



SECCIÓN DOCUMENTO DE REFLEXIÓN NO DERIVADO DE INVESTIGACIÓN  
REVISTA CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD  
Año 6 Vol 1 No. 7 (Pags. 127 - 138)

## LA TERAPIA CON APOYO EMPÍRICO: UN RETO ÉTICO, LEGAL Y CIENTÍFICO PARA LOS PROFESIONALES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Fredy Hernán Villalobos Galvis<sup>1</sup>

Fecha recepción agosto 4-2006    Enviado a evaluar agosto 14-2006    Aceptado noviembre 2-2006

### RESUMEN

El presente trabajo recoge los elementos teóricos que definen las Terapias con Apoyo Empírico (TAE), una tendencia reciente en la práctica clínica psicológica. Se inicia por la definición de los conceptos: mejoría terapéutica, eficacia, efectividad y utilidad clínica, para luego describir la forma como se halla la evidencia empírica de un tratamiento y comentar la importancia de las revisiones como fuente de información sobre las TAE. Además, se presentan las etapas del proceso de aplicación de las TAE, así como sus ventajas y limitaciones. Por último se plantean los retos que tanto académicos como profesionales, tienen ante la exigencia ética, legal y científica que implican las TAE.

**Palabras Clave:** Psicoterapia, Medicina Basada en Evidencia.

### ABSTRAC

This paper resume the conceptual issues about the Empirically Supported Therapies (EST), a recent trend in the psychotherapeutic practice. It begins with the definitions of the concepts: therapeutic improvement, efficacy, effectiveness and clinical utility, it continues with the description of the way to obtain empirical evidence of a treatment and it comments the importance of the systematic revisions like a information source of the EST. Furthermore the steps, advantages and limitations of the application process of the EST are showed. Finally, the academic and professional challenges of the ethic, legal and scientific exigencies of the EST are proposed.

**KEY WORDS:** Psychotherapy, evidence supported medicine.

<sup>1</sup> Psicólogo, Especialista en Docencia Universitaria, Candidato a Doctor en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Granada. Profesor asistente, Departamento de Psicología, Universidad de Nariño. Miembro del grupo de investigación: Psicología y Salud. Email: fhvillalobos@udenar.edu.co

En los últimos años, se ha generalizado toda una presión social para garantizar que los servicios que se ofrecen desde todas las profesiones (especialmente en el sector salud) cumplan con criterios de calidad, en términos de servir para aquello que afirman servir. Si bien es cierto esta presión se ha desarrollado por principios de mercado, al estar de por medio la competitividad y el servicio al cliente, las disciplinas científicas la han aprovechado para responder a la vieja pregunta sobre la pertinencia en el "mundo real" de los postulados y las técnicas desarrolladas científicamente.

Esta presión social se ve reflejada en el texto de la ley 1090 de septiembre 6 de 2006, "*por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones*", en la que se destacan una serie de afirmaciones que exigen de la Psicología, como disciplina y como profesión, un claro posicionamiento frente a su quehacer cotidiano.

Así pues, en su artículo 1, la ley define a la Psicología como una profesión y una ciencia sustentada en la investigación<sup>(1)</sup>, lo cual expone la trascendencia de esta última y da elementos para suponer y justificar la interrelación que debe haber entre disciplina y profesión.

Y además recalca: "*Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida*"<sup>(2)</sup>. Es decir, que no se puede pensar en el ejercicio de la profesión sin unos elementos científicos sólidos que le permitan cumplir con su función social y con el compromiso con la vida y el bienestar de los seres humanos.

Esta postura es coherente con la política que el Estado colombiano tiene frente a los servicios de salud y que ha llevado a la formulación de normativas nacionales orientadas a la acreditación de calidad de los servicios que ofrecen tanto las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) como los profesionales independientes.

Según la ley 1090, "*Se concluye que, independientemente del área en que se desempeña en el ejercicio tanto público como privado, pertenece privilegiadamente al ámbito de la salud, motivo por el cual se considera al psicólogo también como un profesional de la salud*"<sup>(3)</sup>. Este punto es de primordial importancia por dos razones fundamentales: Porque le da un estatus legal y un contexto al quehacer del psicólogo y porque le genera nuevos criterios de exigencia frente a su desempeño; es decir, que todos aquellos requisitos de calidad e idoneidad que se aplican a las profesiones biomédicas en su desempeño, son ahora aplicables y exigibles al caso de la profesión psicológica.

Es así como en varias profesiones del sector salud, algunos procedimientos están claramente establecidos, con protocolos de atención que definen con claridad y certeza el momento y la cantidad de medicamento o de terapia que se requiere que el usuario reciba para solucionar su problema específico de salud.

Desafortunadamente, en el campo específico de la Psicología Clínica estos procedimientos no han estado históricamente tan claros, tal vez por varias razones, entre las cuales se destacan las siguientes:

En primer lugar, resulta paradójico que "*la psicoterapia sea una técnica no-identificada, aplicada a problemas no especificados, con resultados impredecibles, para la cual se recomienda (eso sí) una preparación rigurosa y exigente*" (Ramy<sup>4</sup>). Esta falta de una posición clara por parte de los miembros de la misma profesión, puede servir de tabla de salvación para que hasta la actualidad algunos psicólogos clínicos sigan utilizando procedimientos o técnicas poco científicas, con la etiqueta de terapéuticas.

De igual manera, y muy relacionado con lo anterior, se ha dado una generación masiva de técnicas y procedimientos de terapia, de los cuales no se conoce evidencia alguna acerca de su efectividad, eficacia, ventajas y limitaciones.

En tercer lugar, se ha establecido el criterio de la experticia, en virtud del cual el profesional de la Psicología Clínica basa su ejercicio profesional sólo en su experiencia personal sin tener una prueba científica que apoye su aplicación práctica <sup>(5)</sup>.

Desafortunadamente, todas estas razones se han "mimetizado" entre argumentos pseudocientíficos que le dan a la Terapia Psicológica un halo misterioso o artístico, en donde la rigurosidad de la ciencia es vista como una intromisión violenta, más que un medio para mostrar a la sociedad, a los mismos usuarios y, aún, a los mismos psicólogos clínicos que las intervenciones terapéuticas surgen de una disciplina científica y que basan su hacer y su saber en una praxis metodológica y epistemológicamente fuertes.

"Desdichadamente, aún existen grupos de profesionales que desconocen o niegan estos hechos, proponen epistemologías de confusa comprensión y más dudosa aplicación" <sup>(6)</sup>, y llegan a considerar a la terapia como un "arte", elementos que se convierten en la mejor excusa para no someter su saber y su práctica clínicos a la comprobación empírica (pues ¿cómo evaluar científicamente el "arte"?). Este alejamiento de los principios y procedimientos de investigación científica separan al quehacer clínico de los criterios científicos de la disciplina que la da su razón de ser: La Psicología.

En este sentido debe aceptarse la contundencia de lo expuesto por Hamilton y Dobson: "La investigación sobre la eficacia y efectividad de los diferentes tipos de intervención es un tema clave para que la Psicología adquiera estatus de una disciplina científica". <sup>(7)</sup>

El presente trabajo pretende sintetizar los elementos

básicos de la corriente de la Terapia con Apoyo Empírico (TAE), así como las ventajas y dificultades de su uso en la práctica profesional, para culminar con la formulación de algunas perspectivas futuras de acción en este campo.

### *Conceptos claves de la TAE*

Desde la década de los 90's se ha consolidado una corriente de pensamiento denominada "Práctica Basada en la Evidencia" (PBE), la cual surgió en el campo de las ciencias de la salud en donde se le conoce como Medicina Basada en la Evidencia y se ha ido diseminando a otras ciencias sociales. Dicha corriente preconiza la necesidad de que los programas, tratamientos, intervenciones, servicios y acciones en general que se apliquen en cualquier contexto deberían estar avalados por la mejor evidencia disponible <sup>(8)</sup> y, complementariamente, evitar el uso de terapias o procedimientos que han demostrado no tener ningún efecto o, peor aún, que hayan mostrado efectos negativos en las personas tratadas. <sup>(9)</sup>

Cuando se habla de PBE se hace referencia al "uso conciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible en la actualidad en la toma de decisiones sobre el cuidado de un paciente" <sup>(10)</sup>. En otras palabras, y aplicándolo al campo de la Psicología clínica, la PBE implica un conjunto de habilidades implicadas en la búsqueda de información científica actualizada sobre el problema psicológico específico del paciente, así como de su tratamiento, y la posterior adaptación y puesta en práctica de acciones de prevención e intervención que han sido validadas científicamente.

Ahora bien, la expresión "validadas científicamente" debe entenderse acá en el marco de la relación dinámica, propuesta por Mustaca <sup>(11)</sup> entre Psicología básica (encargada de la formulación de teorías comprensivas sobre el comportamiento humano) y tecnologías psicológicas (que permitan el desarrollo de acciones eficaces en el manejo

de dicho comportamiento). Esas tecnologías, específicas al campo de la clínica psicológica, se denominan Terapias con Apoyo Empírico (TAE) que son aquellos procedimientos psicológicos que han recibido algún tipo de evidencia que permita suponer que generan un cambio en el problema que presentan ciertos pacientes.

Dicho cambio se ha denominado también *mejoría terapéutica*, "referida a la eficacia de una terapia en un paciente, cuando éste se encuentra en la fase de recuperación" <sup>(12)</sup>, es decir, en un período entre 6 y 12 meses de disminución significativa de los síntomas, con un retorno a un nivel de funcionamiento normal <sup>(13)</sup>. Como se puede ver, se entiende acá la mejoría como el aporte real que tiene un tratamiento psicológico para ayudar a que una persona consiga un estado de bienestar (subjetivo y objetivo) que le permita continuar con sus actividades y compromisos cotidianos, cumpliendo así con el objetivo que Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández-Montalvo <sup>(14)</sup> proponen para el tratamiento psicológico: "eliminar el sufrimiento de una persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana" (p.25).

Ahora bien, cuando se habla de tratamientos que funcionan, dicho análisis se hace considerando dos conceptos claves: Eficacia y Eficiencia.

El concepto de *eficacia*, hace referencia al "impacto de una intervención bajo condiciones óptimas" <sup>(15)</sup>, es decir, al efecto que tiene un tratamiento cuando se ha hecho un proceso riguroso de evaluación y selección de pacientes, se ha estandarizado el proceso de tratamiento, el terapeuta ha recibido un entrenamiento riguroso en dicho tratamiento y, además, cuenta con supervisión directa frente al manejo de los casos. En este tipo de estudios prima el interés por "la validez interna y el control de variables que garantizan la estimación insesgada de los efectos producidos por el tratamiento" <sup>(16)</sup>. En otras palabras, se puede afirmar que es la verificación de

la relación causa-efecto esperada entre la aplicación de un determinado tratamiento psicológico y la disminución de la problemática identificada o la mejoría en el nivel de funcionamiento del individuo en los diferentes contextos en los que se desenvuelva (familiar, escolar, laboral, social, etc.).

Por su parte la *efectividad*, es entendida como el impacto del tratamiento proporcionado en ambientes clínicos del mundo real por terapeutas "comunes y corrientes" <sup>(17)</sup>. Esta situación se acercaría a las condiciones normales o típicas de atención clínica en ambientes profesionales.

Como se puede observar, mientras el primer concepto se orienta a demostrar que el tratamiento es efectivo para controlar el problema (Validez Interna), el segundo se centra en comprobar que funciona en un contexto clínico normal (Validez Externa).

Ahora bien, la evaluación de estos aspectos en un tratamiento psicológico puede implicar a su vez, el estudio de diferentes componentes, a saber:

1. Especificidad : ¿Qué síntomas mejoran?
2. Intensidad: ¿Cuánto mejoran los síntomas?
3. Plazo: ¿Cuánto tarda en comenzar la mejoría?
4. Duración a corto plazo: ¿Dura el efecto terapéutico mientras el tratamiento se mantiene?
5. Duración a largo plazo: ¿Continúa el efecto tras la interrupción del tratamiento?
6. Costes: Rechazos, efectos secundarios, abandonos.
7. Interacciones: ¿Cómo interactúa con otros tratamientos?
8. Ingrediente activo: ¿Cuál es el principio responsable del cambio? <sup>(18)</sup>
9. Eficacia diferencial: ¿Cuáles son las ventajas e inconvenientes en relación con otros tratamientos disponibles? <sup>(19, 20)</sup>

En este momento recuerdo la frase irónica que César

Constaín Mosquera, docente durante mi práctica profesional, tenía para cuestionarnos sobre nuestro papel como terapeutas: “Hay depresiones que se curan con el terapeuta, sin el terapeuta y, a veces, a pesar del terapeuta”, la cual podría ahora debatirse desde el objetivo central de los estudios sobre eficacia y eficiencia de la terapia psicológica: demostrar que los tratamientos son superiores a la recuperación espontánea (condición de “no tratamiento”), la cual ha sido estimada entre un 30 y 40% de los casos, dependiendo del trastorno <sup>(21)</sup>.

Por tanto, un tratamiento psicológico eficaz sería aquel que “ha pasado los controles y pruebas científicas adecuadas de tal modo que sabemos que funciona respecto a no aplicar ningún tratamiento o a otro que no demuestra tener efectos o a otro menos eficaz” <sup>(22)</sup>.

Por último, y ante la crítica de algunos terapeutas profesionales a los académicos que estudian las TAE, la APA Task Force <sup>(23)</sup>, propone que se consideren otros elementos considerados como de *Utilidad Clínica*:

1. *Facilidad*: en términos de aceptación del paciente, probabilidad de cumplimiento y fácil diseminación.
2. *Generalización*: Adaptación a las características de los pacientes (cultura, género, desarrollo evolutivo, etc.), adaptación a las características del terapeuta, dificultades y fortalezas y factores del contexto.
3. *Costos y beneficios*: Tanto para el paciente como para el psicólogo, así como los costos de realizar una intervención o por retrasar su aplicación <sup>(24)</sup>.

A partir de lo anterior, se puede concluir que la PBE se orienta hacia dos grandes áreas: En primer lugar *demostrar* la mejoría de un tratamiento específico en condiciones específicas, a través de ejercicios investigativos; y en segundo lugar la compilación,

revisión y análisis de la evidencia empírica, para *identificar las terapias eficaces*. Una vez que se han identificado las TAE, se espera su *aplicación* en el contexto clínico particular. A continuación se discutirá sobre estos tres aspectos.

### Evidencia Empírica de un Tratamiento

Cuando se plantea un tratamiento para el manejo de una problemática psicológica específica, se espera que sea una alternativa óptima de intervención, es decir, que genere el mayor beneficio al menor costo posible.

Desde este punto de vista, la investigación se orienta a comprobar científicamente que tal cambio sucede. Se espera encontrar que la terapia generó un grado de cambio más allá de la cantidad de cambio causado por factores comunes a todas las terapias <sup>(25)</sup>. Para ello se hace uso de diferentes estrategias de investigación, dependiendo del problema abordado y de los recursos disponibles.

Hope <sup>(26)</sup> plantea un modelo jerárquico que expresa la calidad de la información disponible acerca del apoyo empírico de la terapia (ver tabla 1). Desde esta visión se asume que la opinión de un clínico con experiencia reconocida se acepta como fuente de evidencia, pero su peso científico no es el mismo que el que ofrece un ensayo clínico controlado o el de revisiones sistemáticas.

Tabla 1. Jerarquía de evidencia

Tipos de evidencia
Algunas revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados
Una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados
Ensayos controlados aleatorizados
Ensayos cuasi-experimentales
Estudios de caso-control y cohorte
Opinión consensuada de expertos
Opinión individual

No obstante lo anterior, Ramchandani, Joughin y Zwi <sup>(27)</sup> consideran que esta clasificación no tiene que aceptarse de manera indiscriminada para todos los casos, pues el modelo de TAE siempre aclara que se busca la "mejor evidencia disponible", en relación con las características del problema enfrentado. Así, si se requiere información frente a un caso con unas características muy particulares, el uso de ensayos controlados puede ser la mejor opción; si se busca información cualitativa sobre un tratamiento específico se puede optar por opiniones consensuadas; si el interés radica en la prevalencia de ciertas condiciones se puede optar por estudios poblacionales; y si la intención es frente a la efectividad, se podrían buscar ensayos clínicos aleatorizados o revisiones sistemáticas. En fin, la intención es que el clínico plantee adecuadamente la necesidad de información y a partir de ello busque la fuente más pertinente para suplirla.

#### Las revisiones sistemáticas como métodos para evaluar la evidencia

A partir de lo anterior, se puede inferir que un clínico que desee aplicar una TAE puede enfrentarse a dos problemas: En primer lugar, que no exista evidencia (a favor o en contra) de un tratamiento para un problema específico, por lo cual deberá tomar la decisión de su uso basado solamente en sus propios criterios y experiencias personales y profesionales.

El otro problema puede ser el encontrarse con una gran cantidad de información de calidad y no saber cuál tener en cuenta para el caso en el que trabaja. Ante esta situación se propone atender a las revisiones sistemáticas en las cuales se analizan los resultados de diferentes investigaciones sobre un tratamiento determinado para una problemática particular.

Las revisiones sistemáticas pueden clasificarse en tres grandes grupos, con características definitorias, así:

El primer tipo de métodos para evaluar la evidencia de un tratamiento es la *Revisión Narrativa o Cualitativa*,

en la cual los revisores seleccionan información obtenida de estudios individuales y luego resumen cuáles conclusiones tienen soporte y cuáles no. Este método depende exclusivamente de la evaluación que el mismo autor haga de las fortalezas y méritos de los estudios particulares y los procedimientos que se plantean allí <sup>(28)</sup>. De una u otra forma, en este tipo de estudios existe el riesgo de que el revisor se vea influenciado por la "argumentación" que ofrezca el autor de cada trabajo, antes que de la evidencia empírica que le soporta.

Un segundo grupo de métodos se refiere a las *Revisiones Cuantitativas*, las cuales han tenido una mayor trascendencia entre el modelo de Práctica Basada en la Evidencia. En estas, el meta-análisis <sup>(29, 30, 31)</sup> y los métodos de Box-Score <sup>(32)</sup> representan esfuerzos para codificar y combinar estudios individuales, de manera sistemática y cuantitativa.

Por último, las *revisiones de tratamientos validados o con soporte empírico*, se han convertido en otra forma de evaluar la literatura científica. En este tipo de revisiones, la evidencia es examinada desde la perspectiva de un grupo de criterios comunes que se tiene en cuenta para seleccionar cada estudio. Dichos criterios permiten clasificar los tratamientos según la cantidad y calidad de soporte empírico disponible. Este tipo de revisiones se orientan a identificar las terapias que son efectivas en el tratamiento de un problema clínico específico, con unos criterios específicos de inclusión. Ejemplos de estas revisiones son los trabajos de Méndez y Cols. <sup>(33, 34, 35, 36, 37, 38, 39)</sup> publicados en el monográfico de *Psicología Conductual*; Brestan y Eyberg <sup>(40)</sup>; Kaslow y Thompson <sup>(41)</sup> o Pelham, Wheeler y Chronis <sup>(42)</sup> entre otros muchos disponibles en la literatura científica.

#### Aplicación de la TAE

Como se había expresado antes, una vez que se ha obtenido soporte empírico para un tratamiento

psicológico y que dicho soporte ha sido consolidado y valorado por medio de una o varias revisiones sistemáticas, llegando a la convicción de que es eficaz, el proceso continúa, ahora en manos del psicólogo clínico, quien para aplicar una TAE debe contar con (o desarrollar) las siguientes habilidades:<sup>(43, 44)</sup>

- *Identificación y formulación del problema clínico:* Su objetivo es la formulación clara y concreta del problema clínico presente en el usuario, integrando el diagnóstico, la evaluación clínica (entrevista, pruebas psicológicas, reportes y autoreportes conductuales) y la hipótesis clínica. En palabras de Connor-Smith y Weisz<sup>(45)</sup> implica la comprensión de los factores ambientales, históricos y biológicos que sirven para generar y mantener el problema psicológico de la persona.

- *Búsqueda de información en bases de datos:* Una vez identificado el problema clínico, se deben identificar las necesidades de conocimiento que tiene el psicólogo clínico, para luego iniciar la respectiva búsqueda de información pertinente y actualizada, en fuentes científicamente validadas.

- *Valoración crítica de la información:* Implica la aplicación de criterios profesionales y disciplinares para valorar la información, para decidir qué pruebas se toman en cuenta, cuáles estudios son pertinentes para el caso clínico al que se enfrenta. Aquí se valora la calidad y la aplicabilidad de los hallazgos encontrados, intentando determinar su validez, su utilidad o su aplicabilidad clínica.

- *Interpretación de resultados y Toma de decisiones:* En esta fase se integran la información recolectada y valorada en el punto anterior, el conocimiento que el psicólogo clínico tiene del problema y del paciente, y la valoración que hace de sus propios conocimientos y habilidades terapéuticas. Como fruto de esta integración se llega a la decisión de cuál procedimiento eficaz se debe utilizar en el caso específico abordado.

- *Aplicación de la TAE:* Parte de la respectiva explicación que se le hace al paciente acerca del problema clínico, del tratamiento seleccionado (características, ventajas, limitaciones, costos, etc.) y de la forma como éste pretende resolver a aquel. Siguiendo la filosofía de la práctica basada en la evidencia, se esperaría que este sea un proceso de alto flujo de información clara y veraz, en el cual tanto el terapeuta como el paciente tomen la decisión que consideren más adecuada de acuerdo con las circunstancias del caso clínico.

- *Valoración de la aplicación:* Si se mantiene una visión científica de la práctica clínica, esta fase resulta tan relevante como las anteriores, pues es el momento de evaluar si el tratamiento adelantado fue tan eficaz como se esperaba en el momento de su escogencia. Se debe realizar no sólo el análisis de la mejoría clínica (pertinente para el ambiente clínico en el que se encuentra) sino además el reconocimiento de los factores potenciadores o limitantes de su efecto, así como la explicación teórica de las razones del cambio, en pro de la identificación del ingrediente activo.

### Obstáculos y oportunidades de la TAE

Cuando se analizan las características y ventajas de la TAE, emerge la pregunta ¿Por qué su uso no está diseminado? Las respuestas podrían ser varias:

En primer lugar, no es sorprendente encontrar que dadas las condiciones laborales impuestas por el modelo del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, el profesional se encuentre sometido a altas cargas de trabajo, bajo la presión del alto número de pacientes que hace que el tiempo destinado a ellos sea mínimo, con lo cual los fenómenos de agotamiento y burn-out están a la orden del día, haciendo prácticamente imposible el cambio de comportamiento en pro de nuevas prácticas profesionales.

Otro aspecto clave es la falta de tiempo, pues las

condiciones salariales hacen que el profesional deba dedicarlo a la atención de pacientes, dejando en mínimo la oportunidad de destinarlo a otras actividades de capacitación y/o actualización profesional.

Por último, aunque tal vez uno de los aspectos más importantes, el cambio genera miedo, miedo a sentirse "novato" de repente, a desmontar esquemas consolidados, a cambiar los "hábitos profesionales", a aprender, etc., los cuales disminuyen la probabilidad de acercarse a estas propuestas más recientes.

No obstante, ante estas dificultades en los contextos clínicos reales, también aparecen otras muchas oportunidades que las minimizan:

- En primer lugar, existe una amplia difusión de las TAE, las cuales son fácilmente accesibles a través de la internet, las bases de datos o las listas de distribución, en las cuales se presentan, discuten y comentan las ventajas y limitaciones de cada tratamiento <sup>(46)</sup>.

- Otra ventaja, tanto para el terapeuta como para el mismo paciente, es que se dejan las prácticas obsoletas y se optimiza el tiempo de la intervención <sup>(47)</sup> al implementar sólo aquellos procedimientos de reconocida eficacia, disminuyendo los tiempos de intervención y mejorando los resultados terapéuticos.

- El cambio de visión frente a la terapia y al rol que se desempeña como terapeuta representa una de las principales ganancias de las TAE, pues implica adquirir nuevas habilidades que enriquecen el quehacer profesional, aumentan la cualificación académica y mejoran el servicio prestado.

#### Desafíos Futuros

Asumiendo la visión de Mustaca <sup>(48, 49)</sup> acerca de la relación entre ciencia básica y ciencia aplicada, es importante destinar esfuerzos a la generación

y validación de modelos de psicopatología que ofrezcan luces sobre las mejores estrategias de intervención. Así los trabajos investigativos serían una importante fuente de retroalimentación de dichos modelos teóricos. En otras palabras, deberá propenderse por el desarrollo de teorías explicativas de los problemas psicológicos que, a su vez, den paso a tecnologías efectivas para su manejo.

En este sentido, es imperativo el desarrollo de estudios sobre los mecanismos de cambio que subyacen a las terapias efectivas, de tal manera que no sólo se pueda afirmar que genera mejoría terapéutica, sino que además se defina por qué la genera.

En los estudios que se hagan sobre TAE, se deben considerar los cuatro criterios planteados por Kazdin <sup>(50)</sup> para evaluar el soporte a una terapia: a) Una teoría que relacionen un mecanismo hipotético con un problema clínico, b) investigación básica que evalúe la validez del mecanismo, c) evidencia preliminar de los resultados que muestren que un determinado tratamiento genera cambios relevantes en el problema y d) conexiones entre procesos y resultados, las cuales muestren las relaciones entre procesos de cambio y resultados clínicos.

Considerando que representan las principales fuentes de críticas a las TAE, las investigaciones deberán prestar mayor atención a los aspectos de comorbilidad, mecanismos de acción y características de los pacientes <sup>(51)</sup> de tal manera que se ofrezcan datos de eficacia, eficiencia y utilidad clínica.

Es necesario desarrollar instrumentos de medición más precisos, que ayuden a determinar las características del problema y sean sensibles al cambio, lo cual implica asumir una posición más responsable frente al uso indiscriminado o erróneo de muchas pruebas psicológicas no adaptadas al contexto de trabajo o cuyos datos de sensibilidad no sean conocidos.



Potenciar una posición más activa y crítica por parte del paciente, lo que va en consonancia con el literal j del artículo 26 del Código Deontológico y Bioético "Comunicar al usuario las intervenciones que practicará, el debido sustento de tales intervenciones, los riesgos o efectos favorables o adversos que puedan ocurrir, su evolución, tiempo y alcance" <sup>(52)</sup>. Esto debe permitir al usuario de los servicios psicológicos, contar con los elementos suficientes para tomar decisiones, para exigir servicios de calidad y para sentirse responsable por sus propios procesos. "No deberíamos tomar un fármaco de eficacia no demostrada y tampoco deberíamos someternos a un tratamiento psicológico que no se sabe si funciona, al menos cuando sí existan tratamientos alternativos de eficacia demostrada" <sup>(53)</sup>.

Al facilitar el acceso de terapeutas y pacientes a la información sobre TAE's se podría ejercer mayor control de las malas prácticas profesionales <sup>(54)</sup> pues se tendrían mayores criterios de exigencia y control social de la profesión.

El psicólogo debe asumir como un compromiso ético estar actualizado frente a la información científica y conocer, entrenarse y aplicar tratamientos psicológicos que tengan evidencia científica y con la mayor calidad posible <sup>(55)</sup> lo que estaría en concordancia con el literal e del artículo 26 del Código Deontológico y Bioético que dice: "Utilizar únicamente los medios diagnósticos, preventivos, de intervención y los procedimientos debidamente aceptados y reconocidos por comunidades científicas" <sup>(56)</sup>.

Tal vez el principal reto que generan las TAE, recaen en las universidades en dos aspectos: En primer lugar, al tener que revisar sus planes de estudio <sup>(57)</sup> analizando si las terapias en las cuales forman a sus estudiantes tienen soporte empírico y destacando el valor científico de la evidencia en la práctica clínica. Y en segundo lugar, al tener que redefinir las habilidades que fomentan y desarrollan en sus egresados, pues las TAE's requieren un rol más

activo y crítico por parte de los profesionales de la Psicología Clínica.

Por último, es necesario recordar que "Sólo hay una sola Psicología Clínica aceptable, aquella que se sostiene sobre los principios del método científico" <sup>(58)</sup> y que ella no tiene por qué reñir con los principios de la práctica clínica, sino que, al contrario, tiene una serie de ventajas que la fortalecerán y la harán más pertinente frente a las necesidades sociales que la demandan. Por ende, todo aquello que se aleje de estos postulados podría ser considerado como una práctica anti-ética y, tal vez, ilegal en el ejercicio profesional de la Psicología.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Educación LEY 1090. *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones* Santa Fe de Bogotá (Septiembre 6 de 2006).
2. Ibid.
3. Ibid.
4. Vallejo-Ruiloba, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1998.
5. Frías, M.D., Y Llobell, J.P. Psicología Clínica basada en pruebas: Efecto del tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 2003; 85, 11-18.
6. Mustaca, A.E. Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2004b; 36 (1), 11-20.
7. Bados, A., García, E., Y Fusté, A. Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2002; 2 (3), 477-502
8. Sánchez-Meca, J., Boruch, R.F., Petrosino, A., Y Rosa, A.I. La colaboración Campbell y la práctica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 2002; 83, 44-48.

9. Hoagwood, K., Burns, B.J., Kiser, L., Ringeisen, H., Y Schoenwald, S.K. Evidence-based practice in child and adolescent mental health services. *Psychiatric Services*, 2001; 52 (9), 1179 -1189.
10. Ramchandani, P., Joughin, C., y ZWI, M. Evidence-based child and adolescent mental health services: Oxymoron or Brave New Dawn? *Child Psychology and Psychiatry Review*, 2001; 6 (2), 59-64.
11. Mustaca, A.E. Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2004b; 36 (1), 11-20.
12. Echeburúa, E., Y Corral, P. Eficacia de las terapias psicológicas: De la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2001; 1 (1), 181-204.
13. Ibidem.
14. Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., Y Fernández-Montalvo, J. La eficacia de los tratamientos psicológicos: Documento de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI, Noviembre de 2002. *INFOCOP*, 2003; 17, 25-30.
15. Connor-Smith, J.K., Y Weisz, J.R. Applying treatment outcome research in clinical practice: Techniques for adapting interventions to the real world. *Child and Adolescent Mental Health*, 2003; 8 (1), 3-10.
16. Llobel, J.P., Frias, M.D., Y Monterde, H. Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 2004; 87, 1-8.
17. Connor-Smith, J.K., Y Weisz, J.R. Applying treatment outcome research in clinical practice: Techniques for adapting interventions to the real world. *Child and Adolescent Mental Health*, 2003; 8 (1), 3-10.
18. Bados, A., García, E., Y Fusté, A. Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2002; 2 (3), 477-502.
19. Echeburúa, E., Y Corral, P. Eficacia de las terapias psicológicas: De la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2001; 1 (1), 181-204.
20. Bados, A., García, E., Y Fusté, A. Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2002; 2 (3), 477-502.
21. Ibidem
22. Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., Y Fernández-Montalvo, J. La eficacia de los tratamientos psicológicos: Documento de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI, Noviembre de 2002. *INFOCOP*, 2003; 17, 25-30.
23. Chorpita, B.E., Barlow, D.H., Albano, A.M., Y Daleiden, E.L. Methodological strategies in child clinical trials: Advancing the efficacy and effectiveness of psychosocial treatments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1998; 26 (1), 7-16.
24. Becoña, B., Vázquez, M.J., Miguez, M.C., Casete, L., Lloves, M., Nogueiras, L., González, N., Lage, M., Suárez, S., Gutiérrez-Moyano, M.M., Lorenzo, M.C., Y Baamonde, M.G. Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 2004; 87, 9-19.
25. Borkovec, T.D., Y Castonguay, L.G. What is the meaning of empirically supported therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998; 66 (1), 136-142.
26. Ramchandani, P., Joughin, C., Y Zwi, M. Evidence-based child and adolescent mental health services: Oxymoron or Brave New Dawn?. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 2001; 6 (2), 59-64.
27. Ibidem
28. Kazdin, A.E. *Psychotherapy for children and adolescents. Direction for research and practice*. New York: Oxford University Press, 2000.
29. Carr, A. Introduction. En Carr, A. (Ed.) *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children,*

- adolescents and their families*. London: Routledge, 2000.
30. Kazdin, A.E. *Psychotherapy for children and adolescents. Direction for research and practice*. New York: Oxford University Press, 2000.
  31. Sánchez-Meca, J., Boruch, R.F., Petrosino, A., Y Rosa, A.I. La colaboración Campbell y la práctica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 2002; 83, 44-48.
  32. Kazdin, A.E. *Psychotherapy for children and adolescents. Direction for research and practice*. New York: Oxford University Press, 2000.
  33. Méndez, X., Rosa, A.I., Montoya, M., Espada, J.P., Olivares, J., Y Sánchez-Meca, J. El tratamiento psicológico de la depresión en niños y adolescentes: Evidencia o promesa. *Psicología Conductual*, 2002; 10 (3), 563-580.
  34. Espada, J.P., Méndez, X., Botvin, G.J., Griffin, K.W, Orgilés, M., Y Rosa, A.I. Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el ambiente escolar? Un meta-análisis de los programas en España. *Psicología Conductual*, 2002; 10 (3), 563-580.
  35. Olivares, J., Rosa, A.I., Piqueras, J.A., Sánchez-Meca, J., Méndez, X., Y García-López, L.J. Timidez y fobia social en niños y adolescentes: Un campo emergente. *Psicología Conductual*, 2002; 10 (3), 523-542.
  36. Orgilés, M., Rosa, A.I., Santacruz, I., Méndez, X., Olivares, J., Y Sánchez-Meca, J. Tratamientos psicológicos bien establecidos altamente efectivos: Terapia conductual para fobias específicas. *Psicología Conductual*, 2002; 10 (3), 451-480.
  37. Rosa, A.I., Inglés, C. J., Olivares, J., Espada, J.P., Sánchez-Meca, J., Y Méndez, X. La efectividad del entrenamiento en habilidades sociales con adolescentes: De menos a más. *Psicología Conductual*, 2002; 10 (3), 543-562.
  38. Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A.I., Sánchez-Meca, J., Méndez, X., Y Olivares, J. Ansiedad generalizada, ansiedad de separación y fobia escolar: La predominancia de la Terapia Cognitivo Conductual. *Psicología Conductual*, 2002; 10 (3), 503-522.
  39. Sánchez-Meca, J., Méndez, X., Olivares, J., Espada, J.P., Inglés, C. J., Y Rosa, A.I. Tratamientos en la infancia y la adolescencia: Una revisión meta-analítica de su efectividad. *Psicología Conductual*, 2002; 10 (3), 451-480.
  40. Brestan, E.V. Y Eyberg, S.M. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1998; 27 (2), 180-189.
  41. Kaslow, N.J. Y Thompson, M.E. Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1998; 27 (2), 146-155.
  42. Pelham, W.E., Wheeler, T., Y Chronis, A. Empirically supported treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1998; 27 (2), 190-205.
  43. Ramchandani, P., Joughin, C., Y Zwi, M. Evidence-based child and adolescent mental health services: Oxymoron or Brave New Dawn?. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 2001; 6 (2), 59-64.
  44. Frías, M.D., Y Llobell, J.P. Psicología Clínica basada en pruebas: Efecto del tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 2003; 85, 11-18.
  45. Connor-Smith, J.K., Y Weisz, J.R. Applying treatment outcome research in clinical practice: Techniques for adapting interventions to the real world. *Child and Adolescent Mental Health*, 2003; 8 (1), 3-10.
  46. Mustaca, A.E. El ocaso de las escuelas de psicoterapias. *Revista Mexicana de Psicología*, 2004; 21 (2), 105-118.
  47. Ibidem.
  48. Ibidem
  49. Mustaca, A.E. Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2004; 36 (1), 11-20.
  50. Kazdin, A.E. *Current (lack of) status of theory in*

- child and adolescent psychotherapy research. Journal of Clinical Child Psychology*, 1999; 28, 533-543.
51. Chorpita, B.E., Barlow, D.H., Albano, A.M., Y Daleiden, E.L. Methodological strategies in child clinical trials: Advancing the efficacy and effectiveness of psychosocial treatments. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1998; 26 (1), 7-16.
  52. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Educación LEY 1090. *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones Santa Fe de Bogotá* (Septiembre 6 de 2006).
  53. Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., Y Fernández-Montalvo, J. La eficacia de los tratamientos psicológicos: Documento de I Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI, Noviembre de 2002. *INFOCOP*, 2003; 17, 25-30.
  54. Mustaca, A.E. El ocaso de las escuelas de psicoterapias. *Revista Mexicana de Psicología*, 2004; 21 (2), 105-118.
  55. Llobel, J.P., Frías, M.D., Y Monterde, H. Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 2004; 87, 1-8.
  56. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social y Ministerio de Educación. LEY 1090. *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el código deontológico y bioético y otras disposiciones Santa Fe de Bogotá* (Septiembre 6 de 2006).
  57. Mustaca, A.E. El ocaso de las escuelas de psicoterapias. *Revista Mexicana de Psicología*, 2004; 21 (2), 105-118.
  58. Llobel, J.P., Frías, M.D., Y Monterde, H. Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 2004; 87, 1-8.