formas de tratamiento y no fue posible identificar el impacto de las características del terapeuta en el resultado con SBFT.

Lawson y Brossart (2003): estudiaron la relación entre la estructura de la familia de origen de aprendices de “counsellor” y la efectividad de la terapia. Este estudio no fue incluido en la revisión porque la intervención utilizada fue terapia individual. .

Mintz, O'Brien y Luborsky (1976): este ECA estudió el impacto de factores del paciente, el terapeuta y la técnica en el resultado clínico de 100 pacientes esquizofrénicos tras recibir psicoterapia individual o grupal. En el análisis de las características del terapeuta, los datos de las

psicoterapias individual y de grupo fueron amalgamados y no fue posible aislar el efecto de la terapia de grupo.

Pekarik (1994): este estudio fue excluido porque la intervención utilizada no fue psicoterapia multipaciente.

Rose et al (2005): exploró el impacto de distintas variables en una intervención de grupo sobre el comportamiento agresivo de 50 individuos con déficits intelectuales. Este estudio no exploró características del terapeuta y fue excluido de la revisión.

Rosenheck, Fontana y Cottrol (1995): Este estudio evaluó el impacto del emparejamiento racial terapeuta-paciente en el tratamiento de 4726 veteranos de guerra con stress post-traumático. Los veteranos recibieron distintas intervenciones terapéuticas, incluyendo terapia de grupo, pero el impacto específico de las intervenciones de grupo no pudo ser aislado y el estudio no fue incluido en la revisión.

Sandell et al (2006): este estudio examinó la relación entre la psicoterapia personal del terapeuta y el resultado de los pacientes pero no fue incluido en la revisión porque los pacientes recibieron psicoterapia individual.

Shetzman (2004a): este artículo estudió la relación entre las habilidades de ayuda del terapeuta (evaluadas durante las sesiones de psicoterapia) y las respuestas de pacientes en terapia individual y grupal. Como ambas eran variables de proceso, el artículo no fue incluido en la revisión.

Shetzman (2004b): A diferencia del artículo anterior, Shetzman incluyó en este una medida de resultados (nivel de agresión). Sin embargo, las habilidades del terapeuta no fueron determinadas antes de la psicoterapia sino como parte de su proceso.

Simmons y Doherty (1998): enviaron un cuestionario a miembros clínicos de la American Association for Marriage and Family Therapy y a sus pacientes. A continuación, estimaron el impacto diferencial de la formación académica básica, el máximo grado formativo obtenido, el tiempo transcurrido desde la obtención de la titulación y el sexo del terapeuta sobre la satisfacción y los cambios de los pacientes. Sin embargo, el artículo comunica que algunos terapeutas utilizaron terapia individual y sus datos fueron combinados con las intervenciones grupales.

Sterling et al (1998): este artículo evaluó el impacto del emparejamiento en sexo y raza de terapeutas y pacientes (967 afroamericanos dependientes de cocaína). Como la intervención fue de tipo individual no fue incluida en esta revisión.

Vocisano et al (2004): este estudio evaluó el impacto de variables del terapeuta en los resultados de pacientes ambulatorios deprimidos crónicamente. Las intervenciones utilizadas fueron el sistema de análisis cognitivo-conductual y la administración de nefazodona, pero no psicoterapias multipaciente.

Vostanis y O'Sullivan (1992): este estudio evaluó la importancia, en terapia de grupo, de factores terapéuticos tal como estos fueron percibidos por psicoterapeutas en formación, psicoterapeutas de grupo con experiencia y pacientes. Como no incluyó medidas de resultados de la terapia no fue incluido en la revisión.

Watts y Trusty (1995): exploró la relación entre la efectividad de "counsellors" durante su formación a nivel de "master", tal como esta fue evaluada por sus supervisores mediante la "Counselor Evaluation Rating Scale", y su percepción de la influencia de su familia en su infancia temprana medida mediante la escala "Perceived Early Childhood Family Influence". Este estudio no incluyó medidas de resultados de los pacientes ni se enfocó hacia psicoterapias multipaciente.

Wykes et al (2005): evaluó el impacto de la psicoterapia cognitivo-conductual grupal frente al tratamiento habitual en 85 esquizofrénicos. Aunque los autores concluyeron que la experiencia de los terapeutas era decisiva en la reducción de alucinaciones auditivas, no compararon los resultados de terapeutas con y sin experiencia y el artículo no fue incluido en la revisión.

3.1.2 Revisiones y artículos teóricos

Las revisiones y los artículos teóricos identificados fueron utilizados para obtener información de fondo y para localizar otros estudios a través de los listados de referencias. Estos fueron Bachar, 1998; Beutler et al,

2004; Bischoff y Sprenkle, 1993; Blackmore et al, 1999; Blow, Sprenkle y Davis, 2007; Blow, Timm y Cox, 2008; Carroll, 2001; Holmes, 2006; y Piper y Joyce, 1996.

3.1.3 Artículos incluidos en esta revisión

Esta sección ofrece un breve resumen de los 19 artículos incluidos en la revisión. En secciones posteriores se irán presentando más detalles conforme vayan siendo necesarios en la presentación de resultados.

En el apéndice 1 se aporta una selección sólo de la información relevante para la hipótesis de esta revisión, mientras que a continuación se pretende resumir lo esencial de los artículos tal como fueron enfocados por sus autores.

La descripción de los artículos seguirá un orden alfabético excepto cuando varios artículos procedan del mismo estudio, en cuyo caso los artículos se presentarán en orden cronológico de publicación.

Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz (1982): 8 terapeutas realizaron una intervención psicoeducativa de grupo con 106 pacientes (79 de los cuales estaban deprimidos) que fueron asignados aleatoriamente a los terapeutas. Los autores pretendían comprobar si la mejoría en el BDI (Beck Depression Inventory) tras la intervención, estaba relacionada con variables psicosociales del terapeuta pero no encontraron efectos del terapeuta en los resultados.

Antonuccio et al (1987): procedente del mismo estudio que el artículo anterior. En este artículo se repiten los hallazgos del anterior y se añade un análisis de medidas de proceso, encontrando que la cohesión grupal estaba relacionada con que el terapeuta tuviera un locus de control interno, un estilo menos directivo y que fuera valorado como más cálido por observadores independientes.

Bright, Baker y Neimeyer (1999): 2 terapeutas profesionales y 2 paraprofesionales administraron terapia cognitivo-conductual (CBT) de grupo y terapia grupal de apoyo mutuo (MSG) a 98 pacientes deprimidos. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a los tratamientos pero no a los terapeutas. Se evaluó la relación entre el tipo de terapeuta y el resultado de los pacientes en distintas medidas de resultados. No se encontraron diferencias entre pacientes atendidos por profesionales y paraprofesionales en BDI, HSCL-58 (Hopkins Symptom Checklist-58) y HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression). Los autores encontraron que los grupos de CBT conducidos por terapeutas profesionales llevaron a más pacientes al rango “aliviado” del BDI que los conducidos por paraprofesionales. Las intervenciones fueron evaluadas en cuanto a adherencia al manual y el nivel de adherencia correlacionó positivamente con la mejoría de los síntomas depresivos evaluados por los terapeutas.

Baker y Neimeyer (2003): procede del mismo estudio que el artículo anterior y añade dos variables del paciente (estilo de afrontamiento externalizador y reactancia psicológica) encontrando que para los terapeutas profesionales, la reducción en los valores del HRSD

correlacionaba negativamente con la externalización de los pacientes independientemente del tipo de tratamiento, mientras que los pacientes tratados por paraprofesionales seguían el patrón opuesto. Este estudio no encontró resultados concluyentes en la interacción entre tipo de terapeuta y la reactancia psicológica de los pacientes.

Burlingame y Barlow (1996): 4 terapeutas grupales profesionales y 4 “ayudantes naturales” no profesionales realizaron psicoterapia de grupo con 102 “pacientes” reclutados mediante anuncios. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a los terapeutas y evaluados con distintas medidas de resultados y de proceso en distintos momentos. No se hallaron diferencias entre profesionales y “ayudantes naturales”.

Classen et al (2008): 353 mujeres con cáncer de mama primario fueron asignadas aleatoriamente a terapia grupal expresiva de apoyo o a un grupo control con una intervención educativa. Los terapeutas tenían distintos grados de formación y experiencia y se utilizaron distintas medidas de resultados. No se hallaron cambios en los resultados en relación con el grupo de tratamiento o con la formación y experiencia de los terapeutas.

Crane et al (2004): 197 clientes de un programa de salud familiar fueron identificados mediante métodos de investigación de archivos. Los autores utilizaron regresión logística para determinar si las características de los terapeutas (edad, experiencia, sexo y profesión) tenían impacto en su cuidado ambulatorio. No se hallaron diferencias entre terapeutas en

cuanto a resultados terapéuticos. Algunos pacientes recibieron psicoterapia individual pero el estudio marcó un límite de inclusión de al menos 3 sesiones de terapia matrimonial y de familia (MFT) por cada sesión de terapia individual para asegurar que la mayor parte del efecto terapéutico procedía de la MFT y el estudio fue incluido en la revisión.

Epstein et al (1994): 105 alcohólicos varones y sus parejas fueron asignados aleatoriamente a terapia de pareja conductual y sobre el alcohol (ABMT), ABMT más Alcohólicos Anónimos y Alanon o ABMT más prevención de recaídas, pero no fueron asignados aleatoriamente a terapeutas. La medida de resultados utilizada fue el nivel de abandono de la terapia. Los autores utilizaron un índice de experiencia del terapeuta que correlacionó positivamente con la retención en el tratamiento.

Raytek et al (1999), procedente del mismo estudio que el artículo anterior. Investigó el impacto de la experiencia del terapeuta en dos medidas de resultados (porcentaje de días de abstinencia y felicidad conyugal) y no encontró efecto.

Fals-Stewart y Birchler (2002): 48 varones alcohólicos y sus parejas fueron asignados aleatoriamente a terapia de pareja conductual (BCT) con “counsellors” formados a nivel de licenciatura (N=4) o a “counsellors” con nivel de “master”. No se encontraron diferencias en cuanto a efectividad entre los tipos de terapeuta en distintas medidas de resultados.

Flicker et al (2008): 86 adolescentes con abuso de sustancias, de origen hispano y gringo, fueron tratados con terapia familiar funcional por 3 terapeutas hispanos y 6 terapeutas gringos como parte de su tratamiento rutinario. La reducción del uso de sustancias fue potenciada en los hispanos emparejados étnicamente pero no en los gringos.

Greeson et al (2009): examinó la influencia de características del paciente y del terapeuta en una medida de resultado compuesta, tras recibir el alta de terapia multisistémica para jóvenes en riesgo. Encontraron que los terapeutas con sexo femenino y empleo estable obtenían mejores resultados.

Hampson y Beavers (1996): examinaron la influencia de características de terapeutas y familias en el éxito de la terapia familiar evaluado por el terapeuta. Encontraron que la “competencia de la familia” al inicio de la terapia y el número de sesiones atendidas afectaban los resultados pero no las características demográficas de terapeutas o familias.

Kissane et al (2003): 303 mujeres con cáncer de mama en estadios tempranos fueron asignadas aleatoriamente para recibir terapia de grupo cognitivo-existencial con 15 terapeutas de distintos orígenes profesionales o a un grupo control. Las pacientes fueron evaluadas en varias medidas de resultados al inicio de la terapia, a los 6 y a los 12 meses de seguimiento. Las pacientes en terapia redujeron su ansiedad y

tuvieron mayor satisfacción que aquellas en el grupo control. Los psicólogos consiguieron mejores resultados que “otros profesionales”.

Kivlighan y Kivlighan (2010): compararon el grado de similitud entre tanto el perfil de intervenciones terapéuticas de 13 aprendices de terapeuta como sus estructuras de conocimiento al respecto por una parte y estas mismas variables en un agregado de 5 terapeutas expertos por otra. A continuación compararon estos índices de correlación con el grado de satisfacción de los miembros de grupos de interdiálogo dirigidos por los aprendices. Los autores hallaron que ambos índices de correlación afectaban positivamente la satisfacción de los miembros del grupo.

Orten, Allen y Cook (1989): 56 ancianos de dos residencias con confusión moderada, fueron asignados aleatoriamente a un grupo control o a uno de tres grupos de terapia grupal de reminiscencia. Globalmente, la intervención no fue efectiva para mejorar el comportamiento social de los pacientes, pero el grupo conducido por el único terapeuta que tenía experiencia con el tratamiento logró mejoría en esta medida.

Poser (1966): 343 pacientes psicóticos crónicos varones fueron asignados aleatoriamente a distintas intervenciones grupales con 15 profesionales (psiquiatras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales) y 13 terapeutas sin formación y evaluados en distintas medidas de resultados. Los pacientes tratados por terapeutas sin

formación lograron mejores resultados en velocidad de “tapping”, fluidez verbal y tiempo de reacción visual que los tratados por profesionales. No se encontraron diferencias entre psiquiatras y trabajadores sociales.

Stolk y Perlesz (1990): examinaron retrospectivamente a 176 individuos tratados con terapia de familia por aprendices de primer y segundo año. La satisfacción de la familia con la terapia no mejoró con la formación pero la evaluación de los resultados de la terapia por parte de los propios aprendices sí lo hizo.

Woodward et al (1981): 279 niños con problemas académicos o de comportamiento fueron tratados con terapia familiar breve orientada a los sistemas. Las relaciones entre las características de los pacientes, de los terapeutas y del tratamiento y las distintas medidas de resultados fueron evaluadas con análisis de regresión múltiple. Las variables aisladas mostraron poca influencia en los resultados.

3.2 La literatura

3.2.1 Foco de los artículos

La revisión sistemática de las publicaciones que estudian el impacto de factores del terapeuta en el resultado de la psicoterapia mutipaciente identificó 19 artículos. Estos comprendían 16 estudios, dado que tres de los estudios dieron lugar a dos publicaciones cada uno (Antonuccio,

Lewinsohn y Steinmetz, 1982 y Antonuccio et al, 1987; Bright, Baker y Neimeyer, 1999 y Baker y Neimeyer, 2003 y Epstein et al, 1994 y Raytek et al, 1999).

Sólo 10 de los artículos tenían como foco principal características del terapeuta: Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz, 1982; Burlingame y Barlow, 1996; Crane et al, 2004; Fals-Stewart y Birchler, 2002; Flicker et al, 2008; Greeson et al, 2009; Kivlighan y Kivlighan, 2010; Poser, 1966; Stolk y Perlesz, 1990 y Woodward et al, 1981.

Los 9 artículos restantes encontraron los resultados relevantes para esta revisión en análisis secundarios. El foco principal de estos artículos fue la eficacia de la técnica en 5 casos (Baker y Neimeyer, 2003; Bright, Baker y Neimeyer, 1999; Classen et al, 2008; Kissane et al, 2003 y Orten, Allen y Cook, 1989), características de pacientes en 2 casos (Epstein et al, 1994 y Hampson y Beavers, 1996) y características del proceso en 2 (Antonuccio et al, 1987 y Raytek et al, 1999).

De estos 19 artículos, sólo uno fue conducido en población anciana (Orten, Allen y Cook, 1989).

3.2.2 Fecha de publicación

De los 19 artículos identificados en la revisión 4 fueron publicados en la década de los 80, 6 en la de los 90 y 7 en la primera década del siglo XXI (dejando aparte dos artículos publicados en 1966 y en 2010

respectivamente). Más específicamente, de los 10 artículos cuyo foco principal era la efectividad del terapeuta, 2 se publicaron en los 80, 2 en los 90 y 4 en la primera década del siglo XXI. (Ver tabla 1.1 en el apéndice 3). Esto sugiere que hay un interés creciente en este campo.

3.2.3 Relación entre el foco del estudio y la positividad de los resultados

6 de 10 (60%) estudios enfocados específicamente a las características del terapeuta encontraron que alguna de estas tenía un impacto en el resultado de la terapia. 2 de 6 (33%) estudios que no estaban específicamente orientados hacia características del terapeuta encontraron un resultado igualmente significativo. (Ver la tabla 1.2 en el apéndice 3).

El test exacto de Fisher para determinar si los estudios específicamente orientados encontraron más diferencias significativas que aquellos que encontraban sus resultados en análisis secundarios es estadísticamente significativo, $p = 0,00015$.

Los datos con los que se realizaron los cálculos se exponen a continuación y son una cuantificación de lo expuesto en la tabla 1.2 del apéndice 3.

	Diferencias significativas encontradas	Diferencias significativas no encontradas	Total
Características del terapeuta centrales en el estudio	6 (a)	4 (b)	10 (a+b)
Características del terapeuta analizadas como parte de una hipótesis secundaria	2 (c)	4 (d)	6 (c+d)
Total	8 (a+c)	8 (b+d)	

La probabilidad p de encontrar estos resultados aleatoriamente si no hubiera relación entre el foco del estudio y la probabilidad de hallar diferencias estadísticamente significativas en los resultados de la terapia se calculó con la fórmula del test exacto de Fisher (Pértega Díaza y Pita Fernández, 2004).

$$p = \frac{(a+b)! (c+d)! (a+c)! (b+d)!}{n! a! b! c! d!} = \frac{10! 6! 8! 8!}{16! 6! 4! 4!} = 0,00015$$

Con estos resultados se puede concluir que el diseño específico de un estudio para detectar diferencias en el resultado clínico de la psicoterapia multipaciente debidas a características del terapeuta mejora su capacidad para detectar estas diferencias en comparación con estudios diseñados a partir de otras hipótesis y que hallan estos resultados en análisis secundarios.

3.2.4 Tipo de estudios

Los estudios que no tienen su foco principal en características del terapeuta pueden ser ECAs para su hipótesis primaria pero no aleatorizar la asignación de los pacientes a los terapeutas, lo que les convierte en estudios de cohorte para esta variable. El análisis de la literatura orientado en el tipo de todos los estudios incluidos en esta revisión puede no representar adecuadamente la investigación sobre el impacto terapéutico de las características del terapeuta en psicoterapia multipaciente. Por ello, el análisis del tipo de los estudios recogidos en esta revisión incluye sólo aquellos específicamente orientados a las características del terapeuta y, cuando varios artículos proceden de un solo estudio, sólo el primero de la serie. Estos fueron 4 ECAs

(Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz, 1982; Burlingame y Barlow, 1996; Fals-Stewart y Birchler, 2002 y Poser, 1966) y 6 estudios de cohortes (Crane et al, 2004; Flicker et al, 2008; Greeson et al, 2009; Kivlighan y Kivlighan, 2010; Stolk y Perlesz, 1990 y Woodward et al, 1981). No se encontró ningún meta-análisis. Ver tabla 1.3

3.2.5 Técnicas terapéuticas utilizadas

Once artículos utilizaron algún tipo de psicoterapia de grupo, cuatro trabajaron con el encuadre familiar, tres trabajaron con parejas y uno utilizó una mezcla heterogénea de terapia de familia y de pareja que también incluía sesiones individuales (Ver tabla 3 en el apéndice 3).

3.2.6 Medidas de resultados

Estos estudios utilizaron un conjunto heterogéneo de medidas de resultados, con poca coincidencia entre ellas. Para su descripción, las medidas de resultados se pueden dividir en cuatro grupos: medidas inespecíficas de funcionamiento general, medidas específicas para un diagnóstico o síntoma particular, medidas de satisfacción de pacientes y cuidadores y nivel de abandono de la terapia (Ver tabla 2 en el apéndice 3). En esta revisión, la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) fue considerada como una medida

inespecífica dado que no tiene como foco de sus medidas la severidad de un único síntoma o diagnóstico.

Una gran mayoría de 14 artículos utilizó medidas generales inespecíficas.

Sólo siete artículos utilizaron medidas de resultados orientadas a un diagnóstico. Cuatro estaban relacionados con la depresión (Antonuccio et al, 1987; Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz, 1982; Baker y Neimeyer, 2003 y Bright, Baker y Neimeyer, 1999), Todos ellos utilizaron el BDI y los dos últimos además usaron el HRSD. Tres artículos estaban relacionados con el abuso de alcohol o drogas y utilizaron el porcentaje de días en abstinencia (Fals-Stewart y Birchler, 2002; Flicker et al, 2008 y Raytek et al, 1999).

Cuatro artículos utilizaron medidas de satisfacción (Kivlighan y Kivlighan, 2010; Kissane et al, 2003; Stolk y Perlesz, 1990 y Woodward et al, 1981). Sólo los dos últimos, que utilizaron terapias de familia como su intervención, abordaron la satisfacción de familiares del paciente. Ninguno de los estudios consideró la figura del “cuidador”.

Epstein et al (1994), fue el único en usar el nivel de abandono de la terapia como medida de resultados.

En los estudios donde las medidas estaban orientadas hacia diagnósticos, la concordancia de las medidas entre los artículos era mayor, tal como se detalló anteriormente. Hay que reseñar que parte de

esta concordancia se explica por el hecho de que varios artículos proceden del mismo estudio.

Cuando se utilizaron medidas inespecíficas, la concordancia entre estudios se puede explicar por los siguientes factores:

Artículos procedentes del mismo estudio: el HSCL-58 fue utilizado por Bright, Baker y Neimeyer (1999) y por Baker y Neimeyer (2003).

Dos estudios que utilizaron la terapia de familia como su intervención (Stolk y Perlesz, 1990 y Woodward et al, 1981) coincidieron en utilizar el cumplimiento de objetivos como su medida de resultados.

Los dos estudios que utilizaron distintos tipos de terapia grupal limitada en el tiempo con pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en estadios tempranos (Classen et al, 2008 y Kissane et al, 2003) utilizaron la HADS entre sus medidas.

3.3 Características del terapeuta: análisis global

El análisis de la literatura muestra que el análisis del impacto de los factores del terapeuta sobre el resultado de la terapia de pacientes de psicoterapias multipaciente ha estudiado distintas características.

Las características del terapeuta identificadas se pueden agrupar en tres tipos: demográficas (edad, sexo y raza), profesionales (formación,

experiencia y profesión) y psicosociales (estructuras de conocimiento, locus de control, expectativas de cambio en los participantes, aceptación de la lógica de aprendizaje social, neuroticismo, competencia social, apoyo social, eventos positivos y eventos vitales estresantes).

3.3.1 Características demográficas

Las características demográficas del terapeuta fueron abordadas en cinco artículos (ver apéndice 4: tablas 4.1 a 4.3).

a) Edad

Los dos artículos que abordaron la edad del terapeuta (Crane et al, 2009 y Greeson et al, 2009) no encontraron efectos sobre los resultados del paciente (ver tabla 4.1 en el apéndice 4). Ambos utilizaron formas de terapia de familia (terapia de pareja y familia (MFT) y terapia multisistémica (MST) respectivamente). Ambos eran estudios de cohortes retrospectivas que examinaron la influencia sobre el resultado de la terapia de distintas variables del terapeuta, entre ellas la edad.

Ninguno de estos estudios incluyó un análisis de potencia para justificar su tamaño muestral. La muestra de Crane parecía pequeña, 13 terapeutas, y no encontró impacto en ninguna de las variables del terapeuta examinadas (edad, sexo, experiencia y profesión de base). Greeson utilizó una muestra mayor pero tuvo pérdidas importantes en el seguimiento y no empleó un análisis por intención de tratar (se analizaron

265 de los 412 terapeutas que se incluyeron en el estudio). Además, este estudio no analizó el impacto de la intervención, por lo que el resultado podría deberse al efecto suelo de una intervención terapéutica no efectiva. Este riesgo de efecto suelo puede verse aumentado si el uso en el estudio de terapeutas con poca experiencia afecta negativamente la efectividad de la intervención.

b) Sexo

Los cuatro artículos que abordaron el sexo del terapeuta son estudios de cohorte que utilizaron distintas variantes de terapia de familia y llegaron a resultados contradictorios. Dos estudios (Crane et al, 2009 y Hampson y Beavers, 1996) no encontraron impacto del sexo del terapeuta sobre el resultado de la terapia. Greeson et al (2009) encontraron superioridad de las terapeutas mujer y Woodward et al (1981) encontraron superioridad de los terapeutas masculinos (Ver tabla 4.2 en el apéndice 4).

Estos resultados contradictorios se pueden explicar por la heterogeneidad de las intervenciones terapéuticas, las poblaciones de pacientes y las medidas de resultados utilizadas. Además, la pobre calidad metodológica de estos estudios, pone en cuestión la validez de sus resultados.

Hampson y Beavers (1996) orientaron su estudio hacia el análisis del impacto de características del paciente sobre el resultado terapéutico.

Como análisis secundario, mostraron un análisis del sexo del terapeuta que no mostraba efectos sobre el resultado.

Ni Crane et al (2004) ni Hampson y Beavers (1996) presentaron un análisis de potencia para justificar sus tamaños muestrales y no es posible valorar si la no detección de diferencias se debe a falta de potencia para detectarlas.

Greeson et al (2009) encontraron un resultado estadísticamente significativo: la probabilidad de que terapeutas mujeres tuvieran un resultado adverso era un 87% menor que para terapeutas varones a un año de seguimiento ($p < 0.01$) con terapia multisistémica con jóvenes en riesgo y sus familias. La falta de un análisis por intención de tratar y las importantes pérdidas en el seguimiento introdujeron una fuente de sesgos en este estudio que hace que la validez de sus resultados sea débil.

Woodward et al (1981) utilizaron un enfoque amplio al explorar el impacto del tratamiento, de diez características del paciente y de cuatro del terapeuta sobre seis medidas de resultados en dos puntos diferentes de seguimiento (fin de la terapia y seis meses después). Un análisis de regresión mostró que los terapeutas varones conseguían más cambios en un punto del seguimiento (al final del tratamiento) según la evaluación de los propios terapeutas y más satisfacción de los pacientes en otro punto del seguimiento (seis meses tras la terapia). El resto de comparaciones fueron no significativas. En la presentación de sus

resultados, los autores no describieron haber compensado el aumento de riesgo de encontrar resultados positivos accidentales al explorar múltiples hipótesis al mismo tiempo, por lo que su resultado podría ser un falso positivo.

c) Raza

El impacto de la raza del terapeuta sobre el resultado de la terapia fue explorado en dos artículos (Flicker et al, 2008 y Greeson et al, 2009). Ambos fueron estudios de cohorte que utilizaron variantes de terapia de familia. Ninguno de estos artículos encontró que los terapeutas de una raza sean superiores a los de otra (Ver tabla 4.3 en el apéndice 4).

Anteriormente se han descrito algunas fallas metodológicas de Greeson et al (2009). Además, los autores identificaron un sesgo en el seguimiento de la raza de los pacientes, con más pacientes afroamericanos siendo excluidos del análisis (el 64% de los que comenzaron el estudio).

Flicker et al (2008) es el único artículo de los que abordan el impacto de las características demográficas del terapeuta que utilizó una medida de resultados específica para un diagnóstico. Este estudio encontró que los adolescentes de la minoría étnica hispana lograban mayor reducción en el abuso de sustancias al final del tratamiento y a los cuatro meses de seguimiento si eran emparejados con terapeutas hispanos. Tras la corrección de Bonferroni, sólo se mantenía como

significativo el resultado a los cuatro meses. El emparejamiento racial no mostró efecto sobre los resultados en la mayoría étnica gringa.

Este estudio no incluyó un análisis de potencia y cabe preguntarse si una muestra mayor positivizaría los resultados del emparejamiento étnico al final del tratamiento para los pacientes hispanos.

3.3.2 Características profesionales

El impacto de las características profesionales del terapeuta en el resultado de las psicoterapias mutipaciente fue estudiado en catorce artículos (Ver apéndice 4: tablas 4.4 a 4.6).

Las características profesionales evaluadas en la literatura son la formación en psicoterapia, la experiencia y la profesión. No se hallaron estudios sobre el impacto de la psicoterapia personal del terapeuta en el resultado de la psicoterapia mutipaciente.

a) Nivel de formación

Nueve artículos aportaron resultados acerca del impacto del nivel de formación del terapeuta sobre el resultado de la psicoterapia mutipaciente. Cinco de ellos no encontraron efectos de la formación del terapeuta y los otros cuatro obtuvieron resultados contradictorios (Ver la tabla 4.4 en el apéndice 4)

De los estudios que no encontraron efecto, 2 fueron ECAs (Burlingame y Barlow, 1996 y Fals-Stewart y Birchler, 2002) y tres

estudios de cohorte (Classen et al, 2008; Greeson et al, 2009 y Woodward et al, 1981).

Los resultados obtenidos por Burlingame y Barlow (1996) deben ser manejados con cautela. Hay que señalar que los autores no consideraron que sus resultados fueran negativos. Utilizaron tests MANOVA para detectar diferencias en cuatro medidas durante cuatro puntos de evaluación y encontraron que dos subescalas (severidad y funcionamiento) de una medida (escala de cambio del cliente) mejoró más con terapeutas que con “ayudadores naturales” desde la mitad del tratamiento hasta los seis meses de seguimiento (tres comparaciones entre veinticuatro). El estudio contenía algunos fallos metodológicos: los autores no comunicaron haber corregido su análisis para el riesgo añadido de error al analizar múltiples variables, así que sus resultados no pueden ser aceptados como significativos. El estudio no se realizó sobre una población clínica sino sobre 102 voluntarios reclutados a través de anuncios y de los que se excluyeron aquellos que tuvieran síntomas moderados o severos. El impacto global de la intervención (quince sesiones de psicoterapia de grupo), reflejado sólo en medidas inespecíficas, no fue evaluado, por lo que el estudio es susceptible de un efecto suelo que afecte sus resultados. No se realizó un análisis de potencia para justificar el tamaño muestral: cuatro terapeutas y cuatro controles (no profesionales identificados como poseedores de cualidades de “ayudadores naturales”). El estudio no realizó un análisis por intención de tratar. La pérdida de datos varió de un grupo de comparación a otro y

los resultados significativos procedieron de uno de los grupos de análisis más pequeños (ver apéndice 1).

El otro ECA que no encontró un impacto terapéutico de la formación del terapeuta es Fals-Stewart y Birchler (2002). Este estudio compara los resultados terapia conductual de pareja (BCT), de cuatro “counsellors” licenciados y cuatro con nivel de “master”, utilizando medidas generales, específicas y de satisfacción, con el objetivo de demostrar la equivalencia entre estos “counsellors”. Este estudio tiene algunos puntos fuertes metodológicos, tales como su uso del análisis por intención de tratar, evidencia de la efectividad global de la intervención y el tratamiento estaba manualizado y la adherencia al manual fue controlada. En vez del abordaje habitual consistente en concluir equivalencia de resultados si los intervalos de confianza de los grupos de comparación se solapan, los autores utilizaron un abordaje más restrictivo. Exigieron que la media de una población se encontrase en un rango del 10% de la distribución de la otra población en torno a su propia media. La sensibilidad de esta medida para detectar diferencias sigue dependiendo de la dispersión de la muestra y de la necesidad de una muestra suficientemente grande. Algunos fallos metodológicos de este estudio son la no inclusión de un análisis de potencia para justificar el tamaño muestral (sólo cuatro “counsellors” en cada grupo de tratamiento). Además, la aleatorización falló y los pacientes vistos por los licenciados eran menos graves, tal como se determinó por su porcentaje de días de abstinencia, que los vistos por “counsellors” con “master”. Por ello, la conclusión de

equivalencia en cuanto a resultados entre “counsellors” con nivel de licenciado y “master”, no puede ser aceptada como válida.

De los tres estudios de cohorte que no encontraron efectos de la formación del terapeuta sobre el resultado, la calidad metodológica de Greeson et al (2009) ya ha sido valorada en la sección sobre características demográficas y sus resultados deben ser manejados con cautela.

Woodward et al (1981) no realizó un cálculo de potencia, por lo que su no detección de diferencias puede deberse a falta de potencia estadística.

El tercer estudio, Classen et al (2008), examinó el impacto de doce sesiones de terapia grupal expresiva de apoyo sobre 353 mujeres en el primer año tras ser diagnosticadas de cáncer de mama primario. Este estudio utilizó varias medidas inespecíficas de funcionamiento general que no fueron afectadas por la intervención, creando un efecto suelo que podría explicar la ausencia de diferencias en resultados entre terapeutas con distintos niveles de formación. Además, la muestra de pacientes utilizada en el estudio era demasiado pequeña para detectar diferencias en el resultado de los tratamientos. Este estudio incluyó un análisis de potencia que determinó que para obtener una potencia del 99% en la estimación de la eficacia de la intervención, necesitaba 480 pacientes (251 si todos los subgrupos eran homogéneos, lo que no se demostró). Sin embargo, sólo 353 mujeres fueron reclutadas y el estudio quedó falto

de potencia. El estudio de características del terapeuta tiene una falta de potencia aún mayor, al contar con sólo dieciocho terapeutas, combinados en parejas para administrar la terapia.

En resumen, la pobre calidad de los estudios que no encontraron impacto de la formación de los terapeutas sobre los resultados terapéuticos socava su validez.

- Estudios que detectan impacto de la formación del terapeuta en el resultado clínico

Cuatro artículos, basados en tres estudios, encontraron un impacto de la formación del terapeuta sobre el resultado terapéutico de la psicoterapia multipaciente. Poser (1966) es el único ECA entre ellos y encontró una ventaja para los terapeutas sin formación. Stolk y Perlesz (1990) y Bright, Baker y Neimeyer (1999) encontraron ventajas con la formación y Baker y Neimeyer (2003), basándose en el mismo estudio que Bright, Baker y Neimeyer (1999) encontraron ventajas o desventajas de la formación dependiendo del grupo de pacientes. Stolk y Perlesz (1990) utilizaron terapia de familia mientras que los otros dos estudios utilizaron distintas formas de terapia de grupo.

Poser (1966) comparó el impacto de la psicoterapia de grupo realizada por terapeutas con y sin formación con 343 psicóticos varones. Los pacientes tratados por terapeutas sin formación obtuvieron mejores resultados en dos tests psicomotores, velocidad de “tapping” (TAP) y

tiempo de reacción visual (RT) y en fluidez verbal. No se encontraron diferencias en los otros tests utilizados: la lista de asociación de Verdún, el test símbolo-dígito de la Escala Wechsler-Bellevue I y un conflicto palabra-color. Poser admitió que estas medidas podían no constituir los mejores indicadores de mejoría clínica. Se identificaron diferencias en las técnicas de psicoterapia utilizadas, con las intervenciones cubriendo un espectro entre comunicación verbal y juegos o pintura, lo que puede actuar como factor de confusión que contamine el efecto de los terapeutas. Además, este estudio tiene dos fuentes de sesgo que pueden inflar los resultados de los terapeutas sin formación y afectar la fiabilidad de sus resultados: los tratamientos realizados en este estudio no fueron simultáneos. La mayoría de los tratamientos realizados por los terapeutas sin formación tuvieron lugar con anterioridad a los realizados por terapeutas formados, por lo que variables externas que afectasen a los pacientes en un tiempo o en otro pudieron alterar sus resultados. Más importante aún, como todos los pacientes estaban ingresados en el mismo hospital, el efecto sistémico de las primeras intervenciones (como una activación general) en los pacientes, pudo afectar la línea de base de funcionamiento de estos pacientes, afectando el resultado de la terapia de los terapeutas formados que fue realizada posteriormente. La segunda fuente de sesgo consiste en las importantes pérdidas de seguimiento en el estudio, que fueron mayores en el grupo de pacientes tratados por terapeutas sin formación y la ausencia de un análisis por intención de tratar. Si los pacientes perdidos en el seguimiento son

aquellos que recibieron menos beneficio de la intervención, la media de los resultados de los terapeutas sin formación estaría artificialmente inflada.

Stolk y Perlesz (1990) realizaron un estudio de cohortes retrospectivas comparando el resultado de la terapia de familia realizada por aprendices de primer y segundo año. Los aprendices de segundo año evaluaron la consecución de los objetivos de las familias al final del tratamiento más positivamente que los aprendices de primer año, aunque no hubo diferencias en la satisfacción de las familias. Los autores enviaron cuestionarios de satisfacción familiar a 168 familias que habían estado en tratamiento entre uno y doce meses antes. Sólo 176 individuos de 73 familias respondieron. Se analizaron datos de 12 aprendices pero otros 5 no implicaron a sus pacientes en el estudio. El estudio sufrió una pérdida considerable de sujetos sin poder realizar un análisis por intención de tratar o controlar los sesgos resultantes. Los autores no realizaron un análisis de potencia para determinar el tamaño muestral necesario para detectar diferencias en satisfacción familiar, así que este resultado negativo debe ser manejado con cautela. La mejora del resultado de la terapia al ser realizada por aprendices de segundo año puede deberse a cambios reales en los logros terapéuticos o a cambios en el modo en que los aprendices valoran sus resultados conforme avanzan en su formación. Aunque este es un resultado válido, debe ser manejado con precaución.

Bright, Baker y Neimeyer (1999) exploraron el impacto de la formación del terapeuta en el resultado de la terapia. Utilizaron dos intervenciones, CBT grupal y grupos de apoyo mutuo (MSG), con 98 individuos con depresión moderada o severa reclutados a través de anuncios en los medios de comunicación. Ocho profesionales formados y seis paraprofesionales condujeron los grupos en parejas de terapeutas con el mismo tipo de formación. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a la técnica de tratamiento pero no al tipo de terapeuta. Los autores realizaron un análisis de potencia determinando que eran necesarios 96 pacientes, con unas pérdidas previstas en el seguimiento del 20%, para obtener con un nivel de significación de 0.05, una potencia de 0.80 para un tamaño del efecto esperado moderado (0.30). Las medidas de resultados utilizadas fueron HRSD, BDI, HSCL-58 y ATQ (cuestionario de pensamientos automáticos). Los pacientes mejoraron con las intervenciones y, en conjunto, no se apreciaron ventajas terapéuticas para los pacientes tratados por profesionales o paraprofesionales. Sin embargo, en el subgrupo de pacientes tratados con CBT, hubo más pacientes que alcanzaron el rango “aliviado”, medido con BDI, siendo tratados por profesionales que por paraprofesionales. El nivel de pérdidas al seguimiento fue 30.61%, mayor que el esperado en el cálculo de potencia, pero sin diferencias entre los grupos tratados por profesionales y paraprofesionales. La validez de los resultados está afectada por la ausencia de un análisis por intención de tratar, pero no se detectaron sesgos de seguimiento en relación con el tipo de terapeuta.

Otra debilidad de este estudio es que los pacientes, aunque deprimidos, pueden no representar adecuadamente una población clínica al haber sido reclutados mediante los medios de comunicación.

Baker y Neimeyer (2003) muestra un nuevo análisis de datos obtenidos en el estudio anterior. En este artículo, los autores analizaron la influencia de dos variables del paciente, nivel de externalización y reactancia psicológica (medida mediante las escalas “therapeutic reactance scale” (TRS) y la “resistance potencial” (RP)) sobre los resultados terapéuticos medidos con BDI, HRSD y HCL-58. Un análisis de regresión con tres dimensiones para características del paciente, tipo de tratamiento y tipo de terapeuta mostró que para los paraprofesionales, la reactancia psicológica del paciente medida con RP interactuaba con el tipo de tratamiento de manera que los pacientes con mayor nivel de reactancia alcanzaban mejores resultados en el BDI en el tratamiento MSG mientras que aquellos con valores menores de reactancia obtenían mejores resultados con CBT. Los resultados con terapeutas profesionales fueron los opuestos. Los resultados para la RP con otras medidas de resultados no fueron significativos. No se encontraron resultados significativos con la otra medida de reactancia psicológica, TRS (que tiene un nivel alto de consistencia interna y es reconocida como el método válido de medir la reactancia psicológica). Además, se encontró que la medida con RP tiene una baja consistencia interna, por lo que los resultados de estos pacientes con RP no pueden considerarse válidos. Finalmente, en el análisis de la externalización de los pacientes,

los terapeutas profesionales lograron mejores resultados con pacientes internalizadores mientras que los paraprofesionales siguieron el patrón opuesto. Estos resultados, aunque sólo fueron positivos para una medida de resultados (HRSD), pueden considerarse válidos.

En resumen, la relación entre la formación del terapeuta y el resultado de la terapia multipaciente parece ser compleja, condicionada por múltiples variables y el análisis de la literatura no ofrece conclusiones claras.

b) Experiencia del terapeuta. Especial atención al anciano.

Hay siete artículos que aportan resultados sobre el impacto de la experiencia del terapeuta en el resultado de la psicoterapia multipaciente (ver tabla 4.5 en el apéndice 4).

El único estudio que encontró impacto de la experiencia del terapeuta sobre el resultado de la terapia es Orten, Allen y Cook (1989). Además, es el único estudio que aborda el impacto de las características del terapeuta en el resultado de la psicoterapia multipaciente en población anciana. Es un ECA que utilizó 16 sesiones de terapia grupal de reminiscencia para tratar a 56 ancianos con confusión moderada que estaban ingresados en dos residencias. Los resultados fueron evaluados con una escala de comportamiento social. En conjunto, la intervención no mejoró el comportamiento social de los pacientes, pero el grupo tratado por el único terapeuta con experiencia con esa técnica sí logró mejoría.

La ausencia de un estudio de potencia y la inclusión de sólo tres terapeutas sugiere que al estudio pudo faltarle potencia para detectar diferencias de efectividad en relación con la experiencia del terapeuta. Los autores concluyeron que encontraron evidencia de la importancia de la experiencia en la utilización de esta técnica pero no compararon los resultados del grupo tratado por el terapeuta con experiencia con los de los grupos tratados por terapeutas sin experiencia. Incluso si esta comparación hubiese mostrado que el terapeuta con experiencia era más efectivo que los otros dos, una muestra tan pequeña no hubiese permitido inferir que la diferencia se debía a la experiencia del terapeuta en vez de a cualquier otra variable, por lo que los resultados no pueden ser considerados como válidos.

Seis artículos (todos ellos de cohortes) no encontraron evidencia de la existencia de un impacto de la experiencia del terapeuta sobre los resultados (Classen et al, 2008; Crane et al, 2004; Epstein et al, 1994; Greeson et al, 2009; Raytek et al, 1999 y Woodward et al, 1981).

Algunos de estos estudios han sido analizados anteriormente. Classen et al (2008), sufre de falta de potencia para identificar diferencias, tal como determina el análisis de potencia de los propios autores y además está afectado por el efecto suelo de una intervención no efectiva. Crane et al (2004), Woodward et al (1981) y Greeson et al (2009) pueden sufrir falta de potencia, dado que no realizaron un análisis de potencia y el último de ellos puede además verse afectado por un efecto suelo al no analizar la efectividad de su intervención terapéutica.

Los otros dos artículos que no encontraron evidencia del impacto de la experiencia del terapeuta sobre el resultado de la terapia proceden del mismo estudio (Epstein et al, 1994 y Raytek et al, 1999).

Epstein et al (1994) estudió el nivel de abandono de la terapia en 90 alcohólicos varones y sus parejas, que fueron asignados aleatoriamente a ABMT, ABMT más Alcohólicos Anónimos y Alanon o ABMT más prevención de recaídas. Estos pacientes no fueron asignados aleatoriamente a los 12 terapeutas con distintos grados de experiencia que participaron en el estudio. El estudio no incluyó un análisis de potencia y podría faltarle potencia para detectar diferencias. Los autores realizaron comparaciones (ANOVA, chi-cuadrado, Kruskal-Wallis) para buscar relaciones entre el abandono de la terapia y distintas variables del paciente, así como grupo de tratamiento y experiencia del terapeuta. El umbral de significación para el estudio, una vez efectuada la corrección de Bonferroni, fue calculado en 0.003. El estudio halló que la experiencia del terapeuta podía diferenciar entre niveles de abandono de la terapia con una $p < 0.04$, mayor que el umbral de significación del estudio tras aplicar la corrección de Bonferroni. Aunque este resultado debe ser interpretado como no significativo, plantea la incógnita de si una muestra mayor o un foco más estrecho con menos variables a analizar hubiera mostrado una reducción en el abandono a la terapia en relación con la experiencia del terapeuta.

Raytek et al (1999) procede del mismo estudio que Epstein et al (1994). Aquí los autores consideraron el efecto mediador del

comportamiento del terapeuta durante la sesión. Este artículo incorporó nuevas medidas de resultados (porcentaje de días en abstinencia y felicidad marital) y extendió el seguimiento hasta 6 meses tras la terapia, pero al no incluir un análisis de potencia no demostró la suficiencia de la muestra. Un test Kruskal-Wallis del porcentaje de días de abstinencia para terapeutas con 3 niveles de experiencia no halló diferencias significativas. El análisis chi-cuadrado de valores de felicidad marital durante los primeros 6 meses tras el tratamiento para terapeutas con 3 niveles de experiencia tampoco halló diferencias significativas. Los autores no realizaron un análisis por intención de tratar e identificaron una tendencia a tener más pérdidas en el seguimiento en los terapeutas con menos experiencia que, aunque no es estadísticamente significativo, podría enmascarar diferencias de resultados.

En resumen, la revisión de la literatura no clarifica el impacto de la experiencia del terapeuta sobre el resultado de la psicoterapia multipaciente.

c) Profesión de base del terapeuta

Cuatro estudios investigaron el impacto de la profesión de base del terapeuta en el resultado de la psicoterapia multipaciente (Ver tabla 4.6 en el apéndice 4). Para los propósitos de esta comparación, todos ellos deben ser considerados estudios de cohorte.

Poser (1966) es un ECA en el que los pacientes fueron aglutinados en grupos homogéneos y asignados aleatoriamente a dos tipos de tratamiento: con terapeutas sin formación (N=11) o con formación (7 psiquiatras, 6 trabajadores sociales psiquiátricos y 2 terapeutas ocupacionales). Una vez asignados a estos tipos de tratamiento, los grupos fueron “elegidos al azar” por el personal disponible en el momento. Los grupos no fueron tratados simultáneamente. La ausencia de aleatorización a terapeutas individuales o a profesión hace que este sea un estudio de cohorte a los efectos del análisis del impacto de la profesión del terapeuta. Tal como se describió en la sección sobre la formación, el hallazgo en este estudio de que terapeutas sin formación obtenían mejores resultados que terapeutas formados no fue aceptado en esta revisión por sesgos que inflaban artificialmente la efectividad de los terapeutas sin formación. No está claro hasta qué punto estos sesgos afectaron la comparación entre las profesiones del terapeuta. Los autores compararon seis medidas de resultados (la velocidad de “tapping”, el tiempo de reacción visual, el test símbolo-dígito de la escala Wechsler-Bellvue I, un conflicto color-palabra, la fluidez verbal y la lista de asociación de Verdún) entre pacientes tratados por psiquiatras y trabajadores sociales. No se encontraron diferencias. Sin un análisis de potencia para demostrar la suficiencia de la muestra para detectar diferencias si las hubiera, no es posible aceptar este resultado.

Crane et al (2004), como ya se ha descrito, es un estudio posiblemente falto de potencia que no encontró impacto de la profesión de base del terapeuta sobre el resultado de la terapia.

Woodward et al (1981) analizó la variación de seis medidas de resultados en relación con distintas características de pacientes, terapeutas y tratamientos. Este estudio encontró que el 4.7% de la variación de una medida, el buen pronóstico previsto por el terapeuta, estaba explicado por que los terapeutas fueran enfermeros o trabajadores sociales. Como los autores no detallaron qué otras profesiones estaban incluidas en el estudio, no es posible sacar conclusiones de este resultado.

Kissane et al (2003) asignaron aleatoriamente a 303 mujeres con cáncer de mama a grupos de tratamiento (154) o control (149), pero no las emparejaron aleatoriamente con terapeutas. Realizaron un análisis de potencia para estimar la muestra necesaria para detectar interacciones entre tipos de tratamiento y tiempo pero no estimaron la muestra necesaria para detectar diferencias entre terapeutas. Utilizaron una medida evaluada por el terapeuta (Monash Interview for Liaison Psychiatry) y cinco evaluadas por los pacientes: la escala de balance afectivo (ABS), la HADS, la escala de adaptación mental al cáncer (MAC), instrumento de evaluación familiar (FAD) y satisfacción con la terapia y otros tratamientos. Se tomaron mediciones al inicio y tras 6 y 12 meses. El tratamiento consistió en 20 sesiones de terapia de grupo cognitivo-existencial realizada por terapeutas en parejas, en las cuales el

terapeuta que había dirigido un grupo piloto con anterioridad a la intervención fue considerado el “terapeuta experto”. Se dividieron quince terapeutas para su análisis en tres categorías: psiquiatras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales/terapeutas ocupacionales/enfermeros y se establecieron comparaciones respecto a la profesión del “terapeuta experto” de la pareja. Los psicólogos mostraron un tamaño del efecto moderado $d=0.515$ en una medida no revelada en el artículo. El tamaño del efecto de los psicólogos parecía mayor que el de los otros profesionales en HAD-ansiedad y ABS-total de síntomas negativos tal como sugería una gráfica, pero el artículo no aportaba datos cuantitativos que detallasen este resultado. El impacto de la profesión del terapeuta en el resultado fue un asunto marginal en este artículo y no fue comunicado adecuadamente. Además, los psicólogos que participaron en el estudio tenían más experiencia que los profesionales de otras profesiones, lo que podría introducir un sesgo en los resultados.

En resumen, la pobre calidad de los estudios o de su comunicación no permite extraer conclusiones acerca del impacto de la profesión de base del terapeuta sobre los resultados en psicoterapia multipaciente.

3.3.3 Variables psicosociales

Tres artículos procedentes de dos estudios exploraron el impacto de variables psicosociales del terapeuta en el resultado de la psicoterapia multipaciente (Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz, 1982 y Antonuccio et

al, 1987 más Kivlighan y Kivlighan, 2010). Aunque cada uno de los dos primeros artículos exploró distintas variables de proceso, ambos presentaron el mismo análisis relevante para esta revisión.

Los autores utilizaron ocho terapeutas para realizar tratamientos de grupo psicoeducativos con dos grupos consecutivos de ocho sujetos cada uno. Los pacientes eran heterogéneos en diagnóstico pero la mayoría de ellos estaban deprimidos. La asignación de pacientes a terapeutas fue aleatorizada. Se utilizaron distintas medidas de resultados pero sólo se analizaron los resultados del BDI, que mostraron una reducción de valores que probaba la efectividad de la intervención.

Antes de la intervención, los terapeutas fueron evaluados respecto a distintas variables psicosociales: locus de control, expectativas de cambio en los participantes, aceptación de la lógica de aprendizaje social, neuroticismo, competencia social, apoyo social, eventos placenteros y eventos vitales estresantes, con la intención de evaluar su impacto en los resultados.

Se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA) líder por cohorte (8x2) con los valores del BDI post-tratamiento con los valores del BDI pre-tratamiento como covariable pero no se encontró efecto de los líderes. La potencia del estudio para detectar diferencias entre terapeutas, con $\alpha=0.05$ fue 0.75 para un “efecto grande” y 0.32 para un “efecto medio”.

Dado que el estudio no detectó diferencias entre terapeutas, no pudo proceder a ver si estas diferencias eran atribuibles a alguna de las variables psicosociales estudiadas.

Kivlighan y Kivlighan (2010): es un estudio de cohortes que compara el grado de similitud entre tanto el perfil de intervenciones terapéuticas de 13 aprendices de terapeuta como sus estructuras de conocimiento al respecto por una parte y estas mismas variables en un agregado de 5 terapeutas expertos por otra. A continuación compara estos índices de correlación con el grado de satisfacción de los miembros de grupos de interdiálogo dirigidos por los aprendices. El perfil de intervenciones de los terapeutas se estableció mediante el Group Therapy Questionnaire (GTQ) a partir del cual se indujeron las representaciones de las estructuras de conocimiento mediante la herramienta Pathfinder. La similitud de las estructuras de conocimiento de cada aprendiz respecto del patrón de los terapeutas expertos se estableció con la medida de cercanía de Goldsmith y Kraiger. La satisfacción de los miembros del grupo con su terapeuta se determinó mediante el Leadership profile (LP) administrado tras cada sesión. La correlación entre el LP de cada aprendiz y sus índices de similaridad con los terapeutas expertos en cuanto a perfil de intervenciones y estructuras de conocimiento se determinó mediante el HLM (hierarchical linear modelling). Los autores hallaron que ambos índices de correlación afectaban positivamente la satisfacción de los miembros del grupo y hallaron dos resultados en cuanto a la repercusión clínica de las estructuras de conocimiento de los

terapeutas: la similaridad en las estructuras de conocimiento contribuye un 4% a la variación de la satisfacción a mitad de tratamiento y en un 13% a la pendiente de incremento de la satisfacción.

3.4 Características del terapeuta por técnica

Las características que afectan el resultado de la terapia pueden variar de una técnica terapéutica a otra. El agrupamiento de todas las terapias en las que hay más de un paciente en la habitación es útil para su análisis pero no representa adecuadamente la heterogeneidad de las técnicas y sus teorías subyacentes.

Podemos considerar tres grupos de técnicas para un estudio más específico de las características del terapeuta que afectan al resultado de las psicoterapias multipaciente: la terapia de grupo en la que pacientes desconocidos entre sí hacen terapia juntos, la terapia de familia en la que se aborda un sistema complejo de relaciones entre familiares y la terapia de pareja en la que el matrimonio tradicional monógamo y heterosexual o un equivalente no casado se utilizan como el marco para la terapia.

3.4.1 Características del terapeuta por técnica: terapia de grupo

El impacto de las características del terapeuta en la terapia de grupo fue estudiado en diez artículos. Tres estudiaron variables psicosociales (Antonuccio et al, 1987; Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz, 1982 y Kivlighan y Kivlighan, 2010), y siete estudiaron variables profesionales del terapeuta (Baker y Neimeyer, 2003; Bright, Baker y Neimeyer, 1999; Burlingame y Barlow, 1996; Classen et al, 2008; Kissane et al, 2003; Orten, Allen y Cook, 1989 y Poser, 1966). No se encontraron estudios sobre el impacto de variables demográficas del terapeuta en la terapia de grupo (Ver apéndice 4: tabla 5.1).

El estudio que condujo a la publicación de dos artículos (Antonuccio et al, 1987, y Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz, 1982), abordando el impacto de las variables psicosociales del terapeuta en el resultado de la terapia de grupo, falló al no poder identificar diferencias entre terapeutas (atribuibles a variables psicosociales o a otras causas). Para una descripción más detallada ver la sección sobre *Características del terapeuta: global. Características psicosociales*.

Kivlighan y Kivlighan (2010) identificó un impacto de las estructuras de conocimiento de los terapeutas, afectando en un 4% a la variación de la satisfacción de los pacientes a mitad de tratamiento y un 13% a la pendiente de incremento de la satisfacción.

En la literatura sobre características profesionales, la formación fue la variable más investigada, siendo considerada en cinco artículos:

Burlingame y Barlow (1996), Classen et al (2008) y Poser (1966) tienen fallas metodológicas serias que hacen inválidos sus resultados, tal como se vio en la sección sobre *Características del terapeuta: global. Formación.*

Baker y Neimeyer (2003) y Bright, Baker y Neimeyer (1999) están basados en el mismo estudio y muestran un cuadro complejo en el que la formación de los terapeutas puede tener un efecto positivo en algunos casos (CBT y pacientes internalizadores) y negativo en otros (pacientes externalizadores).

3.4.2 Características del terapeuta por técnica: terapia de familia

Cinco artículos estudiaron el impacto de las características del terapeuta sobre el resultado de la terapia de familia. Stolk y Perlesz (1990) fue el único enfocado exclusivamente sobre características profesionales del terapeuta (formación). Flicker et al (2008) y Hampson y Beavers (1996) estudiaron sólo variables demográficas y Greeson et al (2009) y Woodward et al (1981) incluyeron análisis de ambas (ver apéndice 4: tabla 5.2).

Stolk y Perlesz (1990) encontraron que los aprendices de segundo año de terapia de familia evaluaron sus resultados terapéuticos más positivamente que los aprendices de primer año. Greeson et al (2009) y Woodward et al (1981) no encontraron impacto de la formación del

terapeuta en el resultado de la terapia de familia pero estos estudios pueden estar faltos de potencia para detectar diferencias y Greeson et al (2009) estaba expuesto a un efecto suelo (ver sección sobre resultados globales). Estas limitaciones también se aplican a la ausencia de hallazgos en el análisis del impacto terapéutico de la experiencia del terapeuta en la terapia de familia.

En el análisis de la profesión del terapeuta, Woodward et al (1981) encontraron que los trabajadores sociales y los enfermeros tendieron a asignar un peor pronóstico a sus pacientes que otros terapeutas, pero no describieron qué profesionales formaban el grupo de comparación, por lo que sus resultados no pueden ser interpretados.

En el estudio del impacto de las características demográficas del terapeuta sobre el resultado de los pacientes en terapia de familia, Greeson et al (2009) no encontraron efecto de la edad ni de la raza, así como Hampson y Beavers (1996) no encontraron efectos del sexo, pero ambos estudios podrían estar faltos de potencia.

Greeson et al (2009) encontraron que la probabilidad de que una terapeuta mujer obtenga un resultado no deseado en la terapia de familia es un 87% menor que para un terapeuta varón, mientras que Woodward et al (1981) encontraron que los terapeutas varones parecen tener mejores resultados en conjunciones específicas de medidas de resultados y puntos del seguimiento. Los resultados de Woodward et al (1981) no pueden ser aceptados porque no corrigieron el incremento de

probabilidad de encontrar resultados positivos al realizar análisis múltiples. El resultado de Greeson et al (2009) es débil debido a pérdidas en el seguimiento y a la falta de análisis por intención de tratar pero es el único resultado válido sobre el impacto del sexo del terapeuta en el resultado de la terapia de familia.

Flicker et al (2008) encontraron que, mientras que en un análisis global la raza del terapeuta no muestra tener impacto sobre el resultado de la terapia de familia, el emparejamiento étnico mejoró el resultado terapéutico de jóvenes en riesgo de la minoría étnica hispana.

3.4.3 Características del terapeuta por técnica: terapia de pareja

El impacto de las características del terapeuta sobre el resultado de la terapia de pareja fue estudiado en tres artículos (Epstein et al, 1994; Fals-Stewart y Birchler, 2002 y Raytek et al, 1999). Todos ellos abordaron características profesionales del terapeuta y trataron parejas en las que el marido tenía problemas con el alcohol. Ninguno de estos estudios halló diferencias significativas. (Ver apéndice 4: tabla 5.3).

Epstein et al (1994) no encontraron impacto de la experiencia del terapeuta sobre la tendencia a abandonar la terapia. Raytek et al (1999), partiendo del mismo estudio, no encontraron impacto de la experiencia del terapeuta sobre el PDA o la felicidad conyugal. Fals-Stewart y Birchler (2002) no encontraron impacto de la formación del terapeuta sobre PDA,

DAS, MHS o CSQ-8, aunque estos estudios pueden estar faltos de potencia.

Los resultados de Fals-Stewart y Birchler (2002) y Raytek et al (1999) sobre porcentaje de días en abstinencia se podrían haber reanalizado conjuntamente con técnicas meta-analíticas para identificar diferencias no encontradas en estudios aislados y potencialmete faltos de potencia si Raytek et al (1999) hubiesen publicado los datos sobre los que realizaron su análisis.

3.5 Características del terapeuta por diagnóstico

Las características del terapeuta que afectan el resultado de la terapia multipaciente pueden variar en relación con las características de los pacientes en general y con su diagnóstico en particular. La heterogeneidad de los pacientes tratados en los estudios incluidos en esta revisión limitó la posibilidad de agrupar resultados para una característica concreta del paciente. Los diagnósticos que fueron abordados en más de un artículo fueron: depresión, abuso de sustancias y cáncer de mama.

3.5.1 Características del terapeuta por diagnóstico: depresión

El impacto de las características del terapeuta en la terapia multipaciente de pacientes deprimidos fue estudiado en cuatro artículos correspondientes a dos estudios (Ver apéndice 4: tabla 6.1).

Antonuccio et al (1987) y Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz, (1982) comunicaron un estudio dirigido a explicar las diferencias de resultados entre terapeutas, al tratar a pacientes deprimidos con grupos de psicoeducación, en relación a variables psicosociales de los psicoterapeutas (locus de control, expectativas de cambio en los participantes, aceptación de la lógica de aprendizaje social, neuroticismo, competencia social, apoyo social, eventos placenteros y eventos vitales estresantes). Sin embargo, este estudio no logró detectar diferencias entre los resultados de los terapeutas.

Baker y Neimeyer (2003) y Bright, Baker y Neimeyer (1999) comunicaron un estudio dirigido a detectar diferencias de resultados entre profesionales con formación y paraprofesionales sin formación al tratar a pacientes deprimidos con CBT grupal y terapia grupal de apoyo mutuo (MSG). Encontraron que los profesionales lograron mejores resultados (medidos con HRSD) con pacientes internalizadores y los paraprofesionales con pacientes externalizadores. Además, la formación mejoró los resultados con CBT (medidos con BDI), pero no con MSG.

3.5.2 Características del terapeuta por diagnóstico: abuso de sustancias

El impacto de las características del terapeuta sobre los resultados de la psicoterapia multipaciente con pacientes que abusan de sustancias (alcohol o drogas ilegales) fue estudiado en cuatro artículos (ver apéndice 4: tabla 6.2).

Epstein et al (1994), Fals-Stewart y Birchler (2002) y Raytek et al (1999) exploraron el impacto de la experiencia del terapeuta y no encontraron efectos sobre el resultado clínico, aunque estos estudios pueden estar faltos de potencia.

Flicker et al (2008) encontraron que el emparejamiento étnico de jóvenes hispanos en riesgo tratados con terapia de familia redujo el porcentaje de días en el que estos utilizaron drogas.

3.5.3 Características del terapeuta por diagnóstico: cáncer de mama

Dos artículos estudiaron el impacto de las características del terapeuta en el resultado de la psicoterapia multipaciente con mujeres diagnosticadas de cáncer de mama (ver apéndice 4: tabla 6.3).

Classen et al (2008) es un estudio falto de potencia que no halló impacto de la formación y la experiencia del terapeuta en el POMS de los pacientes tras terapia expresiva de apoyo.

Kissane et al (2003) analizaron el impacto de la profesión del terapeuta en el resultado de la psicoterapia cognitivo-existencial de grupo. Utilizaron seis medidas de resultados (MILP, ABS, HADS, MAC, FAD y satisfacción) y encontraron que las parejas de terapeutas en las que el rol de experto estaba asumido por psicólogos obtuvieron mejores resultados en dos subescalas (HAD-ansiedad y ABS-síntomas negativos) que las parejas terapéuticas en las que el rol de experto era asumido por psiquiatras o trabajadores sociales/enfermeros/terapeutas ocupacionales. No se encontraron diferencias significativas en otras medidas. Este resultado es presentado en el artículo en un gráfico sin datos que lo justifiquen.

3.6 SUITSS

3.6.1 Desarrollo de la herramienta

Este proyecto logró desarrollar un proceso que permite a los pacientes construir una herramienta con la que contribuir formalmente al proceso de selección de psicoterapeutas. El apéndice 6 reproduce la traducción directa, del inglés al castellano, de la herramienta tal como esta fue diseñada por los pacientes y ensayada con candidatos a un puesto de psicoterapeuta en el NHS. Con el fin de apoyar a la comunidad de pacientes para que esta encontrara su voz se respetó su elección de léxico para expresar su visión, incluso cuando otras formulaciones hubieran podido transmitir un mensaje similar con más claridad.

3.6.2 Uso de la herramienta y evaluación de su impacto

La herramienta SUTSS fue utilizada por miembros de la CT residencial para evaluar a tres candidatos a un puesto de psicoterapeuta en esa comunidad. Los pacientes participaron en este proceso en todas sus fases. Mostraron interés y tomaron parte en las discusiones sobre la selección de parámetros a valorar y en su cuantificación. Además, el uso de la herramienta facilitó una estructura útil para promover la discusión sobre los candidatos y asistir en la toma de decisiones. Los terapeutas de la CT comunicaron una mejoría en la implicación de los pacientes respecto a ocasiones en que el proceso de reclutamiento se había hecho sin SUTSS y consideraron que los pacientes desarrollaron una discusión más enfocada. En general, hubo un acuerdo amplio en que la herramienta mejoraba el proceso de selección. Hubo limitaciones en la información recogida de los pacientes (ver discusión).

4. Discusión

4.1 Discusión introductoria

Este trabajo explora vías de mejora de la psicoterapia multipaciente y lo hace desde dos vertientes: En primer lugar, la optimización de la efectividad del psicoterapeuta se aborda desde la revisión sistemática de la evidencia empírica de las características del psicoterapeuta que afectan el resultado de la terapia. En segundo lugar, se explora la optimización de la psicoterapia desde la implicación de los pacientes y, en concreto, su participación en el proceso de selección de psicoterapeutas para trabajar en un servicio público de salud, el NHS.

Este trabajo no explora la tercera vía de optimización de la psicoterapia, la identificación de las técnicas eficaces y su ámbito de aplicación, al ser este un frente ampliamente trabajado por otros autores (Roth y Fonagy, 2004).

La revisión de la evidencia empírica sobre las características del terapeuta que afectan el resultado de la psicoterapia multipaciente es sistemática, cubre 8 bases de datos diferentes y utiliza una estrategia de búsqueda muy abarcativa (ver apéndice 5), reuniendo el conocimiento

actual sobre el tema. Sin embargo, sus conclusiones no pueden llegar más allá de las limitaciones de la investigación primaria.

Este proyecto utiliza un enfoque empírico positivista en un campo que, tal como muestra la pobre calidad de los estudios identificados en este trabajo, tiende a descuidar este abordaje. Al hacerlo, contribuye a una larga tradición que intenta aproximar la psicoterapia y la ciencia empírico- cuantitativa, en la que participan autores como Clarkin y Kernberg (Clarkin et al, 2007).

Es importante reseñar que el uso del enfoque positivista no supone una falta de apreciación por otros enfoques investigativos, cualitativos y experienciales que, desde hace más de un siglo, (Freud, 1895), han promovido el desarrollo de la psicoterapia. El mundo de la psicoterapia ha alcanzado una cierta comprensión sobre los elementos que hacen efectivo al psicoterapeuta y esta comprensión guía los programas de formación profesional, con componentes de formación teórica, psicoterapia personal y práctica supervisada (Institute of Group Analysis, 2010). Este trabajo pretende afinar y complementar este conocimiento, no eliminarlo. La no inclusión en este estudio de trabajos que utilizan enfoques cualitativos o especulativos limita la información a la que hemos podido acceder y deja abierto este frente de exploración para futuros proyectos.

Asímismo, los hallazgos de esta revisión están sujetos al riesgo de un sesgo de publicación, al no haber podido acceder a aquellos estudios

que no han sido publicados en revistas científicas. Si bien este ha sido un mal necesario al definir unos criterios de búsqueda en base de datos que garanticen la coherencia de la búsqueda y minimicen el riesgo de la selección subjetiva de material por parte del autor, en un campo como la psicoterapia donde gran parte de la publicación toma el formato de libro puede suponer una pérdida importante.

Otra limitación de la revisión sistemática emprendida en este trabajo reside en su abordaje por parte de una única persona. Aunque fue posible encontrar un apoyo externo para revisar los criterios de búsqueda, la selección y valoración de los artículos encontrados fue realizada por un único investigador, con el riesgo de sesgos que esto produce. Si este proyecto hubiese sido llevado por un equipo hubiese sido posible valorar la calidad de los artículos sin tener conocimiento de sus resultados y contrastar criterios a la hora de incluir o excluir artículos aumentando la objetividad de la investigación.

La segunda vertiente de este proyecto, la implicación de pacientes en el proceso de contratación de psicoterapeutas en el NHS, llevó al desarrollo de una herramienta estructurada, SUISS, con la que evaluar a los candidatos y aportar una información estructurada y cuantificable al panel de selección.

SUISS encuentra una serie de características deseables en el psicoterapeuta (ver apéndice 6) utilizando un método distinto al empírico positivista. Queda pendiente la evaluación de hasta qué punto estas

características pueden afectar al resultado de la psicoterapia multipaciente o al menos a la satisfacción de sus pacientes.

El proyecto SUTSS, al margen de seguir una agenda política (DOH, 2009) de democratización de servicios públicos de salud, incremento de accesibilidad, “empoderamiento” y reducción del estigma de los pacientes de salud mental, pretende tener una aplicación terapéutica.

La alianza terapéutica ha demostrado ser un elemento predictivo del resultado de la psicoterapia en general y la psicoterapia multipaciente en particular, (Guzder et al, 2011).

Es razonable pensar que, al margen de las características del terapeuta, pueda ser más fácil para los pacientes construir una alianza terapéutica con un profesional que han ayudado a seleccionar (personalmente o por participación a través de otros compañeros pacientes) que con un terapeuta impuesto por una tecnocracia o burocracia.

El diálogo que llevó a los pacientes a construir y utilizar la herramienta SUTSS tomó el formato de grupos de discusión similares a los que se realizaban con fines terapéuticos en la comunidad terapéutica en la que se desarrolló este proyecto y puede ser considerado una intervención terapéutica *per se*.

Este trabajo no permite dilucidar la generalizabilidad de las características de SUTSS para su aplicación en otros ámbitos, con

pacientes cuyo diagnóstico no sea trastorno de la personalidad y en servicios que no tengan la forma de comunidades terapéuticas.

La revisión sistemática de la investigación empírica del impacto de las características del terapeuta sobre los resultados clínicos de la psicoterapia multipaciente encontró distintos resultados que serán discutidos a continuación.

4.1.1 Foco de los artículos

Hay casi tantos estudios que aportan datos al tema de esta revisión “de pasada” (6) como centrados en él (10) (ver tabla 1 en el apéndice 3). Esto sugiere que el foco de este estudio es un tema central, situado en la encrucijada entre las investigaciones sobre la eficacia de la técnica, la importancia de las características del paciente y la comprensión del proceso terapéutico. Además, apoya la visión de Carroll (2001) de que la investigación específica en este asunto está infradesarrollada al haber sido desplazada por el interés en la eficacia de técnicas terapéuticas.

De los 19 artículos recogidos en la revisión, sólo uno estuvo conducido en población anciana (Orten, Allen y Cook, 1989). Esta proporción es muy inferior a la proporción que la población anciana representa en la población general y evidencia una falta de investigación en esta población específica.

4.1.2 Fecha de publicación

La segunda afirmación de Carroll (2001), que el interés en los factores del terapeuta ha declinado con el paso del tiempo no se aplica al campo específico de la psicoterapia multipaciente, donde hay una tendencia al crecimiento.

4.1.3 Relación entre el foco del estudio y la positividad de los resultados

Esta revisión encontró que el diseño específico de un estudio para detectar diferencias en el resultado clínico de la psicoterapia multipaciente debidas a las características del terapeuta mejora su capacidad para detectar estas diferencias en comparación con estudios que encontraron sus resultados en análisis secundarios $p=0,00015$.

Aunque una mayor sensibilidad para detectar las diferencias que se están buscando puede deberse a sesgos en los estudios, no parece que los estudios que encontraron diferencias significativas tengan en general una mayor tendencia a sesgos que los que no las hallaron (ver apéndice 2).

El aumento de sensibilidad descrita puede deberse a un mayor cuidado en la recogida de datos percibidos como importantes que reduzca la dispersión de los datos debida a falta de rigor cuando se recogen rutinariamente datos colaterales que no son centrales para un

estudio y a pérdida de sensibilidad cuando se comparan múltiples variables, como se aprecia en el estudio de Epstein (1994) cuyos resultados dejaron de ser significativos tras la corrección de Bonferroni.

4.1.4 Tipo de estudios

El patrón oro en la evaluación del impacto de factores específicos sobre la efectividad clínica es el estudio controlado y aleatorizado, (Goldacre, 2008). Incluso tras descartar los estudios cuyo foco principal no son variables del terapeuta, sólo el 40% de los estudios (4 de 10) son ECAs mostrando una pobre calidad metodológica. La ausencia de meta-análisis, puede ser explicada por la heterogeneidad de los pacientes tratados, de las medidas utilizadas y de las técnicas psicoterapéuticas empleadas. Hay además una gran heterogeneidad en el tipo de técnicas terapéuticas utilizadas y en las medidas empleadas para medir los resultados clínicos.

La pobre calidad de los estudios se puede relacionar con la tensión histórica entre, por una parte el movimiento psicoanalítico que construyó la base para la psicoterapia moderna y por otra el método científico (Erwin, 1997c). Esta tensión proviene de diferencias paradigmáticas en los modelos y es reforzada por diferencias en las actividades e intereses entre clínicos e investigadores. Otra causa importante de la pobre calidad de estos estudios para predecir el resultado de la terapia es que muchos

de ellos tienen un objetivo diferente y abordaron el impacto de características del terapeuta como un asunto secundario.

Esta revisión pone de manifiesto la fragmentación entre las culturas psicoterapéuticas y su difícil relación con el modelo científico. Distintos abordajes terapéuticos como el psicoanalítico, sistémico, cognitivo o conductual, proceden de modelos epistemológicos diferentes, varían en las poblaciones a las que tratan y en sus objetivos terapéuticos, requiriendo distintas medidas para sus resultados. Esto retrotrae a la antigua discusión sobre la dificultad de medir los resultados de la psicoterapia, (Erwin, 1997d) y la necesidad de tender puentes entre campos separados pero complementarios para mejorar la atención al paciente, el pensamiento teórico, investigación futura y la estabilidad institucional. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) ofrece un terreno común para la comprensión de las dificultades de los pacientes pero es esencial preservar la pluralidad de abordajes para evitar caer en reduccionismos.

Puede haber diferencias en el abordaje del modelo científico dependiendo del modelo de psicoterapia y la profesión de base del investigador. El modo en el que los terapeutas piensan (Kivlighan and Kivlighan, 2010) y se acercan a la ciencia podría afectar el resultado terapéutico. Por ejemplo, los psicólogos tienen la reputación de ser más científicos que otros profesionales y lograron mejores resultados en el estudio de Kissane et al (2003). Aunque esa “reputación” necesita ser

demostrada y el estudio de Kissane et al (2003) no es muy robusto, esta es una teoría interesante que convendría investigar.

También es necesario considerar si hay una “tendencia a evitar pensar” que afecte la calidad de esta investigación, dado que el conocimiento de qué hace efectivos a los terapeutas puede resultar frustrante para los terapeutas/investigadores, (Bion, 1962). En la formación de psicoterapeutas hay muchos dogmas dados por supuesto, como la importancia de la psicoterapia personal, de la cordura del terapeuta o de su formación, y revisarlos puede resultar problemático desde un punto de vista emocional.

La investigación identificada en esta revisión coincide en su heterogeneidad con la investigación sobre el impacto del terapeuta en terapia individual, pero la última encuentra más resultados significativos, posiblemente por su mayor cantidad de estudios, (Lawson y Brossart, 2003; Sandell et al, 2006; Sterling et al, 1998). Esta heterogeneidad puede ser explicada por la riqueza de los distintos abordajes teóricos que convergen en este terreno y la emergencia de distintas culturas en cada escuela de psicoterapia, con los psicoterapeutas de grupo estudiando variables profesionales y los terapeutas de familia poniendo un mayor énfasis en las variables demográficas.

4.1.5 Características demográficas del terapeuta

Hay cinco artículos que estudian el impacto de variables demográficas del terapeuta (edad, sexo y raza) en el resultado de la psicoterapia multipaciente. Todos ellos son estudios de cohorte sin análisis de potencia llevados a cabo con distintas variedades de terapia de familia. Sus resultados son negativos o contradictorios y tienen poca validez dada la pobre calidad de los estudios.

El resultado más relevante procede del artículo Flicker et al (2008), el único estudio que utilizó una medida de resultados específica para un diagnóstico y que encontró que el emparejamiento étnico mejora el resultado de la terapia con adolescentes de la minoría étnica hispana. A pesar de las limitaciones que sufre al ser un estudio de cohortes, sus resultados sugieren que en un entorno colectivo, para adolescentes que tienden a experimentar difusión de roles en lo que Erikson (1956) consideró el estadio final de la formación de su identidad, el emparejamiento étnico es importante para aquellos cuyo proceso de formación de la identidad es especialmente complicado dada su pertenencia a una minoría étnica.

Estos resultados son muy interesantes y refuerzan el énfasis en una perspectiva cultural compartida entre paciente y terapeuta y la importancia de la “competencia multicultural” en “counselling” y en psicoterapia a pesar de que la importancia de estas no ha sido demostradas por la investigación empírica en psicoterapia individual,

(Beutler et al, 2004). En entornos grupales, Yalom (1931) ha postulado la universalidad como un elemento terapéutico de primer orden y puede ser más fácil lograr la sensación de universalidad en un ambiente homogéneo desde el punto de vista étnico y cultural.

Hace falta más investigación para apoyar este resultado con el rigor metodológico de los ECAs, para clarificar qué poblaciones se beneficiarían del emparejamiento étnico (o de otras características personales) con sus terapeutas y para dilucidar el impacto de los distintos elementos aglomerados en la etnicidad: raza, nación, cultura, etc. Además, la importancia de comprender la cultura del paciente, al margen de la pertenencia a ella del terapeuta, necesita ser aclarada.

Una hipótesis a ser comprobada con esta investigación es si pacientes con fallas importantes en su identidad se pueden beneficiar inicialmente del emparejamiento con terapeutas similares a ellos mismos (en etnicidad y otras características), mientras que en fases posteriores del desarrollo/terapia sería preferible que afrontasen diferencias que representen la complejidad del mundo, evitando la colusión con el terapeuta en una visión reduccionista de la realidad.

Esta investigación podría afectar no sólo el proceso de selección de los terapeutas que trabajen con minorías sino recomendar la formación en competencia cultural para potenciar la experiencia de universalidad en pacientes de distintas minorías. Además, podría tener implicaciones políticas al apoyar la política anglo-americana de respetar los rasgos

característicos de las minorías culturales o el énfasis de la Europa continental sobre la integración en la cultura mayoritaria.

El otro resultado que relaciona variables demográficas del terapeuta con el resultado de la terapia multipaciente procede del estudio de Greeson et al (2009), y sugiere que las mujeres obtienen mejores resultados que los hombres como terapeutas multisistémicas con jóvenes en riesgo y sus familias. Este resultado es consistente con el rol maternal o de “holding” (Winnicott, 1971) que se ha atribuido tradicionalmente a las mujeres. Los jóvenes en riesgo pueden necesitar esta función de “holding” y ser particularmente sensibles a diferencias en esta capacidad entre terapeutas. Las familias de estos jóvenes pueden carecer de la capacidad de contención necesaria y necesitar ser contenidas ellas mismas. Sin embargo, este resultado es débil y necesita ser replicado antes de establecer recomendaciones. También se puede hipotetizar que pacientes más maduros puedan necesitar menos “holding” y beneficiarse más de terapeutas varones o abordajes terapéuticos interpretativos/confrontativos. La investigación sobre el tema también debería tener en cuenta que el sexo del terapeuta no refleja necesariamente las actitudes tradicionalmente atribuidas al hombre o a la mujer, lo que genera un factor de confusión que necesitaría ser controlado.

4.1.6 Características profesionales del terapeuta

El impacto de las características profesionales del terapeuta (formación, experiencia y profesión) en el resultado de la psicoterapia multipaciente ha sido explorado en catorce artículos (ver apéndice 4: tablas 4.4 a 4.6).

a) Formación del terapeuta

Hay cinco artículos (Burlingame y Barlow, 1996; Classen et al, 2008; Fals-Stewart y Birchler, 2002; Greeson et al, 2009 y Woodward et al, 1981) que no encontraron efectos de la formación del terapeuta sobre el resultado de la psicoterapia multipaciente, pero sus resultados tienen poco valor dado que estos estudios tienen fallos metodológicos como falta de potencia para detectar diferencias, efectos suelo por falta de efectividad de la terapia o sesgos.

Hay resultados significativos de estudios metodológicamente débiles que sugieren que la relación entre formación y resultados clínicos es compleja, condicionada por múltiples variables.

Bright, Baker y Neimeyer (1999) muestra un resultado débil apoyando la necesidad de formar profesionales para realizar intervenciones complejas, como CBT, mientras que la formación parece menos importante para técnicas más básicas, como MSG. En un análisis posterior del mismo estudio, Baker y Neimeyer (2003) encontraron que la formación del terapeuta puede ser beneficiosa para pacientes internalizadores y contraproducente para pacientes externalizadores.

Aunque estos resultados de este estudio no pueden ser extrapolados más allá de la aplicación de la CBT, es digno de mención que los pacientes muy externalizadores han sido considerados problemáticos en otras técnicas complejas realizadas por profesionales con formación, como el psicoanálisis, (Etchegoyen, 1986).

Stolk y Perlesz (1990) mostraron en un estudio de cohortes retrospectivas que aprendices de segundo año valoraron el resultado terapéutico de las familias que trataron más positivamente que los aprendices de primer año. No queda claro si el cambio responde a variaciones en el resultado terapéutico o en el modo de valoración conforme progresa la formación.

b) Experiencia del terapeuta. Especial atención al anciano

La investigación empírica no clarifica el impacto de la experiencia del terapeuta sobre el resultado de la psicoterapia multipaciente. Resulta sugerente que el único estudio que encontró repercusión de la experiencia del terapeuta sobre el resultado clínico fue precisamente el único estudio conducido en población anciana mientras que los estudios conducidos en poblaciones adultas, juveniles o infantiles no encontraron este efecto.

Sin embargo, la calidad de estos estudios es pobre, con estudios potencialmente faltos de potencia (o de demostrada falta de potencia como Classen et al (2008)) que no encuentran diferencias. El estudio en población anciana, Orten, Allen y Cook (1989), encontró sus resultados

en un único terapeuta con mayor experiencia y los pacientes no habían sido asignados aleatoriamente por lo que este hallazgo no puede ser aceptado.

Raytek et al (1999) encontraron una tendencia a tener más pérdidas en el seguimiento entre los terapeutas con menor experiencia. Aunque este resultado no es estadísticamente significativo, merece la pena investigar si la experiencia mejora la capacidad del terapeuta para sintonizar emocionalmente con una mayor diversidad de pacientes, mejorando la alianza terapéutica y manteniéndolos en terapia.

c) Profesión del terapeuta

Cuatro estudios analizaron el impacto de la profesión del terapeuta en el resultado de la psicoterapia mutipaciente. La pobre calidad de los estudios o de su comunicación impide sacar conclusiones de estos resultados.

4.1.7 Variables psicosociales

El estudio de Kivlighan y Kivlighan (2010) encuentra un efecto positivo de la similitud entre las estructuras de conocimiento de aprendices de terapeuta con un patrón promediado entre las estructuras de conocimiento de terapeutas expertos, en la satisfacción de los pacientes de grupo de interdiálogo.

Si bien este estudio tiene las limitaciones metodológicas de un estudio de cohortes, este es un resultado importante al ofrecer la única evidencia de una relación entre el contenido de la mente del terapeuta y el resultado terapéutico (al margen del estudio de Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz (1982) que quedó invalidado por un efecto suelo).

La medida utilizada, la satisfacción de los pacientes durante la terapia determinada mediante el cuestionario de perfil del líder, no es una medida directa de mejoría clínica. Sin embargo, la satisfacción durante la terapia es un elemento importante de la alianza terapéutica, que es una variable de proceso que ha demostrado un importante impacto en el resultado clínico (Guzder et al, 2011). Investigaciones futuras deberían establecer la conexión directa entre los patrones de conocimiento y otras medidas de resultados clínicos.

Este estudio infiere las estructuras de conocimiento acerca de la terapia de los aprendices de terapeuta, a partir de sus intervenciones durante el proceso terapéutico, mediante el programa informático Pathfinder. Aunque una herramienta informática tiene la ventaja ser un método objetivo y de una fácil replicación de los estudios, es concebible que otras herramientas, tal vez abordajes humanos más flexibles, puedan ser más sensibles a la complejidad de las estructuras de conocimiento y otros aspectos del funcionamiento de la mente del terapeuta que puedan influir en el resultado de la terapia. Estudios realizados con estas técnicas deberían utilizar sistemas de “cegamiento” para evitar que expectativas

acerca de qué estructuras mentales son deseables contaminen los resultados empíricos.

Este estudio sugiere que, con la técnica de grupo de interdiálogo, los terapeutas expertos (con formación y experiencia) obtienen mejores resultados que los aprendices, aunque sea sólo en cuanto a la satisfacción de los pacientes. Desgraciadamente, los autores no realizaron una comparación entre los resultados de los terapeutas expertos y los aprendices, dejando pendiente la confirmación de esta inferencia a experimentos posteriores, que deberían incrementar la calidad del estudio con la metodología del ECA, añadir otras medidas de resultados más allá de la satisfacción del paciente y explorar distintas poblaciones clínicas.

El estudio plantea un modelo de patrones de conocimiento como mejor que otros para la realización de terapia con grupos de interdiálogo. Sería conveniente el refinamiento de los patrones de conocimiento más adecuados para el ejercicio de la psicoterapia mediante la comparación entre los patrones de distintos terapeutas expertos y su correlación con los resultados terapéuticos.

Freud (1926) planteó la necesidad de una terapia personal del terapeuta como parte de su formación. Los objetivos de esta terapia personal incluyen la adquisición de unos “patrones de conocimiento” que permitan el ejercicio profesional. No sólo en el psicoanálisis individual sino en el análisis grupal (Institute of Group Analysis, 2010) la

experiencia previa de haberse sometido a la terapia constituye un requisito básico de la formación. Sin embargo, no hay estudios empíricos sobre el impacto terapéutico de esta experiencia terapéutica en terapias multipaciente y el hallazgo de Kivlighan y Kivlighan (2010) sobre la importancia de los patrones de conocimiento manifiesta la necesidad de esta investigación.

4.2 SUITSS

Este proyecto desarrolló una estructura que permite a pacientes construir una herramienta con la que expresar su punto de vista respecto a la contratación de psicoterapeutas, enriqueciendo la calidad del proceso de contratación. Esta implicación “empodera” a aquellos que reciben los servicios sanitarios y permite a la comunidad participar en el desarrollo de los servicios tal como recomiendan Elstad y Eide (2009). La aplicación de esta herramienta facilitó el desarrollo de un servicio más accesible, flexible y dinámico y enriqueció su capacidad para emplear el personal más adecuado, teniendo en cuenta la perspectiva de los pacientes. El personal, al haber tenido a sus futuros pacientes implicados en su proceso de selección puede sentirse reforzado y confiado respecto a su adecuación al puesto y la interacción con pacientes que requiere. Por desgracia, no pudimos recoger información acerca de la experiencia

de los pacientes en el uso de la herramienta. Esto es un asunto a abordar en futuros trabajos con SUISS.

4.2.1 Aplicación de SUISS

Aunque la herramienta mostrada en el apéndice 6 fue diseñada para abordar las necesidades de una comunidad terapéutica residencial con pacientes con trastorno de personalidad, SUISS puede usarse como una base con la que, mediante la contribución de los pacientes, desarrollar variantes adaptadas a distintos servicios. Esto incluye salud mental, salud física, el sector privado y su uso en otros países, incluido España, y en diferentes idiomas. En la evolución de los servicios terapéuticos, SUISS puede ser revisado y modificado según las necesidades. También sería interesante la exploración de diferencias culturales en la aplicación de SUISS en distintos ambientes para ver hasta qué punto SUISS describe factores importantes para la selección de personal a nivel universal y hasta qué punto estos factores dependen de una cultura y un idioma.

Es importante tener en mente que la perspectiva de los pacientes no debería desplazar otras consideraciones en la selección de personal sino contribuir a una combinación equilibrada de factores que incluirían también consideraciones técnicas acerca de las necesidades, la perspectiva del resto del personal, la política nacional y local y una consideración realista de los recursos disponibles.

Aunque pacientes individuales puedan tener opiniones muy diferentes sobre las características de los profesionales de la salud con los que les gustaría trabajar, el desarrollo de una perspectiva grupal en el que estas opiniones se equilibran y enriquecen es esencial para conseguir una perspectiva coherente que represente la visión de la población. Esto es relativamente sencillo de lograr en una comunidad terapéutica en la que la discusión grupal es un componente terapéutico importante y donde SUISS fue desarrollada y probada, pero puede resultar más complicado en ambientes donde los pacientes tienen poco contacto unos con otros, como en servicios ambulatorios. En estos casos, la participación de pacientes en “grupos de trabajo” (Bion, 1961) cohesivos y capaces de utilizar la capacidad colectiva de pensamiento, requeriría intervenciones previas a la aplicación de SUISS para desarrollar la capacidad de los pacientes de trabajar de este modo.

El proceso grupal puede desviarse de sus objetivos específicos y orientarse hacia dinámicas poco útiles o destructivas (Nitsun, 1996). El desarrollo de SUISS en un entorno grupal debe considerar el riesgo de expresión de tendencias negativas. Estas pueden tomar la forma de una crítica inadecuada de los candidatos, recomendaciones para la contratación deliberada de candidatos inadecuados como maniobra de sabotaje, etc. Durante este proyecto, se pudo observar a pacientes individuales completando SUISS en soledad o de modos que apuntaban a que estaban expresando opiniones personales en vez de intentar interpretar la visión de la comunidad. Además, algunas valoraciones

parecieron especulativas, como la evaluación de la capacidad de un candidato para mantenerse en calma durante una crisis sin haberle visto en una situación de crisis. Es recomendable que este proceso sea supervisado por profesionales que esté familiarizados con las dinámicas de grupo y que puedan identificar y reconducir estos procesos.

4.2.2 Evaluación del impacto de SUISS

Una de las virtudes de SUISS es que, al aportar una medida semicuantitativa de la visión que los pacientes tienen sobre los candidatos a terapeutas en un servicio, permite la evaluación de su impacto y la correlación entre las recomendaciones de los pacientes y el resultado de la contratación. El gran número de candidatos que necesitarían ser evaluados para determinar si las decisiones de los paneles de selección correlacionan de alguna manera con la perspectiva de los pacientes haría necesario para este estudio un abordaje multicéntrico.

En conclusión, este estudio ha demostrado que la implicación de pacientes en la selección de personal en el marco de una comunidad terapéutica fue potenciada por el desarrollo de una herramienta sistematizada, SUISS. El desarrollo de la herramienta implicó activamente a los pacientes en la definición de los parámetros que consideraron importantes en los psicoterapeutas que iban a trabajar con ellos. El estudio pasó después a utilizar la herramienta en la selección de personal, con un impacto positivo en la calidad de la discusión sobre los

candidatos. Además, los candidatos vivieron como algo positivo el que los pacientes estuvieran implicados en su proceso de selección y esto puede ayudar a que se sientan más cómodos en su trabajo.

4.3 Recomendaciones

La revisión sistemática de la investigación sobre las características del terapeuta que afectan el resultado de la psicoterapia multipaciente tiende a ser no concluyente, con pobre calidad metodológica y gran heterogeneidad que impide la agrupación de resultados para meta-análisis. Esta revisión identificó dos resultados interesantes en dos estudios de cohortes: que el emparejamiento étnico mejora el resultado de la terapia de familia con adolescentes hispanos que abusan de las drogas (Flicker et al, 2008) y que los patrones de conocimiento del terapeuta afectan la satisfacción del paciente.

En el momento actual, la evidencia empírica no puede apoyar recomendaciones en formación o contratación de profesionales del campo de la psicoterapia multipaciente. No se ha podido probar que las características del terapeuta, incluyendo la experiencia profesional e incluso haberse formado como terapeuta, tengan un impacto en el resultado terapéutico, aunque esto no es lo mismo que haber probado ausencia de impacto.

De esta revisión surgen distintas hipótesis que deberían ser comprobadas empíricamente: ¿qué características del terapeuta mejoran el resultado terapéutico con qué pacientes y en el contexto de qué técnica? ¿Cuál es el impacto de emparejar características del terapeuta y el paciente para pacientes con distintas necesidades? ¿Cuál es el rol de la empatía en el resultado de la psicoterapia? ¿Cómo se relacionan el proceso y el resultado de la terapia?

Hay que reconocer que la investigación en este campo es difícil de realizar, requiriendo la coordinación de un gran número de terapeutas que practiquen de un modo suficientemente homogéneo cuando el campo de la psicoterapia es heterogéneo y pequeño en relación con otros abordajes terapéuticos.

La planificación de la investigación futura necesita tener en cuenta la enorme complejidad de la persona del terapeuta y la multiplicidad de rasgos que trae a la terapia con posibilidad de afectar su resultado (personalidad, educación, terapia personal, etc). El intento de aislar los “elementos activos” requiere un abordaje amplio que incluya el análisis de muchas variables diferentes, sin olvidar que las distintas variables del terapeuta pueden no ser independientes entre sí. Además, hay que reseñar que distintos factores de confusión pueden proceder de otras fuentes, incluidos los pacientes, que deberían ser evaluados de forma estandarizada para que los resultados sean comparables. El OPD (2001) es uno entre varios sistemas que se pueden utilizar para estandarizar las evaluaciones.

Un método para abordar esta complejidad es mediante la evaluación rutinaria de los resultados de la terapia y el desarrollo de grandes bases de datos, idealmente a nivel nacional o internacional, reuniendo información sobre resultados, técnica, pacientes y terapeutas, (Barkham, Hardy y Mellor-Clark, 2010). El análisis de dicha base de datos aportaría información útil desde un punto de vista cuantitativo, sobre los factores que afectan el resultado terapéutico. Los resultados obtenidos en el análisis de estas bases de datos deberían ser confirmados mediante ECAs *ad hoc*, que deberían realizarse con muestras suficientemente grandes.

Además de este enfoque cuantitativo, el enfoque cualitativo podría iluminar la complejidad del resultado de la terapia. Se puede considerar que la terapia es más un arte que una técnica y sus resultados se pueden atribuir a la interacción profunda entre terapeuta y paciente, (Stein, 2006). Para comprender algunos de los fenómenos que ocurren al nivel emocional profundo, puede ser conveniente utilizar abordajes cualitativos, de proceso e incluso intuitivos. El uso de abordajes epistemológicos distintos y complementarios a fenómenos complejos es un antídoto efectivo contra la tentación de la sobresimplificación que persigue a los investigadores del impacto de las características del terapeuta sobre el resultado de la psicoterapia mutipaciente en particular y a la humanidad en general.

El desarrollo y aplicación de SUISS la muestra como una herramienta útil para la implicación de los pacientes en la selección de

psicoterapeutas. Sería deseable que SUISS o una herramienta equivalente formase parte del proceso rutinario de selección de personal en servicios de salud mental para minimizar la impotenzación y estigmatización de los enfermos mentales.

Queda pendiente para futuros proyectos la recogida de información acerca de la experiencia de los pacientes en la evaluación de candidatos y el redesarrollo y ensayo de la herramienta en otros entornos.

5. Conclusiones

Las conclusiones más importantes de esta revisión se pueden resumir en:

- 1) Las investigaciones del impacto de la persona del terapeuta en el resultado de la psicoterapia mutipaciente tienen poca calidad metodológica y gran heterogeneidad en cuanto a: las variables consideradas de terapeuta, las medidas de resultados utilizadas, las técnicas terapéuticas empleadas y las poblaciones de pacientes tratadas.
- 2) Las investigaciones del impacto de la persona del terapeuta en el resultado de la psicoterapia mutipaciente no son concluyentes por lo que la hipótesis de que las características del terapeuta afectan la efectividad de la psicoterapia mutipaciente no ha podido ser probada.

Sin embargo:

- a. el emparejamiento étnico entre terapeuta y paciente puede tener un efecto positivo, al menos en adolescentes de la minoría étnica hispana que consumen drogas.
 - b. Los patrones de conocimiento de los terapeutas parecen afectar el resultado de la terapia, al menos en cuanto a la satisfacción del paciente en grupos de interdiálogo.
- 3) No se han podido establecer recomendaciones fundamentadas en la evidencia empírica para la formación y la supervisión de psicoterapeutas.

4) No se ha podido mejorar la predicción del resultado de la terapia multipaciente mediante el conocimiento actual del efecto del psicoterapeuta.

5) Se recomienda la creación de bases de datos en la que se recojan de manera rutinaria y sistemáticamente los resultados de la psicoterapia tanto a nivel nacional como internacional para detectar qué elementos afectan el resultado de la terapia. ECAs *ad hoc* podrían confirmar estos hallazgos.

Un enfoque cualitativo en la comprensión de la efectividad del terapeuta puede complementar el abordaje empírico-positivista.

6) Hemos desarrollado SUISS, un sistema que permite implicar a los pacientes en el proceso de evaluación y contratación de psicoterapeutas en servicios públicos de salud.

7) Hemos “pilotado” esta herramienta en el reclutamiento de un psicoterapeuta en el NHS.

8) La investigación del impacto de las características del terapeuta en la efectividad de la psicoterapia multipaciente específicamente orientada a pacientes en edad anciana está hipotrofiada y hacen falta estudios específicos con esta población.

6. Referencias

Las referencias marcadas con un asterisco (*) indican estudios incluidos en la revisión

1. Ablon, J. y Jones, E. (2010). How Expert Clinician's Prototypes of an Ideal Treatment Correlate with Outcome in Psychodynamic and Cognitive-Behavioural Therapy. *Psychotherapy Research*. 8 (1): 71-83
2. Alexander, J. F., Barton, C., Schiavo R. S. y Parsons, B. V. (1976). Systems-behavioral intervention with families of delinquents: therapist characteristics, family behavior, and outcome. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 44(4): 656-64.
3. Altman, D. G. (1996). Better reporting of randomised controlled trials: the CONSORT statement. *BMJ*. 313: 570-571.
4. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision*. Washington DC: Author
5. *Antonuccio, D. O., Davis, C., Lewinsohn, P. M. y Breckenridge, J. S. (1987). Therapist variables related to cohesiveness in a group treatment for depression. *Small Group Behavior*. 18(4): 557-564.

6. *Antonuccio, D. O., Lewinsohn, P. M. y Steinmetz, J. L. (1982). Identification of therapist differences in a group treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50(3): 433-435.
7. Bachar, E. (1998). Psychotherapy--an active agent: assessing the effectiveness of psychotherapy and its curative factors. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*. 35(2): 128-35.
8. *Baker, K. D. y Neimeyer, R. A. (2003). Therapist training and client characteristics as predictors of treatment response to group therapy for depression. *Psychotherapy Research*. 13(2): 135-151.
9. Barkham, M., Hardy, G. E. y Mellor-Clark, J. eds. (2010). *Developing and Delivering Practice-Based Evidence. A Guide to Psychological Therapies*. Oxford: Wiley.
10. Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S. Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2004) Chapter 7. Therapist Variables. En: *Bergin and Garfield's handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th edition. Lambert, M. J. New York: John Wiley & Sons. 227-306.
11. Bhardwaj, A. y Kathane, R. (2009). Involvement of a young service user in the appointment of a doctor. *The Psychiatrist*. 33: 439-40.

12. Bhui, K., Aubin, A. y Strathdee, G. Making a reality of user involvement in community mental health services. *Psychiatric Bulletin* 1998; 22: 8-11.
13. Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock.
14. Bion, R. (1962). The Psycho-Analytic Study of Thinking. *Int. J. Psycho-Anal.* 43: 306-310
15. Bischoff R. J. y Sprenkle, D. H. (1993). Dropping out of marriage and family therapy: a critical review of research. *Family Process*. 32(3): 353-75
16. Blackmore, C., Beecroft, C., Parry, G., Booth, A., Tantam, D., Chambers, E., Simpson, E., Roberts, E. y Saxon D. (1999). *A Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy*. Disponible en la World Wide Web: http://groupanalyticsociety.co.uk/wp-content/uploads/file/IGA_GAS_FINAL_REPORT.pdf. Descargado el 18 de Abril de 2010.
17. Blow, A. J., Sprenkle, D. H. y Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*. 33: 298-317.

18. Blow, A. J., Timm, T. M. y Cox, R. (2008). The role of the therapist in therapeutic change: Does therapist gender matter? *Journal of Feminist Family Therapy*. 20(1): 66-86.
19. *Bright, J. I., Baker, K. D. y Neimeyer, R. A. (1999). Professional and paraprofessional group treatments for depression: A comparison of cognitive behavioural and mutual support interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67: 491-501.
20. *Burlingame, G. M. y Barlow, S. H. (1996). Outcome and process differences between professional and nonprofessional therapists in time-limited group psychotherapy. *Int J Group Psychother*. 46(4):455-78
21. Burlingame, G. M., Fuhrman, A. y Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics*. 7(1): 3-12.
22. Carpenter, P.J. y Range, L. M. (1982). Predicting psychotherapy duration from therapists' sex, professional affiliation, democratic values, and community mental health ideology. *J Clin Psychol*. 38(1): 90-1.
23. Carroll, K. M. (2001). Constrained, confounded and confused: why we really know so little about therapists in treatment outcome research. *Addiction*. 96(2): 203-6.

24. Cooper, M. (2008). Chapter 3. Does Orientation Matter? The Great Psychotherapy Debate. En: *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy. The Facts are Friendly*. London: Sage. 36-59.
25. Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. y Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*. 164(6): 922-928.
26. *Classen, C. C., Kraemer, H. C., Blasey, C., Giese-Davis, J., Koopman, C., Palesh, O. G., Atkinson, A., Dimiceli, S., Stonisch-Riggs, G., Westendorp, J., Morrow, G. R. y Spiegel, D. (2008). Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial. *Psycho-Oncology*. 17(5): 438-47.
27. Crane, D. R., Griffin, W. y Hill, R. D. (1986). Influence of therapist skills on client perceptions of marriage and family therapy outcome: Implications for supervision. *Journal of Marital & Family Therapy*. 12(1): 91-96.
28. *Crane, D. R., Wood, N. D., Law, D. D. y Schaalje, B. (2004). The relationship between therapist characteristics and decreased medical utilization: An exploratory study. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*. 26(1): 61-69.

29. Crawford, M. J., Aldridge, T., Bhui, K., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Tyrer, P. y Fulop, N. (2003). User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectional survey of service users and providers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 107:410-4.
30. Department of Health. (2009). *The NHS constitution for England*. DOH.
31. DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. and Gibbons, C. J. A (2005). Conceptual and Methodological Analysis of the Nonspecifics Argument. *Clin Psychol Sci Prac* 12: 174-183.
32. Dinger, U., Strack, M., Leichsenring F. and Henning S. (2007). Influences of patients' and therapists interpersonal problems' and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 17(2): 149-161.
33. Elstad, T.A. y Eide, A. H. (2009). User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 674-81.
34. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenger for biomedicine. *Science*. 196: 129-136.
35. *Epstein, E. E., McCrady, B. S., Miller, K.J. and Steinberg, M. (1994). Attrition from conjoint alcoholism treatment: do dropouts differ from completers? *Journal of Substance Abuse* 6(3) 249-65.

36. Erikson, E. H. (1956). The Problem of Ego Identity. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 4: 56-121.
37. Erwin, E. (1997a). *Chapter 1. Autonomy, Free Choice, and the Possibility of a Psychotherapeutic Science*. En: *Philosophy & Psychotherapy*. London: Sage. 1-19.
38. Erwin, E. (1997b). *Preface*. En: *Philosophy & Psychotherapy*. London: Sage.
39. Erwin, E. (1997c). *Chapter 8. The Crisis in Psychotherapy*. En: *Philosophy & Psychotherapy*. London: Sage. 143-162.
40. Erwin, E. (1997d). *Chapter 7. Psychoanalysis and the Psychodynamic Therapies*. En: *Philosophy & Psychotherapy*. London: Sage. 126-142.
41. Etchegoyen, H. (1986). Acting out (I). En: *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu. 645-655.
42. *Fals-Stewart, W. & Birchler, G. R. (2002). Behavioral couples therapy with alcoholic men and their intimate partners: The comparative effectiveness of bachelor's- and master's-level counselors. *Behavior Therapy*. 33(1) 123-147.
43. *Flicker, S. M., Waldron, H. B., Turner, C. W., Brody, J. L. y Hops, H. (2008). Ethnic matching and treatment outcome with Hispanic and Anglo substance-abusing adolescents in family therapy. *Journal of Family Psychology*. 22 (3): 439-447.

44. Foulkes, S. H. (1990). *The group as a matrix of the individual's mental life. Selected Papers*. Karnac.
45. Freud, S. y Breuer, J. (1895). Preface to the First Edition of Studies on Hysteria. En: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume II (1893-1895): Studies on Hysteria*, xxix-xxx. London: The Hogarth Press.
46. Freud, S. (1926). The Question of Lay Analysis. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XX (1925-1926): An Autobiographical Study, Inhibitions, Symptoms and Anxiety, The Question of Lay Analysis and Other Works, 177-258.
47. Gerkensmeyer, J. E. y Austin, J. K. (2005). Development and testing of a scale measuring parent satisfaction with staff interactions. *Journal of behavioural health services and research*. 32(1):61-73.
48. Goldacre, B. (2008). *Bad Science*. Hammersmith: Fourth Estate.
49. *Greeson, J. K. P., Guo, S., Barth, R. P., Hurley, S. y Sisson, J. (2009). Contributions of therapist characteristics and stability to intensive in-home therapy youth outcomes. *Research on Social Work Practice*.19(2): 239-250.
50. Guzder, J., Bond, S., Rabiau, M., Zelkowitz, P. y Rohar, S. (2011). The Relationship between Alliance, Attachment and Outcome in a

Child Multi-Modal Treatment Population: Pilot Study. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 20 (3): 196-202.

51. *Hampson, R. B. y Beavers, W. R. (1996). Measuring family therapy outcome in a clinical setting: families that do better or worse in therapy. *Family Process*. 35: 347-361.

52. Hansen, T., Hatling, T., Lidal, E. y Ruud, T. (2004). The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11: 292-7.

53. Holmes, S. (2006). Becoming “the best possible” family counselor or family mediator: what expertise research has to say. *Journal of Family studies*. 12 (1): 113-122.

54. Institute of Group Analysis. (2010). *Training Courses 2010/2011*. Disponible en la World Wide Web: http://www.groupanalysis.org/uploadedfiles/courses/IGA_Prospectus_10_11.pdf#IGA_Training_Prospectus_2010/11. Descargado el 1 de Septiembre 2011.

55. Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. y Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*. 26(1): 50-65.

56. *Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N. y McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*. 12(6): 532-46.
57. Kivlighan, D. M. Jr. (2008). Structural changes in counsellor trainee intention use and clients' session evaluation. *Psychotherapy Research*. 18 (5): 560-572
58. *Kivlighan, D. M. Jr y Kivlighan, D. M. III. Are Group Leader Knowledge Structures Related to Member Satisfaction With the Leader? *Small Group Research*. 41 (2):175-197.
59. Kolko, D. J., Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J. y Birmaher, B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation, and moderation. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 68(4): 603-14.
60. Lawson, D. M. and Brossart, D. F. (2003). The Relationship Between Counselor Trainee Family-of-Origin Structure and Counseling Effectiveness. *The Clinical Supervisor*. 22(2): 21-36.
61. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006*. Disponible en la World Wide Web http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
Descargado el 25 de Agosto de 2011.

62. Mintz, J., O'Brien, C. P. y Luborsky, L. (1976). Predicting the outcome of psychotherapy for schizophrenics. Relative contributions of patient, therapist, and treatment characteristics. *Archives of General Psychiatry*. 33(10):1183-6.
63. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *NICE clinical guideline 82. Schizophrenia*. Disponible en la World Wide Web: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43608/43608.pdf>. Descargado el 11th of July 2010.
64. National Institute for Mental Health for England. (2003). Personality Disorder: no Longer a Diagnosis of Exclusion. Policy Implementation Guidance for the Development of Services for People with Personality Disorder. NIMH. 5.
65. Nitsun, M. (1996). *The anti-group: destructive forces in the group and their creative potential*. London: Routledge.
66. OPD Task Force (2001). Operationalized Psychodynamic Diagnostics: Foundations and Manual. Gottingen: Hogrefe & Huber.
67. *Orten, J. D., Allen, M. y Cook, J. (1989). Reminiscence groups with confused nursing center residents: An experimental study. *Social Work in Health Care*. 14(1):73-86.
68. Pekarik, G. (1994). Effects of brief therapy training on practicing psychotherapists and their clients. *Community Mental Health Journal*. 30(2):135-144.

69. Pértega Díaza, S. y Pita Fernández, S. (2004). Asociación de variables cualitativas: El test exacto de Fisher y el test de McNemar. Disponible en la World Wide Web: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/fisher/fisher.asp#tabla1>. Descargado el 2 de Agosto de 2010.
70. Petticrew, M. (2001). Systematic reviews from astronomy to zoology: myths and misconceptions. *BMJ*. 322: 98-101.
71. Piper, W. E. y Joyce, A. S. (1996). A consideration of factors influencing the utilization of time-limited, short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. 46(3): 311-28.
72. *Poser, E. G. (1966). The effect of therapists' training on group therapeutic outcome. *Journal of Consulting Psychology*. 30(4):283-289.
73. *Raytek, H. S., McGrady, B. S., Epstein, E. E. y Hirsch, L. S. (1999). Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*. 24(3): 317-30.
74. Repper, J. y Breeze, J. (2007). User and carer involvement in the training and education of health professionals: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 44(3): 511-9.
75. Rose, J., Loftus, M., Flint, B. y Carey, L. (2005). Factors associated with the efficacy of a group intervention for anger in people

with intellectual disabilities. *British Journal of Clinical Psychology*. 44(3): 305-317.

76. Rosenheck, R., Fontana, A. y Cottroll, C. (1995). Effect of clinician-veteran racial pairing in the treatment of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 152: 555-563.

77. Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Americal Journal of Orthopsychiatry*. 6(3): 412-415.

78. Roth, A. y Fonagy, P. (2004) *What Works for Whom?* 2nd ed. NY: Guilford.

79. Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Grant, J., Lazar, A. y Broberg, J. (2006). Therapists' therapies: The relation between training therapy and patient change in long-term psychotherapy and psychoanalysis. *Psychotherapy Research*. 16(3): 306-316.

80. Shechtman, Z. (2004a). Client behavior and therapist helping skills in individual and group treatment of aggressive boys. *Journal of Counseling Psychology*. 51(4): 463-472.

81. Shechtman, Z. (2004b). The relation of client behavior and therapist helping skills to reduced aggression of boys in individual and group treatment. *International Journal of Group Psychotherapy*. 54(4): 435-54.

82. Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*. 98-109
83. Simmons, D. S. y Doherty, W. J. (1998). Does academic training background make a difference among practicing marriage and family therapists? *Journal of Marital & Family Therapy*. 24(3): 321-36.
84. Stein, M. (2006). Individuation. En: Papadopoulos, R. *The Handbook of Jungian Psychology*. Hove: Routledge. 196-214.
85. Sterling, R. C., Gottheil, E., Weinstein, S. P., y Serota, R. (1998). Therapist/patient race and sex matching: Treatment retention and 9 month follow-up outcome. *Addiction*. 93: 1043-1050.
86. *Stolk, Y. y Perlesz, A. J. (1990). Do better trainees make worse family therapists? A followup study of client families. *Fam Process*. 29(1):45-58.
87. Turpin, G. (2008). Improving Access to Psychological Therapies. Disponible en la World Wide Web: [http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file_uuid=10AFE351-1143-DFD0-7E47-2846ECD5B4F5&ext=ppt#409,1,Improving Access to Psychological Therapies \(IAPT\)](http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file_uuid=10AFE351-1143-DFD0-7E47-2846ECD5B4F5&ext=ppt#409,1,Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)). Descargado el 25 de Junio de 2010
88. Vocisano, C., Klein, D. N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., Vivian, D., Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Manber, R., Castonguay, L., Rush, A. J., Borian, F. E., Mccullough, J. P., Kornstein, S. G., Riso, L. P. y Thase, M. E. (2004). Therapist Variables That Predict

Symptom Change in Psychotherapy With Chronically Depressed Outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 41 (3): 255-265.

89. Vostanis, P. y O'Sullivan, D. (1992). Evaluation of therapeutic factors in group psychotherapy by therapists in training. *Group Analysis*. 25(3): 325-332.

90. Watts, R. E. y Trusty, J.(1995). Perceived early childhood family influence and counselor effectiveness: An exploratory study. *Counselor Education and Supervision*. 35(2):104-110.

91. Winnicott, D. (1971). *Playing and Reality*. London: Routledge.

92. *Woodward, C. A., Santa-Barbara, J., Streiner, D. L., Goodman, J. T., Levin, S. y Epstein, N. B. (1981). Client, treatment, and therapist variables related to outcome in brief, systems-oriented family therapy. *Fam Process*. 20(2):189-97.

93. World Health Organization. (1992). *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10)*. WHO.

94. Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., Surguladze, S., Fannon, D. y Landau, S. (2005). What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophrenia Research*. 77(2-3): 201-10.

95. Yalom, I. (1931). *The Curative Factors in Group Therapy*. En: The Theory and Practice of Group Psychotherapy. New York: Basic Books. 3-18

7. Lista de abreviaturas

ABMT: Alcohol and behavioural marital therapy. Terapia de pareja conductual y sobre el alcohol.

ABS: Affects Balance Scale. Escala de balance afectivo

AMED: Allied and Complementary Medicine

ANOVA: Analysis of variance. Análisis de varianza.

ANCOVA: Analysis of covariance. Análisis de covarianza.

ATQ: Automatic Thoughts Questionnaire. Cuestionario de pensamientos automáticos.

BCT: Behavioural couple therapy. Terapia conductual de pareja.

BDI: Beck Depression Inventory. Inventario de depresión de Beck.

BNI: British Nursing Index. Índice británico de enfermería.

BPC: British Psychoanalytic Council. Consejo Británico de Psicoanálisis.

CBT: Cognitive behavioural therapy. Terapia cognitivo-conductual.

CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CSQ-8: Client Satisfaction Questionnaire-8. Cuestionario de satisfacción del cliente-8.

CT : Comunidad terapéutica.

DAS: Dyadic Adjustment Scale. Escala de acoplamiento de la díada.

ECA : Estudio controlado y aleatorizado.

EEUU. Estados Unidos de América.

Embase: Excerpta Medica database.

EST: Empirically supported treatment. Tratamiento apoyado por la evidencia empírica.

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health

Disorders. 4th edition. Text Revision.

FAD: Family Assessment Device. Instrumento de evaluación familiar.

FEAP: Federación española de asociaciones de psicoterapeutas.

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale. Escala de depresión y ansiedad hospitalaria.

HMIC: Health Management Information Consortium. Consorcio sobre la información para la gestión sanitaria.

HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression. Escala de valoración de la depresión de Hamilton.

HSCL-58: Hopkins Symptom Checklist-58. Cuestionario de síntomas de Hopkins-58.

IAPT: Improving Access to Psychological Therapies. Mejora del acceso a terapias psicológicas.

IGA: Institute of Group Analysis. Instituto de análisis grupal.

LP: Leadership profile. Perfil de liderazgo.

MAC: Mental Adjustment to Cancer Scale. Escala de adaptación mental al cáncer.

MANOVA: Multivariate analysis of variance. Análisis de varianza multivariable.

MFT: Marriage and family therapy. Terapia de pareja y familia.

MHS: Marital Happiness Scale. Escala de felicidad conyuga.

MILP: Monash Interview for Liaison Psychiatry. Entrevista de Psiquiatría de Enlace de Monash.

MSG: Mutual support group therapy. Terapia grupal de apoyo mutuo.

MST: Multi-systemic therapy. Terapia multisistémica.

NHS: National Health System. Sistema nacional de salud (Reino Unido).

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence. Instituto Nacional para la salud y la excelencia clínica (Reino Unido).

OPD: Operationalized Psychodynamic Diagnostics. Diagnóstico psicodinámico operacionalizado.

PDA: Percentage of days abstinent. Porcentaje de días en abstinencia.

POMS: Profile of Mood States Questionnaire. Cuestionario sobre el perfil de estados de ánimo.

RP: Resistance Potential. Potencial de Resistencia.

RT: Visual reaction time. Tiempo de reacción visual.

SBFT: Systemic-behavioural family therapy. Terapia de familia sistémica-conductual.

TAP: Speed of tapping.

TP: Trastorno de la personalidad.

TRS: Therapeutic Reactance Scale. Escala de “reactancia” terapéutica.

UKCP: United Kingdom Council for Psychotherapy. Consejo de Psicoterapia del Reino Unido.

WHO. World Health Organization. Organización Mundial de la Salud.

Apéndice 1

Resumen de los artículos

Antonuccio et al (1987)	
Tipo	ECA
Intervención	Grupo psicoeducativo
Pacientes	106 (79 de ellos con depresión)
Terapeutas	8 terapeutas con diferencias en locus de control, expectativas de cambio en los participantes, aceptación de la lógica de aprendizaje social, neuroticismo, competencia social, apoyo social, eventos placenteros y eventos vitales estresantes.
Medidas de resultados	BDI
Seguimiento	1 mes (no incluido en el análisis)
Resumen de resultados	▪ BDI tras el tratamiento menor que antes del tratamiento. ▪ No se hallaron diferencias estadísticas en la comparación entre los BDI pre y post tratamiento atribuibles a características del terapeuta.
Conclusiones de los autores	Los líderes del grupo no afectan el resultado.
Hay cambios?	Sí
Resultados	No publicados

Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz (1982)	
Tipo	ECA
Intervención	12 sesiones de intervención psicoeducativa
Pacientes	106, la mayoría de ellos con depresión
Terapeutas	8 estudiantes universitarios con diferencias en locus de control, expectativas de cambio en los participantes, aceptación de la lógica de aprendizaje social, neuroticismo, competencia social, apoyo social, eventos placenteros y eventos vitales estresantes.
Medidas de resultados	BDI
Seguimiento	1 mes (no incluido en el análisis)
Resumen de resultados	No se hallaron diferencias estadísticas entre los BDI antes y después del tratamiento atribuibles a características de los terapeutas.
Conclusiones de los autores	Las diferencias en las características de los líderes antes del tratamiento no afectan al resultado terapéutico.
Hay cambios?	Sí
Resultados	No publicados

Baker y Neimeyer (2003)																																																
Tipo	Estudio de cohorte																																															
Intervención	CBT grupal y terapia de grupo de apoyo mutuo (MSG)																																															
Pacientes	98 individuos con depresión moderada o severa, reclutados mediante los medios de comunicación, con diferencias en la reactividad psicológica (TRS), potencial de resistencia (RP) y estilo de afrontamiento.																																															
Terapeutas	14, en parejas varón-mujer. Con formación profesional y paraprofesionales.																																															
Medidas de resultados	HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression) BDI (Beck Depression Inventory) HSCL-58 (Hopkins Symptom Checklist-58)																																															
Seguimiento	No																																															
Resumen de resultados	▪ RP: Paraprofesionales: los pacientes con mayor reactividad obtuvieron mejores resultados en el BDI con MSG y aquellos con menor reactividad mejoraron más con CBT. Los terapeutas profesionales obtuvieron los resultados opuestos. Los resultados sólo fueron significativos con BDI. RP tiene baja consistencia interna. ▪ TRS: Resultados no significativos. ▪ Externalización. Profesionales: la reducción en los valores HRSD correlacionó negativamente con la externalización de los pacientes independientemente del tipo de tratamiento. Paraprofesionales: la reducción en los valores de HRSD correlacionó positivamente con la externalización de los pacientes independientemente del tratamiento.																																															
Conclusiones de los autores	A los clientes con un estilo de afrontamiento externalizador les fue mejor con paraprofesionales, mientras que a los internalizadores les fue mejor con terapeutas formados profesionalmente.																																															
Hay cambios?	Sí																																															
Resultados	Resultados de la regresión de los valores HRSD sobre la externalización, el tipo de terapeuta y su interacción <table><tr><th>Variable</th><th>Coeficiente de regresión estandarizada</th><th>t</th><th>p</th><th>R²</th><th>ΔR²</th><th>ΔF</th><th>p</th></tr><tr><td>HRSD pre</td><td>0.41</td><td>3.80</td><td>.001</td><td>.18</td><td>.18</td><td>14.03</td><td><.001</td></tr><tr><td>Formación (A)</td><td>1.48</td><td>2.00</td><td>.051</td><td>.23</td><td>.05</td><td>4.30</td><td>.043</td></tr><tr><td>Externalización (B)</td><td>0.41</td><td>2.82</td><td>.006</td><td>.26</td><td>.03</td><td>2.78</td><td>.101</td></tr><tr><td>A x B</td><td>-1.71</td><td>-2.30</td><td>.025</td><td>.32</td><td>.06</td><td>5.31</td><td>.025</td></tr></table>								Variable	Coeficiente de regresión estandarizada	t	p	R ²	ΔR ²	ΔF	p	HRSD pre	0.41	3.80	.001	.18	.18	14.03	<.001	Formación (A)	1.48	2.00	.051	.23	.05	4.30	.043	Externalización (B)	0.41	2.82	.006	.26	.03	2.78	.101	A x B	-1.71	-2.30	.025	.32	.06	5.31	.025
Variable	Coeficiente de regresión estandarizada	t	p	R ²	ΔR ²	ΔF	p																																									
HRSD pre	0.41	3.80	.001	.18	.18	14.03	<.001																																									
Formación (A)	1.48	2.00	.051	.23	.05	4.30	.043																																									
Externalización (B)	0.41	2.82	.006	.26	.03	2.78	.101																																									
A x B	-1.71	-2.30	.025	.32	.06	5.31	.025																																									

Bright, Baker y Neimeyer (1999)																																																																																															
Tipo	Estudio de cohorte																																																																																														
Intervención	CBT grupal y terapia de grupo de apoyo mutuo (MSG)																																																																																														
Pacientes	98 individuos con depresión moderada o severa, reclutados mediante los medios de comunicación, con diferencias en la reactivancia psicológica (TRS), potencial de resistencia (RP) y estilo de afrontamiento. (68 fueron analizados)																																																																																														
Terapeutas	8 con formación profesional y 6 paraprofesionales. Emparejados en equipos de coterapia hombre-mujer con el mismo tipo de formación.																																																																																														
Medidas de resultados	HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression) BDI (Beck Depression Inventory) HSCL-58 (Hopkins Symptom Checklist-58) ATQ (Automatic Thoughts Questionnaire)																																																																																														
Seguimiento	6 meses (datos no aportados ni analizados)																																																																																														
Resumen de resultados	- BDI: Globalmente la mejoría no se relacionó con el tipo de terapeuta. En CBT, los grupos conducidos por profesionales lograron que más pacientes mejoraran o alcanzaron rango de no depresión que los conducidos por paraprofesionales. - HSCL y HRSD: No se hallaron diferencias en relación con los terapeutas.																																																																																														
Conclusiones de los autores	Los paraprofesionales pueden conducir grupos de MSG pero están más limitados para técnicas complicadas como la CBT																																																																																														
Hay cambios?	Sí																																																																																														
Resultados	Significación clínica por condición y tipo de terapeuta según el Beck Depression Inventory <table><tr><th rowspan="2"></th><th colspan="4">CBT</th><th colspan="4">MSG</th><th colspan="2" rowspan="2">Total (n=95)</th></tr><tr><th colspan="2">Prof (n=26)</th><th colspan="2">Paraprof (n=19)</th><th colspan="2">Prof (n=28)</th><th colspan="2">Paraprof (n=22)</th></tr><tr><th>Clasificación</th><th>n</th><th>%</th><th>n</th><th>%</th><th>n</th><th>%</th><th>n</th><th>%</th><th>n</th><th>%</th></tr><tr><td>Empeoramiento</td><td>1</td><td>3.8</td><td>2</td><td>10.5</td><td>1</td><td>3.6</td><td>0</td><td>0.0</td><td>4</td><td>4.2</td></tr><tr><td>Sin cambios</td><td>7</td><td>26.9</td><td>7</td><td>36.8</td><td>1</td><td>39.1</td><td>9</td><td>40.9</td><td>3</td><td>35.4</td></tr><tr><td>Mejoría</td><td>1</td><td>69.2</td><td>10</td><td>52.6</td><td>1</td><td>57.1</td><td>13</td><td>59.1</td><td>5</td><td>60.7</td></tr><tr><td>No depresión</td><td>1</td><td>57.5</td><td>5</td><td>26.3</td><td>8</td><td>28.6</td><td>12</td><td>54.5</td><td>4</td><td>40.0</td></tr><tr><td>Aliviados</td><td>1</td><td>57.5</td><td>4</td><td>21.1</td><td>8</td><td>28.6</td><td>10</td><td>45.5</td><td>3</td><td>37.7</td></tr></table> Se clasificó a los participantes como deteriorados si tras el tratamiento su BDI aumentó 6 o más puntos, sin cambios si variaron hasta 5 puntos y mejorados si disminuyeron 6 o más puntos. Se clasificó a los participantes como no deprimidos si su BDI era menor de diez y como aliviados si mejoraron y alcanzaron el rango de no deprimidos.											CBT				MSG				Total (n=95)		Prof (n=26)		Paraprof (n=19)		Prof (n=28)		Paraprof (n=22)		Clasificación	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	Empeoramiento	1	3.8	2	10.5	1	3.6	0	0.0	4	4.2	Sin cambios	7	26.9	7	36.8	1	39.1	9	40.9	3	35.4	Mejoría	1	69.2	10	52.6	1	57.1	13	59.1	5	60.7	No depresión	1	57.5	5	26.3	8	28.6	12	54.5	4	40.0	Aliviados	1	57.5	4	21.1	8	28.6	10	45.5	3	37.7
	CBT				MSG				Total (n=95)																																																																																						
	Prof (n=26)		Paraprof (n=19)		Prof (n=28)		Paraprof (n=22)																																																																																								
Clasificación	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%																																																																																					
Empeoramiento	1	3.8	2	10.5	1	3.6	0	0.0	4	4.2																																																																																					
Sin cambios	7	26.9	7	36.8	1	39.1	9	40.9	3	35.4																																																																																					
Mejoría	1	69.2	10	52.6	1	57.1	13	59.1	5	60.7																																																																																					
No depresión	1	57.5	5	26.3	8	28.6	12	54.5	4	40.0																																																																																					
Aliviados	1	57.5	4	21.1	8	28.6	10	45.5	3	37.7																																																																																					

Burlingame y Barlow (1996)								
Tipo	ECA							
Intervención	15 sesiones de terapia de grupo							
Pacientes	102 reclutados mediante anuncios. Excluidos los de gravedad moderada y severa.							
Terapeutas	4 terapeutas grupales profesionales y 4 “ayudadores naturales” no profesionales.							
Medidas de resultados	▪ Queja objetivo (Target Complaint, TC) reportada por el líder del grupo (TCL) y el miembro (TCM). ▪ SCL-90R completada por el paciente: Índice de severidad global (GSI) y total de síntomas positivos (PST), ▪ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) subescalas para depresión (D) psicoastenia (Pt) e introversión social (Si) completadas por los pacientes ▪ Escalas de cambio del cliente (CCS) para severidad (SE), nivel de distress (DI) y calidad de funcionamiento (FU) completadas por el terapeuta.							
Seguimiento	6 meses: antes, a mitad y al fin del tratamiento y 6 meses después							
Resumen de resultados	▪ SE and FU desde la mitad de la terapia hasta el seguimiento mejoraron más con profesionales (no corregido para evaluación de múltiples variables). ▪ El resto de comparaciones por tiempo y condición de tratamiento no fueron significativas.							
Conclusiones de los autores	Hay una equivalencia de resultados entre profesionales y “ayudadores naturales”.							
Hay cambios?	No comprobado							
Resultados								
Medias para SCL-90R, MMPI, CCS, y TC: condiciones y tiempo								
	Previo		Sesión 8		Sesión 14		Seguimiento	
Variable	Pro	Non	Pro	Non	Pro	Non	Pro	Non
SCL-90R	N=34	N=35	N=34	N=36	N=34	N=35	N=35	N=35
GSI	63.6	62.9	65.4	62.0	62.3	59.6	59.1	59.7
PST	61.7	62.0	64.6	61.7	61.7	59.1	58.9	60.0
MMPI	N=34	N=34	n/a	n/a	N=34	N=34	N=35	N=35
D	65.0	65.7	n/a	n/a	63.4	64.5	63.6	63.2
Pt	63.6	65.9	n/a	n/a	59.7	61.9	59.3	62.2
Si	59.1	57.8	n/a	n/a	57.7	57.0	56.1	56.7
TC ^a	N=32	N=36	N=32	N=36	N=31	N=34	N=24	N=31
TCM	3.8	4.2	3.6	3.4	2.8	2.9	2.7	2.7
TCL	4.0	4.2	3.2	3.2	2.6	2.7	1.3	2.4
CCS ^b	n/a	n/a	N=22	N=36	N=22	N=36	N=23	N=29
SE	n/a	n/a	1.3	2.0	2.0	2.2	3	2.2
DI	n/a	n/a	1.2	1.7	2.0	2.2	2.3	2.2
FU	n/a	n/a	1.6	1.9	2.0	2.1	3.3	2.4

Nota: Pro= Professional, Non= no professional.
N varía por tiempo y según datos perdidos y abandonos.
n/a= datos no recogidos.
^a Valores menores indican menos distress
^b Valores mayores indican mejoría (escala de -5 a +5).

Classen et al (2008)						
Tipo	Estudio de cohorte					
Intervención	12 sesiones de terapia grupal expresiva de apoyo					
Pacientes	353 mujeres en el primer año tras ser diagnosticadas de cáncer primario de mama. Estadíos I a IIIA. Con severidad según el POMS baja o alta (punto de corte 37)					
Terapeutas	18 terapeutas: 6 parejas de terapeutas condujeron 2 grupos cada una y 7 parejas de terapeutas condujeron un grupo cada una.					
Medidas de resultados	POMS (Cuestionario sobre el perfil de estados del humor) HADS (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria) MAC (Escala de adaptación al cáncer) Escala de control emocional de Courtauld Escala de impacto del evento Escala de autoeficacia para enfermedad grave de Stanford Subescala de interacción médica de CARES Índice de relaciones familiares Medida de sueño adaptada del Stanford Sleep Questionnaire y Evaluación de vigilia Medida del dolor Índice de apoyo social de Yale					
Seguimiento	24 meses					
Resumen de resultados	Para todas las medidas, una vez eliminado un dato extremo • La intervención no afectó el resultado • La titulación del terapeuta no afectó el resultado • Los años de experiencia del terapeuta no afectaron el resultado.					
Conclusiones de los autores	Esta intervención no es efectiva en esta población					
Hay cambios?	No					
Resultados						
Condición	Baseline	3 Meses	6 Meses	12 Meses	18 Meses	24 Meses
Control						
N	175	148	142	144	140	123
Media	21.67	17.07	16.36	14.75	12.25	9.05
SD	29.07	27.61	32.18	30.65	26.17	26.19
Tratamiento						
N	177	151	149	141	136	122
Media	27.59	18.72	19.54	14.07	13.16	13.69
SD	32.11	30.45	30.65	27.84	26.08	30.67

Crane et al (2004)																														
Tipo	Estudio de cohortes retrospectivas																													
Intervención	Variable. Al menos 3 sesiones de MFT (terapia de pareja y familia) por cada sesión de terapia individual.																													
Pacientes	197 pacientes de un programa de salud familiar durante un periodo de 18 meses																													
Terapeutas	<table><tr><td></td><td colspan="2">Edad</td><td colspan="2">Experiencia</td></tr><tr><td></td><td>M</td><td>SD</td><td>M</td><td>SD</td></tr><tr><td>MFT (n=4)</td><td>37.1</td><td>4.2</td><td>8.3</td><td>4.2</td></tr><tr><td>Psicólogos (n=2)</td><td>47.8</td><td>6.6</td><td>10.1</td><td>1.4</td></tr><tr><td>Trabajadores sociales (SW) (n=7)</td><td>43.5</td><td>6.5</td><td>13.9</td><td>6.6</td></tr></table> 7 mujeres y 6 hombres						Edad		Experiencia			M	SD	M	SD	MFT (n=4)	37.1	4.2	8.3	4.2	Psicólogos (n=2)	47.8	6.6	10.1	1.4	Trabajadores sociales (SW) (n=7)	43.5	6.5	13.9	6.6
	Edad		Experiencia																											
	M	SD	M	SD																										
MFT (n=4)	37.1	4.2	8.3	4.2																										
Psicólogos (n=2)	47.8	6.6	10.1	1.4																										
Trabajadores sociales (SW) (n=7)	43.5	6.5	13.9	6.6																										
Medidas de resultados	Cuidado total ambulatorio																													
Seguimiento	18 meses																													
Resumen de resultados	No diferencias significativas en las variables estudiadas (edad, sexo, experiencia y profesión de base).																													
Conclusiones de los autores	La psicoterapia reduce el uso de recursos médicos independientemente de la edad, sexo, experiencia o profesión del terapeuta.																													
Hay cambios?	Sí																													
Resultados	Probabilidad de lograr beneficios según profesión y experiencia																													
			Intervalo de confianza 95%																											
	Odds Ratio	SE	Inferior	Superior	p																									
MFT	0.8395	0.4082	*	*	0.6681																									
Experiencia	0.9434	0.0353	0.8805	1.0109	0.0990																									
Sexo	2.0889	0.4247	1.1005	4.8018	0.0828																									
Psicólogos vs MFT	0.7690	0.6256	4.4313	2.6209	0.6747																									
SW vs MFT	0.9485	0.4135	0.4218	2.1329	0.8983																									

Epstein et al (1994)																	
Tipo	Estudio de cohortes																
Intervención	ABMT (Terapia de pareja sobre alcohol y comportamiento)/ABMT+ Alcohólicos Anónimos y Alanon/ABMT+ prevención de recaídas																
Pacientes	90 alcohólicos varones y sus parejas																
Terapeutas	12 terapeutas. Los autores desarrollaron un índice de experiencia dando mayor peso a los años de experiencia en estadíos más avanzados de la formación.																
Medidas de resultados	Fases del tratamiento completadas																
Seguimiento	Fin del tratamiento																
Resumen de resultados	La experiencia del terapeuta discriminaba el abandono del tratamiento, $F(2, 87)=3.48, p>0.04$ El umbral de significación del estudio tras la corrección de Bonferroni es $p<0.003$																
Conclusiones de los autores	Los pacientes que acabaron el tratamiento tenían terapeutas con más experiencia que los que abandonaron o los cumplidores parciales.																
Hay cambios?	No demostrado																
Resultados	Experiencia clínica del terapeuta en relación con distintos grados de cumplimentación M, (SD), n. <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Abandonos tempranos (Sesiones 1-4)</th><th>Cumplidores parciales (Sesiones 5-14)</th><th>Completores (Sesiones 15-17)</th><th>F</th><th>p</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Experiencia del terapeuta</td><td>35.68 (23.31) n=22</td><td>28.52 (19.59) n=23</td><td>76.64 (111.51) n=43</td><td>3.48</td><td>0.0351*</td></tr> </tbody> </table> *Test de aproximación chi cuadrado de Kruskal-Wallis $p<0.0115$						Abandonos tempranos (Sesiones 1-4)	Cumplidores parciales (Sesiones 5-14)	Completores (Sesiones 15-17)	F	p	Experiencia del terapeuta	35.68 (23.31) n=22	28.52 (19.59) n=23	76.64 (111.51) n=43	3.48	0.0351*
	Abandonos tempranos (Sesiones 1-4)	Cumplidores parciales (Sesiones 5-14)	Completores (Sesiones 15-17)	F	p												
Experiencia del terapeuta	35.68 (23.31) n=22	28.52 (19.59) n=23	76.64 (111.51) n=43	3.48	0.0351*												

Fals-Stewart y Birchler (2002)							
Tipo	ECA						
Intervención	12 sesiones de terapia conductual de pareja (BCT) (como parte de una intervención global de 32 sesiones)						
Pacientes	48 alcohólicos varones y sus parejas (fueron abordados 60)						
Terapeutas	“Counsellors”: 4 licenciados y 4 con nivel de master						
Medidas de resultados	- Hasta el final del seguimiento Porcentaje de días en abstinencia (PDA) Escala de ajuste de la díada (DAS) - Cuestionario de satisfacción del cliente (CSQ-8) de las mujeres (tras el tratamiento) - Escala de felicidad marital (MHS) durante la fase primaria del tratamiento						
Seguimiento	1 año						
Resumen de resultados	PDA, CSQ-8, MHS: no efectos del tipo de terapeuta DAS: equivalencia para los dos grupos en todos los puntos de evaluación						
Conclusiones de los autores	Los “counsellors” licenciados pueden administrar BCT manualizada a hombres alcohólicos y sus parejas con la misma efectividad que “counsellors” con master.						
Cambios?	Sí						
Results Media y DE de la pareja en DAS y PDA durante seguimiento y CSQ-8 de la mujer							
		Periodo de evaluación					
		Pre	Post	3meses	6meses	9meses	1 año
DAS	Licenciado M	84.4	109.4	99.6	96.4	95.0	93.2
	DE	30.6	11.9	20.2	15.9	18.2	16.2
	Master M	85.8	115.2	102.6	98.9	99.6	95.9
	DE	34.6	10.6	21.2	20.6	21.1	15.3
	EI	±8.6	±11.5	±10.3	±9.9	±10.0	±9.6
	CI _{90%}	-4.2, 1.4	-7.4, 4.1	-6.8, 0.8	-4.6, -0.4	-6.7, -2.5	-4.2, -0.8
	Equivalencia	YES	YES	YES	YES	YES	YES
PDA	Licenciado M	37.3	95.2	88.3	84.4	78.3	72.8
	DE	31.8	11.2	23.4	25.1	22.8	26.4
	Master M	40.2	94.1	90.2	86.4	80.9	74.9
	DE	35.5	12.3	25.7	22.8	24.0	24.6
	EI	±4.0	±9.4	±9.0	±8.6	±8.1	±7.5
	CI _{90%}	-5.7, -0.1	-0.6, 2.8	-4.3, 0.5	-4.4, -0.4	-4.9, -0.3	-4.5, 0.35
	Equivalencia	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
CSQ 8	Licenciado M		27.4				
	DE		3.3				
	Master M		28.0				
	DE		2.9				
Pre= pre-tratamiento, Post= post-tratamiento. EI= Intervalo de equivalencia. CI _{90%} =Intervalo de confianza. DE= desviación estándar							

Flicker et al (2008)																																							
Tipo	Estudio de cohortes																																						
Intervención	12-14 sesiones de terapia familiar funcional manualizada, valorando adherencia al tratamiento																																						
Pacientes	86 adolescentes hispanos y gringos con abuso de sustancias y sus familias																																						
Terapeutas	6 gringos y 3 hispanos																																						
Medidas de resultados	Uso de sustancias mediante autorreporte (Porcentaje de días con consumo de drogas en los últimos 90 días)																																						
Seguimiento	4 meses																																						
Resumen de resultados	- No hay diferencias significativas entre pacientes hispanos y gringos - Los pacientes hispanos emparejados con terapeutas hispanos lograron mayor reducción en el uso de drogas que con terapeutas gringos a los 4 meses de seguimiento - Los pacientes gringos no mostraron diferencias de resultados en relación con la etnicidad del terapeuta																																						
Conclusiones de autores	El emparejamiento étnico es importante para pacientes de minorías étnicas.																																						
Hay cambios?	No analizado																																						
Resultados	Media (DE) para la medida de uso de sustancias (porcentaje de días con consumo) a lo largo del tiempo por etnicidad del terapeuta (T) y del adolescente (A). <table><tr><td></td><th colspan="3">Punto de evaluación</th></tr><tr><th>Etnicidad</th><th>Pretratamiento</th><th>Postratamiento</th><th>Seguimiento 4-meses</th></tr><tr><td rowspan="2">T hispano y A hispano (n=13)</td><td>47.81 (37.9)</td><td>25.16 (27.2)</td><td>21.58 (32.5)</td></tr><tr><td>6.89 (2.54)</td><td>4.52 (3.19)</td><td>3.82 (3.45)</td></tr><tr><td rowspan="2">T gringo y A hispano (n=29)</td><td>49.26 (35.7)</td><td>38.03 (31.7)</td><td>47.59 (37.9)</td></tr><tr><td>7.01 (2.32)</td><td>6.19 (2.62)</td><td>6.66 (2.88)</td></tr><tr><td rowspan="2">T hispano y A gringo (n=15)</td><td>60.37 (35.1)</td><td>28.0 (31.0)</td><td>49.71 (33.2)</td></tr><tr><td>7.60 (2.50)</td><td>5.64 (2.17)</td><td>7.06 (2.84)</td></tr><tr><td rowspan="2">T gringo y A gringo (n=29)</td><td>50.08 (35.9)</td><td>31.08 (29.7)</td><td>42.33 (37.8)</td></tr><tr><td>7.38 (2.23)</td><td>5.45 (2.73)</td><td>6.59 (2.78)</td></tr></table> Nota: el contenido de las casillas son las medias (desviaciones estándar) para las medidas de uso de todas las sustancias (porcentaje de días) en distintos puntos de seguimiento.				Punto de evaluación			Etnicidad	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento 4-meses	T hispano y A hispano (n=13)	47.81 (37.9)	25.16 (27.2)	21.58 (32.5)	6.89 (2.54)	4.52 (3.19)	3.82 (3.45)	T gringo y A hispano (n=29)	49.26 (35.7)	38.03 (31.7)	47.59 (37.9)	7.01 (2.32)	6.19 (2.62)	6.66 (2.88)	T hispano y A gringo (n=15)	60.37 (35.1)	28.0 (31.0)	49.71 (33.2)	7.60 (2.50)	5.64 (2.17)	7.06 (2.84)	T gringo y A gringo (n=29)	50.08 (35.9)	31.08 (29.7)	42.33 (37.8)	7.38 (2.23)	5.45 (2.73)	6.59 (2.78)
	Punto de evaluación																																						
Etnicidad	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento 4-meses																																				
T hispano y A hispano (n=13)	47.81 (37.9)	25.16 (27.2)	21.58 (32.5)																																				
	6.89 (2.54)	4.52 (3.19)	3.82 (3.45)																																				
T gringo y A hispano (n=29)	49.26 (35.7)	38.03 (31.7)	47.59 (37.9)																																				
	7.01 (2.32)	6.19 (2.62)	6.66 (2.88)																																				
T hispano y A gringo (n=15)	60.37 (35.1)	28.0 (31.0)	49.71 (33.2)																																				
	7.60 (2.50)	5.64 (2.17)	7.06 (2.84)																																				
T gringo y A gringo (n=29)	50.08 (35.9)	31.08 (29.7)	42.33 (37.8)																																				
	7.38 (2.23)	5.45 (2.73)	6.59 (2.78)																																				

Greeson et al (2009)				
Tipo	Estudio de cohortes retrospectivas			
Intervención	Terapia multi-sistémica (MST)			
Pacientes	1965 jóvenes en riesgo y sus familias (se analizaron 602)			
Terapeutas	412 (se incluyeron en el análisis 265)			
Medidas de resultados	Medida compuesta incluyendo: vivir con la familia, avanzar en la escuela, ausencia de incidentes con la ley, ausencia de asignación a hogares alternativos: deseable/mixto/no deseable.			
Seguimiento	1 año			
Resumen de resultados	Raza, edad, nivel de formación y experiencia del terapeuta: no relación con los resultados. La probabilidad de un resultado no deseable para las terapeutas mujer fue un 87% menor que para los terapeutas varones al año de seguimiento (p<0.01)			
Conclusiones de los autores	Las terapeutas mujer tienen menor probabilidad de tener resultados no deseables			
Hay cambios?	No analizado			
Resultados	Regresión logística ordenada estimada prediciendo las medidas de resultados un año tras el alta (n= 602 jóvenes, n= 265 terapeutas)			
		Coeficiente	Odds ratio	EE robusto
	Therapist stability (1=high, 2=moderate, 3=low)	-0.829	0.437	0.343*
	Therapist's education Master (no master)	0.219	1.245	0.220
	Therapist gender female (male)	-2.020	0.133	0.739**
	Therapist race African American (other)	0.102	1.107	0.312
	Therapist aged 30 or older (below 30)	-0.216	0.806	0.220
	Error estándar robusto (E. E.) fue estimado con el método de Huber-White. *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001			

Hampson y Beavers (1996)																
Tipo	Estudio de cohortes															
Intervención	Terapia de familia															
Pacientes	434 familias															
Terapeutas	191 terapeutas en formación de ambos sexos															
Medidas de resultados	Evaluación del tratamiento realizada por el terapeuta al final del tratamiento															
Seguimiento	2 meses (no analizado en relación con el sexo del terapeuta)															
Resumen de resultados	El sexo del terapeuta no está relacionado con el resultado de la terapia															
Conclusiones de los autores	“Hubo una cierta gratificación en que el género del terapeuta no estuviese relacionado con el resultado de la terapia”															
Hay cambios?	Yes															
Resultados	<table><tr><td></td><td>Todos o la mayoría de los objetivos conseguidos N= 113 Media (DE)</td><td>Algunos objetivos conseguidos N= 136 Media (DE)</td><td>Pocos o ningún objetivo conseguidos N= 185 Media (DE)</td></tr><tr><td>Terapeuta varón</td><td>35</td><td>40</td><td>58</td></tr><tr><td>Terapeuta mujer</td><td>80</td><td>93</td><td>128</td></tr></table>					Todos o la mayoría de los objetivos conseguidos N= 113 Media (DE)	Algunos objetivos conseguidos N= 136 Media (DE)	Pocos o ningún objetivo conseguidos N= 185 Media (DE)	Terapeuta varón	35	40	58	Terapeuta mujer	80	93	128
	Todos o la mayoría de los objetivos conseguidos N= 113 Media (DE)	Algunos objetivos conseguidos N= 136 Media (DE)	Pocos o ningún objetivo conseguidos N= 185 Media (DE)													
Terapeuta varón	35	40	58													
Terapeuta mujer	80	93	128													

Kissane et al (2003)	
Tipo	Estudio de cohorte
Intervención	20 sesiones de psicoterapia de grupo cognitivo-existencial
Pacientes	303 mujeres con cancer de mama en estadíos tempranos
Terapeutas	15: psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y enfermeras de oncología. Los psicólogos tenían más experiencia que el resto.
Medidas de resultados	▪ Evaluador: Entrevista de Psiquiatría de enlace de Monash (MILP) ▪ Paciente: Escala de balance afectivo (ABS) Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) Escala de adaptación mental al cáncer (MAC) Instrumento de evaluación familiar (FAD) Satisfacción con la terapia y otros tratamientos
Seguimiento	Inicio, 6 y 12 meses
Resumen de resultados	No significativos. Las parejas de terapeutas en las que los psicólogos ocupaban el rol de experto posiblemente obtuvieran mejores resultados en HAD-ansiedad y ABS-síntomas negativos.
Conclusiones de los autores	Los psicólogos obtienen mejores resultados que otros profesionales
Hay cambios?	Sí
Resultados	No comunicados. El artículo contiene un gráfico con el tamaño del efecto en HAD-ansiedad y ABS-síntomas negativos

Kivlighan y Kivlighan (2010)	
Tipo	Cohorte
Intervención	7 sesiones de grupo de interdiálogo
Pacientes	87 estudiantes de pregrado
Terapeutas	13 estudiantes de postgrado con máster con distintas estructuras de conocimiento
Medidas de resultados	Perfil del líder (LP) administrado por email.
Seguimiento	Medidas tras cada sesión. No seguimiento tras la terapia.
Resumen de resultados	La similaridad de las estructuras de conocimiento de los aprendices de terapeuta respecto a un patrón de estructuras de conocimiento modelado a partir de terapeutas expertos influye positivamente en la satisfacción de los pacientes
Conclusiones de los autores	Los aprendices con estructuras de conocimiento parecidas a la de los terapeutas con experiencia son más efectivos
Hay cambios?	Sí
Resultados	- La similaridad en los perfiles de intervención contribuye en un 11% a la variación de la satisfacción a mitad de tratamiento. - La similaridad en las estructuras de conocimiento contribuye un 4% a la variación de la satisfacción a mitad de tratamiento. - La similaridad en los perfiles de intervención contribuye en un 3% a la pendiente de incremento de la satisfacción. - La similaridad de las estructuras de conocimiento contribuye en un 13% a la pendiente de incremento de la satisfacción.

Orten, Allen y Cook (1989)																											
Tipo	Estudio de cohortes																										
Intervención	16 sesiones de terapia grupal de reminiscencia																										
Pacientes	56 ancianos de dos residencias con confusión moderada																										
Terapeutas	3 (los autores) condujeron un grupo cada uno																										
Medidas de resultados	Escala de comportamiento social (inicio, 8 semanas y conclusión)																										
Seguimiento	No																										
Resumen de resultados	- El grupo cuyo terapeuta tenía experiencia en terapia grupal de reminiscencia mejoró sus valoraciones en comportamiento social al final de la terapia. - Los otros dos grupos, conducidos por terapeutas sin experiencia, no mejoraron. - No se establecieron comparaciones entre los grupos																										
Conclusiones de los autores	La terapia grupal de reminiscencia es útil si la realiza un terapeuta con experiencia.																										
Hay cambios?	No si se analiza a toda la población de pacientes																										
Resultados	Comparación entre grupos experimentales y control en distintos momentos del estudio <table><tr><th rowspan="2">Valores de comportamiento social</th><th rowspan="2">Grupos experimental y control combinados</th><th colspan="3">Grupos experimentales y control separados</th></tr><tr><th>Grupo 1</th><th>Grupo 2</th><th>Grupo 3</th></tr><tr><td>Inicio</td><td>NS*</td><td>NS</td><td>NS</td><td>NS</td></tr><tr><td>Semana 8</td><td>NS</td><td>NS</td><td>SD** (p<0.04)</td><td>SD (p<0.01)</td></tr><tr><td>Semana 16</td><td>NS</td><td>NS</td><td>NS</td><td>SD (p<0.001)</td></tr></table> *= No diferencias estadísticamente significativas **= Diferencias estadísticamente significativas				Valores de comportamiento social	Grupos experimental y control combinados	Grupos experimentales y control separados			Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Inicio	NS*	NS	NS	NS	Semana 8	NS	NS	SD** (p<0.04)	SD (p<0.01)	Semana 16	NS	NS	NS	SD (p<0.001)
Valores de comportamiento social	Grupos experimental y control combinados	Grupos experimentales y control separados																									
		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3																							
Inicio	NS*	NS	NS	NS																							
Semana 8	NS	NS	SD** (p<0.04)	SD (p<0.01)																							
Semana 16	NS	NS	NS	SD (p<0.001)																							

Poser (1966)	
Tipo	ECA para la formación. Cohortes para la profesión del terapeuta.
Intervención	Intervenciones grupales distintas y no simultáneas 5 días por semana durante 5 meses
Pacientes	343 psicóticos crónicos varones ingresados
Terapeutas	15 profesionales formados (7psiquiatras, 6 trabajadores sociales y 2 terapeutas ocupacionales) y 13 terapeutas sin formación.
Medidas de resultados	Dos tests psicomotores: velocidad de "tapping" (TAP) y tiempo de reacción visual (RT). Dos perceptivos: test símbolo dígito (DS) de la Escala I de Wechsler-Bellevue y un conflicto color-palabra. Dos verbales: fluidez verbal (VF) y lista de asociación de Verdún.
Seguimiento	No
Resumen de resultados	Los pacientes tratados por terapeutas sin formación obtuvieron mejores resultados en los tests TAP, VF y RT que los tratados por terapeutas formados. No se encontraron diferencias entre los pacientes tratados por psiquiatras y trabajadores sociales.
Conclusiones de los autores	La formación tradicional en profesiones de salud mental puede no ser ni óptima ni necesaria para promover cambios en el comportamiento de pacientes psicóticos hospitalizados.
Hay cambios?	Sí

Resultados

Resultados tras la terapia ajustados por covarianza de los pacientes tratados por terapeutas legos y profesionales

Tratamiento		TAP	VF	VAL	DS	RT	Stroop
Terapeutas legos N= 87	M	49.735	12.600	28.786	24.135	.197	1.025
	DE	10.222	4.370	8.264	6.812	.063	.698
Terapeutas profesionales N= 145	M	46.372	10.948	28.104	23.187	.154	.835
	DE	9.894	3.061	6.950	5.612	.049	.579
	t	2.331**	2.899****	.588	.930	4.998*****	.356

M= media DE= desviación estándar ** p< .05 **** p< .01 ***** p< .001

Resultados tras la terapia ajustados por covarianza de los pacientes tratados por psiquiatras y trabajadores sociales

Tratamiento		TAP	VF	VAL	DS	RT	Stroop
Trabajadores sociales N=53	M	47.332	10.613	27.687	22.324	.154	1.025
	DE	10.222	3.05	6.618	6.603	.063	.656
Psiquiatras N=60	M	46.252	11.212	28.011	23.307	.151	.755
	DE	8.978	3.162	7.899	5.459	.040	.561
	t	.564	.743	.203	.688	.249	.321

Raytek et al (1999)	
Tipo	Estudio de cohortes (asignación a terapeuta basada en disponibilidad).
Intervención	15 sesiones de terapia de pareja sobre alcohol y comportamiento (ABMT)/ABMT más alcohólicos anónimos y Alanon/ABMT más prevención de recaídas.
Pacientes	90 parejas en las que el varón tenía problemas con el alcohol.
Terapeutas	10 terapeutas divididos en 3 niveles de experiencia
Medidas de resultados	No comunicadas
Seguimiento	No comunicado
Resumen de resultados	▪ Un test Kruskal-Wallis sobre el porcentaje de días en abstinencia para terapeutas con 3 niveles de experiencia resultó no significativo. ▪ El test chi-cuadrado de valores de felicidad marital en los 6 primeros meses tras la terapia no mostró diferencias entre terapeutas con distintos niveles de experiencia.
Conclusiones de los autores	La experiencia del terapeuta afecta los resultados, al menos cuando se trata una población difícil con un tratamiento complejo.
Hay cambios?	No comunicado
Resultados	El artículo no aportó los datos relativos a los resultados considerados aquí

Stolk y Perlesz (1990)															
Tipo	Estudio de cohortes retrospectivas														
Intervención	Terapia de familia														
Pacientes	176 individuos (73 familias de 168 contactadas)														
Terapeutas	17 aprendices de terapeuta de familia durante su primer o segundo año de formación (12 analizados).														
Medidas de resultados	Cuestionario para el terapeuta (TQ) sobre consecución de resultados y valoración post-tratamiento. Cuestionario para el paciente (CQ) con versiones para adultos y adolescentes, y escala de satisfacción familiar (FSS) en distintos puntos de seguimiento.														
Seguimiento	Variable (1-12 meses)														
Resumen de resultados	▪ No diferencias significativas en los valores de FSS entre aprendices de primer y segundo año. ▪ La valoración hecha por los aprendices de la consecución de los objetivos de la familia fue significativamente mayor en el segundo año que en el primero. ▪ Los cuestionarios de los pacientes completados por pacientes tratados por aprendices de primer y segundo años no fueron comparados.														
Conclusiones de los autores	No se ha probado que los aprendices producen más efectos positivos conforme avanzan en su formación.														
Hay cambios?	Sí														
Resultados	<table><tr><td></td><td>FSS M (DE)</td><td>Valoración por los aprendices de la consecución de los objetivos de la familia</td></tr><tr><td>Aprendices de primer año</td><td>20.93 (4.45)</td><td>2.23</td></tr><tr><td>Aprendices de segundo año</td><td>18.88 (5.35)</td><td>2.61</td></tr><tr><td>Diferencia estadísticamente significativa</td><td>No</td><td>Sí</td></tr></table>				FSS M (DE)	Valoración por los aprendices de la consecución de los objetivos de la familia	Aprendices de primer año	20.93 (4.45)	2.23	Aprendices de segundo año	18.88 (5.35)	2.61	Diferencia estadísticamente significativa	No	Sí
	FSS M (DE)	Valoración por los aprendices de la consecución de los objetivos de la familia													
Aprendices de primer año	20.93 (4.45)	2.23													
Aprendices de segundo año	18.88 (5.35)	2.61													
Diferencia estadísticamente significativa	No	Sí													

Woodward et al (1981)	
Tipo	Estudio de cohortes
Intervención	Terapia familiar breve orientada a los sistemas
Pacientes	279 niños con problemas académicos o de conducta y sus familias (se retuvieron 219).
Terapeutas	Terapeutas de familia con diferencias en sexo, disciplina profesional, nivel de formación en terapia de familia y años de experiencia como clínicos.
Medidas de resultados	Al final del tratamiento (determinado por el terapeuta): • Valoración del cambio con el tratamiento. • Pronóstico para la familia. A los 6 meses de seguimiento (determinado por trabajadores independientes): • Satisfacción con los servicios, • Sentimientos de la familia respecto al problema original • Consecución de objetivos • Recidivas.
Seguimiento	6 meses
Resumen de resultados	▪ Los terapeutas varones comunicaron mayor cambio en las familias tratadas por ellos (3,7% de la variación) y lograron mayor cantidad de pacientes satisfechos (3,3% de la variación). ▪ Los trabajadores sociales (70% mujeres) y enfermeras (100% mujeres) fueron menos propensas a asignar un buen pronóstico a sus pacientes (4,7% de la variación) que los terapeutas de comparación (no descritos).
Conclusiones de los autores	▪ El resultado terapéutico es un fenómeno complejo, con distintos componentes no necesariamente relacionados entre sí. ▪ Las terapeutas mujeres, enfermeras y trabajadores sociales tienden a ver menos cambios en sus pacientes y asignarles peor pronóstico, pero esto no se correlaciona con las recidivas o la consecución de objetivos.
Hay cambios?	Sí
Resultados	No comunicados

Apéndice 2

Calidad metodológica

Control de factores de confusión

Calidad metodológica 1

Referencia	¿Descripción adecuada del emparejamiento aleatorio terapeuta-paciente?	¿Intervención manualizada y monitorizada en cuanto a adherencia?	¿Libre de comunicación selectiva?	¿Datos incompletos abordados?	¿Análisis por intención de tratar?	¿Es el paciente ciego a la característica del terapeuta?	¿Es el evaluador de resultados ciego a la característica del terapeuta?	¿Es la conclusión seleccionada central en el estudio?
Antonuccio, Davis, Lewinsohn y Breckenridge (1987)	No	No	No	No	No abordado	No comunicado	No comunicado	No
Antonuccio, Lewinsohn y Steimetz (1982)	No	No	No	No	No abordado	Sí	Sí	Sí
Baker y Neimeyer (2003)	No (estudio de cohortes)	Sí	No	No	No abordado	No comunicado	No comunicado	Sí
Bright, Baker y Neimeyer (1999)	No (estudio de cohortes)	Sí	No	Sí	No	No comunicado	Sí	Sí

Calidad metodológica 2

Referencia	¿Descripción adecuada del emparejamiento aleatorio terapeuta-paciente?	¿Intervención manualizada y monitorizada en cuanto a adherencia?	¿Libre de comunicación selectiva?	¿Datos incompletos abordados?	¿Análisis por intención de tratar?	¿Es el paciente ciego a la característica del terapeuta?	¿Es el evaluador de resultados ciego a la característica del terapeuta?	¿Es la conclusión seleccionada central en el estudio?
Burlingame y Barlow (1996)	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Evaluado por pacientes y terapeutas	Sí
Classen et al (2008)	No (estudio de cohortes)	Sí	No	Sí	Sí	No comunicado	No comunicado	No
Crane et al (2004)	No (estudio de cohortes retrospectivos)	No	No	No	No	No	No aplicable	Sí
Epstein et al (1994)	No	Manualizado, no monitorizado	Sí	No	No	No comunicado	No comunicado	No
Fals-Stewart y Birchler (2002)	No	Sí	No	Sí	Sí	No comunicado	No comunicado	Sí
Flicker et al (2008)	No (estudio de cohortes)	Sí	No	No	Sí	No	No	No

Calidad metodológica 3

Referencia	¿Descripción adecuada del emparejamiento aleatorio terapeuta-paciente?	¿Intervención manualizada y monitorizada en cuanto a adherencia?	¿Libre de comunicación selectiva?	¿Datos incompletos abordados?	¿Análisis por intención de tratar?	¿Es el paciente ciego a la característica del terapeuta?	¿Es el evaluador de resultados ciego a la característica del terapeuta?	¿Es la conclusión seleccionada central en el estudio?
Greeson et al (2009)	No (Cohortes retrospectivas)	Manualizado no monitorizado	Sí	Sí	No	Sí	Evaluado por terapeuta	Sí
Hampson y Beavers (1996)	No (estudio de cohortes)	No	Sí	Sí	No	No	No	No
Kissane et al (2003)	Sí (no incluyó emparejamiento con terapeuta)	Sí	No	Sí	Sí	No comunicado	No	No
Kivlighan y Kivlighan (2010)	No (estudio de cohortes)	No	No	No	No	No	No	Sí
Orten, Allen y Cook (1989)	No (estudio de cohortes)	No	Sí	Sí	No	No	No	No
Poser (1966)	No comunicado	No	No	No	No	No	No	Sí
Raytek et al (1999)	No (estudio de cohortes)	Sí	No	Sí	No	Sí	No comunicado	No

Calidad metodológica 4

Referencia	¿Descripción adecuada del emparejamiento aleatorio terapeuta-paciente?	¿Intervención manualizada y monitorizada en cuanto a adherencia?	¿Libre de comunicación selectiva?	¿Datos incompletos abordados?	¿Análisis por intención de tratar?	¿Es el paciente ciego a la característica del terapeuta?	¿Es el evaluador de resultados ciego a la característica del terapeuta?	¿Es la conclusión seleccionada central en el estudio?
Stolk y Perlesz (1990)	No (estudio de cohortes)	No	No	Sí	No	No	Evaluated por pacientes y terapeutas	Sí
Woodward et al (1981)	No (estudio de cohortes)	No comunicado	No	No	No	No comunicado	No comunicado	Sí

Control de factores de confusión 1

	Variables del terapeuta							Variables del paciente (en terapia de familia: miembro identificado, media o cualquier intento de controlar la variable)					Técnica
Referencia	E d a d	S e x o	R a z a	Forma- ción	Experiencia	Disciplina profesional	Terapia personal	E d a d	S e x o	R a z a	Diagnóstico	Seve- ridad	
Antonuccio, Lewinsohn y Steimetz (1982)	N o	N o	N o	Sí	No	No	No	N o	N o	N o	No	No	Sí
Antonuccio, Davis, Lewinsohn y Breckenridg e (1987)	N o	N o	N o	No	No	No	No	N o	N o	N o	No	No	Sí
Baker y Neimeyer (2003)	N o	S í	N o	Sí	No	No	No	N o	Sí	N o	Depresión mayor, distimia o depresión no especificada	Sí	Sí
Bright, Baker y Neimeyer (1999)	Sí	S í	N o	Sí	Sí	No	No	N o	Sí	N o	Depresión mayor, distimia o depresión no especificada	Sí	Sí

Control de factores de confusión 2

	Variables del terapeuta							Variables del paciente (en terapia de familia: miembro identificado, media o cualquier intento de controlar la variable)					Técnica
Referencia	E d a d	S e x o	R a z a	For- ma- ción	Experiencia	Disciplina profesional	Terapia personal	E d a d	S e x o	R a z a	Diagnóstico	Seve- ridad	
Burlingame and Barlow (1996)	No	Sí	No	Sí	No	No	No	N o	N o	N o	Heterogéneo. No psicótico	Sí	No
Classen et al (2008)	No	N o	No	Tener titula- ción	Años haciendo psicoterapia	No	No	Sí	Sí	S í	Cáncer de mama primario	No	Sí
Crane et al (2004)	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	N o	N o	N o	No	No	No
Epstein et al (1994)	No	N o	No	No	Sí	No	No	N o	N o	N o	Problemas con el alcohol	No	No
Fals-Stewart y Birchler (2002)	No	N o	No	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	S í	Problemas con el alcohol	No	Sí

Control de factores de confusión 3

	Variables del terapeuta							Variables del paciente (en terapia de familia: miembro identificado, media o cualquier intento de controlar la variable)					Técnica
Referencia	E d a d	Sexo	Raza	Formación	Experiencia	Disciplina profesional	Terapia personal	E d a d	Sexo	Raza	Diagnóstico	Severidad	
Flicker et al (2008)	No	No	Sí	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Abuso de drogas	Sí	Sí
Greeson et al (2009)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí
Hampson y Beavers (1996)	No	Sí	No	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No	No	Sí
Kissane et al (2003)	No	No	No	No	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Cáncer primario de mama	Sí	Sí
Kivlighan y Kivlighan (2010)	No	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	No	Po Blación no clínica	Sí
Orten, Allen y Cook (1989)	No	No	No	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Anciano con confusión moderada	Sí	Sí

Control de factores de confusión 4

	Variables del terapeuta							Variables del paciente (en terapia de familia: miembro identificado, media o cualquier intento de controlar la variable)					Técnica
Referencia	E d a d	Sexo	Raza	Formación	Experiencia	Disciplina profesional	Terapia personal	E d a d	Sexo	Raza	Diagnóstico	Severidad	
Poser (1966)	No	No	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	No	Psicosis. Hospitalización larga	Sí	No
Raytek et al (1999)	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	Problemas con el alcohol	Sí	No
Stolk y Perlesz (1990)	No	No	No	Sí	No	No	No	No	No	No	No	No	Sí
Woodward et al (1981)	No	No	No	Nivel de formación en terapia de familia	Años de experiencia como clínico	No	No	Niños	No	No	Problemas de conducta o académicos	No	Sí

Apéndice 3

Fecha de publicación de los artículos

Foco y significación de los estudios

Tipo de estudios

Medidas de resultados

Técnicas de psicoterapia multipaciente

Tabla 1. 1 Fecha de publicación de los artículos

	Antes de la década de 1980	1980's	1990's	2000's	2010's
Características del terapeuta centrales en el estudio	-Poser, 1966	-Woodward et al, 1981 -Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz, 1982	-Stolk y Perlesz, 1990 -Burlingame y Barlow, 1996	-Flicker et al, 2008 -Greeson et al, 2009 -Crane et al, 2004 -Fals-Stewart y Birchler, 2002	-Kivlighan y Kivlighan, 2010
Características del terapeuta analizadas como parte de una hipótesis secundaria		-Orten, Allen y Cook, 1989	Bright, Baker y Neimeyer, 1999 Epstein et al, 1994 Hampson y Beavers, 1996	-Classen et al, 1987 -Kissane et al, 2003	
Artículos sucesivos basados en estudios mencionados arriba		-Antonuccio et al, 1987	Raytek et al, 1999	-Baker y Neimeyer, 2003	

Tabla 1.2 Foco y significación de los estudios

	Diferencias significativas	No diferencias significativas
Características del terapeuta centrales en el estudio	▪Flicker et al (2008) ▪Greeson et al (2009) ▪Kivlighan y Kivlighan 2010 ▪Poser (1966) ▪Stolk y Perlesz (1990) ▪Woodward et al (1981)	▪ Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz (1982) ▪ Burlingame y Barlow (1996) ▪ Crane et al (2004) ▪ Fals-Stewart y Birchler (2002)
Características del terapeuta analizadas como parte de una hipótesis secundaria	▪Bright, Baker y Neimeyer (1999) ▪Orten, Allen y Cook (1989)	▪ Epstein et al (1994) ▪ Classen et al (2008) ▪ Hampson y Beavers (1996) ▪ Kissane et al (2003)
Artículos sucesivos basados en estudios mencionados arriba	▪ Antonuccio et al (1987) ▪ Baker y Neimeyer (2003) ▪ Raytek et al (1999)	

Tabla1.3 Tipo de estudios

ECA	Cohortes
• Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz, 1982 • Burlingame y Barlow, 1996 • Fals-Stewart y Birchler, 2002 • Poser, 1966	• Crane et al, 2004 • Flicker et al, 2008 • Greeson et al, 2009 • Kivlighan y Kivlighan, 2010 • Stolk y Perlesz, 1990 • Woodward et al, 1981

Table 2.1 Medidas de resultados

	Funcionamiento general	Específicas por diagnóstico	Satisfacción de paciente y cuidador	Índice de abandonos
Antonuccio et al (1987)		BDI		
Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz (1982)		BDI		
Baker y Neimeyer (2003)	HSCL-58	HRSD BDI		
Bright, Baker y Neimeyer (1999)	HSCL-58	HRSD BDI ATQ		
Burlingame y Barlow (1996)	Queja objetivo SCL-90R MMPI Escala de cambio del cliente			
Classen et al (2008)	POMS HADS MAC Escala de control emocional de Courtauld Escala de impacto del evento Escala de autoeficacia para enfermedad grave de Stanford Subescala de interacción médica de CARES Índice de relaciones familiares Medida de sueño Medida de dolor Índice de apoyo social de Yale			

Table 2.2 Medidas de resultados

	Funcionamiento general	Específicas por diagnóstico	Satisfacción de paciente y cuidador	Índice de abandonos
Crane et al (2004)	Cuidado total ambulatorio			
Epstein et al (1994)				Fases del tratamiento completadas
Fals-Stewart y Birchler (2002)	Escala de ajuste de la díada	Porcentaje de días en abstinencia		
Flicker et al (2008)		Porcentaje de días en abstinencia		
Greeson et al (2009)	Medida compuesta			
Hampson y Beavers (1996)	Evaluación del tratamiento (por el terapeuta)			
Kissane et al (2003)	MILP Escala de balance afectivo Escala hospitalaria de ansiedad y depresión MAC FAD		Satisfacción con la terapia y otros tratamientos	
Kivlighan y Kivlighan (2010)			Perfil del líder	
Orten, Allen y Cook (1989)	Escala de comportamiento social			

Table 2.3 Medidas de resultados

	Funcionamiento general	Específicas por diagnóstico	Satisfacción de paciente y cuidador	Índice de abandonos
Poser (1966)	TAP RT DS Conflicto color-palabra Fluidez verbal Lista de asociación de Verdún			
Raytek et al (1999)	Felicidad conyugal	Porcentaje de días en abstinencia		
Stolk and Perlesz (1990)	Consecución de resultados		Escala de satisfacción familiar	
Woodward et al (1981)	<i>Por el terapeuta :</i> Valoración del cambio Pronóstico <i>Por la familia:</i> Sentimientos respecto al problema original Consecución de objetivos Recidivas		Satisfacción con los servicios	

Tabla 3. Técnicas de psicoterapia multipaciente

Psicoterapia grupal	Terapia de familia	Terapia de pareja	Heterogéneo
1) Antonuccio et al (1987) 2) Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz (1982) 3) Baker y Neimeyer (2003) 4) Bright, Baker y Neimeyer (1999) 5) Burlingame y Barlow (1996) 6) Classen et al (2008) 7) Kissane et al (2003) 8) Kivlighan y Kivlighan (2010) 9) Orten, Allen y Cook (1989) 10) Poser (1966) 11) Stolk y Perlesz (1990)	1) Flicker et al (2008) 2) Greeson et al (2009) 3) Hampson y Beavers (1996) 4) Woodward et al (1981)	1) Epstein et al (1994) 2) Fals-Stewart y Birchler (2002) 3) Raytek et al (1999)	1) Crane et al (2004)

Apéndice 4

Resumen de resultados

Tabla 4.1

Resumen de resultados: edad

Referencia	N	Diagnóstico	Tratamiento	Medidas	Efectos en los resultados
Crane et al (2004)	197	No considerado	Variable. Intervenciones con al menos 3 sesiones familiares por cada sesión individual	Cuidado total ambulatorio	No
Greeson et al (2009)	1965 (602 analizados)	Jóvenes en riesgo con diversos diagnósticos	Terapia multi-sistémica	Medida compuesta	No

Tabla 4.2

Resumen de resultados: sexo

Referencia	N	Diagnóstico	Tratamiento	Medidas	Efectos en los resultados
Crane et al (2004)	197	No considerado	Variable Intervenciones con al menos 3 sesiones de terapia familiar por cada sesión individual	Cuidado total ambulatorio	No
Greeson et al (2009)	1965 (602 analizados)	Jóvenes en riesgo con diversos diagnósticos	Terapia multisistémica	Medida compuesta	La probabilidad para una terapeuta mujer de lograr un resultado no deseado es un 87% menor que para varones ($p<0.01$)
Hampson y Beavers (1996)	434	Heterogéneo	Terapia de familia	Evaluación del tratamiento por el terapeuta	No
Woodward et al (1981)	279 familias	Niños con problemas conductuales o académicos	Terapia familiar breve orientada a los sistemas	*Valoración del cambio con el tratamiento *Pronóstico para la familia *Satisfacción con los servicios *Sentimientos de la familia respecto al problema original *Consecución de objetivos *Recidivas	Los terapeutas varones comunican mayor cambio al final de la terapia y mayor satisfacción de los pacientes a los 6 meses de seguimiento. El resto de resultados son no significativos

Tabla 4.3

Resumen de resultados: raza

Referencia	N	Diagnóstico	Tratamiento	Medidas	Efectos en los resultados
Flicker et al (2008)	86 adolescentes hispanos y gringos y sus familias	Abuso de sustancias	12-14 sesiones de terapia funcional de familia	Uso de sustancias autocomunicado (porcentaje de días con uso de drogas en los últimos 90 días)	No diferencias de efectividad entre los terapeutas hispanos y los gringos. Los pacientes hispanos emparejados con terapeutas hispanos lograron mayor reducción del consumo a los 4 meses del seguimiento Los pacientes gringos no mostraron diferencias en sus resultados en relación con la etnicidad del terapeuta
Greeson et al (2009)	1965 (602 analizados)	Jóvenes en riesgo con distintos diagnósticos	Terapia multi-sistémica	Medida compuesta	No

Tabla 4.4.1

Resumen de resultados: Formación 1

Referencia	N	Diagnóstico	Tratamiento	Medidas	Efectos en los resultados
Baker y Neimeyer (2003)	98	Depresión mayor, distimia o depresión no especificada	Grupo de apoyo mutuo (MSG) y grupo cognitivo conductual (CBT)	HRSD BDI HSCL-58	Profesionales: La reducción en los valores de HRSD correlaciona negativamente con la externalización del paciente independientemente del tipo de tratamiento. Paraprofesionales: La reducción en los valores de HRSD correlaciona positivamente con la externalización del paciente independientemente del tipo de tratamiento.
Bright, Baker y Neimeyer (1999)	98	Depresión mayor, distimia o depresión no especificada	Grupo de apoyo mutuo (MSG) y grupo cognitivo conductual (CBT)	HRSD BDI HSCL-58 ATQ	BDI: La mejoría clínica no está relacionada con el tipo de terapeuta. Los grupos de CBT dirigidos por profesionales llevaron a más pacientes a los rangos aliviado o no deprimido que los dirigidos por paraprofesionales. HRSD: No se detectaron diferencias en los resultados en relación con el tipo de terapeuta.
Burlingame y Barlow (1996)	102	Heterogéneo, no psicótico	Intervención heterogénea	TC, SCL-90R, MMPI, CCS	No se encontraron efectos
Classen et al (2008)	353	Cáncer de mama primario	Terapia grupal expresiva de apoyo	POMS y otras medidas secundarias	No se encontraron efectos

Tabla 4.4.2

Resumen de resultados: Formación 2

Referencia	N	Diagnóstico	Tratamiento	Medidas	Efectos en los resultados
Greeson et al (2009)	1965 (602 analizados)	Jóvenes en riesgo con distintos diagnósticos	Terapia multisistémica	Medida compuesta	No
Fals-Stewart y Birchler (2002)	48	Problemas con el alcohol	Terapia conductual de pareja	PDA, DAS, MHS, CSQ-8	No se encontraron diferencias entre “counsellors” con licenciatura y con master
Stolk y Perlesz (1990)	176	No comunicados	Terapia de familia	Escala de satisfacción familiar Cuestionarios sobre resultados para terapeuta y paciente.	Los aprendices de terapia de familia de 2º año valoraron el resultado de sus pacientes más positivamente que los aprendices de 1º año pero no lograron más satisfacción de las familias
Poser (1966)	343	Esquizofrénicos hospitalizados crónicos.	Intervenciones grupales diversas y no simultáneas 5 días a la semana durante 5 meses.	Velocidad de “tapping” (TAP), tiempo de reacción visual (RT), test símbolo-dígito (DS) de la escala Wechsler-Bellevue I, conflicto color-palabra, fluidez verbal y lista de asociación de Verdún.	Los pacientes tratados por terapeutas sin formación lograron mejores resultados en los tests TAP, VF y RT que los tratados por terapeutas con formación
Woodward et al (1981)	279 familias	Niños con problemas de conducta o académicos.	Terapia de familia breve orientada a los sistemas.	Valoración del cambio durante la terapia, pronóstico para la familia, satisfacción con los servicios, sentimientos de la familia respecto al problema original, logro de objetivos, recidivas.	No se detectaron efectos

Tabla 4.5

Resumen de resultados: Experiencia

Referencia	N	Diagnóstico	Tratamiento	Medidas	Efectos en los resultados
Crane et al (2004)	197	No considerado	Distintas intervenciones con al menos 3 sesiones de familia por cada sesión individual	Cuidado total ambulatorio	No
Classen et al (2008)	353	Cáncer primario de mama	Terapia grupal expresiva de apoyo	POMS y otras medidas secundarias	No se hallaron efectos
Epstein et al (1994)	105	Problemas con el alcohol	Terapia de pareja sobre el alcohol y la conducta más adyuvantes	Estadíos de la terapia completados	No
Greeson et al (2009)	1965 (602 analizados)	Jóvenes en riesgo con diversos diagnósticos	Terapia multisistémica	Medida compuesta	No
Orten, Allen y Cook (1989)	56	Ancianos con confusión moderada	Terapia grupal de reminiscencia	Escala de comportamiento social	Sí
Raytek et al (1999)	90 parejas	Problemas con el alcohol	Terapia de pareja sobre el alcohol y la conducta más adyuvantes	No comunicado	No efecto sobre la abstinencia o la felicidad de pareja
Woodward et al (1981)	279 familias	Niños con problemas de conducta o académicos	Terapia de familia breve orientada a los sistemas	Valoración del cambio durante la terapia, pronóstico para la familia, satisfacción con los servicios, sentimientos de la familia respecto al problema original, logro de objetivos, recidivas.	No se hallaron efectos

Tabla 4.6

Resumen de resultados: Profesión del terapeuta

Referencia	N	Diagnóstico	Tratamiento	Medidas	Efectos en los resultados
Crane et al (2004)	197	No considerado	Distintas intervenciones con al menos 3 sesiones de familia por cada sesión individual	Cuidado total ambulatorio	No
Kissane et al (2003)	303	Cáncer de mama en estadio temprano	Psicoterapia de grupo cognitivo-existencial	MILP ABS HADS MAC FAD Satisfacción	No significativo Las parejas de terapeutas en las que el rol de experto era desempeñado por psicólogos obtuvieron mejores resultados en HAD-ansiedad y ABS-síntomas negativos
Poser (1966)	343	Esquizofrénicos crónicos hospitalizados	Distintas intervenciones grupales, no simultáneas, 5 días a la semana durante 5 meses	Velocidad de "tapping" (TAP), tiempo de reacción visual (RT), test símbolo-dígito (DS) de la escala Wechsler-Bellevue I, conflicto color-palabra, fluidez verbal y lista de asociación de Verdún.	No se encontraron diferencias entre pacientes tratados por psiquiatras y por trabajadores sociales
Woodward et al (1981)	279 familias	Niños con problemas académicos o de conducta	Terapia de familia breve orientada a los sistemas	Valoración del cambio durante la terapia, pronóstico para la familia, satisfacción con los servicios, sentimientos de la familia respecto al problema original, logro de objetivos, recidivas.	Trabajadores sociales y enfermeros fueron menos propensos a asignar buen pronóstico a sus pacientes (4,7% de la variación) que los otros terapeutas (no descritos)

Tabla 4.7

Resumen de resultados: Características psicosociales

Referencia	N	Diagnóstico	Tratamiento	Medidas	Efectos en los resultados	Características
Antonuccio, Lewinsohn y Steimetz (1982)	106	Depresión 79 de ellos	Psicoeducación grupal	BDI	No significativo	Locus de control, expectativas de cambio en los participantes, aceptación de la lógica de aprendizaje social, neuroticismo, competencia social, apoyo social, eventos placenteros y eventos vitales estresantes
Antonuccio, Davis, Lewinsohn y Breckenridge (1987)						
Kivlighan y Kivlighan (2010)	87	Población no clínica	7 sesiones de grupo de interdiálogo	Perfil del líder (satisfacción)	La similitud en las estructuras de conocimiento con el modelo de los terapeutas expertos contribuye en un 4% en la variación de la satisfacción a mitad de tratamiento y en un 13% a la pendiente de incremento de la satisfacción	Patrones de conocimiento

Tabla 5.1.1

Resumen de resultados: Técnica. Terapia de grupo 1

Referencia	N	Diagnóstico	Medidas	Características del terapeuta	Efectos en los resultados
Antonuccio et al (1987)	106	Depresión 79 de ellos	BDI	Locus de control, expectativas de cambio en los participantes, aceptación de la lógica de aprendizaje social, neuroticismo, competencia social, apoyo social, eventos placenteros y eventos vitales estresantes	No
Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz (1982)					
Baker y Neimeyer (2003)	98	Depresión mayor, distimia o depresión no especificada	HRSD BDI HSCL-58	Formación	Profesionales: La reducción en los valores de HRSD correlaciona negativamente con la externalización del paciente independientemente del tipo de tratamiento. Paraprofesionales: La reducción en los valores de HRSD correlaciona positivamente con la externalización del paciente independientemente del tipo de tratamiento.
Bright, Baker y Neimeyer (1999)			HRSD BDI HSCL-58 ATQ		BDI: La mejoría clínica no está relacionada con el tipo de terapeuta. Los grupos de CBT dirigidos por profesionales llevaron a más pacientes a los rangos aliviado o no deprimido que los dirigidos por paraprofesionales. HRSD: No se detectaron diferencias en los resultados en relación con el tipo de terapeuta.
Burlingame y Barlow (1996)	102	Heterogéneo no psicótico	TC SCL-90R MMPI CCS	Formación	No

Table 5.1.2

Resumen de resultados: Técnica. Terapia de grupo 2

Referencia	N	Diagnóstico	Medidas	Características del terapeuta	Efectos en los resultados
Classen et al (2008)	353	Cáncer de mama primario	POMS y otras medidas secundarias	Formación, experiencia	No
Kissane et al (2003)	303	Cáncer de mama en estadio temprano	MILP ABS HADS MAC FAD Satisfacción	Profesión	No significativo Las parejas de terapeutas en las que psicólogos ocuparon el rol de experto obtuvieron mejores resultados en HAD-ansiedad y ABS-síntomas negativos
Kivlighan y Kivlighan (2010)	87	Población no clínica	Perfil del líder (satisfacción)	Patrones de conocimiento	La similaridad en las estructuras de conocimiento con el modelo de los terapeutas expertos contribuye en un 4% en la variación de la satisfacción a mitad de tratamiento y en un 13% a la pendiente de incremento de la satisfacción
Orten, Allen and Cook (1989)	56	Ancianos con confusión moderada	Escala de comportamiento social	Experiencia	Sí
Poser (1966)	343	Esquizofrénicos con hospitalización de larga estancia	Velocidad "tapping" (TAP), tiempo de reacción visual (RT), test símbolo-dígito (DS) de la escala Wechsler-Bellevue I, conflicto color-palabra, fluidez verbal y lista de asociación de Verdún	Formación	Los pacientes tratados por terapeutas sin formación lograron mejores resultados en los tests TAP, VF y RT que los tratados por terapeutas con formación
				Profesión	No se encontraron diferencias entre pacientes tratados por psiquiatras y por trabajadores sociales

Tabla 5.2. 1

Resumen de resultados: Técnica. Terapia de familia 1

Referencia	N	Diagnóstico	Medidas	Características del terapeuta	Efectos en los resultados
Flicker et al (2008)	86	Abuso de sustancias	Porcentaje de días en que se usaron drogas	Raza	No diferencias de efectividad entre los terapeutas hispanos y los gringos. Los pacientes hispanos emparejados con terapeutas hispanos lograron mayor reducción del consumo a los 4 meses del seguimiento Los pacientes gringos no mostraron diferencias en sus resultados en relación con la etnicidad del terapeuta
Greeson et al (2009)	1965 (602 analizados)	Jóvenes en riesgo con diversos diagnósticos	Medida compuesta	Edad, raza, formación, experiencia	No
Greeson et al (2009)				Sexo	La probabilidad para una terapeuta mujer de lograr un resultado no deseado es un 87% menor que para varones ($p<0.01$) ($p<0.01$)
Hampson y Beavers (1996)	434	Heterogéneos	Evaluación del tratamiento por parte del terapeuta	Sexo	No

Tabla 5.2. 2

Resumen de resultados: Técnica. Terapia de familia 2

Referencia	N	Diagnóstico	Medidas	Características del terapeuta	Efectos en los resultados
Stolk y Perlesz (1990)	176	No comunicado	Escala de satisfacción familiar Cuestionarios sobre resultados para terapeuta y paciente.	Formación	Los aprendices de terapia de familia de 2º año valoraron el resultado de sus pacientes más positivamente que los aprendices de 1º año pero no lograron más satisfacción de las familias
Woodward et al (1981)	279 familias	Niños con problemas académicos o de conducta	Valoración del cambio durante la terapia, pronóstico para la familia, satisfacción con los servicios, sentimientos de la familia respecto al problema original, logro de objetivos, recidivas.	Sexo	Los terapeutas varones comunican mayor cambio al final de la terapia y mayor satisfacción de los pacientes a los 6 meses de seguimiento. El resto de resultados son no significativos
				Profesión	Trabajadores sociales y enfermeros fueron menos propensos a asignar buen pronóstico a sus pacientes (4,7% de la variación) que los otros terapeutas (no descritos)
				Formación, experiencia	No

Table 5.3

Resumen de resultados: Técnica. Terapia de pareja

Referencia	N	Diagnóstico	Medidas	Características del terapeuta	Efectos en los resultados
Epstein et al (1994)	105	Problemas con el alcohol	Estadíos de terapia completados	Experiencia	No
Fals-Stewart y Birchler (2002)	48	Problemas con el alcohol	PDA, DAS, MHS, CSQ-8	Formación	No se hallaron diferencias entre "counsellors" con licenciatura y con master
Raytek et al (1999)	90 parejas	Problemas con el alcohol	PDA Felicidad marital	Experiencia	No se hallaron efectos sobre la abstinencia o la felicidad marital

Tabla 5.4

Resumen de resultados: Técnica. Heterogénea

Referencia	N	Diagnóstico	Medidas	Características del terapeuta	Efectos en los resultados
Crane et al (2004)	197	No considerado	Cuidado total ambulatorio	Edad, sexo, experiencia, profesión	No

Tabla 6.1

Resumen de resultados. Depresión

Referencia	N	Técnica	Medidas	Características del terapeuta	Efectos en los resultados
Antonuccio et al (1987)	106	12 sesiones de grupo psico-educativo	BDI	Locus de control, expectativas de cambio en los participantes, aceptación de la lógica de aprendizaje social, neuroticismo, competencia social, apoyo social, eventos placenteros y eventos vitales estresantes	No
Antonuccio, Lewinsohn y Steinmetz (1982)					
Baker y Neimeyer (2003)	98	Grupos de CBT y de apoyo mutuo (MSG)	HRSD BDI HSCL-58	Formación	<i>Profesionales:</i> La reducción en los valores de HRSD correlaciona negativamente con la externalización del paciente independientemente del tipo de tratamiento. <i>Paraprofesionales:</i> La reducción en los valores de HRSD correlaciona positivamente con la externalización del paciente independientemente del tipo de tratamiento.
Bright, Baker y Neimeyer (1999)			HRSD BDI HSCL-58 ATQ		BDI: La mejoría clínica no está relacionada con el tipo de terapeuta. Los grupos de CBT dirigidos por profesionales llevaron a más pacientes a los rangos aliviado o no deprimido que los dirigidos por paraprofesionales. HRSD: No se detectaron diferencias en los resultados en relación con el tipo de terapeuta.

Tabla 6.2

Resumen de resultados: Diagnóstico. Abuso de sustancias

Referencia	N	Técnica	Medidas	Características del terapeuta	Efectos en los resultados
Epstein et al (1994)	105	ABMT (Terapia de pareja para el alcohol y la conducta)/ABMT+ Alcohólicos Anónimos y Alanon/ABMT+ prevención de recaídas	Estadíos de terapia completados	Experiencia	No
Fals-Stewart y Birchler (2002)	48	Terapia de pareja conductual	PDA, DAS, MHS, CSQ-8	Formación	No se hallaron diferencias entre “counsellors” con licenciatura y con master
Flicker et al (2008)	86	Terapia de familia funcional	Porcentaje de días en que se utilizaron drogas	Raza	-No diferencias de efectividad entre los terapeutas hispanos y los gringos. -Los pacientes hispanos emparejados con terapeutas hispanos lograron mayor reducción del consumo a los 4 meses del seguimiento -Los pacientes gringos no mostraron diferencias en sus resultados en relación con la etnicidad del terapeuta
Raytek et al (1999)	90	ABMT (Terapia de pareja para el alcohol y la conducta)/ABMT+ Alcohólicos Anónimos y Alanon/ABMT+ prevención de recaídas	No comunicado	Experiencia	No se hallaron efectos sobre la abstinencia o la felicidad marital

Tabla 6.3 Cáncer de mama

Resumen de resultados: Diagnósticos

Referencia	N	Técnica	Medidas	Características del terapeuta	Efectos en los resultados
Classen et al (2008)	353	Terapia grupal expresiva de apoyo	POMS y otras medidas secundarias	Formación, experiencia	No
Kissane et al (2003)	303	Psicoterapia de grupo cognitivo-existencial	MILP ABS HADS MAC FAD Satisfacción	Profesión	No significativo Las parejas de terapeutas en las que psicólogos ocuparon el rol de experto obtuvieron mejores resultados en HAD-ansiedad y ABS-síntomas negativos

Apéndice 5

Criterios de la búsqueda electrónica

Medline

- 1) FAMILY THERAPY/
- 2) (family ADJ therap*).ti,ab
- 3) PSYCHOTHERAPY, GROUP/
- 4) (Group ADJ therap*).ti,ab
- 5) (Group ADJ psychoterap*).ti,ab
- 6) COUPLES THERAPY/
- 7) (couple* ADJ3 therap*).ti,ab
- 8) (family ADJ3 counsel*).ti,ab
- 9) (family ADJ3 psychotherap*).ti,ab
- 10) (marital ADJ3 therap*).ti,ab
- 11) (marital ADJ3 psychotherap*).ti,ab
- 12) (system* ADJ2 therap*).ti,ab
- 13) (system* ADJ2 psychotherap*).ti,ab
- 14) 1 OR 2 OR 3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11 OR 12 OR 13
- 15) (treatment AND effectiveness AND evaluation).ti,ab
- 16) Effectiveness.ti, ab
- 17) TREATMENT OUTCOME/
- 18) Outcome*.ti,ab
- 19) EVIDENCE-BASED PRACTICE/
- 20) Evidence.ti,ab
- 21) PATIENT SATISFACTION/ OR "QUALITY OF HEALTH CARE"/
- 22) Evaluation.ti,ab
- 23) REHABILITATION/
- 24) (improvement OR rehabilitation OR benefi*).ti,ab
- 25) Satisf*.ti,ab
- 26) Efficac*.ti,ab
- 27) Result*.ti,ab
- 28) Efficien*.ti,ab
- 29) COMPARATIVE EFFECTIVENESS RESEARCH/
- 30) TREATMENT OUTCOME/
- 31) REHABILITATION/
- 32) 15 OR 16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28 OR 29 OR 30 OR 31
- 33) ((therapist* ADJ5 variable*) OR (psychotherapist* ADJ5 variable*) OR (therapist ADJ5 qualit*) OR (psychotherapist* ADJ5 qualit*) OR (therapist* ADJ5 attribut*) OR (psychotherapist ADJ5 attribut*) OR (counsellor* ADJ5 variable*) OR (counselor ADJ5 variable*) OR (counsellor* ADJ5 qualit*) OR (counselor ADJ5 qualit*) OR (counsellor* ADJ5 atribut*) OR (counselor ADJ5 attribut*)).ti,ab
- 34) ((therapist* ADJ5 age) OR (psychotherapist* ADJ5 age) OR (therapist* ADJ5 sex) OR (psychotherapist* ADJ5 sex) OR (therapist* ADJ5 gender) OR (psychotherapist* ADJ5 gender) OR (therapist* ADJ5 race) OR (psychotherapist* ADJ5 race) OR (therapist* ADJ5 ethnic*) OR (psychotherapist* ADJ5 ethnic*) OR (counsellor* ADJ5 age) OR (counselor* age) OR (counsellor* ADJ5 sex) OR (counselor* sex) OR (counsellor* ADJ5 gender) OR (counselor* gender) OR (counsellor* ADJ5 race) OR (counselor* race) OR (counsellor* ADJ5 ethnic*) OR (counselor* ethnic*)).ti,ab
- 35) ((therapist* ADJ5 characteristic*) OR (psychotherapist* ADJ5 characteristic*) OR (therapist* ADJ5 feature*) OR (psychotherapist* ADJ5 feature*) OR

- (therapist* ADJ5 skill*) OR (psychotherapist* ADJ5 skill*) OR (therapist* ADJ5 train*) OR (psychotherapist* ADJ5 train*) OR (therapist* ADJ5 experience*) OR (psychotherapist* ADJ5 experience*) OR (therapist* ADJ5 qualifi*) OR (psychotherapist* ADJ5 qualifi*) OR (counsellor* ADJ5 characteristic*) OR (counselor ADJ5 characteristic*) OR (counsellor* ADJ5 feature*) OR (counselor ADJ5 feature*) OR (counsellor* ADJ5 skill*) OR (counselor ADJ5 skill*) OR (counsellor* ADJ5 train*) OR (counselor ADJ5 train*) OR (counsellor* ADJ5 experience*) OR (counselor ADJ5 experience*) OR (counsellor* ADJ5 qualifi*) OR (counselor ADJ5 qualifi*).ti,ab
- 36) ((therapist* ADJ5 level*) OR (psychotherapist* ADJ5 level*) OR (therapist* ADJ5 novic*) OR (psychotherapist* ADJ5 novic*) OR (therapist* ADJ5 master*) OR (psychotherapist* ADJ5 master*) OR (counsellor* ADJ5 level*) OR (counselor ADJ5 level*) OR (counsellor* ADJ5 novic*) OR (counselor ADJ5 novic*) OR (counsellor* ADJ5 master*) OR (counselor ADJ5 master*).ti,ab
- 37) 33 OR 34 OR 35 OR 36
- 38) 14 AND 32 AND 37
- 39) 38 [Limit to: Humans and (Languages English or French or Spanish)]

- 40) PsycInfo FAMILY THERAPY/
 41) (family ADJ therap*).ti,ab
 42) GROUP PSYCHOTHERAPY/
 43) (group ADJ therap*).ti,ab
 44) (group ADJ psychotherapy*).ti,ab
 45) COUPLES THERAPY/
 46) (couple* ADJ3 therap*).ti,ab
 47) (family ADJ3 counsel*).ti,ab
 48) (family ADJ3 psychotherap*).ti,ab
 49) (marital ADJ3 therap*).ti,ab
 50) (marital ADJ3 psychotherap*).ti,ab
 51) (system* ADJ2 therap*).ti,ab
 52) (system* ADJ2 psychotherap*).ti,ab
 53) 40 OR 41 OR 42 OR 43 OR 44 OR 45 OR 46 OR 47 OR 48 OR 49 OR 50 OR 51 OR 52
- 54) TREATMENT EFFECTIVENESS EVALUATION/
 55) Effectiveness.ti,ab
 56) PSYCHOTHERAPEUTIC OUTCOMES/
 57) TREATMENT OUTCOMES/
 58) Outcome*.ti,ab
 59) EVIDENCE BASED PRACTICE/
 60) Evidence.ti,ab
 61) CLIENT SATISFACTION/
 62) "QUALITY OF CARE"/
 63) EVALUATION/
 64) TREATMENT EFFECTIVENESS EVALUATION/
 65) Evaluation.ti,ab
 66) (improvement OR benefi*).ti,ab
 67) Satisf*.ti,ab
 68) Efficac*.ti,ab
 69) Result*.ti,ab
 70) Efficien*.ti,ab

- 71) 54 OR 55 OR 56 OR 57 OR 58 OR 59 OR 60 OR 61 OR 62 OR 63 OR 64 OR 65 OR 66 OR 67 OR 68 OR 69 OR 70
- 72) ((therapist* ADJ5 variable*) OR psychotherapist* ADJ5 variable*) OR (therapist* ADJ5 qualit*) OR psychotherapist* ADJ5 qualit*) OR (therapist* ADJ5 attribut*) OR (psychotherapist* ADJ5 attribut*) OR counsellor* ADJ5 variable*) OR counselor* ADJ5 variable*) OR (counsellor* ADJ5 qualit*) OR counselor* ADJ5 qualit*) OR (counsellor* ADJ5 attribut*) OR counselor* ADJ5 attribut*)).ti,ab
- 73) ((therapist* ADJ5 age) OR (psychotherapist* ADJ5 age) OR (therapist* ADJ5 sex) OR (psychotherapist* ADJ5 sex) OR (therapist* ADJ5 gender) OR (psychotherapist* ADJ5 gender) OR (therapist* ADJ5 race) OR (psychotherapist* ADJ5 race) OR (therapist* ADJ5 ethnic*) OR (psychotherapist* ADJ5 ethnic*) OR (counsellor* ADJ5 age) OR (counselor* ADJ5 age) OR (counsellor* ADJ5 sex) OR (counselor* ADJ5 sex) OR (counsellor* ADJ5 gender) OR (counselor* ADJ5 gender) OR (counsellor* ADJ5 race) OR (counselor* ADJ5 race) OR (counsellor* ADJ5 ethnic*) OR (counselor* ADJ5 ethnic*)).ti,ab
- 74) ((therapist* ADJ5 characteristic*) OR (psychotherapist* ADJ5 characteristic*) OR (therapist* ADJ5 feature*) OR (psychotherapist* ADJ5 feature*) OR (therapist* ADJ5 skill*) OR (psychotherapist* ADJ5 skill*) OR (therapist* ADJ5 train*) OR (psychotherapist* ADJ5 train*) OR (therapist* ADJ5 experience*) OR (psychotherapist* ADJ5 experience*) OR (therapist* ADJ5 qualifi*) OR (psychotherapist* ADJ5 qualifi*) OR (counsellor* ADJ5 characteristic*) OR (counselor ADJ5 characteristic*) OR (counsellor* ADJ5 feature*) OR (counselor ADJ5 feature*) OR (counsellor* ADJ5 skill*) OR (counselor ADJ5 skill*) OR (counsellor* ADJ5 train*) OR (counselor ADJ5 train*) OR (counsellor* ADJ5 experience*) OR (counselor ADJ5 experience*) OR (counsellor* ADJ5 qualifi*) OR (counselor ADJ5 qualifi*)).ti,ab
- 75) ((therapist* ADJ5 level*) OR (psychotherapist* ADJ5 level*) OR (therapist* ADJ5 novic*) OR (psychotherapist* ADJ5 novic*) OR (therapist* ADJ5 master*) OR (psychotherapist* ADJ5 master*) OR (counsellor* ADJ5 level*) OR (counselor ADJ5 level*) OR (counsellor* ADJ5 novic*) OR (counselor ADJ5 novic*) OR (counsellor* ADJ5 master*) OR (counselor ADJ5 master*)).ti,ab
- 76) 72 OR 73 OR 74 OR 75
- 77) 53 AND 71 AND 76
- 78) 77[Limit to: Human and (Languages English or French or Spanish)]

- 79) EMBASE FAMILY THERAPY/
80) (family ADJ therap*).ti,ab
81) GROUP THERAPY/
82) (group ADJ therap*).ti,ab
83) (group ADJ psychotherap*).ti,ab
84) MARITAL THERAPY/
85) (couple* ADJ3 therap*).ti,ab
86) (family ADJ3 counsel*).ti,ab
87) (family ADJ3 psychotherap*).ti,ab
88) (marital ADJ3 therap*).ti,ab
89) (marital ADJ3 psychotherap*).ti,ab
90) (system* ADJ2 therap*).ti,ab
91) (system* ADJ2 psychotherap*).ti,ab

- 92) 79 OR 80 OR 81 OR 82 OR 83 OR 84 OR 85 OR 86 OR 87 OR 88 OR 89 OR 90 OR 91
- 93) TREATMENT OUTCOME/
- 94) Effectiveness.ti,ab
- 95) Outcome*.ti,ab
- 96) EVIDENCE BASED PRACTICE/
- 97) Evidence.ti,ab
- 98) PATIENT SATISFACTION/ OR HEALTH CARE QUALITY/
- 99) EVALUATION
- 100) Evaluation.ti,ab
- 101) (improvement OR benefi*).ti,ab
- 102) Satisf*.ti,ab
- 103) Efficac*.ti,ab
- 104) Result.ti,ab
- 105) Efficien*.ti,ab
- 106) 93 OR 94 OR 95 OR 96 OR 97 OR 98 OR 99 OR 100 OR 101 OR 102 OR 103 OR 104 OR 105
- 107) ((therapist* ADJ5 variable*) OR psychotherapist* ADJ5 variable*) OR (therapist* ADJ5 qualit*) OR psychotherapist* ADJ5 qualit*) OR (therapist* ADJ5 attribut*) OR (psychotherapist* ADJ5 attribut*) OR counsellor* ADJ5 variable*) OR counselor* ADJ5 variable*) OR (counsellor* ADJ5 qualit*) OR counselor* ADJ5 qualit*) OR (counsellor* ADJ5 attribut*) OR counselor* ADJ5 attribut*).ti,ab
- 108) ((therapist* ADJ5 age) OR (psychotherapist* ADJ5 age) OR (therapist* ADJ5 sex) OR (psychotherapist* ADJ5 sex) OR (therapist* ADJ5 gender) OR (psychotherapist* ADJ5 gender) OR (therapist* ADJ5 race) OR (psychotherapist* ADJ5 race) OR (therapist* ADJ5 ethnic*) OR (psychotherapist* ADJ5 ethnic*) OR (counsellor* ADJ5 age) OR (counselor* ADJ5 age) OR (counsellor* ADJ5 sex) OR (counselor* ADJ5 sex) OR (counsellor* ADJ5 gender) OR (counselor* ADJ5 gender) OR (counsellor* ADJ5 race) OR (counselor* ADJ5 race) OR (counsellor* ADJ5 ethnic*) OR (counselor* ADJ5 ethnic*).ti,ab
- 109) ((therapist* ADJ5 characteristic*) OR (psychotherapist* ADJ5 characteristic*) OR (therapist* ADJ5 feature*) OR (psychotherapist* ADJ5 feature*) OR (therapist* ADJ5 skill*) OR (psychotherapist* ADJ5 skill*) OR (therapist* ADJ5 train*) OR (psychotherapist* ADJ5 train*) OR (therapist* ADJ5 experience*) OR (psychotherapist* ADJ5 experience*) OR (therapist* ADJ5 qualifi*) OR (psychotherapist* ADJ5 qualifi*) OR (counsellor* ADJ5 characteristic*) OR (counselor ADJ5 characteristic*) OR (counsellor* ADJ5 feature*) OR (counselor ADJ5 feature*) OR (counsellor* ADJ5 skill*) OR (counselor ADJ5 skill*) OR (counsellor* ADJ5 train*) OR (counselor ADJ5 train*) OR (counsellor* ADJ5 experience*) OR (counselor ADJ5 experience*) OR (counsellor* ADJ5 qualifi*) OR (counselor ADJ5 qualifi*).ti,ab
- 110) ((therapist* ADJ5 level*) OR (psychotherapist* ADJ5 level*) OR (therapist* ADJ5 novic*) OR (psychotherapist* ADJ5 novic*) OR (therapist* ADJ5 master*) OR (psychotherapist* ADJ5 master*) OR (counsellor* ADJ5 level*) OR (counselor ADJ5 level*) OR (counsellor* ADJ5 novic*) OR (counselor ADJ5 novic*) OR (counsellor* ADJ5 master*) OR (counselor ADJ5 master*).ti,ab
- 111) 107 OR 108 OR 109 OR 110
- 112) 92 AND 106 AND 111
- 113) 112 [Limit to: Human and (Languages English or French or Spanish)]

- 114) CINAHL FAMILY THERAPY/
- 115) (family ADJ therap*).ti,ab
- 116) (group ADJ therap*).ti,ab
- 117) (group ADJ psychother*).ti,ab
- 118) (couple ADJ3 therap*).ti,ab
- 119) (family ADJ3 counsel*).ti,ab
- 120) (family ADJ3 psychotherap*).ti,ab
- 121) (marital ADJ3 therap*).ti,ab
- 122) (marital ADJ3 psychotherap*).ti,ab
- 123) (system* ADJ2 therap*).ti,ab
- 124) (system* ADJ2 psychotherap*).ti,ab
- 125) "THERAPY GROUP (IOWA NIC)"/ OR "FAMILY THERAPY (IOWA NIC)"/
- 126) PSYCHOTHERAPY, GROUP/ OR SUPPORT GROUPS/
- 127) COUPLES COUNSELLING
- 128) 114 OR 115 OR 116 OR 117 OR 118 OR 119 OR 120 OR 121 OR 122 OR
123 OR 124 OR 125 OR 126 OR 127
- 129) Effectiveness.ti,ab
- 130) TREATMENT OUTCOMES/
- 131) Outcome*.ti,ab
- 132) Evidence.ti,ab
- 133) Evaluation.ti,ab
- 134) QUALITY OF HEALTH CARE/
- 135) (improvement OR benefit*).ti,ab
- 136) Satisf*.ti,ab
- 137) Efficac*.ti,ab
- 138) Result*.ti,ab
- 139) Efficien*.ti,ab
- 140) CLINICAL EFFECTIVENESS/
- 141) PRODUCTIVITY/
- 142) PATIENT SATISFACTION/
- 143) Evaluation.ti,ab
- 144) EVALUATION
- 145) COST BENEFIT ANALYSIS
- 146) 129 OR 130 OR 131 OR 132 OR 133 OR 134 OR 135 OR 136 OR 137 OR
138 OR 139 OR 140 OR 141 OR 142 OR 143 OR 144 OR 145
- 147) ((therapist* ADJ5 variable*) OR psychotherapist* ADJ5 variable*) OR
(therapist* ADJ5 qualit*) OR psychotherapist* ADJ5 qualit*) OR (therapist*
ADJ5 attribut*) OR (psychotherapist* ADJ5 attribut*) OR counsellor* ADJ5
variable*) OR counselor* ADJ5 variable*) OR (counsellor* ADJ5 qualit*) OR
counselor* ADJ5 qualit*) OR (counsellor* ADJ5 attribut*) OR counselor* ADJ5
attribut*).ti,ab
- 148) ((therapist* ADJ5 age) OR (psychotherapist* ADJ5 age) OR (therapist*
ADJ5 sex) OR (psychotherapist* ADJ5 sex) OR (therapist* ADJ5 gender) OR
(psychotherapist* ADJ5 gender) OR (therapist* ADJ5 race) OR
(psychotherapist* ADJ5 race) OR (therapist* ADJ5 ethnic*) OR
(psychotherapist* ADJ5 ethnic*) OR (counsellor* ADJ5 age) OR (counselor*
ADJ5 age) OR (counsellor* ADJ5 sex) OR (counselor* ADJ5 sex) OR (counsellor*
ADJ5 gender) OR (counselor* ADJ5 gender) OR (counsellor* ADJ5 race) OR
(counselor* ADJ5 race) OR (counsellor* ADJ5 ethnic*) OR (counselor* ADJ5
ethnic*).ti,ab
- 149) ((therapist* ADJ5 characteristic*) OR (psychotherapist* ADJ5
characteristic*) OR (therapist* ADJ5 feature*) OR (psychotherapist* ADJ5

feature*) OR (therapist* ADJ5 skill*) OR (psychotherapist* ADJ5 skill*) OR
 (therapist* ADJ5 train*) OR (psychotherapist* ADJ5 train*) OR (therapist* ADJ5
 experience*) OR (psychotherapist* ADJ5 experience*) OR (therapist* ADJ5
 qualifi*) OR (psychotherapist* ADJ5 qualifi*) OR (counsellor* ADJ5
 characteristic*) OR (counselor ADJ5 characteristic*) OR (counsellor* ADJ5
 feature*) OR (counselor ADJ5 feature*) OR (counsellor* ADJ5 skill*) OR
 (counselor ADJ5 skill*) OR (counsellor* ADJ5 train*) OR (counselor ADJ5 train*)
 OR (counsellor* ADJ5 experience*) OR (counselor ADJ5 experience*) OR
 (counsellor* ADJ5 qualifi*) OR (counselor ADJ5 qualifi*)).ti,ab
 150) ((therapist* ADJ5 level*) OR (psychotherapist* ADJ5 level*) OR
 (therapist* ADJ5 novic*) OR (psychotherapist* ADJ5 novic*) OR (therapist*
 ADJ5 master*) OR (psychotherapist* ADJ5 master*) OR (counsellor* ADJ5
 level*) OR (counselor ADJ5 level*) OR (counsellor* ADJ5 novic*) OR (counselor
 ADJ5 novic*) OR (counsellor* ADJ5 master*) OR (counselor ADJ5 master*)).ti,ab
 151) 147 OR 148 OR 149 OR 150
 152) 128 AND 146 AND 151
 153) 152 [Limit to: (Language English or French or Spanish)]

154) AMED FAMILY THERAPY/
 155) (family ADJ therap*).ti,ab
 156) PSYCHOTHERAPY GROUP/
 157) (group ADJ therap*).ti,ab
 158) (group ADJ psychotherap*).ti,ab
 159) (couple* ADJ3 therap*).ti,ab
 160) (family ADJ3 counsel*).ti,ab
 161) (family ADJ3 counsel*).ti,ab
 162) (marital ADJ3 therap*).ti,ab
 163) (marital ADJ3 psychotherap*).ti,ab
 164) (system* ADJ2 therap*).ti,ab
 165) (system* ADJ2 psychotherap*).ti,ab
 166) 154 OR 155 OR 156 OR 157 OR 158 OR 159 OR 160 OR 161 OR 162 OR
 163 OR 164 OR 165
 167) TREATMENT OUTCOME/
 168) Effectiveness.ti,ab
 169) Outcome*.ti,ab
 170) EVIDENCE BASED MEDICINE/
 171) Evidence.ti,ab
 172) PATIENT SATISFACTION/
 173) "QUALITY OF HEALTH CARE"/
 174) Evaluation.ti,ab
 175) (improvement OR benefi*).ti,ab
 176) Satisf*.ti,ab
 177) Efficac.ti,ab
 178) Result*.ti,ab
 179) Efficien*.ti,ab
 180) 167 OR 168 OR 169 OR 170 OR 171 OR 172 OR 173 OR 174 OR 175 OR
 176 OR 177 OR 178 OR 179
 181) ((therapist* ADJ5 variable*) OR psychotherapist* ADJ5 variable*) OR
 (therapist* ADJ5 qualit*) OR psychotherapist* ADJ5 qualit*) OR (therapist*
 ADJ5 attribut*) OR (psychotherapist* ADJ5 attribut*) OR counsellor* ADJ5
 variable*) OR counselor* ADJ5 variable*) OR (counsellor* ADJ5 qualit*) OR

- counselor* ADJ5 qualit*) OR (counsellor* ADJ5 attribut*) OR counselor* ADJ5 attribut*)).ti,ab
- 182) ((therapist* ADJ5 age) OR (psychotherapist* ADJ5 age) OR (therapist* ADJ5 sex) OR (psychotherapist* ADJ5 sex) OR (therapist* ADJ5 gender) OR (psychotherapist* ADJ5 gender) OR (therapist* ADJ5 race) OR (psychotherapist* ADJ5 race) OR (therapist* ADJ5 ethnic*) OR (psychotherapist* ADJ5 ethnic*) OR (counsellor* ADJ5 age) OR (counselor* ADJ5 age) OR (counsellor* ADJ5 sex) OR (counselor* ADJ5 sex) OR (counsellor* ADJ5 gender) OR (counselor* ADJ5 gender) OR (counsellor* ADJ5 race) OR (counselor* ADJ5 race) OR (counsellor* ADJ5 ethnic*) OR (counselor* ADJ5 ethnic*)).ti,ab
- 183) ((therapist* ADJ5 characteristic*) OR (psychotherapist* ADJ5 characteristic*) OR (therapist* ADJ5 feature*) OR (psychotherapist* ADJ5 feature*) OR (therapist* ADJ5 skill*) OR (psychotherapist* ADJ5 skill*) OR (therapist* ADJ5 train*) OR (psychotherapist* ADJ5 train*) OR (therapist* ADJ5 experience*) OR (psychotherapist* ADJ5 experience*) OR (therapist* ADJ5 qualifi*) OR (psychotherapist* ADJ5 qualifi*) OR (counsellor* ADJ5 characteristic*) OR (counselor ADJ5 characteristic*) OR (counsellor* ADJ5 feature*) OR (counselor ADJ5 feature*) OR (counsellor* ADJ5 skill*) OR (counselor ADJ5 skill*) OR (counsellor* ADJ5 train*) OR (counselor ADJ5 train*) OR (counsellor* ADJ5 experience*) OR (counselor ADJ5 experience*) OR (counsellor* ADJ5 qualifi*) OR (counselor ADJ5 qualifi*)).ti,ab
- 184) ((therapist* ADJ5 level*) OR (psychotherapist* ADJ5 level*) OR (therapist* ADJ5 novic*) OR (psychotherapist* ADJ5 novic*) OR (therapist* ADJ5 master*) OR (psychotherapist* ADJ5 master*) OR (counsellor* ADJ5 level*) OR (counselor ADJ5 level*) OR (counsellor* ADJ5 novic*) OR (counselor ADJ5 novic*) OR (counsellor* ADJ5 master*) OR (counselor ADJ5 master*)).ti,ab
- 185) 181 OR 182 OR 183 OR 184
- 186) 166 AND 180 AND 185
- 187) 186 [Limit to: (Languages English or French or Spanish)]
- 188) BNI (family ADJ therap*).ti,ab
- 189) (family ADJ psychotherap*).ti,ab
- 190) (group ADJ therap*).ti,ab
- 191) (group ADJ psychotherap*).ti,ab
- 192) (couple* ADJ3 therap*).ti,ab
- 193) (couple* ADJ3 psychotherap*).ti,ab
- 194) (family ADJ3 counsel*).ti,ab
- 195) (family ADJ3 psychotherap*).ti,ab
- 196) (marital ADJ3 therap*).ti,ab
- 197) (marital ADJ3 psychoterap*).ti,ab
- 198) (system* ADJ2 therap*).ti,ab
- 199) (system* ADJ2 psychotherap*).ti,ab
- 200) 188 OR 189 OR 190 OR 191 OR 192 OR 193 OR 194 OR 195 OR 196 OR 197 OR 198 OR 199
- 201) Effectiveness.ti,ab
- 202) EVIDENCE BASED PRACTICE/
- 203) Outcome*.ti,ab
- 204) Evidence.ti,ab
- 205) CONSUMER SATISFACTION/
- 206) Evaluation.ti,ab

- 207) (improvemen* OR benefi*).ti,ab
 208) Satisf*.ti,ab
 209) Efficac*.ti,ab
 210) Result*.ti,ab
 211) Efficien*.ti,ab
 212) 201 OR 202 OR 203 OR 204 OR 205 OR 206 OR 207 OR 208 OR 209 OR 210 OR 211
 213) ((therapist* ADJ5 variable*) OR psychotherapist* ADJ5 variable*) OR (therapist* ADJ5 qualit*) OR psychotherapist* ADJ5 qualit*) OR (therapist* ADJ5 attribut*) OR (psychotherapist* ADJ5 attribut*) OR counsellor* ADJ5 variable*) OR counselor* ADJ5 variable*) OR (counsellor* ADJ5 qualit*) OR counselor* ADJ5 qualit*) OR (counsellor* ADJ5 attribut*) OR counselor* ADJ5 attribut*).ti,ab
 214) ((therapist* ADJ5 age) OR (psychotherapist* ADJ5 age) OR (therapist* ADJ5 sex) OR (psychotherapist* ADJ5 sex) OR (therapist* ADJ5 gender) OR (psychotherapist* ADJ5 gender) OR (therapist* ADJ5 race) OR (psychotherapist* ADJ5 race) OR (therapist* ADJ5 ethnic*) OR (psychotherapist* ADJ5 ethnic*) OR (counsellor* ADJ5 age) OR (counselor* ADJ5 age) OR (counsellor* ADJ5 sex) OR (counselor* ADJ5 sex) OR (counsellor* ADJ5 gender) OR (counselor* ADJ5 gender) OR (counsellor* ADJ5 race) OR (counselor* ADJ5 race) OR (counsellor* ADJ5 ethnic*) OR (counselor* ADJ5 ethnic*).ti,ab
 215) ((therapist* ADJ5 characteristic*) OR (psychotherapist* ADJ5 characteristic*) OR (therapist* ADJ5 feature*) OR (psychotherapist* ADJ5 feature*) OR (therapist* ADJ5 skill*) OR (psychotherapist* ADJ5 skill*) OR (therapist* ADJ5 train*) OR (psychotherapist* ADJ5 train*) OR (therapist* ADJ5 experience*) OR (psychotherapist* ADJ5 experience*) OR (therapist* ADJ5 qualifi*) OR (psychotherapist* ADJ5 qualifi*) OR (counsellor* ADJ5 characteristic*) OR (counselor ADJ5 characteristic*) OR (counsellor* ADJ5 feature*) OR (counselor ADJ5 feature*) OR (counsellor* ADJ5 skill*) OR (counselor ADJ5 skill*) OR (counsellor* ADJ5 train*) OR (counselor ADJ5 train*) OR (counsellor* ADJ5 experience*) OR (counselor ADJ5 experience*) OR (counsellor* ADJ5 qualifi*) OR (counselor ADJ5 qualifi*).ti,ab
 216) ((therapist* ADJ5 level*) OR (psychotherapist* ADJ5 level*) OR (therapist* ADJ5 novic*) OR (psychotherapist* ADJ5 novic*) OR (therapist* ADJ5 master*) OR (psychotherapist* ADJ5 master*) OR (counsellor* ADJ5 level*) OR (counselor ADJ5 level*) OR (counsellor* ADJ5 novic*) OR (counselor ADJ5 novic*) OR (counsellor* ADJ5 master*) OR (counselor ADJ5 master*).ti,ab
 217) 213 OR 214 OR 215 OR 216
 218) 200 AND 212 AND 217
- 219) HEALTH BUSINESS ELITE (family ADJ therap*).ti,ab
 220) (family ADJ psychotherap*).ti,ab
 221) (group ADJ therap*).ti,ab
 222) (group ADJ psychotherap*).ti,ab
 223) (couple* ADJ3 therap*).ti,ab
 224) (couple* ADJ3 psychotherap*).ti,ab
 225) (family ADJ3 counsel*).ti,ab
 226) (family ADJ3 psychotherap*).ti,ab
 227) (marital ADJ3 therap*).ti,ab
 228) (marital ADJ3 psychotherap*).ti,ab

- 229) (system* ADJ2 therap*).ti,ab
- 230) (system* ADJ2 psychotherap*).ti,ab
- 231) 219 OR 220 OR 221 OR 222 OR 223 OR 224 OR 225 OR 226 OR 227 OR
228 OR 229 OR 230
- 232) Effectiveness.ti,ab
- 233) Outcome.ti,ab
- 234) Evidence.ti,ab
- 235) Evaluation.ti,ab
- 236) (improvement* OR benefit*).ti,ab
- 237) Satisf*.ti,ab
- 238) Efficac*.ti,ab
- 239) Result*.ti,ab
- 240) 232 OR 233 OR 234 OR 235 OR 236 OR 237 OR 238 OR 239
- 241) ((therapist* ADJ5 variable*) OR psychotherapist* ADJ5 variable*) OR
(therapist* ADJ5 qualit*) OR psychotherapist* ADJ5 qualit*) OR (therapist*
ADJ5 attribut*) OR (psychotherapist* ADJ5 attribut*) OR counsellor* ADJ5
variable*) OR counselor* ADJ5 variable*) OR (counsellor* ADJ5 qualit*) OR
counselor* ADJ5 qualit*) OR (counsellor* ADJ5 attribut*) OR counselor* ADJ5
attribut*).ti,ab
- 242) ((therapist* ADJ5 age) OR (psychotherapist* ADJ5 age) OR (therapist*
ADJ5 sex) OR (psychotherapist* ADJ5 sex) OR (therapist* ADJ5 gender) OR
(psychotherapist* ADJ5 gender) OR (therapist* ADJ5 race) OR
(psychotherapist* ADJ5 race) OR (therapist* ADJ5 ethnic*) OR
(psychotherapist* ADJ5 ethnic*) OR (counsellor* ADJ5 age) OR (counselor*
ADJ5 age) OR (counsellor* ADJ5 sex) OR (counselor* ADJ5 sex) OR (counsellor*
ADJ5 gender) OR (counselor* ADJ5 gender) OR (counsellor* ADJ5 race) OR
(counselor* ADJ5 race) OR (counsellor* ADJ5 ethnic*) OR (counselor* ADJ5
ethnic*).ti,ab
- 243) ((therapist* ADJ5 characteristic*) OR (psychotherapist* ADJ5
characteristic*) OR (therapist* ADJ5 feature*) OR (psychotherapist* ADJ5
feature*) OR (therapist* ADJ5 skill*) OR (psychotherapist* ADJ5 skill*) OR
(therapist* ADJ5 train*) OR (psychotherapist* ADJ5 train*) OR (therapist* ADJ5
experience*) OR (psychotherapist* ADJ5 experience*) OR (therapist* ADJ5
qualifi*) OR (psychotherapist* ADJ5 qualifi*) OR (counsellor* ADJ5
characteristic*) OR (counselor ADJ5 characteristic*) OR (counsellor* ADJ5
feature*) OR (counselor ADJ5 feature*) OR (counsellor* ADJ5 skill*) OR
(counselor ADJ5 skill*) OR (counsellor* ADJ5 train*) OR (counselor ADJ5 train*)
OR (counsellor* ADJ5 experience*) OR (counselor ADJ5 experience*) OR
(counsellor* ADJ5 qualifi*) OR (counselor ADJ5 qualifi*).ti,ab
- 244) ((therapist* ADJ5 level*) OR (psychotherapist* ADJ5 level*) OR
(therapist* ADJ5 novic*) OR (psychotherapist* ADJ5 novic*) OR (therapist*
ADJ5 master*) OR (psychotherapist* ADJ5 master*) OR (counsellor* ADJ5
level*) OR (counselor ADJ5 level*) OR (counsellor* ADJ5 novic*) OR (counselor
ADJ5 novic*) OR (counsellor* ADJ5 master*) OR (counselor ADJ5 master*).ti,ab
- 245) 241 OR 242 OR 243 OR 244
- 246) 231 AND 240 AND 245

- 247) HMIC FAMILY THERAPY/
- 248) (family ADJ therap*).ti,ab
- 249) GROUP THERAPY/
- 250) (group ADJ therap*).ti,ab

- 251) (group ADJ psychotherap*).ti,ab
- 252) (couple* ADJ3 therap*).ti,ab
- 253) (family ADJ3 counsel*).ti,ab
- 254) (family ADJ3 psychotherap*).ti,ab
- 255) (marital ADJ3 therap*).ti,ab
- 256) (marital ADJ3 psychotherap*).ti,ab
- 257) (system* ADJ2 therap*).ti,ab
- 258) (system* ADJ2 psychotherap*).ti,ab
- 259) 247 OR 248 OR 249 OR 250 OR 251 OR 252 OR 253 OR 254 OR 255 OR
256 OR 257 OR 258
- 260) EVALUATION/ OR EVIDENCE BASED MEDICINE/
- 261) EFFECTIVENESS/
- 262) Effectiveness.ti,ab
- 263) PATIENT OUTCOME/
- 264) Outcome*.ti,ab
- 265) EVIDENCE BASED PRACTICE/
- 266) Evidence.ti,ab
- 267) CLIENT SATISFACTION/
- 268) "QUALITY OF PATIENT CARE"/
- 269) EVALUATION/ OR PERFORMANCE EVALUATION/
- 270) EVALUATION/
- 271) Evaluation.ti,ab
- 272) (improvement OR benefi*).ti,ab
- 273) Satisf*.ti,ab
- 274) Efficac*.ti,ab
- 275) Result*.ti,ab
- 276) Efficien*.ti,ab
- 277) 260 OR 261 OR 262 OR 263 OR 264 OR 265 OR 266 OR 267 OR 268 OR
269 OR 270 OR 271 OR 272 OR 273 OR 274 OR 275 OR 276
- 278) ((therapist* ADJ5 variable*) OR psychotherapist* ADJ5 variable*) OR
(therapist* ADJ5 qualit*) OR psychotherapist* ADJ5 qualit*) OR (therapist*
ADJ5 attribut*) OR (psychotherapist* ADJ5 attribut*) OR counsellor* ADJ5
variable*) OR counselor* ADJ5 variable*) OR (counsellor* ADJ5 qualit*) OR
counselor* ADJ5 qualit*) OR (counsellor* ADJ5 attribut*) OR counselor* ADJ5
attribut*).ti,ab
- 279) ((therapist* ADJ5 age) OR (psychotherapist* ADJ5 age) OR (therapist*
ADJ5 sex) OR (psychotherapist* ADJ5 sex) OR (therapist* ADJ5 gender) OR
(psychotherapist* ADJ5 gender) OR (therapist* ADJ5 race) OR
(psychotherapist* ADJ5 ethnic*) OR (counsellor* ADJ5 age) OR (counselor*
ADJ5 age) OR (counsellor* ADJ5 sex) OR (counselor* ADJ5 sex) OR (counsellor*
ADJ5 gender) OR (counselor* ADJ5 gender) OR (counsellor* ADJ5 race) OR
(counselor* ADJ5 race) OR (counsellor* ADJ5 ethnic*) OR (counselor* ADJ5
ethnic*).ti,ab
- 280) ((therapist* ADJ5 characteristic*) OR (psychotherapist* ADJ5
characteristic*) OR (therapist* ADJ5 feature*) OR (psychotherapist* ADJ5
feature*) OR (therapist* ADJ5 skill*) OR (psychotherapist* ADJ5 skill*) OR
(therapist* ADJ5 train*) OR (psychotherapist* ADJ5 train*) OR (therapist* ADJ5
experience*) OR (psychotherapist* ADJ5 experience*) OR (therapist* ADJ5
qualifi*) OR (psychotherapist* ADJ5 qualifi*) OR (counsellor* ADJ5
characteristic*) OR (counselor ADJ5 characteristic*) OR (counsellor* ADJ5
feature*) OR (counselor ADJ5 feature*) OR (counsellor* ADJ5 skill*) OR

(counselor ADJ5 skill*) OR (counsellor* ADJ5 train*) OR (counselor ADJ5 train*)
 OR (counsellor* ADJ5 experience*) OR (counselor ADJ5 experience*) OR
 (counsellor* ADJ5 qualifi*) OR (counselor ADJ5 qualifi*)).ti,ab
 281) ((therapist* ADJ5 level*) OR (psychotherapist* ADJ5 level*) OR
 (therapist* ADJ5 novic*) OR (psychotherapist* ADJ5 novic*) OR (therapist*
 ADJ5 master*) OR (psychotherapist* ADJ5 master*) OR (counsellor* ADJ5
 level*) OR (counselor ADJ5 level*) OR (counsellor* ADJ5 novic*) OR (counselor
 ADJ5 novic*) OR (counsellor* ADJ5 master*) OR (counselor ADJ5 master*)).ti,ab
 282) 278 OR 279 OR 280 OR 281
 283) 259 AND 277 AND 282

284) PsychINFO 78 [Limit to: (Methodology 0400 Empirical Study or 0410
 Experimental Replication or 0830 Systematic Review or 1200 Meta Analysis or
 1800 Quantitative Study or 2000 Treatment Outcome/Randomized Clinical
 Trial) and Human and (Languages English or French or Spanish)]

285) MEDLINE 39 [Limit to: (Publication Types Clinical Trial, All or
 Comparative Study or Controlled Clinical Trial or Evaluation Studies or Meta
 Analysis or Randomized Controlled Trial or Review) and Humans and
 (Languages English or French or Spanish)]

Apéndice 6

SUITSS

SUITSS

Herramienta para selección de personal con la colaboración de pacientes

La comunidad terapéutica deberá evaluar a los candidatos al puesto de personal según los siguientes parámetros

Nombre del candidato

	Muy poco 1	Poco 2	Medio 3	Algo 4	Mucho 5	Comentarios
Autenticidad						
Respeto de los límites						
Humildad						
Capacidad de escuchar						
Empatía						
Capacidad de conectar						
Sentido del humor						
Capacidad de ser activo						
Capacidad de permanecer en calma en una crisis						
Capacidad para confrontar y aceptar confrontación						
Idoneidad para complementar el equipo de personal actual						
Idoneidad global para el puesto						

Puesto solicitado:

Fecha de evaluación:

Lugar de evaluación:

Número de personas en el grupo de evaluación:

Comentarios:

Multipatient Psychotherapy: pathways to improvement with special attention to the old age

Index

	Page
Index	1
1 Introduction	3
1.1 Preliminary notes	3
1.2 Efficacy of the psychotherapeutic technique	4
1.3 Effectiveness of the psychotherapist	6
1.4 Contribution of patients	7
1.5 Hypothesis and objectives	10
1.5.1 Hypothesis	10
1.5.2 Objectives	11
2 Methods	13
2.1 The focus	13
2.2 Inclusion criteria	13
2.3 Search methods for identification of the studies	15
2.4 Analysis of the studies	17
2.5 Analysis of the quality of the studies	19
2.6 Therapist characteristics	20
2.7 Contribution of patients	20
2.7.1 Development of the tool	20
2.7.2 Use of the tool	21
3. Results	23
3.1 The search	23

3.1.1 Rejected articles	24
3.1.2 Reviews and theoretical papers	24
3.1.3 Articles included in this review	24
3.2 Therapist characteristics	30
3.2.1 Demographic characteristics	30
3.2.2 Professional characteristics	33
3.2.3 Psychosocial variables	45
3.3 SUISS	47
3.3.1 Development of the tool	47
3.3.2 Use of the tool and evaluation of its impact	48
4. Discussion	50
4.1 Introductory discussion	50
4.2 The impact of therapist characteristics	52
4.2.1 Therapist demographic characteristics	52
4.2.2 Therapist professional characteristics	55
4.2.3 Psychosocial variables	57
4.3 SUISS	59
4.3.1 Applicability of SUISS	60
4.3.2 Evaluation of the impact of SUISS	62
4.4 Recommendations	63
5 Conclusions	66
6 References	68
7 List of abbreviations	74

1. Introduction

1.1 Preliminary notes

450 million people have a mental health problem throughout their life and one third of the years lived with a disability can be attributed to Neuropsychiatric disorders. Mental disorders cause premature deaths via suicide, social isolation and affect one in four families in Europe, (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

The biopsychosocial model (Engel, 1977) transcends the traditional medical model to include biological, social and psychological factors, both to understand the complexity of the patient and to propose therapeutic approaches.

Focusing on the psychological/psychotherapeutic approach, since Freud (1895) developed the first modern psychotherapeutic technique (Psychoanalysis), more than 400 different techniques have been developed (Erwin, 1997a) and numerous patients have undergone psychotherapy. The resources spent in psychotherapy can be illustrated by the £309 million in three years require to implement IAPT (Improving Access to Psychological Therapies), a programme to deliver psychotherapy in Primary Care in the United Kingdom (Turpin, 2008). The impact of this investment must be optimized.

The optimization of psychotherapy requires exploring different fronts: the identification of efficacious psychotherapeutic techniques, the understanding of what makes a psychotherapist effective and the

enhancement of patient participation in order to develop their autonomy and sense of agency, use their unique perspective and potentiate the therapeutic alliance by making them co-responsible in the planning and implementation of health systems (Hansen et al, 2004).

In this work we focus on multipatient psychotherapy, which we define as the group of psychotherapeutic techniques in which there is more than one patient in the room. This is a heterogeneous but well circumscribed group which includes group, family and couple therapies. Multipatient psychotherapy is interesting for its potential enhancement of cost-effectiveness treating several patients directly at the same time, as compared with individual psychotherapy.

1.2 Efficacy of the psychotherapeutic technique

Psychotherapy in general, and multipatient psychotherapy in particular, are effective in treating some patients. Despite a body of research demonstrating effectiveness, there is ongoing uncertainty identifying the active elements in psychotherapy, their relative weight and the specific contributions of technique, patient and therapist characteristics.

The efficacy of particular techniques has been widely studied, including manualized treatments and randomised controlled trials (RCTs). Although this body of research is open to multiple interpretations and could be strengthened, (Erwin, 1997b), it can be concluded that there is sufficient evidence to demonstrate that psychotherapy is more effective than either

waiting list controls or “psychotherapeutic placebo” in numerous psychiatric disorders, (Bachar, 1998).

Division 12 of the American Psychological Association has produced a list of empirically supported treatments (ESTs) whose efficacy for particular psychological disorders is supported by empirical evidence, (Karver et al, 2006). Similarly, multipatient psychotherapies have been extensively researched, (Blackmore et al, 1999) and the effect size of group psychotherapy has been estimated by meta-analytic procedures to be 0.58, (Burlingame, Fuhrman and Mosier, 2003). This is a moderate effect, similar to that of other psychotherapeutic techniques and superior to the effect of antidepressants, (Shedler, 2010). Family therapy is explicitly recommended by the evidence based NICE guidelines in the treatment of schizophrenia, (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009).

Some authors consider that psychotherapy is effective, and that all techniques of psychotherapy are equally effective. This is the “dodo bird” hypothesis, which postulates that the improvement of patients is determined by non-specific elements, rather than technique, (Rosenzweig, 1936; Cooper, 2008). This hypothesis is rejected by other authors, including De Rubeis, Brotman and Gibbons (2005), who pave the way to consider not only the impact on outcome from technique, but also to tease out the importance of different elements of psychotherapy, like patient and therapist.

The effectiveness of psychotherapeutic techniques has been widely investigated (Roth and Fonagy, 2004), to the point of sidelining the research

on other fronts that can improve therapeutic results (Carroll, 2001). This work focuses on these other fronts.

1.3 Effectiveness of the psychotherapist

The therapeutic impact of the therapist has also been researched, especially in the field of individual psychotherapy, (Lawson and Brossart, 2003; Sandell et al, 2006). However, the research on the impact of therapist characteristics that affect outcomes of multipatient psychotherapy is limited and unsystematic.

Therapist effects are difficult to research. Their study requires large sample sizes to demonstrate convincing findings because there are multiple, inter-related therapist variables which can confound each other. Also, in clinical practice, therapist characteristics, including level of training, are frequently linked with treatment approach. For example, in the USA, substance abuse counselling is usually delivered by bachelors or masters-level professionals while behavioural and dynamic approaches are frequently used by doctoral level therapists, (Carroll, 2001).

The systematic review of the empirical research of the therapist factors which can predict the outcome of multipatient psychotherapy would help to gather the current available knowledge and to analyze the impact of different therapist characteristics like training, experience and demographic characteristics. We have found no evidence of this having been studied before. This work addresses that gap.

1.4 Contribution of patients

Some client characteristics contribute to the outcome of psychotherapy. Roth and Fonagy (2004), in their comprehensive review of the effectiveness of psychotherapy, note how psychotherapeutic technique and diagnosis affect outcomes. Other client characteristics have also been studied in individual, group, family and couple therapies. These include sex and race, (Sterling et al, 1998), “psychological reactance” and externalizing coping styles, (Baker and Neimeyer, 2003), socioeconomic variables, (Woodward et al, 1981) and education and relationship commitment, (Epstein et al, 1994). While acknowledging the importance of understanding patient variables that affect the outcome of therapy, this work does not focus on patient characteristics that can not be changed but on the exploration of active interventions by patients which can improve the results of psychotherapy.

The involvement and empowerment of service users is a fundamental aim of the NHS (Department of Health, 2009), and other health services outside the UK can benefit from this approach. Bhui et al (1998) consider that service user involvement can include user representation on planning groups, contribution to designing new services, participation in staff training and involvement in staff selection. However, a structured and quantifiable approach to the contribution of service users to the selection of staff in health services in general and psychotherapists in particular is still lacking. It needs to be noted that attempts to incorporate service users’ views in a consistent and inclusive manner can be subject to distortion, as demonstrated by

Crawford et al (2003) who found that service users who take part in surveys do not adequately represent their community.

Within mental health services the importance of service user involvement in service development and design is particularly important, as ensuring they have a voice provides a therapeutic opportunity to counter the stigma, disempowerment and marginalisation experienced by many people with mental health problems. This has potential benefits not only for service quality improvement but also for individuals as part of their recovery journey. Failure to incorporate service users' perspectives in the recruitment of the staff who are going to work with them deprives health services of the unique voice of those on the receiving end of the care it provides and opens it to the risk of becoming a technocracy, disempowering and alienating those it aims to help. It would reinforce the perceived traditional paternalistic approach of mental health systems towards service users, undermining their autonomy (Hansen et al, 2004). However, if the contribution and expectations of service users in recruitment are not clearly defined, there are risks that this may become just a tokenistic well-meaning exercise.

In the United Kingdom, patients sometimes participate in the recruitment of NHS staff, taking part in recruitment panels, (Bhardwaj and Kathane, 2009). A local and flexible recruitment system allows these initiatives. However, this approach is not applied consistently and the contribution of patients to the final decision on recruitment is not well defined.

In Spain, autonomy is a basic principle in the community care model (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) and could be enhanced by

prioritizing interventions that reinforce patients' personal resources, fighting against stigma, discrimination and marginalization. However, health services staff recruitment follows regional criteria which draw on the *curriculum vitae* and exams and where patients have no opportunity to express their views on the candidates.

A Pubmed search on the 9th of February 2011 did not find any articles reflecting initiatives to involve service users in the recruitment of mental health staff beyond the participation of an individual in a selection panel.

The need to empower health service users is more acute in personality disorder services as the Department of Health acknowledges that “people with a primary diagnosis of personality disorder are frequently unable to access the care they need from secondary mental health services”, (NIMH,2003). A therapeutic community (TC), where patients with personality disorders are sometimes treated, provides an ideal environment in which to gather service user views. Each TC, although formed by disparate individuals, develops a common “matrix” of relationships and communications as a result of its history and circumstances, and a specific “culture” that supersedes the individuals and expresses a group view over different issues, (Foulkes, 1990). This consensus, along with the essential negotiation to reach it, goes beyond aggregates or “averages” obtained from approaching individual service users who may not adequately represent their community, (Gerkenmeyer and Austin, 2005) and ensures the representativeness of its findings.

This study describes a methodological approach to purposefully processing service users views in order to develop and pilot a structured tool

(Service User Informed Tool for Staff Selection (SUITSS)) for gathering the view of the community of service users on NHS staff applicants during the process of recruitment. Given the paucity of studies investigating the effect of service users' involvement in practice (Repper and Breeze, 2007), we intended to design SUITSS as a tool that enabled service users firstly to define parameters that they considered important and secondly to quantify these parameters by giving broad ratings for applicants which were measurable.

1.5 Hypothesis and objectives

1.5.1 Hypothesis

This study has a double hypothesis:

- 1) The outcome of psychotherapy and, more to the point, multipatient psychotherapy, depends on the person of the therapist and their characteristics (Freud, 1926; Blow, Sprenkle and Davis, 2007).
- 2) It is possible to involve patients in the selection of the psychotherapists who work with them.

An implicit hypothesis in the study of hypothesis 1 is that psychotherapy affects treatment outcome for patients. When a psychotherapeutic intervention does not lead to differences in outcome, it is not possible to determine whether a part of the difference is due to therapist characteristics. This phenomenon has been described by Burlingame and

Barlow (1996) as “floor effect” and makes it impossible to interpret negative results, bringing into question the value of the studies in which this happens.

It needs to be noted that, in this work, “prediction” or “impact” refer to correlation between therapist characteristics and the outcome of psychotherapy. Causality is a more complex relation which will not be approached in this study beyond the suggestive links that empirical studies, and RCTs in particular, can provide.

1.5.2 Objectives

- 1) To evaluate the quality of the empirical research on the impact of the characteristics of psychotherapists on the outcome of multipatient psychotherapy.
- 2) To establish which therapist characteristics affect the outcome of multipatient psychotherapy.
- 3) To establish an empirical foundation for the recommendations on training and supervision made by the multiple training and regulatory bodies in psychotherapy (UKCP, BPC, IGA, FEAP, etc).
- 4) Psychotherapy is not always effective and can even be harmful. It is regular practice to assess patients before accepting them for psychotherapy to predict the potential for a successful psychotherapy. A better understanding of the role of the therapist in the therapeutic encounter would improve this

prediction, minimising negative outcomes while improving the benefits.

- 5) To propose recommendations for future research on the therapeutic impact of the characteristics of the multipatient psychotherapist.
- 6) To develop a process that allows patients to build a tool through which to contribute to the psychotherapist recruitment process in a health service like the NHS.
- 7) To pilot the above mentioned tool in the selection of psychotherapists which apply to a post in the NHS, in order to assess its applicability.
- 8) To evaluate the research on the clinical impact of the characteristics of multipatient psychotherapists who work with old age patients.

2. Methods

2.1 The focus

The systematic review of the empirical research on therapist factors that predict the outcome of multipatient psychotherapy began with the identification of the relevant studies, which compared differences in outcome between patients who had been treated by therapists with different personal characteristics but who used the same psychotherapeutic intervention.

As this review looked for hard evidence of a predictive link between therapist characteristics and outcome, it was restricted to empirical, quantitative studies that connected therapist characteristics before therapy with patient outcome after therapy. The studies needed to be accessible to the author, so the sources of the studies were restricted to published journals and languages the author could read. The final inclusion criteria for articles in this review were:

2.2 Inclusion criteria:

Studies were included in this review if they (a) examined treatments included in the category multipatient psychotherapy, (b) were empirical, (c) included one or more quantitative outcome measures, (d) considered therapist characteristics observable prior to the therapy, (e) studied the link between therapist characteristics and outcome, (f) were published in a journal, (g) were written in English, Spanish or French.

a) Multipatient psychotherapy included group, family and couple therapy but was not a priori restricted to these categories.

b), f) and g) Published empirical studies were used for this review. Reviews were used to identify primary articles and to obtain background information but were not analyzed. Dissertations (and their published abstracts) were excluded due to the difficulty in obtaining the primary source.

c) Studies included in this review had a direct and quantitative measure of clinical outcome. These included measures of clinical improvement as determined by therapist or patient, client satisfaction and retention in therapy rates when these were suggestive of outcome, but not crude number of sessions attended. Process measures including therapeutic alliance, relationship variables developed during the therapy, empathy, etc were not accepted as outcome measures.

d) The therapist characteristics observed by the studies included in this review had to be observable outside the treatment process, like age, sex, race, language, religion, personality traits, having undergone personal therapy, emotional well being, etc.

Studies that focused on the effect of characteristics of the therapist that could only be observed in the process of the therapy, like competence in the administration of a particular therapy, types of therapist intervention (friendly, dominant, etc), therapist behaviours or attitudes, verbal patterns of interaction, patterns of multichannel and non verbal communication, etc, were excluded. Therapist skills were accepted if they were determined prior to the therapy but not if they were evaluated in its process.

Studies addressing the professional background, level of training and amount of experience of the therapist were accepted where they focused on therapist characteristics, while comparisons of training models or theoretical orientation of the therapist were discarded as the differences in outcome they found could be derived from differences in technique rather than from differences in the person of the therapist. For similar reasons, studies that addressed the impact of variations in psychotherapeutic technique like manualization of the treatment, degree of therapist adherence to a particular treatment model, presence of more than one therapist in the room, use of supervision or a reflecting team, etc, were not included.

As the focus of the review was the impact of the person of the therapist, studies that focused on the impact of elements defined by the institutional frame like staff turn over, professional fees and client's choice of therapist were also excluded.

Patients were not restricted to any particular diagnostic group as long as they underwent multipatient psychotherapy.

2.3 Search methods for identification of studies

The search for studies followed a serial strategy with multiple phases.

The first phase consisted on an electronic search. Eight databases were screened using the Athens search engine, without date limits, on the 22nd of April 2010.

The databases searched were Medline, PsycInfo, Embase, CINAHL, Amed, BNI, Health Business Elite and HMIC.

Although the search terms in each database differed to accommodate the singularity of each database thesaurus, the general search strategy was aimed at finding studies that included all the following elements in their title or abstract or as descriptors:

- d) Multipatient psychotherapies (group, family, couples...).
- e) Treatment outcome.
- f) Therapist characteristics.

The articles found in all eight databases were screened using their title and abstract to determine whether they seemed to meet the criteria of this review.

The second phase of the search built on the articles identified in the first one to find more articles.

The studies found through Medline were explored using the Pubmed tool “related articles” to identify more articles that were screened through their title and abstract. All articles identified this way were also explored with the “related articles” tool.

The reference lists of articles found in the other seven databases were also screened to identify more articles through their title. When a title seemed suggestive, its abstract was searched in the appropriate database and a decision was reached about its inclusion in the review based on this information.

In the third phase of the search, professionals in the field of psychotherapy were consulted to identify more articles. The reference lists of these articles were also screened to identify more studies.

The articles were obtained through Wolverhampton New Cross Hospital Library and the library services of the Royal College of Psychiatrists.

Finally, the articles were studied in detail to determine if they met the inclusion criteria for this review. For those that were excluded, the reason for that was recorded.

2.4 Analysis of the studies

The articles included in the review were analysed to identify the relevant information they contained.

The information extracted from each article was:

Type of study: it has to be noted that some studies could be RCTs for their primary hypothesis but if patients were not randomly allocated to therapist or therapist characteristic they were considered as cohort studies for the purposes of this review.

Therapeutic intervention: particular technique or techniques used in the experiment.

Patients: number of patients, families or couples, and the conditions required for their inclusion in the study (e. g. diagnosis).

Therapists: number of therapists and a priori characteristics whose impact was tested in the study.

Outcome measures used in the study to assess patients improvement (or otherwise).

Follow up period as stated in the study methods.

Summary of results directly interpreted from the analysis performed in the study.

Authors' conclusions: as they interpreted their analysis.

A consideration of whether patients' outcome *measures changed* during the study: the therapeutic intervention needs to lead to a change in the outcome measures or a floor effect could mask therapist's impact. This change should be proved a direct consequence of the intervention by comparing it with placebo in studies trying to prove the efficacy of the technique, in which therapists characteristics would only be a side issue. This review accepted less stringent criteria, whether the study showed a statistically significant change in the patient outcome measures, in order to accommodate studies that focused on therapist's impact rather than technique.

Results: or raw data on which the authors performed their analysis, when these were reported in the article.

2.5 Analysis of the quality of the studies

The RCT was taken as the model of the study which would address the hypothesis of this review.

An attempt was made at assessing the quality of the studies before reading their results. This “blinding” frequently failed as the author had to read the studies to determine if they met the inclusion criteria for the review before appraising their quality. The items used to appraise the quality of the studies were:

9) Whether the authors described adequately the randomization of patient allocation to therapist.

10) Whether it could be guaranteed that the intervention actually delivered was the intended one, by using a manualized treatment and monitoring it for adherence.

11) Whether the study was free of selective reporting or failed to provide essential information (either necessary for the reader to test the authors' conclusions or to test other hypotheses relevant for the purposes of this review on data that the authors had set out to gather).

12) Whether the loss of data or patients during the process of the study was addressed.

13) Whether an intention to treat analysis was used.

14) Whether it was stated that the patient undergoing therapy was blinded to the therapist characteristic which was being tested.

15) Whether the assessors measuring the outcome were blinded to the therapist characteristic being tested.

16) Whether the results used for this review were central to the study or a side issue. When several hypotheses were tested at the same time, the first criterion to determine the central hypothesis of the study was what the patients were randomized for. If that did not provide a clear answer, the authors' explicit statements about which was the primary hypothesis were accepted. When that was not stated, it was inferred from the emphasis on the presentation or the relative length of their description.

2.6 Therapist characteristics

The articles included in the review were analyzed to determine which therapist characteristics were tested in relation to outcome in multipatient psychotherapy.

Each therapist characteristic was addressed separately, reviewing the articles that provided information about its influence on outcome, pooling their results and reanalyzing with meta-analytic procedures when possible and appraising their quality to reach an understanding of the current knowledge on the field.

2.7 Contribution of patients

2.7.1 Development of the tool

In an NHS personality disorder service composed of two therapeutic communities (a residential TC and a day TC) two focus groups were formed,

each comprising members of one of the TCs. These focus groups worked sequentially on the development of the tool as follows:

- 1) The residential TC focus group discussed the characteristics they would like to see in a staff member and identified which of those characteristics should be rated in the process of selection.
- 2) These characteristics were organized in a Likert scale that could be used to rate staff applicants.
- 3) This draft tool was discussed within the day TC focus group and refined to constitute the working pilot version of SUISS.

2.7.2 Use of the tool

While the development of SUISS took place across the service in order to identify staff characteristics that were relevant to work with this service user population, its application was specific to the residential TC to which staff were being recruited.

In the staff recruitment process, it was the standard practice of the residential TC to invite all short-listed staff for a day visit to the community. During this visit, staff applicants would meet service users and professionals and take part in the therapeutic programme. Service users had the opportunity to discuss their views on staff applicants in a group setting. Following the implementation of SUISS, on the day after staff applicants' visit, service users were asked to complete the SUISS. Then, an average of the ratings, along with a summary of comments, was forwarded to the staff

selection panel to inform the recruitment process. This process was observed and feedback from staff applicants who participated was collected. Due to organizational difficulties, it was not possible to gather formal feedback from the service users who utilized the tool during the development stages, although it was recognized that this would have been preferable.

3. Results

3.1 The search

In the first phase of the search for articles that linked therapist characteristics, therapy outcome and multipatient psychotherapy, the Athens electronic search found 71 articles in Medline, 436 in PsycInfo, 159 in Embase, 97 in Cinahl, 25 in Amed, 1 in BNI, 2 in Health Business Elite and 12 in HMIC. These added up to a total of 803 articles. It has to be noted that these results could not be de-duplicated electronically, as Athens can only de-duplicate sets of up to 500 articles, and some of the findings were identified in more than one database.

In the second phase of the search, the use of the Pubmed tool “related articles” on the 71 studies found through Medline led to the identification of 18 more articles.

The screening of the reference lists of the articles found in the seven remaining databases identified 29 articles.

In the third phase of the search, consultation with professionals in the field of psychotherapy led to the identification of two papers (Beutler et al, 2004 and Blackmore et al, 1999) which were not identified through the previous search. Although they did not meet the criteria for inclusion in the review, they were used to identify other articles.

A total of 51 articles were obtained, 32 of which were not suitable for inclusion in the review, including 9 articles which were reviews or theoretical

papers used for background information and to identify other papers. The final number of articles included in this review was 19.

3.1.1 Rejected articles

The following articles were rejected: Ablon and Jones, 1998; Alexander et al, 1976; Burlingame, Fuhriman and Mosier, 2003; Carpenter and Range, 1982; Crane et al, 1986; Dinger et al, 2007; Karver et al, 2006; Kivlighan Jr, 2008; Kolko et al, 2000; Lawson and Brossart, 2003; Mintz, O'Brien and Luborsky, 1976; Pekarik, 1994; Rose et al, 2005; Rosenheck, Fontana and Cottrol, 1995; Sandell et al, 2006; Shetzman, 2004a; Shetzman, 2004b; Simmons and Doherty, 1998; Sterling et al, 1998; Vocisano et al, 2004; Vostanis and O'Sullivan, 1992; Watts and Trusty, 1995 and Wykes et al (2005) .

3.1.2 Reviews and theoretical papers

The reviews and theoretical papers identified were used as background information and to identify other studies through their reference lists. These were Bachar, 1998; Beutler et al, 2004; Bischoff and Sprenkle, 1993; Blackmore et al, 1999; Blow, Sprenkle and Davis, 2007; Blow, Timm and Cox, 2008; Carroll, 2001; Holmes, 2006; and Piper and Joyce, 1996.

3.1.3 Articles included in this review

This section provides a brief summary of the 19 articles included in the review. More details will be provided in further sections as they become relevant in the presentation of results.

The description of the articles will follow an alphabetical order, except when different articles come from the same study; then the articles will be grouped in chronological order of publication.

Antonuccio, Lewinsohn and Steinmetz (1982): 8 therapists delivered a group psychoeducational intervention to 106 patients (79 of them depressed) who were randomly allocated to therapists. The authors intended to test whether BDI (Beck Depression Inventory) improvement post-intervention was linked with therapist psychosocial variables but no therapist effect on outcome was found.

Antonuccio et al (1987): came from the same study as the previous article. It repeated its previous findings and added an analysis of process measures, finding that group cohesiveness was related to therapists having higher internal locus of control, less directive style and being rated as warmer by independent observers.

Bright, Baker and Neimeyer (1999): 2 professional and 2 paraprofessional therapists delivered group CBT and mutual support therapy (MSG) to 98 depressed patients. Patients were randomly allocated to treatment condition but not to therapists. Therapist condition was related to patient outcome in several outcome measures. No outcome differences between professionals and paraprofessionals were found in BDI, HSCL-58 (Hopkins Symptom Checklist-58) and HRSD (Hamilton Rating Scale for Depression). The authors found that professionally conducted CBT groups led more patients to the alleviated range of BDI than paraprofessionals. Interventions were monitored for manual adherence and level of adherence

was found to be positively correlated with clinician-rated depressive symptoms.

Baker and Neimeyer (2003): came from the same study as the previous article and added two patient variables (externalizing coping style and psychological reactance) finding that for professionals, reduction in HRSD values correlated negatively with client externalization irrespective of treatment model, while paraprofessionals outcome followed the opposite pattern. They found contradictory results in the interaction between therapist condition and patient psychological reactance.

Burlingame and Barlow (1996): 4 professional group therapists and 4 non professional “natural helpers” delivered group psychotherapy to 102 “patients” recruited through advertisements. Patients were randomly allocated to therapists and assessed on a number of outcome and process measures at different points in time. No differences between professionals and “natural helpers” were found.

Classen et al (2008): 353 women with primary breast cancer were randomly allocated to supportive expressive group therapy or to an education control condition. Therapists had different degrees of training and experience. A wide range of outcome measures was used. No outcome changes were found in relation to treatment condition or therapist experience or training.

Crane et al (2004): 197 clients from a family health program were identified by archival research methods and logistic regression was used to determine whether therapist characteristics (age, experience, gender and

profession) had an impact on their ambulatory care. No effect of therapist characteristics on outcome was found. Individual therapy was used with some clients but the study defined a clear inclusion threshold of giving at least 3 sessions of marriage and family therapy (MFT) for every session of individual therapy in order to ensure that the main therapeutic effect derived from MFT and it was included in this review.

Epstein et al (1994): 105 male alcoholics and their partners were randomly allocated to alcohol and behavioural marital therapy (ABMT), ABMT plus Alcoholics Anonymous and Alanon or ABMT plus relapse prevention, but not to therapists. Level of attrition was used as the outcome measure. An experience index for therapists was used and therapist experience was positively related to retention in treatment.

Raytek et al (1999) came from the same study as the previous article and tested the impact of therapist experience on two outcome measures (percentage of days abstinent and marital happiness) finding no effect.

Fals-Stewart and Birchler (2002): 48 alcoholic men and their partners were randomly allocated to receiving behavioural couple therapy (BCT) from bachelor's level counsellors (N=4) or master's level counsellors (N=4). No differences were found between the effectiveness of therapist group in a number of outcome measures.

Flicker et al (2008): 86 Hispanic and Anglo substance-abusing adolescents were treated with functional family therapy by 3 Hispanic and 6 Anglo therapists as part of their routine care. Substance use reduction was enhanced for ethnically matched Hispanic clients but not for Anglo clients.

Greeson et al (2009): examined the influence of therapist and patient characteristics on a composite outcome measure after discharge from multi-systemic therapy (MST) for at risk youth. They found that therapist female gender and employment stability had a positive influence on outcome.

Hampson and Beavers (1996): examined family and therapist characteristics influence on the success of family therapy as assessed by the therapist. They found that “family competence” at the outset and number of sessions attended affected outcome but not family or therapist demographic characteristics.

Kissane et al (2003): 303 women with early stage breast cancer were randomly allocated to receiving cognitive-existential group therapy from 15 therapists with different professional backgrounds or to a control group. Patients were assessed on several outcome measures at the outset of therapy and at 6 and 12 months follow-up. Patients in therapy reduced their anxiety and had greater satisfaction than those in the control group. Psychologists achieved better outcomes than other professionals.

Kivlighan and Kivlighan (2010): compared the degree of similitude of the profile of therapeutic interventions and knowledge patterns between 13 psychotherapy trainees and an aggregate of 5 expert therapists. Then, they compared these similitude indices with the satisfaction of the members of interdialogue groups that were conducted by the trainees. The authors found that both correlation indices positively affected the satisfaction of group members.

Orten, Allen and Cook (1989): 56 moderately confused elderly residents of two nursing homes were randomly allocated to control group or one of three groups of reminiscence group therapy. Overall, the intervention was not effective in improving patients social behaviour, but the group conducted by the only therapist who had experience in the treatment improved on this measure.

Poser (1966): 343 male chronic psychotic patients were randomly allocated to diverse group interventions with 15 professionals (psychiatrists, social workers and occupational therapists) and 13 untrained therapists and assessed on several outcome measures. Patients treated by untrained professionals achieved better performance in speed of tapping, verbal fluency and visual reaction-time than those treated by professionals. No differences in outcome were found between psychiatrists and social workers.

Stolk and Perlesz (1990): examined retrospectively 176 individuals treated with family therapy by first and second year family therapy trainees. Family satisfaction with therapy did not improve with training but trainee rating of outcome did.

Woodward et al (1981): 279 children with behavioural or academic problems were treated with brief systems-oriented family therapy. Multiple regression analyses were used to test relationships between client, therapist and treatment characteristics and various outcome measures. Isolated variables accounted for little variation in outcome.

3.2 Therapist characteristics

The analysis of the literature shows that different therapist characteristics have been studied in relation to their impact on the outcome of patients who undergo multipatient psychotherapy.

The therapist characteristics identified can be grouped into three areas: demographic (age, sex and race), professional (training, experience and background profession) and psychosocial (knowledge patterns, locus of control, expectation of participant change, acceptance of the social-learning rationale, neuroticism, social competence, social support, pleasant events and stressful life events).

3.2.1 Demographic characteristics

a) Age

The two articles which focused on therapist's age (Crane et al, 2009 and Greeson et al, 2009) did not find an impact on patient's outcome. Both used forms of family therapy (marriage and family therapy (MFT) and multi-systemic therapy (MST) respectively). Both were retrospective cohort studies which examined the influence on outcome of several therapist variables including age.

Neither study included a power analysis to support the adequacy of their sample size. Crane's sample appeared small, 13 therapists, and did not find an impact of any of the therapist variables studied (age, sex, experience and background profession). Greeson used a larger sample but had important follow-up losses and did not use an intention to treat analysis (265 of the

initial 412 therapists were analyzed). Also, this study did not analyze the impact of the intervention, leaving the interpretation of a negative outcome open to the challenge of stemming from the floor effect of an ineffective therapy. This risk of a floor effect might be compounded by the use in the study of therapists with low experience.

b) Sex

The four articles which focused on therapist's sex were all cohort studies that used different types of family therapy and arrived at conflicting results. Two studies (Crane et al, 2009 and Hampson and Beavers, 1996) found no impact of therapist's sex on the outcome of therapy. Greeson et al (2009) found an advantage for female therapists and Woodward et al (1981) found an advantage for male therapists.

These conflicting results could be explained by the heterogeneity of therapeutic interventions, patient populations and outcome measures utilized. Also, the methodological quality of these studies undermines their results.

Hampson and Beavers (1996) focused on the impact of patient characteristics on outcome, showing an analysis of therapist's sex that found no effect on outcome.

Crane et al (2004) and Hampson and Beavers (1996) failed to provide a power analysis to justify the adequacy of their sample sizes so it is not possible to ascertain whether their negative results are due to a small sample.

Greeson et al (2009) found a positive result: female therapists probability of having an undesirable result is 87% lower than male therapists at 1 year follow-up ($p < 0.01$) in multi-systemic therapy with at risk youths and their families. Its important losses to follow-up and lack of intention to treat analysis introduced a source of bias that makes this a weak result.

Woodward et al (1981) covered a wide ground exploring the impact of treatment, ten client and four therapist variables on six outcome measures at two different follow up points (end of treatment and six month follow up). Regression analysis showed that male therapists achieved more change at one follow-up point, end of treatment (as assessed by the therapists) and more client satisfaction at another point, six months follow-up. All other comparisons were negative. In the presentation of their statistical analysis the authors did not describe whether they compensated for the increased likelihood of finding accidental positive results when many variables are explored at the same time. Thus, their finding could be a false positive result.

c) Race

Two articles studied the impact of therapist's race on patient outcome (Flicker et al, 2008 and Greeson et al, 2009). Both were cohort studies which used forms of family therapy and neither found a superior outcome for therapists of any race.

Some methodological flaws of Greeson et al (2009) have been explored above. Also, the authors identified a follow-up bias in patient race, with more African American patients being excluded from the analysis (64% of those initially included in the study).

Flicker et al (2008) is the only article addressing the impact of therapist demographic characteristics which used a diagnosis specific outcome variable. It found that adolescents from the Hispanic ethnic minority achieved greater drug abuse reduction at the end of treatment and at four months follow-up when matched with Hispanic therapists. After Bonferroni correction only the four month follow-up result remained significant. Ethnic matching did not have any impact in the Anglo ethnic majority.

This study did not include a power analysis and one could wonder whether a larger sample would positivize ethnic matching results at the end of treatment for Hispanic clients.

3.2.2 Professional characteristics

Fourteen articles studied the impact of therapist's professional characteristics on the outcome of multipatient psychotherapy.

The professional characteristics tested in the literature are training, experience and professional background. No studies on the impact of personal training psychotherapy on the outcome of therapy with more than one patient in the room were found.

a) Training

Nine articles provided results on the impact of therapist's training on the outcome of multipatient psychotherapy. Five of them found no effect of therapist training while the remaining four provided contradictory results.

Of the studies which found no effect, two were RCTs (Burlingame and Barlow, 1996 and Fals-Stewart and Birchler, 2002) and three were cohort studies (Classen et al, 2008; Greeson et al, 2009 and Woodward et al, 1981).

The results obtained by Burlingame and Barlow (1996) must be viewed very cautiously. It needs to be noted that the authors did not consider their results as negative. They used MANOVA tests to detect differences in four measures during four assessment points finding that two subscales (severity and functioning) of one measure (Client Change Scale) improved more with therapists than with controls from mid-treatments to follow up (this is two out of twenty four comparisons). This study contained some methodological flaws: The authors did not report correcting their analysis for the increased risk of error when analyzing multiple variables so its results can not be accepted as positive. It was not conducted on a clinical population but on 102 voluntary subjects recruited through advertisements from which those who were moderately to severely disturbed were excluded. A floor effect could affect its results as the overall impact of the therapeutic intervention (fifteen sessions of group psychotherapy), as reflected only in non-specific outcome measures, was not tested. It lacked a power analysis to justify the adequacy of its sample size: four therapists and four controls (non professionals identified as having “natural helper” qualities). It lacked an intention to treat analysis. The loss of data varied from one comparison group to another and the positive results came from some of the smallest analysis groups.

The other RCT that did not find any therapeutic impact of therapist training is Fals-Stewart and Birchler (2002). This study compared the outcomes in behavioural couple therapy (BCT) of four bachelor's level and

four master's level counsellors using general, specific and satisfaction measures, aiming to prove their equivalence. This study had some methodological solid points, including intention to treat analysis, evidence of the overall efficacy of the intervention and the treatment was manualized and monitored for adherence. Rather than using the common approach of concluding equivalence in outcome if the confidence intervals of the two comparison groups overlapped, the authors used a more stringent approach. They required the mean of one population to be included within a range of 10% of the distribution of the other population around its own mean. The sensibility of this measure to detect a difference still depends on the dispersion of the sample and the need of an adequately sized sample. Some methodological flaws of this study are not including a power analysis to justify the adequacy of its sample size (only four therapists in each treatment group). Also, the randomization failed and the patients seen by bachelor's level counsellors were less severe, as determined by their percentage of days abstinent, than those seen by master's level counsellors. Thus, the conclusion of equivalence in outcome of bachelor's and master's level counsellors can not be accepted.

Of the three cohort studies which did not find an effect of therapist training on outcome, the methodological quality of Greeson et al (2009) has been appraised in the section on demographic characteristics and their results must be viewed with caution.

Woodward et al (1981) did not perform a power analysis, so their negative result must also be viewed with caution.

The third study, Classen et al (2008), examined the impact of twelve sessions of supportive expressive group therapy on 353 women within one year of being diagnosed with primary breast cancer. It used several non-specific general functioning measures which were not affected by the intervention, creating a floor effect that could explain its not finding an effect of therapists' academic level on outcome. Also, the sample of patients used in the study was too small to detect treatment outcome differences. This study included a power analysis which determined that the sample of patients required to obtain 99% power in the estimation of the efficacy of the intervention, was 480 (251 if all subgroups were homogeneous, which was not proved to be the case). However, only 353 women were recruited and the study was underpowered. The study of therapist characteristics was even more severely underpowered as there were only eighteen therapists, combined in couples to administer the therapy.

Overall, the poor quality of the studies that showed no impact of therapist training on outcome undermines their results.

- **Significant results on training**

Four articles based on three studies found an impact of therapist training on therapeutic outcome when there is more than one patient in the room. Poser (1966) is the only RCT among them and found an advantage for untrained therapists. Stolk and Perlesz (1990) and Bright, Baker and Neimeyer (1999) found some advantages of training and Baker and Neimeyer (2003), based on the same study as Bright, Baker and Neimeyer (1999) found advantages and disadvantages of training depending on the

patient group. Stolk and Perlesz (1990) used family therapy while the other two studies used different forms of group therapy.

Poser (1966) compared the impact of group psychotherapy delivered by trained or untrained therapists on 343 male chronic psychotic patients. Patients treated by untrained therapists performed better in two psychomotor tests, speed of tapping (TAP) and visual reaction time (RT) and in verbal fluency. No differences were found in the other three tests used: Verduin Association List, Digit-Symbol test of the Wechsler-Bellevue Scale I and a colour-word conflict. Poser acknowledged that these measures may not be the best indicators of clinical improvement. Technical differences were identified in the delivery of therapy, with interventions ranging from verbal communication to party games or painting, which could confound the effect of the therapists. This study incorporated two sources of bias that could inflate the performance of lay therapists in relation to trained therapists and make its results unreliable: The treatments delivered in this study were not simultaneous. Most treatments offered by lay therapists took place before those offered by professional therapists and external variables affecting the patients at one time or the other could affect its results. More importantly, as all the subjects were inpatients in the same hospital, the systemic effect of the first interventions (like an overall activation) on the patients who did not receive them can distort their baseline measures reducing the impact of the professional interventions delivered in a further stage. The second source of bias lies in the important losses to follow-up in the study, which were higher in the group of patients treated by lay therapists and the absence of an intention to treat analysis. If the patients lost to follow-up were those who

benefited the least from the intervention, the average outcome of untrained therapists became artificially inflated.

Stolk and Perlesz (1990) performed a retrospective cohort study which compared the outcome of family therapy performed by trainees in their first and second year of training. Second year trainees rated family goal achievement at the end of treatment higher than first year trainees, although there were no differences in family satisfaction. The authors sent family satisfaction questionnaires to 168 families who had been treated between one and twelve months before and only 176 individuals from 73 families responded. Data from 12 trainees was analyzed but 5 other trainees did not involve their patients in the study. The study suffered a high loss of subjects without the possibility to perform an intention to treat analysis or to control any resulting bias. The authors did not perform a power analysis to determine the sample size necessary to detect a difference in family satisfaction, so this negative result has to be taken with caution. The improvement of therapy achievement by second year family therapy trainees might be due to real changes in therapeutic outcome or by changes in the way trainees rated their work as they progressed through their training. Although it is a valid result it must be viewed with caution.

Bright, Baker and Neimeyer (1999) explored the impact of therapist training on therapeutic outcome. It used two interventions, group CBT and mutual support group (MSG), on 98 individuals with moderate to severe depression recruited through media advertisements. Eight trained professionals and six paraprofessionals led the groups in pairs of training matched conductors. Patients were randomized to treatment technique but

not to therapist type. The authors performed a power analysis which determined that 96 patients were needed, with an assumed attrition of 20%, to obtain a significance level of 0.05, a power of 0.80 with an estimated moderate effect size of 0.30. The outcome measures used were HRSD, BDI, HSCL-58 and ATQ (automatic thoughts questionnaire). The patients improved with the interventions and no overall advantage was seen for patients treated by professionals or paraprofessionals. However, within the specific group of patients treated with CBT, more patients entered the alleviated range, as measured with BDI, if treated by professionals than if treated by paraprofessionals. The attrition level was 30.61%, higher than expected for the power calculation but without differences by treatment condition or therapist type. The absence of an intention to treat analysis weakens its results but no follow-up bias in relation to therapist type was reported. Another weakness of this study is that its patients, although depressed, might not adequately represent a clinical population since they were recruited through media advertisements.

Baker and Neimeyer (2003) show a further analysis of the previous study. In this article, the authors analyzed the influence of two patient variables, level of externalization and psychological reactance (measured with the therapeutic reactance scale (TRS) and the resistance potential (RP)) on the therapeutic outcome measured with BDI, HRSD and HCL-58. A three way regression analysis for patient characteristic, treatment type and therapist type showed that with paraprofessionals the patient's psychological reactance measured with RP interacted with treatment type so that patients with higher reactance levels had better BDI outcomes in the MSG treatment

and those with lower RP fared better with CBT. Professional therapists produced the opposite results. The results for RP with other outcome measures were non significant. No significant results were found when the patient psychological reactance measure, TRS (which has a high level of internal consistency and is recognized as the valid way of measuring psychological reactance) was used. Also, RP was found to have low internal consistency as a measure, so its results on patients' psychological reactance can not be considered as valid. Finally, in the analysis of the patient externalization, Professional therapists achieved better results with internalizing patients while the opposite pattern was followed by paraprofessionals. These results, although only positive for one outcome measure (HRSD), can be considered as valid.

Overall, the relationship between training and outcome seems to be a complex one, conditioned by multiple variables and a review of the literature does not provide a clear picture.

b) Therapist experience

Seven articles provided results on the impact of therapist's experience on the outcome of multipatient psychotherapy.

The only study which found an impact of therapist experience on patient outcome was Orten, Allen and Cook (1989). This is an RCT which used 16 sessions of reminiscence group therapy to treat 56 moderately confused elderly residents of two nursing care facilities and rated their outcome with a social behaviour scale. Overall, the intervention did not improve the social behaviour of patients but the group treated by the only therapist with

experience in the treatment did. A lack of power analysis and the use of only three therapists suggest that the study might be underpowered. The authors concluded that they found evidence of the importance of experience in the delivery of this technique but they did not compare the results of the group treated by an experienced therapist with those treated by inexperienced therapists. Even if this comparison had showed the experienced therapist to be more effective than the other two, such a small therapist sample would not allow inferring that the difference was due to the difference in experience, rather than any other variable, so this result can not be accepted.

Six articles (all cohort studies) found no evidence of an impact of therapist experience on outcome (Classen et al, 2008; Crane et al, 2004; Epstein et al, 1994; Greeson et al, 2009; Raytek et al, 1999 and Woodward et al, 1981).

Some of these studies have been analyzed above. Classen et al (2008), lacks power to identify positive results, as determined by the authors' own power analysis and is also hampered by the floor effect of a non efficacious intervention. Crane et al (2004), Woodward et al (1981) and Greeson et al (2009) are potentially underpowered as they did not perform a power analysis and the latter did not analyze the efficacy of its therapeutic intervention risking an invalidating floor effect.

The other two cohort articles that failed to find evidence of impact of therapist experience on therapeutic outcome both stemmed from the same study (Epstein et al, 1994 and Raytek et al, 1999).

Epstein et al (1994) studied the attrition level of 90 male alcoholics and their partners who were randomly allocated to ABMT, ABMT plus Alcoholics Anonymous and Alanon or ABMT plus relapse prevention. These patients were non-randomly allocated to 12 therapists with three different levels of experience. The study did not include a power analysis and it could be underpowered. Comparisons (ANOVA, chi-square, Kruskal-Wallis) were made to search for a relation between attrition status and a number of patient variables, treatment group and therapist experience. The Bonferroni corrected p value for the study was calculated as 0.003. Therapist's experience was found to differentiate attrition status with a $p < 0.04$, higher than the Bonferroni corrected threshold of significance for the study. Although this result must be interpreted as a non significant one, it leaves one to wonder whether a bigger sample or a narrower focus with fewer variables to analyze would have shown therapist experience to reduce attrition status.

Raytek et al (1999) stems from the same study as Epstein et al (1994). Here the authors also considered the mediating effect of therapist in session behaviour. This article incorporated new outcome measures (percentage of days abstinent and marital happiness) and extended the follow-up until 6 months after the treatment but as it did not include a power analysis, it could not prove that it had a big enough sample. A Kruskal-Wallis test of percentage of abstinent days for therapists at 3 levels of experience was not significant and a chi-square of marital happiness scores for the first 6 months after treatment for therapists at the 3 levels of experience was not significant either. The authors did not perform an intention to treat analysis and

identified a trend for higher losses to follow-up in less experienced therapists, which although not statistically significant, could mask outcome differences.

Overall, the review of the literature does not clarify the impact of therapist experience on the outcome of multipatient psychotherapy.

c) Therapist's background profession

Four studies investigated the impact of the therapist's background profession in the outcome of multipatient psychotherapy. For the purposes of this comparison all of them must be considered cohort studies.

Poser (1966) was an RCT in which patients were clustered in homogeneous groups and randomly allocated to be treated by untrained therapists (N=11) or trained ones (7 psychiatrists, 6 psychiatric social workers and 2 occupational therapists). Once allocated to these groups, patients were "picked at random" by the staff available at the time. The groups were not treated concurrently. The lack of randomization to individual therapists or profession rendered it a cohort study for the purposes of analyzing the impact of therapist profession. As described in the section on training, this study's finding that untrained therapists performed better than trained ones was discounted in this review due to biases which artificially inflated the efficacy of untrained therapists. It is uncertain how much these biases affected the comparisons among therapist's professions. The authors compared six outcome measures (speed of tapping, visual reaction time, Digit-Symbol test of the Wechsler-Bellevue Scale I, a colour-word conflict, verbal fluency and the Verdun Association List) between patients treated by psychiatrists and social workers finding no differences. Without a power

analysis to show the adequacy of the sample to detect a difference if there was one, it is not possible to accept this negative result.

Crane et al (2004), as already described, is a potentially underpowered study that failed to find an impact of therapist's background profession on patient's outcome.

Woodward et al (1981) analyzed the variance of six different outcome variables in relation with different client, therapist and treatment characteristics. They found that 4.7% of the variance of one outcome variable, therapist predicted good prognosis, was explained by the therapists being social workers and nurses. As they did not clearly describe which other professions were included in the study, it is not possible to draw conclusions from this result.

Kissane et al (2003) randomized 303 women with breast cancer to treatment (154) or control (149) groups, but did not randomly allocate patients to therapists. They performed a power analysis to estimate the sample needed to allow for interactional effects between treatment arms and time but did not estimate the sample needed to detect differences between therapists. They used one assessor rated measure (Monash Interview for Liaison Psychiatry) and five rated by clients: Affects Balance Scale (ABS), HADS, Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC), Family Assessment Device (FAD) and satisfaction with therapy and other treatments. Measures were taken at baseline, 6 and 12 months. The treatment consisted of 20 sessions of cognitive-existential group therapy delivered by therapists in couples where the therapist who had led a pilot group prior to the intervention

was considered the “senior therapist”. Fifteen therapists were divided for analysis into three categories, psychiatrists, clinical psychologists and social workers/occupational therapists/nurses, and compared by the discipline of the “senior therapist” in the couple. Psychologists achieved a moderate effect size of $d=0.515$ in a non disclosed measure. Psychologists’ effect size appeared to be larger than that of other professionals in HAD-anxiety and ABS negative symptom total as suggested by a figure in the article but no data was provided to support this result. The impact of therapist profession on outcome was a side issue in this study and was inadequately reported. Also, psychologists were more experienced than professionals from other backgrounds, which could confound the results.

Overall, the poor quality of the studies or their reporting does not allow drawing inferences about the impact of therapist’s professional background on the outcome of multipatient psychotherapy.

3.2.3 Psychosocial variables

Three articles coming from two studies explored the impact of therapist’s psychosocial variables on the outcome of multipatient psychotherapy (Antonuccio, Lewinsohn and Steinmetz, 1982; Antonuccio et al, 1987 and Kivlighan and Kivlighan, 2010). Although each of the first two articles explored different process variables, both presented the same analysis relevant for this review.

They used eight therapists to provide group psychoeducational treatments to two consecutive groups of five to eight subjects each. Patients

were heterogeneous in diagnosis but most of them were depressed. Patients were randomly allocated to therapists. Different outcome measures were used but only BDI results were analysed, showing a reduction in scores which proved the intervention to be efficacious.

Therapists were assessed prior to the intervention on a number of psychosocial variables: locus of control, expectation of participant change, acceptance of the social-learning rationale, neuroticism, social competence, social support, pleasant events and stressful life events, with the intention to study their impact on outcome.

A leader by cohort (8x2) analysis of covariance (ANCOVA) was conducted on the posttreatment BDI scores with pretreatment BDI scores as covariate but no effect of leaders was found. The power of the study to detect outcome differences among therapists, with $\alpha=0.05$ was 0.75 for a “large effect” and 0.32 for a “medium effect”.

The study was sufficiently powered to detect large outcome differences among therapists but did not find any. Since the study failed to identify outcome differences among therapists, it could not proceed to analyse whether differences are attributable to any of the psychosocial variables studied.

Kivlighan and Kivlighan (2010) is a cohort study which compares the similitude of the pattern of therapeutic interventions and the therapy related knowledge patterns between 13 psychotherapy trainees and an aggregate of 5 expert therapists. Then, it compared these correlation indices with the level of satisfaction of the members of the groups treated by the trainees. The

interventions profile was determined with the Group Therapy Questionnaire (GTQ), from which the knowledge patterns were induced with the informatic tool Pathfinder. The similitude of the knowledge patterns of each trainee with the aggregate of the 5 expert therapists was established with the Goldsmith and Kraiger proximity tool. The satisfaction of the group members with their therapist was determined with the Leadership Profile (LP), administered after each session. The correlation between each trainee's LP and their similarity index with the expert therapists regarding profile of interventions and knowledge structures was determined with HLM (hierarchical linear modelling). The authors found that both correlation indices positively affected group member satisfaction and identified two results regarding the clinical impact of therapist knowledge patterns: the similarity of knowledge structures contributes 4% of the variation of mid-treatment satisfaction and 13% of the gradient of satisfaction increase.

3.3 SUITSS

3.3.1 Development of the tool

The outcome of the project was to develop a process that enables service users to build a tool through which they are able to provide a formal input to the staff selection process. Fig 1 shows the tool as it was designed by service users and piloted with staff applicants. With a view to support and empower the community in finding their voice, the choice of words of service users was respected even when alternative expressions could seem to express the same ideas in clearer or more grammatically correct ways.

3.3.2 Use of the tool and evaluation of its impact

The tool was used by members of the residential TC to evaluate three applicants to a staff post within that community. Service users participated in this process and engaged well in all stages of the development of the tool. They were interested and involved in discussions about the selection of parameters and in the use of ratings. In addition, this provided a useful structure for discussion about the candidates, which assisted in decisions about appointment. Staff reported improvements in the process of engagement with service users in that they were able to have more focussed discussion. Overall there was widespread agreement that this provided a more transparent and robust selection process. There were limitations in the formal feedback from service users (see discussion).

Fig1. SUTSS as prepared by service users in the study

Name of staff applicant:

The therapeutic community should rate the staff applicants according to the following parameters:

Post applied to:

Date of evaluation:

	Very little 1	Little 2	Medium 3	Some 4	A lot 5	Comments
Genuineness						
Respect for boundaries						
Humility						
Listening skills						
Empathy						
Capacity to engage						
Sense of humour						
Capacity to be active						
Capacity to keep calm in a crisis						
Capacity to challenge and accept challenging						
Appropriateness to complement current staff team						
Global appointability for the post:						

Place of evaluation:

Number of people in the evaluation group:

Comments:

4. Discussion

4.1 Introductory discussion

This work explores ways to improve multipatient psychotherapy from two approaches: 1) the optimization of the effectiveness of the psychotherapist through the systematic revision of the empirical evidence of therapist characteristics that affect the outcome of therapy and 2) the involvement of patients in the selection of psychotherapists to work in a public health service, the NHS.

This work does not explore the optimization of psychotherapy through the identification of efficacious techniques as this approach is being extensively researched by other authors (Roth and Fonagy, 2004).

The review of the empirical evidence on therapist characteristics that affect the outcome of multipatient psychotherapy was systematic, covering 8 databases and gathering the current knowledge on the field. However, its conclusions can not go beyond the limitations of primary research.

This project uses an empirical-positivist approach in a field that, as shown by the poor quality of the studies identified in the review, tends to neglect this approach. With this approach, this project joins a tradition that tries to bridge psychotherapy with the empirical-quantitative science and is developed by authors like Kernberg and Clarkin (Clarkin et al, 2007).

It is important to note that using a positivist focus does not mean a lack of appreciation for other approaches (experiential, qualitative, etc)

which have led the development of psychotherapy for more than a century (Freud, 1895). The field of psychotherapy has achieved some understanding of the elements that make a psychotherapist effective. This understanding guides training programs, with elements comprising theoretical knowledge, personal training psychotherapy and supervised practice (Institute of Group Analysis, 2010). This work tries to refine and complement this knowledge, not to displace it.

The findings of this review are subject to a publication bias, not having accessed those studies which have not been published in scientific journals. Whilst this was necessary to guarantee the consistency of the search criteria, it is a serious limitation in a field where many works are published as books.

Another limitation of the systematic review was due to its been carried out by a single person. Although it was possible to get external help to revise the search criteria, the selection and appraisal of the articles was performed by a single researcher, which damaged attempts at blinding the knowledge of the results of the articles when deciding about their inclusion in the review or appraising their quality.

The second part of this work, the involvement of patients in the selection process of psychotherapists for the NHS, led to the development of a structured tool, SUTSS, to evaluate candidates and provide a structured and quantifiable information to the selection panel.

SUTSS identifies some desirable characteristics in a psychotherapist (Fig 1) using a method other than the positivist one. It

remains to be tested whether these characteristics affect clinical outcome and in what way.

The SUISS project follows a political agenda (DOH, 2009) of democratization of public health services, increasing accessibility and empowering patients but also aims for a therapeutic objective. The therapeutic alliance has proved to predict the outcome of psychotherapy in general and multipatient psychotherapy in particular, (Guzder et al, 2011). It is reasonable to think that patients might find it easier to develop a therapeutic alliance with a professional they have contributed to recruit (either directly or through other fellow patients) as opposed to a therapist imposed by a technocracy (or bureaucracy).

The dialogue that led patients to develop and use SUISS used discussion groups similar to those which were used with therapeutic aims in the therapeutic community in which this project was developed and can be considered a therapeutic intervention *per se*.

This work does not allow to elucidate the generalizability of SUISS to be applied with patients other than those with personality disorders in settings other than therapeutic communities. This remains to be done.

4.2 The impact of therapist characteristics

4.2.1 Therapist's demographic characteristics

There are five articles studying the impact of therapist demographic variables (age, sex and race) on the outcome of multipatient

psychotherapy. All of them are cohort studies without power analysis conducted with varieties of family therapy. Their results are negative or contradictory and have little validity given the poor quality of the studies.

The most relevant result comes from Flicker et al (2008), the only study which used a diagnosis specific outcome measure, finding that ethnic matching improves the outcome of therapy with adolescents of the Hispanic ethnic minority. Despite the methodological limitations of this study, it strongly suggests that in a collective setting, for adolescents who tend to experience diffusion of roles in what Erikson (1956) considered the final stage of their identity formation, ethnic matching is important for people whose identity formation is made harder by their belonging to an ethnic minority.

These results are very interesting as they support the emphasis on a shared cultural perspective between patient and therapist and the importance of “multicultural competence” in counselling and psychotherapy, which have not been supported by empirical research in individual psychotherapy (Beutler et al, 2004). In group settings, universality has been postulated as a main therapeutic element (Yalom, 1931) and it is arguably easier to achieve a feeling of universality in a culturally or ethnically homogeneous environment.

More research would be needed to support this result with the methodological rigour of RCTs, to clarify which populations benefit or not by matching ethnicity (or other personal characteristics) with their therapists and to tease out the impact of the various elements

agglomerated in ethnicity, like race, common national or cultural background with the patient, etc. Also, the importance of the understanding of the patient culture, even if the therapist does not belong to it, needs to be clarified.

A hypothesis to be tested with this research is whether patients with major identity flaws might benefit from being matched with therapists similar to themselves (in ethnicity and other personal characteristics) while in a further stage of therapy/development it would be preferable for them to face differences representing the complexity of the world and avoid the collusion with the therapist in a reductionist view of reality.

This research could affect not only the selection process of therapists who need to work with minorities, but also support the training in cultural competence to enhance the experience of universality in patients from different minorities. It could also have political implications supporting the Anglo-American policy of respecting the distinctive features of cultural minorities or the European emphasis on integrating them in the mainstream culture.

The other finding relating therapist demographic variables with the outcome of therapy when there is more than one patient in the room comes from Greeson et al (2009), suggesting that women perform better than men as multi-systemic therapists with at risk youth and their families. This result is consistent with the maternal or holding (Winnicott, 1971) role that has been traditionally related to women. At risk youth might be in need of this holding function and be a particularly sensitive population for

differences in this capacity between therapists. Also, the families of this youth might lack the capacity to provide and need to receive this holding. However, this weak result needs to be replicated before any action can be recommended. It can also be hypothesised that more mature patients might need less holding and benefit more from male therapists or interpretative/challenging psychotherapeutic approaches. Research would also need to take into account that the sex of the therapist does not necessarily reflect traditional gender attitudes which would need to be controlled.

4.2.2 Therapist's professional characteristics

Fourteen articles studied the impact of therapist's professional characteristics (training, experience and professional background) on the outcome of multipatient psychotherapy

a) Therapist's training

Five articles (Burlingame and Barlow, 1996; Classen et al, 2008; Fals-Stewart and Birchler, 2002; Greeson et al, 2009 and Woodward et al, 1981) did not find an effect of therapist training on the outcome of multipatient psychotherapy but their results have little weight since they were open to methodological flaws like lack of power to detect differences, floor effects due to non effective therapies or biases.

There are some significant results from weak studies that suggest that the relationship between training and outcome is a complex one, conditioned by multiple variables.

Bright, Baker and Neimeyer (1999) showed a weak result supporting the need to train professionals to deliver complex interventions like CBT, while training seemed less important for more basic techniques like MSG. In a further analysis of the same study, Baker and Neimeyer (2003) found that therapist training can benefit internalizing patients but be counterproductive for externalizing patients. Although these results can not be extrapolated beyond the realm of group CBT and mutual support groups it is worth noting that very externalizing clients have traditionally been considered problematic for psychoanalysis with trained professionals or deemed not analyzable, (Etchegoyen, 1986).

Stolk and Perlesz (1990) showed in a retrospective cohort study that second year trainees rated the therapeutic outcome of the families they treated higher than first year trainees, but it is unclear if the change responded to variations in outcome or in the rating style as training progressed.

b) Therapist's experience

Empirical research does not clarify the impact of therapist experience on the outcome of multipatient psychotherapy. The quality of the studies was very poor, with negative studies being potentially underpowered (or proved to be so like Classen et al (2008)). The only study with positive results, Orten, Allen and Cook (1989), found its results in only one therapist with higher experience when patients had not been randomly allocated to therapist and this finding can not be accepted.

Raytek et al (1999) found a trend for higher losses to follow-up in less experienced therapists. Although this result was not statistically significant, it is worth further study to test the hypothesis that experience increases the capacity of the therapist to attune emotionally to a wider range of patients, improving the therapeutic alliance and retaining them in therapy.

c) Therapist's background profession

Four studies did analyses on the impact of the therapist's background profession on the outcome of multipatient psychotherapy. The poor quality of the studies or of their reporting does not allow to draw inferences from their results.

4.2.3 Psychosocial variables

Kivlighan and Kivlighan (2010) shows a positive effect of the similitude of knowledge patterns between psychotherapy trainees and expert therapists on the satisfaction of patients in interdialogue groups.

Although this result comes from a cohort study, it is important as it shows the only available empirical evidence of a connection between the content of the therapist mind and the therapeutic outcome (besides the study by Antonuccio, Lewinsohn and Steinmetz (1982), which was invalidated by a floor effect).

The measure utilized by Kivlighan and Kivlighan, patient satisfaction with therapy as determined through the leadership questionnaire is not a direct measure of clinical improvement. However, satisfaction during

therapy is an important element of the therapeutic alliance, which is a process measure with proven impact on clinical outcome (Guzder et al, 2011). Future research should establish the link between knowledge patterns and other clinical outcome measures.

This study infers trainees knowledge patterns from the analysis of their interventions with the informatic tool Pathfinder. Although an informatic tool has the advantage of being objective and easily replicable in other studies, more flexible human approaches may be more sensitive to the complexity of human knowledge patterns and other aspects of the therapist mind which may have an impact on the outcome of therapy. Studies with these human approaches should use blinding techniques to avoid expectations of what should affect outcome affecting the empirical results.

This study suggests that, in interdialogue groups, expert therapists (with training and experience) achieve better results than trainees, at least in patient satisfaction. Unfortunately, the authors did not compare the results of trainees with those of the expert therapists. Thus, the confirmation of this inference is left to further studies which should improve the methodology of this research with the rigour of RCTs, include other outcome measures and explore different clinical populations.

This study proposes one model of knowledge patterns as superior to others for the practice of therapy with interdialogue groups. Further research should refine which knowledge pattern characteristics are best

suited for this and other psychotherapeutic techniques by comparing different models and correlating them with clinical outcome.

Freud (1926) proposed a personal training psychotherapy as a necessity for the training of psychotherapists. Group analysis also considers personal psychotherapy a training requirement. Although it is assumed that therapy changes the way patients/trainees think, it remains to be proved that these changes have an impact on the outcome of multipatient psychotherapy. Kivlighan and Kivlighan (2010) highlights the necessity to investigate this.

4.3 SUITSS

We successfully developed a structure that enables service users to build a tool through which to express their views on staff recruitment, thus informing and improving the quality of the recruitment process. Such involvement empowers those who are on the receiving end of services and engages the community in participation in the development of services as recommended by Elstad and Eide (2009). The implementation of this tool was conducive to developing the service as a flexible, accessible and dynamic organisation and enriched its capacity to reflect and to employ the most suitable staff taking into account the view of service users. Staff members, having had their future clients involved in their selection process can also feel empowered and confident regarding their suitability for their post and the interaction with service users it requires. Unfortunately, as the research aimed to provide minimal disruption to therapeutic engagement, we could not gather service users'

views on their experience of using the tool through additional focus groups. This is an aspect requiring further exploration.

4.3.1 Applicability of SUISS

Although the tool shown in Fig 1 was tailored to meet the particular needs of a residential TC for people with personality disorder, SUISS could be utilized as a basis from which local variations, informed by service user consultation, could be tailored to a range of different services. This includes mental health, non mental health services, the private sector and its use in other countries with languages other than English. Furthermore, as services undergo redesign, SUISS could be reviewed and modified as required. It would also be informative to test to what extent the tool is relevant to a range of cultures, whether it is describing generalised important factors in staff selection and to what extent these may be culturally and linguistically bound.

Clearly, it is important to be mindful that service users' views should not override all other considerations in the staff selection process. An adequately balanced combination of the views of service users, the TC, staff, local and national policy and a realistic consideration of resources should guide staff selection in particular and service development in general.

While individual service users might have very disparate views about the characteristics of the health professional they would like to work with, the development of a group perspective where these views are balanced and cross-fertilized is essential to deliver a coherent perspective that

represents the view of the target population. This is relatively accessible in a therapeutic community, where group exploration is an important therapeutic component and where SUISS was developed and piloted, but could be more challenging in settings where service users have limited contact with each other, namely in outpatient settings. In these cases, the engagement of service users to form a cohesive “work group” (Bion, 1961) able to muster group thinking, would require interventions prior to the application of SUISS, for example through the implementation of focus groups.

The group process is susceptible to deviation from specific goals and can move into unhelpful or destructive modes (Nitsun, 1996), and the development of SUISS in a group setting has to consider the potential for negative influences to be expressed. These could take the form of unfair criticism of applicants, deliberate recommendations to recruit unsuitable applicants as a sabotaging manoeuvre, etc. During this project, we could observe individual members completing the SUISS in isolation or in ways suggesting they were expressing their personal view rather than trying to interpret that of the community. Also, it appeared that some service users’ ratings could be somewhat speculative, such as rating an applicant’s capacity to keep calm in a crisis without having seen the applicant in a crisis situation. We would recommend that this process be supervised by professionals who are familiar with group dynamics and who can both identify and challenge these processes.

4.3.2 Evaluation of the impact of SUISS

One of the virtues of SUISS is that, in providing a semi-quantitative measure of the service users' views on staff applicants, it permits the auditing of its impact and the correlation between service users recommendations and the outcome of recruitment. The large number of staff applicants that would need to be rated to determine whether selection panels' decisions correlate in any way with service users' perspectives would require this to be addressed in multicentric studies.

In conclusion, this study has demonstrated that the engagement of service users in the recruitment of staff in the setting of a therapeutic community was considered to be significantly enhanced by the development of a systematised tool, SUISS. The development of the tool actively involved service users in defining parameters that they considered important in staff that were to work with them, delivering services. The study then progressed to utilising the tool in staff selection, with positive impact reported in the quality of discussion about candidates. In addition, the candidates felt positive that their selection had involved service users and this assisted them in feeling confident taking up their roles. As summoning service users to new focus groups would interfere with the tight therapeutic programme in a residential TC, a fuller evaluation of service user views following recruitment using SUISS was not incorporated into this study. Neither was the tool redeveloped or tested out in other mental health or cultural settings. This remains to be done.

4.4 Recommendations

The systematic review of the research on the therapist characteristics that have an impact on the outcome of multipatient psychotherapy tends to be inconclusive, with poor methodological quality and large heterogeneity that impedes the pooling of results for meta-analysis. It also identified two interesting results, that ethnic matching improves the outcome of family therapy with drug abusing adolescents from the Hispanic ethnic minority (Flicker et al, 2008) and that therapist knowledge patterns affect patient satisfaction (Kivlighan and Kivlighan, 2010).

At this point in time, empirical evidence can not support recommendations on training or recruitment of professionals in the field of multipatient psychotherapy. Therapist characteristics including professional experience or even training have not reliably proved to have an impact on therapeutic outcome, although this is not the same as having proved a lack of impact.

There are several hypotheses stemming from this review that should be tested empirically: which therapist characteristics improve therapeutic outcome with which patients and in the context of which therapeutic technique? What is the impact of matching therapist and patient characteristics for patients with different sets of needs? What is the role of empathy in the outcome of therapy? How does the therapeutic process relate to outcome?

It has to be acknowledged that research in this area is difficult to conduct, requiring the coordination of a large number of therapists who practice in a sufficiently homogeneous way when this field of psychotherapy is heterogeneous and small in comparison with other therapeutic approaches.

The planning of future research needs to take into account the enormous complexity of the person of the therapist and the multiplicity of features they bring into the therapy with a potential impact on outcome (personality, upbringing, personal therapy, etc). The attempt to isolate the discrete “effective elements” requires a wide approach including many different variables to be analyzed, keeping in mind that the different therapist variables may not be independent from each other. Also, it needs to be noted that multiple confounding variables might stem from other sources, including patients, who should be assessed in a standardized way to make results comparable. OPD (2001) is one of several systems which can be used to standardize assessments.

A way forward to address this complexity is by the routine evaluation of the outcome of therapy and the development of large databases, ideally at the national or international level, gathering data from outcome, technique, patients and therapists (Barkham, Hardy and Mellor-Clark, 2010). The analysis of such a database would provide useful information, from a quantitative approach, into the factors that affect therapeutic outcome. Results obtained from the analysis of these databases should be confirmed with *ad hoc* RCTs, which should be conducted on large enough samples.

In addition to this quantitative focus, a qualitative one could also illuminate the understanding of the complexity of the outcome of therapy. Psychotherapy can be considered more an art than a technique and its results can be attributed to the deep interaction between therapist and patient (Stein, 2006). In order to understand some of the phenomena occurring at a deep emotional level it might be beneficial to use qualitative, process or even intuitive approaches. The use of different and complementary epistemological approaches to complex phenomena is a highly effective antidote against the temptation of oversimplification which haunts researchers of the impact of therapist characteristics in the outcome of multipatient psychotherapy in particular and mankind in general.

The development and use of SUTSS shows it as a useful tool for the involvement of patients in the selection of psychotherapists. It would be desirable to routinely use SUTSS or an equivalent tool in the staff selection process for mental health services in order to minimize the stigmatization and disempowerment of mental health patients.

It remains for the future to gather information about the experience of patients in the evaluation of staff applicants and the redevelopment and piloting of the tool in different environments.

5. Conclusions

The most important conclusions of this work can be summarized as follows:

- 1) The research on the impact of the person of the psychotherapist in the outcome of multipatient psychotherapy has poor methodological quality and great heterogeneity regarding therapist characteristics studied, therapeutic techniques used and outcome measures utilized.
- 2) Research on the impact of the person of the psychotherapist in the outcome of multipatient psychotherapy is not conclusive. Thus, the hypothesis that therapist characteristics affect the effectiveness of multipatient psychotherapy could not be proved. However:
 1. Ethnic matching between therapist and patient might have a positive impact, at least in youths of the Spanish minority who use drugs
 2. Therapist's knowledge patterns seem to affect the outcome of therapy, at least regarding patient satisfaction in interdialogue groups.
- 3) No recommendations for the training and supervision of psychotherapists could be rooted on the empirical evidence
- 4) Current knowledge of the effect of the psychotherapist could not improve the prediction of the outcome of multipatient psychotherapy.

- 5) We recommend the development of national and international databases to routinely and systematically collect the outcomes of psychotherapy in order to identify the elements of therapy that affect outcome. RCTs ad hoc could confirm these results. These quantitative results could be complemented by qualitative approaches.
- 6) We have developed SUISS, a system which allows the involvement of patients in the process of evaluating and recruiting psychotherapists in public health services.
- 7) We have piloted SUISS in the recruitment of a psychotherapist in the NHS.
- 8) The research on the impact of therapist characteristics in the effectiveness of multipatient psychotherapy in the old age population is underdeveloped and more studies in this population are required.

6. References

References marked with an asterisk (*) indicate studies that were included in the review

96. Ablon, J. and Jones, E. (2010). How Expert Clinician's Prototypes of an Ideal Treatment Correlate with Outcome in Psychodynamic and Cognitive-Behavioural Therapy. *Psychotherapy Research*, 8 (1), 71-83
97. Alexander, J. F., Barton, C., Schiavo R. S. and Parsons, B. V. (1976). Systems-behavioral intervention with families of delinquents: therapist characteristics, family behavior, and outcome. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 44(4), 656-64.
98. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision*. Washington DC: Author.
99. *Antonuccio, D. O., Davis, C., Lewinsohn, P. M. and Breckenridge, J. S. (1987). Therapist variables related to cohesiveness in a group treatment for depression. *Small Group Behavior*, 18(4), 557-564.
100. *Antonuccio, D. O., Lewinsohn, P. M. and Steinmetz, J. L. (1982). Identification of therapist differences in a group treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3), 433-435.
101. Bachar, E. (1998). Psychotherapy: an active agent: assessing the effectiveness of psychotherapy and its curative factors. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences*, 35(2), 128-35.
102. *Baker, K. D. and Neimeyer, R. A. (2003). Therapist training and client characteristics as predictors of treatment response to group therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 13(2), 135-151.
103. Barkham, M., Hardy, G. E. and Mellor-Clark, J. eds (2010). *Developing and Delivering Practice-Based Evidence. A Guide to Psychological Therapies*. Oxford: Wiley.
104. Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S. Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. and Wong, E. (2004) Chapter 7. Therapist Variables. In: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th edition. Lambert, M. J. New York: John Wiley & Sons, pp 227-306.
105. Bhardwaj, A. y Kathane, R. (2009). Involvement of a young service user in the appointment of a doctor. *The Psychiatrist*. 33, 439-40.
106. Bhui, K., Aubin, A. y Strathdee, G. Making a reality of user involvement in community mental health services. *Psychiatric Bulletin* 1998; 22, 8-11.
107. Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock.
108. Bion, R. (1962). The Psycho-Analytic Study of Thinking. *Int. J. Psycho-Anal*, 43, 306-310.
109. Bischoff R. J. and Sprenkle, D. H. (1993). Dropping out of marriage and family therapy: a critical review of research. *Family Process*, 32(3), 353-75.
110. Blackmore, C., Beecroft, C., Parry, G., Booth, A., Tantam, D., Chambers, E., Simpson, E., Roberts, E. and Saxon D. (1999). *A Systematic Review of the Efficacy and Clinical Effectiveness of Group Analysis and Analytic/Dynamic Group Psychotherapy*. Available at the

World Wide Web: http://groupanalyticsociety.co.uk/wp-content/uploads/file/IGA_GAS_FINAL_REPORT.pdf. Retrieved on 18th April 2010.

111. Blow, A. J., Sprenkle, D. H. and Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 298-317.
112. Blow, A. J., Timm, T. M. and Cox, R. (2008). The role of the therapist in therapeutic change: Does therapist gender matter? *Journal of Feminist Family Therapy*, 20(1), 66-86.
113. *Bright, J. I., Baker, K. D. and Neimeyer, R. A. (1999). Professional and paraprofessional group treatments for depression: A comparison of cognitive behavioural and mutual support interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 491-501.
114. *Burlingame, G. M. and Barlow, S. H. (1996). Outcome and process differences between professional and nonprofessional therapists in time-limited group psychotherapy. *Int J Group Psychother*, 46(4), 455-78.
115. Burlingame, G. M., Fuhrman, A. and Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics*, 7(1), 3-12.
116. Carpenter, P.J., Range, L. M. (1982). Predicting psychotherapy duration from therapists' sex, professional affiliation, democratic values, and community mental health ideology. *J Clin Psychol*, 38(1), 90-1.
117. Carroll, K. M. (2001). Constrained, confounded and confused: why we really know so little about therapists in treatment outcome research. *Addiction*, 96(2), 203-6.
118. Cooper, M. (2008). Chapter 3. Does Orientation Matter? The Great Psychotherapy Debate. In: *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy. The Facts are Friendly*. London: Sage. 36-59.
119. *Classen, C. C., Kraemer, H. C., Blasey, C., Giese-Davis, J., Koopman, C., Palesh, O. G., Atkinson, A., Dimiceli, S., Stonisch-Riggs, G., Westendorp, J., Morrow, G. R. and Spiegel, D. (2008). Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial. *Psycho-Oncology*, 17(5), 438-47.
120. Crane, D. R., Griffin, W. and Hill, R. D. (1986). Influence of therapist skills on client perceptions of marriage and family therapy outcome: Implications for supervision. *Journal of Marital & Family Therapy*. 12(1), 91-96.
121. *Crane, D. R., Wood, N. D., Law, D. D. and Schaalje, B. (2004). The relationship between therapist characteristics and decreased medical utilization: An exploratory study. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*. 26(1), 61-69.
122. Crawford, M. J., Aldridge, T., Bhui, K., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Tyrer, P. y Fulop, N. (2003). User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectional

- survey of service users and providers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 107, 410-4.
123. Department of Health. (2009). *The NHS constitution for England*. DOH.
 124. DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. and Gibbons, C. J. A (2005). Conceptual and Methodological Analysis of the Nonspecifics Argument. *Clin Psychol Sci Prac*. 12, 174-183.
 125. Dinger, U., Strack, M., Leichsenring F. and Henning S. (2007). Influences of patients' and therapists interpersonal problems' and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*. 17(2), 149-161.
 126. Elstad, T.A. y Eide, A. H. (2009). User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 674-81.
 127. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenger for biomedicine. *Science*. 196, 129-136.
 128. *Epstein, E. E., McCrady, B. S., Miller, K.J. and Steinberg, M. (1994). Attrition from conjoint alcoholism treatment: do dropouts differ from completers? *Journal of Substance Abuse*. 6(3), 249-65.
 129. Erikson, E. H. (1956). The Problem of Ego Identity. *J. Amer. Psychoanal. Assn*. 4, 56-121.
 130. Erwin, E. (1997a). *Chapter 1. Autonomy, Free Choice, and the Possibility of a Psychotherapeutic Science*. In: *Philosophy & Psychotherapy*. London: Sage. 1-19.
 131. Erwin, E. (1997b). *Preface*. In: *Philosophy & Psychotherapy*. London: Sage.
 132. Etchegoyen, H. (1986). Acting out (I). In: *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu. 645-655.
 133. *Fals-Stewart, W. & Birchler, G. R. (2002). Behavioral couples therapy with alcoholic men and their intimate partners: The comparative effectiveness of bachelor's- and master's-level counselors. *Behavior Therapy*. 33(1), 123-147.
 134. *Flicker, S. M., Waldron, H. B., Turner, C. W., Brody, J. L. and Hops, H. (2008). Ethnic matching and treatment outcome with Hispanic and Anglo substance-abusing adolescents in family therapy. *Journal of Family Psychology*. 22 (3), 439-447.
 135. Foulkes, S. H. (1990). *The group as a matrix of the individual's mental life. Selected Papers*. Karnac.
 136. Freud, S. and Breuer, J. (1895). Preface to the First Edition of Studies on Hysteria. In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume II (1893-1895): Studies on Hysteria*, xxix-xxx. London: The Hogarth Press.
 137. Freud, S. (1926). The Question of Lay Analysis. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XX (1925-1926): An Autobiographical Study, Inhibitions, Symptoms and Anxiety, The Question of Lay Analysis and Other Works*, 177-258.
 138. Gerkenmeyer, J. E. y Austin, J. K. (2005). Development and testing of a scale measuring parent satisfaction with staff interactions. *Journal of behavioural health services and research*. 32(1), 61-73.

139. Goldacre, B. (2008). *Bad Science*. Hammersmith: Fourth Estate.
140. *Greeson, J. K. P., Guo, S., Barth, R. P., Hurley, S. and Sisson, J. (2009). Contributions of therapist characteristics and stability to intensive in-home therapy youth outcomes. *Research on Social Work Practice*. 19(2), 239-250.
141. Guzder, J., Bond, S., Rabiau, M., Zelkowitz, P. y Rohar, S. (2011). The Relationship between Alliance, Attachment and Outcome in a Child Multi-Modal Treatment Population: Pilot Study. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 20 (3), 196-202.
142. *Hampson, R. B. and Beavers, W. R. (1996). Measuring family therapy outcome in a clinical setting: families that do better or worse in therapy. *Family Process*. 35, 347-361.
143. Hansen, T., Hatling, T., Lidal, E. y Ruud, T. (2004). The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11, 292-7.
144. Holmes, S. (2006). Becoming "the best possible" family counselor or family mediator: what expertise research has to say. *Journal of Family studies*. 12 (1), 113-122.
145. Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. and Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*. 26(1), 50-65.
146. *Kissane, D. W., Bloch, S., Smith, G. C., Miach, P., Clarke, D. M., Ikin, J., Love, A., Ranieri, N. and McKenzie, D. (2003). Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*. 12(6), 532-46.
147. Kivlighan, D. M. Jr. (2008). Structural changes in counsellor trainee intention use and clients' session evaluation. *Psychotherapy Research*. 18 (5), 560-572
148. *Kivlighan, D. M. Jr and Kivlighan, D. M. III. Are Group Leader Knowledge Structures Related to Member Satisfaction With the Leader? *Small Group Research*. 41 (2), 175-197.
149. Kolko, D. J., Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J. and Birmaher, B. (2000). Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation, and moderation. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 68(4), 603-14.
150. Lawson, D. M. and Brossart, D. F. (2003). The Relationship Between Counselor Trainee Family-of-Origin Structure and Counseling Effectiveness. *The Clinical Supervisor*. 22(2), 21-36.
151. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006*. Available in the World Wide Web http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf Downloaded on the 25 of August 2011.
152. Mintz, J., O'Brien, C. P., Luborsky, L. (1976). Predicting the outcome of psychotherapy for schizophrenics. Relative contributions of patient, therapist, and treatment characteristics. *Archives of General Psychiatry*. 33(10), 1183-6.

153. National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *NICE clinical guideline 82. Schizophrenia*. Available at the World Wide Web: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43608/43608.pdf>. Retrieved on the 11th of July 2010.
154. Nitsun, M. (1996). *The anti-group: destructive forces in the group and their creative potential*. London: Routledge.
155. OPD Task Force (2001). *Operationalized Psychodynamic Diagnostics: Foundations and Manual*. Gottingen: Hogrefe & Huber.
156. *Orten, J. D., Allen, M. and Cook, J. (1989). Reminiscence groups with confused nursing center residents: An experimental study. *Social Work in Health Care*. 14(1), 73-86.
157. Pekarik, G. (1994). Effects of brief therapy training on practicing psychotherapists and their clients. *Community Mental Health Journal*. 30(2), 135-144.
158. Pérttega Díaza, S. and Pita Fernández, S. (2004). Asociación de variables cualitativas: El test exacto de Fisher y el test de McNemar. Available at the World Wide Web: <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/fisher/fisher.asp#tabla1>. Retrieved on 2nd August 2010.
159. Piper, W. E. and Joyce, A. S. (1996). A consideration of factors influencing the utilization of time-limited, short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*. 46 (3), 311-28.
160. *Poser, E. G. (1966). The effect of therapists' training on group therapeutic outcome. *Journal of Consulting Psychology*. 30(4), 283-289.
161. *Raytek, H. S., McGrady, B. S., Epstein, E. E., Hirsch, L. S. (1999). Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*. 24(3), 317-30.
162. Repper, J. y Breeze, J. (2007). User and carer involvement in the training and education of health professionals: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 44(3), 511-9.
163. Rose, J., Loftus, M., Flint, B. and Carey, L. (2005). Factors associated with the efficacy of a group intervention for anger in people with intellectual disabilities. *British Journal of Clinical Psychology*. 44(3), 305-317.
164. Rosenheck, R., Fontana, A. and Cottroll, C. (1995). Effect of clinician-veteran racial pairing in the treatment of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 152, 555-563.
165. Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*. 6(3), 412-415.
166. Roth, A. and Fonagy, P. (2004) *What Works for Whom?* 2nd ed. NY: Guilford.
167. Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Grant, J., Lazar, A. and Broberg, J. (2006). Therapists' therapies: The relation between training therapy and patient change in long-term psychotherapy and psychoanalysis. *Psychotherapy Research*. 16(3), 306-316.
168. Shechtman, Z. (2004a). Client behavior and therapist helping skills in individual and group treatment of aggressive boys. *Journal of Counseling Psychology*. 51(4), 463-472.

169. Shechtman, Z. (2004b). The relation of client behavior and therapist helping skills to reduced aggression of boys in individual and group treatment. *International Journal of Group Psychotherapy*. 54(4), 435-54.
170. Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*. 98-109.
171. Simmons, D. S. & Doherty, W. J. (1998). Does academic training background make a difference among practicing marriage and family therapists? *Journal of Marital & Family Therapy*. 24(3), 321-36.
172. Stein, M. (2006). Individuation. In: Papadopoulos, R. *The Handbook of Jungian Psychology*. Hove: Routledge. 196-214.
173. Sterling, R. C., Gottheil, E., Weinstein, S. P., and Serota, R. (1998). Therapist/patient race and sex matching: Treatment retention and 9 month follow-up outcome. *Addiction*. 93, 1043-1050.
174. *Stolk, Y. and Perlesz, A. J. (1990). Do better trainees make worse family therapists? A followup study of client families. *Fam Process*. 29(1), 45-58.
175. Turpin, G. (2008). Improving Access to Psychological Therapies. Available at the World Wide Web: [http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file_uuid=10AFE351-1143-DFD0-7E47-2846ECD5B4F5&ext=ppt#409,1,Improving Access to Psychological Therapies \(IAPT\)](http://www.bps.org.uk/downloadfile.cfm?file_uuid=10AFE351-1143-DFD0-7E47-2846ECD5B4F5&ext=ppt#409,1,Improving%20Access%20to%20Psychological%20Therapies%20(IAPT)). Retrieved on 25th June 2010.
176. Vocisano, C., Klein, D. N., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., Vivian, D., Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Manber, R., Castonguay, L., Rush, A. J., Borian, F. E., Mccullough, J. P., Kornstein, S. G., Riso, L. P. and Thase, M. E. (2004). Therapist Variables That Predict Symptom Change in Psychotherapy With Chronically Depressed Outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 41 (3), 255-265.
177. Vostanis, P. and O'Sullivan, D. (1992). Evaluation of therapeutic factors in group psychotherapy by therapists in training. *Group Analysis*. 25(3), 325-332.
178. Watts, R. E. and Trusty, J. (1995). Perceived early childhood family influence and counselor effectiveness: An exploratory study. *Counselor Education and Supervision*. 35(2), 104-110.
179. Winnicott, D. (1971). *Playing and Reality*. London: Routledge.
180. *Woodward, C. A., Santa-Barbara, J., Streiner, D. L., Goodman, J. T., Levin, S. and Epstein, N. B. (1981). Client, treatment, and therapist variables related to outcome in brief, systems-oriented family therapy. *Fam Process*. 20(2), 189-97.
181. Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., Surguladze, S., Fannon, D. and Landau, S. (2005). What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomised control trial. *Schizophrenia Research*. 77(2-3), 201-10.
182. Yalom, I. (1931). *The Curative Factors in Group Therapy*. In: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books. 3-18

7. List of abbreviations

ABMT: Alcohol and behavioural marital therapy
ABS: Affects Balance Scale
AMED: Allied and Complementary Medicine
ANOVA: Analysis of variance
ANCOVA: Analysis of covariance
ATQ: Automatic Thoughts Questionnaire
BCT: behavioural couple therapy
BDI: Beck Depression Inventory
BNI: British Nursing Index
BPC: British Psychoanalytic Council
CBT: Cognitive behavioural therapy
CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CSQ-8: Client Satisfaction Questionnaire-8
DAS: Dyadic Adjustment Scale
DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders.
4th edition. Text Revision.
EMBASE: Excerpta Medica database
EST: Empirically supported treatment
FAD: Family Assessment Device
FEAP: Federación Española de Asociaciones de Terapeutas
GTQ: Group therapy questionnaire
HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale
HLM: Hierarchical linear modelling
HMIC: Health Management Information Consortium
HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression
HSCL-58: Hopkins Symptom Checklist-58
IAPT: Improving Access to Psychological Therapies
IGA: Institute of Group Analysis
LP: Leadership profile
MAC: Mental Adjustment to Cancer Scale
MANOVA: multivariate analysis of variance
MFT: marriage and family therapy
MHS: Marital Happiness Scale
MILP: Monash Interview for Liaison Psychiatry
MSG: mutual support group therapy
MST: multi-systemic therapy
NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence
OPD: Operationalized Psychodynamic Diagnostics
PDA: Percentage of days abstinent
POMS: Profile of Mood States Questionnaire
RCT: Randomized controlled trial
RP: Resistance Potential
RT: Visual reaction time
SBFT: systemic-behavioural family therapy
SUITSS: Service users informed tool for staff selection
TAP: Speed of tapping
TC: Therapeutic community
TRS: Therapeutic Reactance Scale

UK: United Kingdom
UKCP: United Kingdom Council for Psychotherapy
USA: United States of America