

LA URGENCIA DE LA EVIDENCIA EN PSICOTERAPIA

THE URGENCY OF EVIDENCE IN PSYCHOTHERAPY

Alvaro Paredes-Rivera *

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Recibido: 29 de abril de 2016

Aceptado: 23 de mayo de 2016

Como citarlo: Paredes-Rivera, A. (2016). La urgencia de la evidencia en psicoterapia. *Interacciones*, 2(1), 53-63

RESUMEN

Actualmente, y tras una larga historia de desarrollo y evolución, la psicoterapia es un campo en el que se presentan diferentes modelos de intervención, donde cada uno busca obtener un reconocimiento propio y su respectiva promoción. Ante esto, se plantea inicialmente la cuestión acerca de la utilidad de los modelos y que estos ofrezcan realmente resultados, haciéndose urgente contar con indicadores de eficacia respecto a los tratamientos empleados. En ese sentido, un paso importante ha sido la consolidación de los Tratamientos Psicológicos Eficaces (Chambless & Hollon, 1998), y más importante aún la meta de instaurar una Psicología Clínica Basada en la Evidencia (Spring, 2007). El presente artículo hace un análisis y revisión de esta propuesta, destacando la necesidad de adoptarla a favor de la coherencia con la idea de la psicología como ciencia; por otro lado también se describen las críticas o limitaciones planteadas, así como respuestas documentadas ante las mismas, considerando los retos futuros a los que conllevan para el avance de la psicología clínica y de la psicoterapia.

Palabras claves: Psicología clínica, psicoterapia, tratamientos psicológicos eficaces, psicología basada en la evidencia.

ABSTRACT

Currently, and after a long history of development and evolution, psychotherapy is a field where different models of intervention meet together, and everyone wants to obtain its own recognition and promotion. Considering this, it is contemplated the problem with the usefulness of the models and if they really present results, making the urgency of have an efficacy indicator of the treatments in use. In that sense, an important advance was the consolidation of the Efficacy of Psychological Treatments (Chambless & Hollon, 1998), and even more important the target of establish an Evidence-based Clinical Psychology (Spring, 2007). In this paper, it is made an analysis and review of this proposal, emphasizing the need of adopt it supporting the coherence with the idea of psychology as a science. What is more, it is described the criticism or the limitations of this point of view and some informed responses to them, considering the future challenges in the advance of clinical psychology and psychotherapy.

Key words: Clinical psychology, psychotherapy, effective psychological treatments, evidence-based psychology.

* Psicólogo. Facultad de Psicología – Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Correspondencia: alvaropr91@gmail.com

De la psicoterapia se puede decir mucho hoy en día, desde un recuento de su evolución, etapas por las que ha pasado llegando a la actualidad, hasta la variedad de escuelas y diversidad en programas formativos vigentes en nuestro contexto local y a nivel global. Ciertamente quien se dedique al estudio de las psicoterapias tendría una ardua labor que implicaría una revisión si quiera mínima acerca de esta variedad antes mencionada.

Es muchas veces necesario, ante esta diversidad, el hacer una actualización de la situación presente más que perderse en el estudio de lo que fue la psicoterapia años atrás. La proliferación de psicoterapias hasta el día de hoy ha llegado a un conteo de hasta 400 formas de psicoterapias (Feixas & Miró, 2009). Esto tiene un doble sentido: por un lado podríamos inferir que realmente existe una gran demanda de la población por acceder a los servicios terapéuticos, lo cual sería un punto de vista más desde el lado de la psicoterapia como ejercicio profesional; aunque también podríamos destacar que las propuestas psicoterapéuticas tradicionales han tenido que ser revisadas hacia su mejora y de esta manera crear modelos y técnicas más acordes con las necesidades actuales, lo cual nos acercaría más a un punto de vista teórico y hasta metodológico.

En medio de todo esto, está planteada una situación primaria lo bastante importante como para preguntarnos acerca de todos los modelos existentes, ¿serán todos válidos?, ¿todos ofrecerán los mismos resultados?, ¿qué pasa con los modelos que no funcionan?, etc. Al seguir la lógica de estas preguntas, sería necesario revisar el estado de la cuestión respecto a la investigación en psicoterapia, para así dar posibles respuestas a las diferentes inquietudes y saber qué posición tomar respecto a este panorama. Para este fin tomaremos de referencia la investigación de resultados y la investigación de procesos (Machado, 1994), las cuales son consideradas como las dos grandes líneas de investigación en psicoterapia que, si bien persiguen metas diferentes y tienen procedimientos distintos, ambas pretenden dar una respuesta a cómo aplicar la metodología científica en el campo de la psicoterapia (Feixas & Miró, 2009).

Lo que hemos aprendido en estos últimos años respecto a la investigación en psicoterapia es que no podemos seguir ignorando su existencia:

resulta imprudente guiarse intuitivamente en el trabajo clínico; sin embargo, y lamentablemente, el desconocimiento de los avances en investigación es más la regla que la excepción (Chambless, 1999), sobre todo en nuestra realidad, algo que no resulta nada nuevo (Feixas & Miró, 2009). Por este motivo, pretendemos también alertar acerca del estado actual de la psicoterapia, de los peligros que acarrea la falta de investigación, pero sobre todo de la necesidad de tener una postura respecto al estado de la cuestión en cuanto a la investigación en psicoterapia.

Se hace urgente incorporar una nueva forma de entender la psicoterapia y ejercer la práctica psicoterapéutica, basada en los resultados de investigaciones que permiten afirmar que una intervención específica es la más apropiada para el tratamiento de un trastorno psicológico, y tener la seguridad de estar brindando de esa manera un mejor servicio. Este nuevo modo de entender la profesión del clínico parte del movimiento de los Tratamientos Psicológicos Eficaces (Chambless & Hollon, 1998; Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez & Amigo-Vásquez, 2010). A su vez, este movimiento persigue un objetivo aún más ambicioso, que es el de constituir una Psicología Clínica Basada en la Evidencia (Frías & Pascual, 2003; Pascual, Frías & Monterde, 2004; Labrador, Echeburúa & Becoña, 2004; Spring, 2007; Echeburúa, Salaberría, de Corral & Polo-López, 2010; Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez & Amigo-Vásquez, 2010; Primero & Moriana, 2011; Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez & Amigo-Vásquez, 2011; Labrador & Crespo, 2012).

En el presente artículo revisamos fundamentalmente el movimiento de la psicología basada en la evidencia a grandes rasgos, definiendo apropiadamente el movimiento primario de los tratamientos psicológicos eficaces; a su vez, todo esto a partir de la investigación en psicoterapia. Asimismo, se enfatiza que una psicología clínica basada en la evidencia es una concepción más completa de la misma psicología, para luego esclarecer sus aportes al tratamiento de trastornos psicológicos, es decir a la práctica de la psicoterapia. Finalmente no se descuidan los problemas y críticas que se han presentado a este enfoque, buscando integrar la investigación más reciente para esclarecer los malos entendidos existentes, así

como delimitar cuál es el camino a seguir en coherencia con la presente propuesta.

La investigación en psicoterapia

En una revisión de la historia de la psicoterapia dentro del período en que la psicología se consolidó como ciencia, resulta frecuente asociar esta práctica profesional al desarrollo y curso del psicoanálisis (Feixas & Miró, 2009). Sin embargo, en la historia de la psicoterapia tomando como referencia los avances en investigación en el campo, contamos con un antecedente de capital importancia del cual, dicho de alguna forma, se ha convertido en el punto de partida de innumerables debates que han ido transformándose a lo largo de los años hasta la actualidad. Se trata del artículo de Eysenck (1952) en el cual cuestionó la utilidad de la psicoterapia frente al no-tratamiento, concluyendo que las personas no presentaban verdaderos cambios bajo tratamiento y que el no recibirlo resultaba más efectivo. Aunque el análisis de Eysenck se desarrolló como una crítica exclusiva al tratamiento psicoanalítico imperante en ese entonces y a las terapias de apoyo —ya que otras formas de abordaje psicológico no eran llamados psicoterapia— la conclusión del estudio dejaba en claro que no había hasta la fecha un indicador verídico, una evidencia, de que los procedimientos empleados efectuaban los cambios que decían realizar.

Si lo que Eysenck mencionaba es que la psicoterapia no funcionaba, lo primero que se haría al investigar es demostrar que las intervenciones psicoterapéuticas sí generan un cambio cuantitativa y cualitativamente superior a tratamientos placebo o al no-tratamiento. Era momento de defender la utilidad de la psicoterapia haciendo uso de procedimientos científicos. En ese sentido, surge el trabajo de Smith & Glass (1977), donde se evaluaron aproximadamente 400 reportes de resultados de intervenciones terapéuticas, demostrando que alrededor del 75% de clientes sí mejoraban en terapia frente a los que no recibían tratamiento alguno. Fue el inicio de una nueva línea de investigación, ocupada por saber si las psicoterapias funcionaban y cuáles ofrecían mejores resultados que otras, la cual es llamada inves-

tigación de resultados.

Como era de esperarse, las conclusiones obtenidas por dichas investigaciones llevaron a nuevos debates y discusiones. Se enunció que todas las psicoterapias funcionaban (Feixas & Miró, 2009), pues el reporte de Smith & Glass (1977) añadía que no existían grandes diferencias entre los resultados obtenidos por los diferentes enfoques estudiados. Aunque ello desacreditaba la aseveración vertida por Eysenck años atrás, también planteaba un nuevo problema: ¿todas las psicoterapias funcionan por igual? Y de ser así, ¿Cuáles son los elementos específicos que podríamos referir como los que producen realmente el cambio?

Algunas interpretaciones de dichos resultados han llevado a plantear que existen factores comunes a todas las psicoterapias (Kleinke, 1994/1995). Sin embargo, tal y como lo mencionan varios autores (Moriani & Martínez, 2011; Primero & Moriana, 2011) esta postura es inviable.¹

Siguiendo a otros autores (Machado, 1994; Labrador, Echeburúa & Becoña, 2004; Rodríguez, 2004) podemos afirmar que más que dar una conclusión definitiva al tema de los resultados en psicoterapia, haría falta investigar los procesos de las mismas, así como las diferencias entre las terapias.

Es de ahí que parte la siguiente línea de investigación, conocida como investigación de procesos. En este caso lo importante es describir y explicar todo aquello que ocurre en el contexto psicoterapéutico que esté afectando los resultados parciales o finales de toda la psicoterapia (Machado, 1994). Esta propuesta, en otras palabras, busca explorar y detallar los procesos interpersonales que se desarrollan en la psicoterapia. Esta línea de investigación ha planteado algunas críticas a la investigación de resultados que veremos más adelante aunque, desde ya, se puede decir que una investigación de procesos sin una investigación de resultados resulta trivial (Pérez-Álvarez & Fernández-Hermida, 2001).

Si profundizamos aún en la investigación de los resultados psicoterapéuticos, entraríamos a describir las diferencias que existen entre una y

¹ *El asumir que todas las psicoterapias funcionan obedece más a razones políticas que más que admitir la posibilidad de la diversidad en psicoterapia, parece postular una actitud permisiva en el que estén ausentes las restricciones o penalizaciones en la difusión de tratamientos pseudocientíficos. En consecuencia, nos estaríamos alejando de establecer una psicología clínica científica. Aún así, se puede revisar el reciente documento de Laska, Gurman & Wampold (2014) que intenta integrar la perspectiva de los factores comunes con la propuesta de la psicología clínica basada en la evidencia que exponemos aquí.*

otra psicoterapia. En palabras de Labrador, Echeburúa & Becoña (2004) “ya no se trata sólo de demostrar que una terapia es eficaz para un determinado trastorno, sino que lo es más que otras alternativas y en unas mejores condiciones” (p. 18). En otras palabras, hacer una diferenciación de cada intervención terapéutica, tomando como referencia los resultados que cada una demuestra.

La propuesta que desarrollamos aquí, inicia con la búsqueda de la mejor evidencia respecto al tratamiento psicológico para un trastorno específico, lo que es llamado como el movimiento de los Tratamientos psicológicos eficaces (Chambless & Hollon, 1998; APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Pérez-Álvarez et al., 2010; Pérez-Álvarez et al., 2011). Tomando en cuenta los avances en dicha línea de investigación, y en consideración de esta forma de llevar a cabo una psicoterapia como toda una concepción dentro de la intervención psicológica, defendemos finalmente un nuevo modelo al que se denomina Psicología clínica basada en la evidencia (Frías & Pascual, 2003; Pascual, Frías & Monrde, 2004; Spring, 2007; Echeburúa, Salaberría, de Corral & Polo-López, 2010; Primero & Moriana, 2011; Labrador & Crespo, 2012).

Psicología clínica basada en la evidencia

Como lo enunciamos anteriormente, la Psicología clínica basada en la evidencia (PCBE) es un planteamiento posterior de lo que en primera instancia fue el movimiento de los Tratamientos psicológicos eficaces (TPE), también encontrados en la literatura como tratamientos psicológicos con apoyo empírico o intervenciones psicológicas efectivas. La PCBE se permite ser más compleja pues integra algo más que la evidencia de la investigación recopilada de los TPE (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), por lo cual forma parte de un modelo nuevo para la intervención psicológica (Echeburúa et al., 2010).

La definición que da la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) de la PCBE parte del concepto aplicado a la clínica de la práctica psicológica basada en la evidencia, entendida como la integración de los mejores hallazgos en investigación disponibles con la experiencia clínica en el contexto de las preferencias, cultura y características personales del paciente. Su propósito es el de promover una prác-

tica psicológica y mejorar la salud pública a través de la aplicación de principios de medición, formulación de casos, relación terapéutica e intervenciones apoyadas empíricamente (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; American Psychological Association, 2013).

La PCBE es entonces una consolidación de los diferentes hallazgos producto de la investigación de resultados cuyo avance e importancia se visualiza en las listas elaboradas acerca de los tratamientos que funcionan para diferentes tipos de trastornos (Pérez-Álvarez & Fernández-Hermida, 2001; Echeburúa et al., 2010; Pérez-Álvarez et al., 2010; Crespo, Bernaldo, Gómez & Roa, 2013).

Al respecto, sobre los TPE, habría que considerar las diferencias entre lo que son intervenciones eficientes, eficaces y efectivas (Labrador, Echeburúa & Becoña, 2004; Stevens & Méndez, 2007; Moriana & Martínez, 2011):

Tratamientos eficientes: son los tratamientos que generan mayores beneficios y menores costes en comparación con otros tratamientos. Como sabemos en los servicios de salud muchas veces se toman en cuenta las intervenciones brindadas que no demanden un gran costo y que puedan realizarse en tiempos más cortos y así llegar a mayor población. Es un enorme peligro cómo esto permite muchas veces desplazar intervenciones psicológicas por el uso de terapias alternativas o de consejería no especializada, en otras palabras ofrecer al público herramientas sin ningún respaldo empírico que demuestre que realmente ayudarán.

Tratamientos efectivos: son aquellos tratamientos que son útiles y viables en cuanto a su uso práctico en el campo de intervención, en este caso en la clínica. Tienen mayor aceptación en la medida que se pueden observar los resultados directamente, es decir que podemos apreciar las mejoras o cambios al emplear el procedimiento terapéutico. Muchos talleres de entrenamiento están enfocados en la alta efectividad del tratamiento propuesto, puesto que se puede modelar en vivo la forma de intervenir y notar los cambios tras la aplicación de la técnica terapéuti-

-ca. Aparentan funcionar muy bien en la práctica clínica; no obstante, los resultados obtenidos no siempre obedecen a una sistematización del procedimiento terapéutico, es decir que la intervención modelada puede carecer de un respaldo científico, y en tal caso quedaría la utilidad sólo en la experiencia personal del terapeuta.

Tratamientos eficaces: se consideran así a los tratamientos que de acuerdo a los hallazgos en investigaciones clínicas controladas resultan beneficios para los usuarios. Aquí el punto más importante está ligado a los ensayos controlados aleatorios (RCT, por sus siglas en inglés de Randomized Controlled Trial), que son reportes de investigación que permiten demostrar que un tratamiento realmente funciona, muchas veces buscando establecer qué tratamiento da mejores resultados en comparación con el no-tratamiento, los tratamientos placebo u otros tratamientos alternativos. Para eso se usa una metodología de asignar grupos aleatorios a ser sometidos a la experimentación y así reducir el sesgo de los resultados. Otra forma en las que también se potencia el conocimiento sobre la eficacia es brindada por los meta-análisis, tal y como lo hizo Smith & Glass (1977) en el estudio anteriormente citado.

Es relevante para el análisis posterior de las limitaciones de la PCBE el distinguir entre la eficacia y la efectividad (Bohart, 2005), pues de lo contrario podríamos asumir como cierto que el aceptar los TPE sería negar la importancia de otros factores que se desarrollan en el proceso terapéutico (Rodríguez, 2004), lo cual no es así y se discutirá ulteriormente. Mientras los estudios de eficacia resumen la mejor evidencia disponible de acuerdo a los datos estadísticos obtenidos, la efectividad se asocia más a la utilidad y viabilidad en la práctica clínica.

Otro aspecto importante que dentro del movimiento basado en la evidencia se ha considerado es el de los niveles de evidencia (Vera-Villaruel, 2004, Stevens & Méndez, 2007; Moriana & Martínez, 2011; Echeburúa et al., 2010; Crespo et al., 2013). Las categorías más usadas son las de tratamientos bien establecidos, tratamientos probablemente establecidos y tratamientos en fase expe-

rimental (Chambless et al., 1998).

Tratamientos bien establecidos: se les considera así a los tratamientos que al menos cuentan con dos estudios de diseño experimental de comparación de grupos que demuestren eficacia a nivel estadístico (significancia estadística) frente al tratamiento placebo, a otro tratamiento o ser equivalente en resultados a un tratamiento bien establecido previamente. O también un gran número de investigaciones de caso único ($n > 9$) que demuestren eficacia, donde se usen buenos diseños experimentales y que igualmente muestren índices estadísticamente significativos frente a otros tratamientos incluyendo el placebo. A su vez, que los experimentos sean llevados a cabo de acuerdo a un manual de tratamiento, que las características de la muestra de pacientes esté bien especificada y que los resultados hayan sido obtenidos por al menos dos investigadores o equipos de investigación distintos.

Tratamientos probablemente establecidos: se consideran aquellos que tienen dos experimentos demostrando superioridad de tratamiento en base al índice de significancia estadística frente a un grupo de espera. O también estudios que no cumplen con todos los criterios de los tratamientos bien establecidos, sobre todo en cuanto a la comparación con otros tratamientos bien establecidos, a contar con menos diseños experimentales de caso único ($n \geq 3$) o no haber sido llevado a cabo por diferentes investigadores o equipos de investigación.

Tratamientos en fase experimental: son todos aquellos tratamientos que no cumplen con los criterios antes propuestos, pero que sí brindan reportes de investigación que realizan.

Al respecto se debe tomar en cuenta que cada institución que regla las intervenciones psicológicas ha elaborado un orden de niveles de evidencia que deben ser interpretados con cautela. Crespo et al. (2012) han elaborado sobre la base de dicha diversidad de criterios, una guía consolidada de los tratamientos psicológicos con apoyo empírico donde se detallan, además, los niveles de eviden-

-cia de acuerdo a diferentes instituciones de salud a nivel mundial. Aún así, todos se encuentran de acuerdo en que mientras mayor investigación disponible exista respecto al uso de un tratamiento específico, más conocimiento tendremos acerca del grado de eficacia que pueda prometer su administración.

Como observamos, el movimiento de los TPE provee de una base metodológica a la intervención clínica, lo cual da seguridad del criterio científico empleado para corroborar que lo realizado en nuestra práctica profesional contribuye tanto al bienestar del consultante como al progreso de la psicología clínica como ciencia.

Sin embargo, es necesario que no dejemos de lado toda la riqueza de la misma psicoterapia, la cual va más allá del conocimiento de las terapias eficaces para cada trastorno. Es necesario que los psicólogos y psicoterapeutas estemos más informados sobre esto que guiados mecánicamente por dichos principios (Bohart, 2005), y sobre este punto versa lo que es la Psicología clínica basada en la evidencia.

La PCBE va más allá y se consolida como toda una nueva forma de entender la intervención psicológica, nutriéndose principalmente de los hallazgos de investigaciones y de la experiencia clínica reportada. Así, Echeburúa et al. (2010) enuncian algunas ventajas de la PCBE serían: que las entidades de salud pueden contar con criterios operativos que permitan financiar apropiadamente aquellas terapias psicológicas que realmente funcionan; además, tanto profesionales como clientes tendrán acceso a información clara acerca de la psicoterapia y así saber elegir el tratamiento adecuado; también los profesores universitarios tendrán lineamientos claros para saber qué enseñar acerca de las intervenciones clínicas a los estudiantes (Crespo et al., 2013); finalmente, y no menos importante, existen fuertes motivaciones provenientes de la formación ética profesional que exigen el emplear procedimientos que funcionen y promover una psicología científica, ya que es la única garantía de estar brindando un buen servicio a nuestros consultantes.

Así, podemos afirmar que la PCBE renueva y posiciona a la psicología clínica en un nuevo panorama, más sensible a las necesidades la misma como ciencia y también a nivel de profesión. Tal y como ya lo anunciaba McFall en 1991, era necesario postular la necesidad (urgencia hoy en día)

de un carácter científico a la práctica clínica en psicología. Ahora, ahondaremos en el panorama de la psicoterapia.

Aportes a la psicoterapia

Aparentemente, el aporte brindado por la PCBE a la psicoterapia resulta muy obvio hasta donde se ha visto, pues dicho movimiento en psicología proviene de la misma investigación en psicoterapia. Sin embargo, lo importante para la misma radica en el cambio de concepciones de los futuros psicoterapeutas a partir del perfeccionamiento de los programas formativos.

Tal y como lo mencionan Crespo et al. (2013), las utilidades de elaborar guías de intervención clínica basadas en la evidencia son científicas, de docencia y formación o calidad docente, en la práctica clínica y para el público y pacientes. Es decir, cubre gran parte, si no todas, las funciones a las que un psicólogo clínico pueda incurrir.

El desarrollar la psicoterapia bajo el modelo de la PCBE permite enrumbar a la misma hacia una práctica científica alejada de la intuición que gobierna muchas veces la actuación de los clínicos, confirmado por Garb (1988, en Pascual, Frías & Monterde, 2004) al mencionar que cuando el pensamiento científico y la creencia personal entran en contradicción ante un problema suscitado, aparentemente los clínicos optan por emplear sus creencias.

Tal y como mencionan Labrador, Echeburúa y Becoña (2004) coexisten y proliferan grupos de crecimiento, terapias gestálticas, seminarios de percepción extrasensorial, entre otras intervenciones que prometen “milagros psicológicos” y que distan mucho de demostrar que funcionan, aunque reciben bastante atención tanto por usuarios como por supuestos profesionales que desean entrenarse en el manejo de dichas técnicas.

En el contexto peruano ocurre algo similar, ante la emergencia de terapias mal llamadas muchas veces como “holísticas” o “integrales” que promueven modelos sin ningún sustento científico, muchas veces intentando ligarlas a conocimientos en neurociencias, como si el buscar las bases neuronales o biológicas de las intervenciones fuera a dar la solidez teórica que estas terapias requieren, lo cual se ha convertido en una moda más que en un criterio científico (Pérez-Álvarez, 2011). También se encuentran terapias que apa-

-rentemente prometen resultados asombrosos y que resultan llamativos en la medida que asumen postulados poco ligados a la ciencia y, por ende, que lucen fantásticos en sentido estricto de la palabra, como lo son la PNL (Programación neurolingüística), la bioenergética, la bioneuroemoción, las constelaciones familiares, etc., e incluso terapias alternativas basadas en el uso de plantas medicinales o Flores de Bach, o el uso de cristales (Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2003). Si en algún grupo podríamos catalogar a estas intervenciones, vendrían a ser “terapias alternativas” y muchas veces confundidas como psicoterapias –en vista de que no se encuentran ligadas a ninguna teoría explicativa del comportamiento humano, lo cual es indispensable para un tratamiento psicológico (Feixas & Miró, 2009; Olivares-Rodriguez et al., 2012)– tanto para los clientes como para los psicólogos que buscan formarse en dichas “terapias”. Estas no pasan de ser simples modas, pues están muy lejos de guardar relación o coherencia con la investigación actual en el campo (Vera-Villaruel, 2004), siendo suficiente echar un vistazo al estado actual de la investigación respecto a estas intervenciones: ninguno de los reportes antes citados ni la actual División 12 de la APA (que concierne a todo lo referido a la psicológica clínica) consideran estos tratamientos, si quiera, con limitaciones, simplemente no se consignan.

Es posible que esto tenga relación con la forma en cómo se esté formando a los profesionales de la salud mental, y más concretamente a quienes realizan tratamientos psicológicos. Ello, a su vez, se puede deber a la poca o ninguna difusión de la PCBE y tiene como consecuencia una práctica profesional estéril y altamente riesgosa². Esta no es una situación novedosa, ya Chambless (1999) refería que los avances importantes en psicoterapia la mayor parte del tiempo eran ignorados por los clientes que buscan ayuda aunque también, y peor aún, por los mismos psicoterapeutas, atribuyendo una de las causas que los terapeutas mismos manifiestan no tener el tiempo –ni aparente disposición– para revisar los avances en investigación en su campo. Más recientemente Lilienfeld et al. (2013) reportaron seis posibles causas que mantienen la resistencia de los psicólogos clínicos a emplear procedimientos basados en la evidencia, a saber: el realismo “ingenuo”

(creer que los clientes cambian porque se adaptan mejor a algunas intervenciones y no por lo que las terapias puedan ofrecer como procedimientos estructurados); concepciones profundas y erradas –a veces hasta mitos – acerca de la naturaleza humana; la ignorancia respecto a la relevancia y utilidad de los datos estadísticos que se reportan en las investigaciones; la forma errónea en la que se entienden las terapias con falta de apoyo empírico de aquellas que han demostrado no tener evidencias; las ideas equivocadas acerca de lo que significa una práctica basada en la evidencia; y obstáculos asociados a las actitudes, principios pragmáticos y educacionales.

Por esta razón es que Pérez-Alvarez et al. (2010) mencionan que es el fin de la inocencia de los tratamientos psicológicos, ya que hoy en día quienes se manejan en el campo de la psicoterapia no pueden escapar de realizar un análisis detallado y someter a una verificación empírica, por tanto científica, de lo que hace en su práctica profesional. La evaluación de la eficacia de la terapia es parte del progreso de la psicología clínica científica (Echeburúa et al., 2010), y es motivo de exhortación hoy en día y más aún en un contexto como el nuestro donde proliferan intervenciones carentes de investigaciones de eficacia.

Esto, por otro lado, lleva a algunos temas de reflexión tales como la relación investigación-práctica, la hegemonía de las terapias cognitivo-comportamentales en el movimiento de la PCBE, e incluso sobre los diseños de investigación requeridos en relación al modelo biomédico que aún deja sus rastros en los servicios de salud. Estos temas, entre otros, suponen una revisión y aclaración por parte de los defensores de la PCBE.

Limitaciones y direcciones futuras

Como en cualquier campo de la ciencia, las críticas no se hacen esperar, hasta parte de los mismos simpatizantes del movimiento de TPE han acotado algunas observaciones respecto a las posibles limitaciones que tendría el seguir dicho modelo. Siguiendo la misma lógica de la ciencia, cada observación también es una posibilidad de aclarar puntos y conciliar otros.

El planteamiento que a grandes rasgos se seguirá en adelante proviene de la comprensión

² Se mencionó anteriormente cómo la PBCE era incluso aceptable en términos éticos, pues es deber del psicólogo brindar servicios que cuenten con un respaldo científico. Cualquier código de ética avalaría esta postura.

de la PCBE como una propuesta unificada e integradora para la práctica psicológica o psicoterapéutica, específicamente.

A continuación se plantean seis inconvenientes, críticas o reparos acerca de lo expuesto (Rodríguez, 2004; Bohart, 2005; Stevens & Méndez, 2007; Echeburúa et al., 2010; Lilienfield et al., 2013) así como respuestas coherentes o tentativas de solución según corresponda.

Crítica 1: Como el propósito de los TPE es elaborar guías prácticas para el manejo de trastornos psicológicos, se critica una posible “manualización” de la intervención clínica, que sería equiparable al emplear dichas guías tal como si fuesen manuales de cocina, dejando de lado otras características del proceso terapéutico.

Respuesta: Esta crítica sólo deja entrever la laxitud con la que se toman en cuenta propuesta hartamente complejas como lo pueden ser los TPE o, más aún, la PCBE. La elaboración de guías no es contraria al saber dirigir una psicoterapia, es decir que un psicoterapeuta puede bien seguir los criterios de la guía pero no podría ser tan ingenuo de seguirlos tan mecánicamente como para dejar de lado la formación de una alianza terapéutica o de la relación interpersonal, o sea la experiencia clínica, lo cual se genera en el mismo contexto (Primeró & Moriana, 2011; American Psychological Association, 2013). Es más, ni siquiera hoy en día la relación terapéutica puede quedar fuera de un análisis de la implicancia en el funcionamiento de una intervención clínica, y los estudios acerca de los aspectos relacionales y de capital importancia para el desarrollo de la psicoterapia son también factibles de ser medidos, y sus resultados ya se encuentran disponibles (Norcross, 2011; Norcross & Wampold, 2011). No se debe olvidar que los TPE son parte de un movimiento más grande e integrador que es la PCBE (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Crítica 2: La investigación de procesos es más importante que la investigación de resultados en cuanto nos provee de información acerca de lo que ocurre dentro de la terapia y no sólo en los resultados si, al fin y al cabo, la psicoterapia es efectiva.

Respuesta: Anteriormente mencionamos que era inviable el realizar una investigación de procesos sin antes haber realizado una investigación

de resultados. En palabras de Pérez-Álvarez & Fernández-Hermida (2001), “(...) la indagación de los procesos sin saber los resultados puede ser una tarea tan inútil como lo es sinfín (aparte del gran interés para el investigador). Mientras que todas las terapias tienen procesos, no todas tienen necesariamente resultados.” (p. 524). Podemos investigar los procesos psicoterapéuticos, pero estos no nos dirán nada de la efectividad de la psicoterapia si es que antes no se evalúan los resultados de las mismas. En todo caso, luego de la investigación de resultados se hace viable una investigación de procesos, pero no a la inversa, pues consumiría mucho más tiempo y coste.

Crítica 3: Considerar el hecho de que una intervención clínica sea eficaz no quiere decir necesariamente que tenga suficiente importancia o viabilidad en la práctica clínica, es decir que sea efectiva.

Respuesta: Este tema hace alusión al debate entre lo que es la validez interna y la validez externa en la investigación en psicoterapia (Frías & Pascual, 2003). Los estudios de eficacia procuran controlar todas las variables de investigación, potenciando la validez interna; mientras que en la práctica clínica sólo sabremos si una intervención tiene viabilidad si es que se maximiza la validez externa, tomando en cuenta la presencia y actuación de variables tales como el estilo del terapeuta o las expectativas del consultante. Sobre este tema queda claro que la PCBE toma en cuenta la presencia de variables que mejoran la validez externa, pues siempre están presentes en toda relación terapéutica (Spring, 2007). Por tanto, aunque sea difícil medir su efecto, no deben desestimarse (Pascual, Frías & Monterde, 2004).

Crítica 4: Existe una desarticulación entre la investigación y la práctica que, a todas luces, dificulta el poder generalizar en la práctica los principios de la PCBE.

Respuesta: Este tema resulta bastante delicado pues efectivamente, tal como ocurre en Perú y posiblemente otros países latinoamericanos, y como mencionaba Chambless (1999) y también Lilienfield et al. (2013), los mismos clínicos justifican de algún modo esa separación de la investigación con su práctica. Al parecer, esto se da también porque no se avizora que tanto la investigación como la práctica profesional son

dos expresiones de la misma formación que uno recibe como psicólogo, siendo inseparables (Olivares-Rodríguez et al., 2012). Por este motivo, afirmamos que la práctica profesional depende de la formación en investigación que tiene el clínico (McFall, 1991), concluyendo que quien ejerza como psicoterapeuta en ignorancia de los avances en investigación, está promoviendo una visión pseudocientífica de la psicología clínica. Recordar además el aspecto ético, y es que nuestros clientes también tienen derecho a conocer el estado de la cuestión respecto a los tratamientos psicológicos, y la única manera de dar una información verídica es que esté basada en la investigación disponible y no en la intuición del terapeuta.

Crítica 5: Los TPE han beneficiado, por su metodología, a las terapias cognitivas y conductuales dejando de lado otras formas de terapia que, de ajustar sus lineamientos a los exigidos para comprobar la eficacia del tratamiento, podrían perder su propia identidad.

Respuesta: No se puede negar que en las listas de TPE hay un predominio de terapias de corte cognitivo-conductual (Vera-Villaruel, 2004; Echeburúa et al., 2010), sin embargo, esto no quiere decir que la metodología sea excluyente de otras formas de terapia, pues de ser así no se tomarían en cuenta los esfuerzos de algunas formas de terapia psicodinámica, sistémica o, incluso, humanista que están sometiendo sus procedimientos a los planteados por la ciencia psicológica clínica (Fernández-Hermida, 2012). Es válido recordar y diferenciar aquellas terapias que no tienen suficiente soporte empírico y que de algún modo están intentando perfeccionar sus intervenciones (véanse por ejemplo los aportes de Fonagy et al. (2005) en terapia psicodinámica y de Carr (2000) en terapia sistémica) de aquellas terapias que simplemente no disponen de ningún estudio empírico o no se interesan en demostrar su efectividad. Sólo haría falta observar cómo ciertas terapias que son promovidas, por ejemplo en el contexto peruano, no aparecen en ningún reporte científico o guía de tratamientos, que han sido citados anteriormente. Por otro lado, y es algo que se discutirá en la siguiente crítica, una de las propuestas para el futuro de consiste en ser más flexibles respecto a la metodología empleada para corroborar la efectividad de las intervenciones clínicas.

Crítica 6: La forma que se tiene de evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos es un análogo a la forma en que la medicina promueve el tratamiento farmacológico de los trastornos mentales. De este modo, en vez de avanzar y alejarse de la postura biomédica en el área de la salud, los TPE sólo promoverían una vuelta a esta concepción del individuo humano.

Respuesta: Tal y como mencionan Pérez-Álvarez et al. (2011) una de las razones del surgimiento del movimiento de los TPE es el trazar una diferencia respecto a los tratamientos farmacológicos imperantes para la atención (médica) de los trastornos psicológicos. Precisamente, los TPE asumen la misma metodología para la corroboración de la efectividad del tratamiento pues así se permiten ser comparados directamente con los resultados farmacológicos de la intervención. Los mismos autores defienden, a su vez, que ello no significa una simpatía con el modelo biomédico y, muy al contrario, se muestran en contra de la medicalización del tratamiento o del empleo excesivo de fármacos (Pérez-Álvarez & Fernández-Hermida, 2001). Por otro lado, existe la propuesta de ampliar los márgenes actuales de la investigación y que su desarrollo sea acorde y respetando diferentes metodologías de investigación como por ejemplo la investigación cualitativa (Rodríguez, 2004).

Frente a todas estas críticas y sus respuestas, no queda duda de que la PCBE tiene un largo camino por recorrer, empezando por un mejor entendimiento de lo que son los TPE, cuyos resultados deben ser interpretados con cautela para no incurrir en falsas concepciones respecto al propósito del movimiento (Pérez-Álvarez & Fernández-Hermida, 2001; De los Reyes & Kazdin, 2008; Lilienfeld et al., 2013). En lo que respecta a la PCBE propiamente dicha, es importante la integración de la práctica profesional a la que anima, sin duda, tras una lectura de sus avances y aciertos, así como de las limitaciones que posiblemente existan. Quizás el tema de la relación terapéutica es aún un tópico poco estudiado dentro de estas investigaciones, aunque ya ha habido esfuerzos notables por otorgar el lugar que se merece a dicha relación profesional, nada menos que por parte de la interacción entre las Divisiones 12 y 29 de la APA (Norcross, 2011; Norcross & Wampold)³, y aunque las conclusiones sean aparente-

³ Las Divisiones 12 y 29 de la APA corresponden a las Sociedad de Psicología Clínica y la de Avance en Psicoterapia, respectivamente; siendo John C. Norcross, Ph.D. quien dirigió este diálogo entre divisiones.

-mente obvias (por ejemplo afirmar que una relación basada en la empatía es favorable para el tratamiento), debemos recordar que lo que diferencia la psicoterapia de otras formas de ayuda es que al ser la primera una ciencia, debe estar normada por la investigación. Todo ello nos llevaría a asumir un modelo integrado de la práctica profesional, dejando espacio para que en el futuro se pueda crear un modelo integral en toda la salud (Echeburúa et al., 2010), y que éste sea basado en la evidencia.

CONCLUSIONES

La psicología clínica, y en particular la psicoterapia, ha tenido un desarrollo relevante en los últimos años que está determinando la formación de los nuevos profesionales, tal y como lo anunciaba McFall (1991) cuando decía que era necesaria una ciencia de la psicología clínica, a través de la creación de la Society for a Science of Clinical Psychology.

En cuanto a la PCBE hemos mencionado la urgencia que tiene de ocupar su lugar en las concepciones que tienen los psicólogos acerca de las intervenciones para el tratamiento de diferentes problemas clínicos. Lo urgente se entiende por el asumir un enfoque científico que garantice realizar tratamientos que funcionen para brindar un mejor servicio, por un lado, y por otro el favorecer al desarrollo científico de la psicoterapia. Está claro, además, que el avance de la psicoterapia como una ciencia no debe limitarse en demostrar la eficacia de una técnica de intervención o de un modelo terapéutico, sino que deben ser estudiados otros aspectos relevantes del proceso terapéutico como lo es la relación terapéutica o las necesidades de los consultantes (Spring, 2007).

Ciertamente han existido problemas de asumir un enfoque basado en la evidencia en la psicoterapia, básicamente por las críticas vertidas a la manualización de la terapia, a la investigación de procesos terapéuticos, a la relación caótica entre la investigación y la práctica, entre otros problemas tratados. Sin embargo, se ha destacado que el asumir la PCBE como modelo para guiar la práctica profesional no implica el ser inflexible al momento de llevar a cabo una intervención psicoterapéutica (Frías & Pascual, 2003; APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), muy por el contrario, proponemos que al

fin y al cabo esta concepción sólo ayuda a concebir la práctica de la psicoterapia desde un plano científico y capaz de ser integrado a un modelo superior que asuma la explicación de los procesos terapéuticos también desde una perspectiva científica.

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102-109.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285
- Bohart, A.C. (2005). Evidence-based psychotherapy means evidence-informed, not evidence-driven. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31(1), 39-53.
- Carr, A. (2000). Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation. I. Child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 22, 29-60.
- Chambless, D.L. (1999). Empirically validated treatments – What now? *Applied and Preventive Psychology*, 8, 281-284.
- Chambless, D.L.; Baker, M.J.; Baucom, D.H.; Beutler, L.E.; Calhoun, K.S.; Crits-Christoph, P.; Daiuto, A.; DeRubeis, R.; Detweiler, J.; Haaga, D.A.F.; Bennett, S.; McCurry, S.; Mueser, K.T.; Pope, K.S.; Sanderson, W.C.; Shoham, V.; Stickle, T.; Williams, D.A. & Woody, S.R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-15
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18.
- Crespo, M.; Bernaldo de Quirós, M.; Roa, A.; Gómez, M.M. & Roa, R. (2012). *Guía de Referencia Rápida de Tratamientos Psicológicos con Apoyo Empírico*. Recuperado 22/02/16, el sitio web del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid: <http://www.ucm.es/info/psclinic/guiarefrat/index.php>
- Crespo, M.; Bernaldo, M.; Gómez, M.M. & Roa, A. (2013). *Presentación de la guía de referencia rápida de tratamientos psicológicos con apoyo empírico de la Universidad Complutense de Madrid*. Presentado en el 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies. Lima: Perú.
- De los Reyes, A. & Kazdin, A.E. (2008). When evidence says, “yes, no, and maybe so”: Attending to and interpreting inconsistent findings among evidence-based interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 17(1), 47-51.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Echeburúa, E.; Salaberría, K.; de Corral, P. & Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 247-256.
- Feixas, G. & Miró, M.T. (2009). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández-Hermida, J.R. (2012). El final de la inocencia: la importancia del apoyo empírico a los tratamientos. En: F.J. Labrador & M. Crespo (coords.). *Psicología clínica basada en la evidencia* (pp. 21-36). Madrid: Pirámide.
- Fonagy, P.; Roth, A. & Higgitt, A. (2005). The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 4, 367-377.

- Frías, M.D. & Pascual, J. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: efecto del tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 24 (85), 11-18.
- Kleinke, C.L. (1994/1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Labrador, F.J. & Crespo, M. (coords.). (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F.J.; Echeburúa, E. & Becoña, E. (2004). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Laska, K.M.; Gurman, A.S. & Wampold, B.E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: a common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467-481.
- Lilienfeld, S.O.; Lynn, S.J. & Lohr, J.M. (eds.) (2003). *Science and pseudoscience in clinical psychology*. New York: The Guilford Press.
- Lilienfeld, S.O.; Ritschel, L.A.; Lynn, S.J.; Cautin, R.L. & Latzman, R.D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33, 883-900.
- McFall, R.M. (1991). Manifiesto for a science of clinical psychology. *Clinical Psychologist*, 44(6), 75-88.
- Machado, P.P. (1994). Retos actuales a la investigación en psicoterapia. *Psicología Conductual*, 2(1), 113-120.
- Moriana, J.A. & Martínez, V.A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100.
- Norcross, J.C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness*. 2da edición. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Pascual, J.; Frías, M.D. & Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 1-8.
- Pérez-Álvarez, M. (2011). *El mito del cerebro creador: Cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez-Álvarez, M. & Fernández-Hermida, J.R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 523-529.
- Pérez Álvarez, M.; Fernández Hermida, J.R.; Fernández Rodríguez, C. & Amigo Vásquez, I. (2010). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En: M. Pérez Álvarez; J.R. Fernández Hermida; C. Fernández Rodríguez & I. Amigo Vásquez (coords.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 17-34). Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M.; Fernández Hermida, J.R.; Fernández Rodríguez, C. & Amigo Vásquez, I. (2011). Camino recorrido y tarea futura de los tratamientos psicológicos. En: M. Pérez Álvarez; J.R. Fernández Hermida; C. Fernández Rodríguez & I. Amigo Vásquez (coords.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 215-224). Madrid: Pirámide.
- Primero, G. & Moriana, J.A. (2011). Tratamientos con apoyo empírico. Una aproximación a sus ventajas, limitaciones y propuestas de mejora. *Revista de Investigación en Psicología*, 14(2), 189-207.
- Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: Alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 45-55.
- Smith, M.L. & Glass, G.V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-760.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: what it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631
- Stevens, K. & Méndez, D. (2007). Nuevas herramientas para la psicología clínica: Las terapias basadas en la evidencia. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1(3), 265-272.
- Vera-Villaruel, P.E. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit*, 10, 4-10.