

NUEVAS HERRAMIENTAS PARA LA PSICOLOGÍA CLÍNICA:

Las Terapias Basadas en la Evidencia

Kathleen Stevens¹ Diego Méndez²

Resumen

Tanto las diversas necesidades psicosociales emergentes, como el visible crecimiento expansivo de los trastornos psicológicos y psiquiátricos en diferentes países, hacen patente la necesidad de un reajuste en la aplicación de terapias psicológicas que demuestren eficacia, efectividad y eficiencia. La escasa utilización de Terapias Apoyadas en la Evidencia (TBE) en las prácticas clínicas, y la pobre investigación que presenta Chile al respecto, sugiere la existencia de variables que condicionan la adscripción de los profesionales a este modelo. Se revisan los antecedentes teóricos y el estado en que se encuentran las TBE en la actualidad nacional, además de las críticas y perspectivas realizadas en torno al auge de estas terapias.

Summary

The diverse emergent psychological and social needs and the visible expansive growth of the psychological and psychiatric disorders in different countries, reveal the need of a readjustment in the application of psychological therapies that demonstrate efficiency, effectiveness and efficiency. The scanty utilization of Empirically Based Therapies on the clinical practices, and the poor research that Chile presents in this matter, suggests the existence of variables that determinate the adscription of the professionals to this model. The theoretical precedents and the state in which the TEB are at present national are revisited, so as the critiques and perspectives realized concerning the summit of these therapies.

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas, se ha observado un crecimiento expansivo de los trastornos psicológicos y psiquiátricos en diferentes países, lo que ha venido acompañado del aumento de las demandas de los usuarios hacia los servicios de salud por tratamientos que demuestren su eficacia (Mustaca, 2004; Vera-Villarroel, 2004). Esta situación ha tenido diversas implicancias, tanto teóricas como prácticas, para disciplinas como la medicina y la psicología.

¹ y ² Estudiantes de Psicología Universidad de Santiago de Chile (USACH)
Contacto: ¹knstevensb@gmail.com; ²dmendezdiaz@gmail.com

Particularmente, para la psicología clínica, esto ha significado que se desarrollen nuevas estrategias de intervención que sean capaces de responder de manera eficiente, eficaz y efectiva a los diversos problemas que aquejan a la población, lo que ha llevado al surgimiento de las Terapias Basadas en la Evidencia (TBE).

Sin embargo, dentro del panorama general de esta disciplina, al revisar la oferta de los tratamientos psicológicos, se observa una variedad de técnicas basadas en distintas posturas teóricas, que difieren en sus objetivos, metas y alcances, lo que se contradice con la cantidad de estudios que demuestren la efectividad de las mismas (Vera-Villarroel, 2004), situación que difiere de los esfuerzos de otras disciplinas de la salud por comprobar sus resultados (Botella, 2000)

Labrador, Echeberúa & Becoña (2000) denuncian, además, que existe un desconocimiento importante de los avances en los tratamientos psicológicos por parte de los usuarios y de los profesionales de la psicología clínica.

Estos antecedentes indican la necesidad de ahondar en las implicancias del desarrollo de estas intervenciones con sustento empírico o basadas en la evidencia, particularmente para la práctica clínica y la formación profesional.

Así también, es necesario dar cuenta del estado del arte en Chile y ver que es lo que se ha demostrado eficaz en este país y las investigaciones asociadas al respecto.

Por otro lado, es importante dar cuenta del porqué de la poca aceptación de este tipo de terapias entre los profesionales, considerando las críticas hechas al modelo y los esfuerzos por corregir situaciones que impidan el avance del mismo.

Finalmente, el proponer vías de solución, desafíos y perspectivas con respecto al auge de las terapias con apoyo empírico o basadas en la evidencia, es imprescindible para dar cuenta de manera adecuada del panorama actual en esta materia.

TRATAMIENTOS BASADOS EN LA EVIDENCIA.

Ante las demandas por servicios de salud de calidad, la psicología clínica debió responder con premura, diseñando estrategias destinadas a cumplir con los estándares exigidos por los usuarios tanto del ámbito público como privado.

La decisión ante el problema de qué terapia utilizar ante determinado trastorno, de acuerdo con Pascual, Frías & Monterde (2004), está desde entonces mediada tanto por el juicio clínico o la experiencia del experto (psicólogo clínico), como por las evidencias que aportan los datos y las preferencias del paciente inmerso en un contexto social determinado. Estas consideraciones son las que guían la llamada Psicología Clínica o Psicoterapia Basada en la Evidencia, cuyo objetivo es la aplicación, estudio y difusión de tratamientos psicológicos que hayan sido sometidos a validación científica (Pascual, Frías & Monterde, 2004). Se trata, entonces, de evaluar tratamientos eficaces para trastornos bien definidos en muestras clínicas claramente especificadas (Compas, Haaga, Keefe, Leitenberg & Williams, 1998, en Ortiz & Vera-Villarroel, 2003)

Una herramienta para el avance y difusión de este tipo de terapias, son los “estudios de resultados” (outcome researchs) (Botella, 2000), que son investigaciones cuyo objetivo es evaluar los resultados de una o varias técnicas, procedimientos o estrategias de intervención para la solución de un problema particular.

Teniendo en consideración que, a pesar de la diversidad de aproximaciones, la mayoría de las teorías no tienen pruebas científicas de sus efectos (Beutler, 2000, en Pascual, Frías & Monterde, 2004), la única postura que, de acuerdo con Labrador, Echeberúa & Becoña (2000), cabe aceptar, es aplicar aquel tratamiento psicológico que cuente con apoyo empírico y, ante igualdad de condiciones, seleccionar aquel que sea más breve.

En este sentido, la APA (American Psychological Association, 2003, en Pascual, Frías & Monterde, 2004) destaca que el psicólogo como profesional, debe ofrecer tratamientos que garanticen la validez de sus efectos, siendo de suma importancia, la necesidad de continua formación de éste.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde el estudio pionero de Eynseck (1952, en Mustaca, 2004) y la polémica que éste suscitó, el interés por la evaluación de los efectos del tratamiento psicológico ha ido *in crescendo*. En los años siguientes a esta investigación, los especialistas han intentado demostrar la superioridad de la intervención psicológica sobre el placebo, sobre la no-intervención y sobre intervenciones alternativas.

Pero la necesidad de contar con criterios que facilitaran la decisión clínica tiene antecedentes previos desde otras disciplinas. Particularmente, en medicina, desde fines del siglo XIX, particularmente en Francia, se abre el debate en torno a qué elementos deben ser considerados al momento de intervenir, suscitándose el primer quiebre entre quienes entendían la práctica médica como un arte y quienes la veían como una ciencia (Bedregal, & Cornejo, 2005).

El movimiento que se formó producto de estas discusiones, conocido como Medicina Basada en la Evidencia (Bedregal, & Cornejo, 2005), pronto se propagó a otras disciplinas de la salud, incluyendo a la psicología, que ya venía desarrollando sus propios cuestionamientos en el tema.

Esto implicó el desarrollo en ambas disciplinas de criterios independientes que permitiesen dar cuenta del estado actual de las intervenciones con las que se cuentan y saber cuáles son eficaces y cuáles hasta el momento no cuentan con suficiente apoyo empírico (Vera-Villaruel, 2004).

Particularmente en Estados Unidos y Canadá, la definición de estos criterios surge ante la demanda social, política y económica que se vivía en ambos países a principios de los años noventa, que exigía conocer qué terapias daban resultados ante un mercado de más de 400 existentes en ese momento (Beutler, 1998, en Pascual, Frías & Monterde, 2004). Es así como, la División 12 de la APA, se encarga de elaborar guías sobre intervenciones con las que se conoce evidencia de que funcionan, creándose en 1993 el Grupo de Trabajo sobre la Promoción y Difusión de los Tratamientos Psicológicos (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures) quienes publican en 1995 un primer informe que considera una lista de 25 terapias con apoyo empírico, alcanzando en el año 2001, según Chambless & Ollendick (2001, en Mustaca, 2004), 108 terapias para trastornos identificables en adultos y 37 para niños.

CRITERIOS: LO EFICAZ, EFECTIVO Y EFICIENTE

Conviene revisar las distinciones que Labrador, Echeberúa & Becoña (2000), realizan al definir eficacia, efectividad y eficiencia terapéuticas.

La *eficacia terapéutica*, hace referencia a los efectos de un determinado tratamiento, y está asociada al logro de los objetivos terapéuticos en condiciones óptimas o ideales. Considera varios aspectos relacionados con la mejoría del paciente:

- La *especificidad*, es decir, cuáles son los síntomas que mejorar con la terapia;
- la *intensidad* de mejoría;
- el *plazo*, o sea, en cuánto tiempo comienzan a presentarse estas mejorías;
- la *duración a corto plazo*, que hace referencia al mantenimiento del efecto terapéutico mientras dura el tratamiento;
- la *duración a largo plazo*, asociada a la prolongación de tales efectos posterior a la interrupción de la terapia;
- los *costes*, en tanto rechazos o abandonos del paciente, y los efectos secundarios de la terapia;
- las *interacciones* con otros tratamientos y
- el *balance*, es decir, las ventajas y desventajas de la terapia en relación a otros tratamientos disponibles.

La *efectividad terapéutica*, se refiere al logro de los objetivos del tratamiento que el terapeuta alcanza en la práctica habitual, tomando en cuenta las diferencias que se presentan entre una situación ideal o experimental y la situación real en la que se desenvuelve la práctica clínica.

La *eficiencia terapéutica*, hace alusión al logro de los objetivos clínicos al menor coste posible. Se intenta justificar la inversión tanto a nivel terapéutico como a nivel sanitario y social, a partir de los resultados del tratamiento. Es necesario que este concepto se distinga de la reducción de costes, ya que los objetivos no apuntan a simplemente “abaratar costos”, sino que se espera la obtención del máximo beneficio con los recursos que se encuentren disponibles.

Para definir en qué consiste un “tratamiento con apoyo empírico”, es necesario determinar las condiciones que califican a una terapia como tal. La diferencia fundamental radica en la calidad de la evidencia empírica que la sustenta, en base a los diseños metodológicos que conllevan a tales evidencias. Los aspectos de validez interna y control de variables que permiten asegurar la estimación insesgada de los efectos del tratamiento y resultan primordiales en esta evaluación (Pascual, Frías & Monterde, 2004)

La clasificación de la eficacia de un tratamiento se efectúa de acuerdo al nivel de evidencia empírica que presenten sus resultados. Por una parte, se encuentran los *tratamientos eficaces*, aquellos que resultan mejores que la ausencia de terapia y superiores al tratamiento farmacológico, placebo o tratamiento alternativo, en al menos dos estudios independientes con diseño de grupo. Los *tratamientos probablemente eficaces*, son aquellos que han mostrado ser más eficaces que un grupo control, pero no han sido replicados aún. Y por último, los *tratamientos eficaces y específicos* (o en fase experimental), que no cumplen con las condiciones anteriores, a pesar de que existan indicios experimentales de la posibilidad de alcanzar niveles de eficacia establecidos, ya que en casos particulares resultan mejores

que tratamientos alternativos o placebos (Chambles & Hollon ,1998 en Pascual, Frías & Monterde, 2004; Hamilton & Dobson, 2001, en Vera-Villarroel & Mustaca, 2006)

Para certificar la eficacia de un tratamiento, deben cumplirse, además, los siguientes criterios (Seligman, 1995 en Pascual, Frías & Monterde, 2004; Vera- Villarroel & Mustaca, 2006; Abarca, Chacón, Espinosa & Vera-Villarroel, 2005)

- a) Asignación aleatoria de los sujetos a las condiciones experimentales y de control, con 30 sujetos como mínimo por grupo.
- b) Evaluación detallada con arreglo a criterios diagnósticos operativos del DSM-IV. Medidas de evaluación múltiples.
- c) Pacientes evaluados con sólo un trastorno diagnosticado, aquellos con múltiples trastornos son típicamente excluidos.
- d) Controles rigurosos. Además de un grupo control, que no recibe tratamiento, existen grupos de placebos que reciben los ingredientes terapéuticos de forma creíble tanto para el paciente como para el terapeuta. Ensayo clínico concurrente (los tratamientos en las distintas condiciones se aplican al mismo tiempo) y prospectivo (proyectado de ahora en adelante, no con datos anteriores).
- e) Utilización de diseños de ciego donde se desconoce el grupo al que pertenece el paciente.
- f) Tratamientos claramente descritos y estandarizados con detalladas descripciones de la terapia.
- g) Fijación de un número determinado de sesiones.
- h) Seguimiento de los pacientes durante un período fijo después del tratamiento (al menos 12 meses).

LAS TERAPIAS BASADAS EN LA EVIDENCIA: EL CASO DE CHILE.

En diversos estudios bibliométricos realizados tanto en Chile como en otros países de Latinoamérica, se encuentra que la producción científica asociada a las Terapias con Apoyo Empírico es considerablemente escasa (Ortiz & Vera-Villarroel, 2003; Vera-Villarroel, 2004; Vera-Villarroel & Mustaca, 2006; Vera-Villarroel & Lillo, 2006). Vera-Villarroel y Mustaca (2006) señalan que de las investigaciones relacionadas con las intervenciones clínicas, sólo 5.9% de la producción chilena se dedica a validar o buscar evidencia empírica respecto de técnicas o programas de intervención terapéutica, ya que el interés suele concentrarse en estudios teóricos más que en aplicaciones (Moyano & Ramos, 2000, en Vera-Villarroel & Mustaca, 2006).

De lo anterior, y tomando en cuenta los criterios ya señalados respecto de la eficacia de las terapias, los criterios más recurrentes encontrados en tales investigaciones, son los referidos a la fijación de un determinado número de sesiones y la tendencia a especificar claramente la intervención (Vera-Villarroel & Mustaca, 2006). A pesar de la rigurosidad de la aplicación de estos criterios, aquellos relacionados con la constitución de la muestra y el diseño, parecen ser mucho menos considerados en estos estudios (Vera-Villarroel & Mustaca, 2006). Así, las investigaciones nacionales parecen ser capaces de resistir un análisis acerca de su efectividad, no así de su eficacia ni su eficiencia.

DISCUSIONES

Una de las implicancias del surgimiento de este movimiento, es que se espera una pronta *desmedicalización* de los trastornos psicológicos (Pérez-Álvarez & Fernández, 2001), es decir, en terapias en donde existen fármacos eficaces, se espera que las psicológicas puedan lograr los mismos efectos y sino mejores, como ya se ha venido dando en los casos del trastorno obsesivo-compulsivo, la ansiedad generalizada, la depresión unipolar, las disfunciones sexuales y la agorafobia.

No obstante esto, la farmacoterapia cuenta con la ventaja de la comodidad de su aplicación, dado que la prescripción de fármacos y la toma de éstos por parte del paciente es más fácil de llevar a cabo que la aplicación y el seguimiento de una intervención psicoterapéutica (Pérez-Álvarez & Fernández, 2001).

En cuanto a la eficiencia, cabe destacar los avances hechos en el tratamiento de la depresión, donde según Pérez-Álvarez & Fernández (2001) la relación coste-beneficio favorecería la inclinación por una terapia psicológica por sobre una farmacológica, sin desconocer que el efecto de la interacción entre ambas es también provechoso.

Con respecto al enfoque que más evidencia ha mostrado en cuanto a la eficacia de sus tratamientos, existe un predominio en la presencia de las terapias cognitivo-conductuales, fundamentalmente debido a que la evaluación de los resultados es una preocupación primaria para este enfoque terapéutico (Mustaca, 2004; Pérez-Álvarez & Fernández, 2001; Vera-Villaruel, 2004).

Los otros enfoques en psicoterapia, parecen estar más enfocados en el proceso terapéutico, aún cuando, existen estudios que avalan la eficacia de terapias provenientes de algunos de éstos. Cabe destacar el caso de las terapias interpersonales, por ejemplo, que en el caso de la depresión en poblaciones latinoamericanas, parecen más efectivas que las terapias de corte cognitivo. Al parecer un enfoque interpersonal de los problemas psicológicos es más compatible con la cultura latina que un enfoque cognitivo, dado que éste último es típicamente individualista, correspondiendo más bien a una cultura anglosajona (Pérez-Álvarez & Fernández, 2001).

En cuanto a las críticas y objeciones hechas al enfoque de las terapias basadas en la evidencia o con apoyo empírico y las respuestas a éstas por parte del modelo, Mustaca (2004) y Pérez-Álvarez & Fernández (2001) enumeran las siguientes:

- Estandarización de los tratamientos: Ante esta objeción, se han realizado investigaciones que incluyen aplicaciones flexibles de los mismos, encontrándose, por lo general, que ésta no era superior a la estándar.
- Selección del tratamiento: Ante las afirmaciones de que no era necesario investigar sobre las terapias con apoyo empírico, porque existían trabajos que indicaban que la psicoterapia en general era eficaz para los clientes, se indicó que aquellas investigaciones se basaban en estudios correlacionales, carentes de mayor validez interna, por lo que estas afirmaciones resultaban inadecuadas y apresuradas.
- Focalización en los síntomas: Ante la objeción referida al énfasis que se le da al tratamiento de los síntomas en las terapias basadas en la evidencia, se ha valorado también el ajuste general, la calidad de vida y el proceso terapéutico.

- Directividad Terapéutica: Las objeciones en contra de la directividad terapéutica, han suscitado el estudio de condiciones no-directivas, mejorándose la profundidad de la experiencia en terapia.
- Validez Externa: Ante las denuncias de la poca validez externa y baja generalización de los resultados de las intervenciones basadas en la evidencia, dado el uso principalmente de diseños aleatorios, se ha sugerido la replicación para aumentar este tipo de validez.

Estas críticas y sus contra argumentos deben ser tomados en cuenta a la hora de analizar porqué este tipo de terapias no ha sido adoptado por los clínicos, estudiantes y profesores, de la manera en que se esperaba.

Botella (2000), señala que una de las causas de lo anterior, es que muchos de los estudios de eficacia fueron utilizados como “pruebas judiciales”, destinadas a derrumbar corrientes teóricas que no se veían favorecidas a la hora de las evaluaciones. Este proceder dista del actuar científico que se espera de quienes adscriben a la clínica con apoyo empírico, acercándose más a la defensa ideológica de los enfoques, cosa que no beneficia en nada el avance en esta área.

Otro de los motivos se relaciona con el hecho de que aún existen viejas prácticas que impiden el actuar científico de los clínicos. Garb (1988 en Pascual, Frías & Monterde, 2004) observó que cuando el pensamiento científico y la creencia personal entran en contradicción ante un problema, éstos suelen optar por sus creencias. El adoptar un modelo científico que se contrapone al propio, según Botella (2001), implica para muchos clínicos la pérdida de una identificación y hasta de una identidad con respecto a la forma de estudiar el objeto de la psicología. En este sentido, la práctica del psicólogo se parece más a la de un artesano que a la de un técnico (Botella, 2001), situación que es señal de la especie de adolescencia científica en que se encuentra la disciplina.

Es necesario en este punto tener en cuenta que, desde un punto de vista ético, existe la exigencia permanente de poner en constante tela de juicio lo que se está haciendo, para garantizar, de esta manera, que se hace lo mejor por resolver los problemas de los usuarios. Para Botella (2001) los estudios de resultados implican una actitud de constante reevaluación y autocrítica.

Por otro lado, en cuanto a las implicancias políticas de la implementación de estas terapias en el medio, Friedman (2002, en Bedregal & Cornejo 2005, p. 977) sugiere que “para la práctica política lo relevante no es que las políticas estén basadas en ciencias, sino más bien, que las decisiones políticas consideren la información científica de alta calidad”. Esto implica que su uso no sea instrumento de los partidos, sino herramienta en pro de la mejora de la calidad de vida de las personas.

Respecto de la valoración y cercanía que los psicólogos perciben en relación a la investigación científica en psicoterapia, un estudio basado en una encuesta a clínicos en Chile, realizada por Moncada & Kühne (2003), señala que existe una gran distancia entre la práctica en psicoterapia y la realización y lectura de publicaciones científicas del área en el país, a pesar de que los profesionales manifiestan una actitud favorable ante este tipo de investigaciones, considerándolas útiles e importantes. Estos resultados parecen condecirse con los hallazgos de otros estudios, tanto de la observación de la producción científica nacional relacionada con las intervenciones terapéuticas (Ortiz & Vera-Villarreal, 2003), como respecto de lo que los psicólogos reportan como sus actividades profesionales principales (Marassi & Reyes, 2001, en Moncada & Kühne, 2003).

La situación anteriormente descrita, tal como lo plantea Pascual, Frías & Monterde (2004), sugiere la cobertura detallada de los elementos metodológicos implicados en el proceso de diseño de investigación, dentro de la formación de los futuros profesionales de la disciplina en Chile, a los que deben exponerse los resultados más recientes sobre las evidencias de cada tratamiento psicológico, con el fin de completar un entrenamiento de acuerdo a los elementos que faciliten una relación terapéutica más efectiva, además de promover la formación continua una vez finalizada la carrera.

Además, se plantea la necesidad de desarrollar programas de intervención psicosocial, acorde a las necesidades emergentes de las distintas sociedades, a partir de la definición de problemas, el establecimiento de objetivos y la evaluación de los resultados de acuerdo con los rigores metodológicos científicos e investigaciones actualizadas, con el fin de superar las bajísimas cifras que sitúan a América Latina dentro de sólo en 2% de producción científica del mundo entero (Pérez- Álvarez & Livacic-Rojas, 2002)

REFERENCIAS

- Abarca, O., Chacón, A., Espinosa, F., & Vera-Villarroel, P. (2005)** Placebo y psicología clínica: aspectos conceptuales, teóricos e implicancias. *Terapia psicológica*. 23 (1) 73-82
- Bedregal, P. & Cornejo, C. (2005)** El movimiento de la medicina basada en la evidencia: Alcances conceptuales y teóricos. *Rev. Méd. Chile*. 133, 977-982
- Botella, J. (2000) El papel de los estudios de resultados de las terapias psicológicas. *Psicothema*. 12 (2) 176-179
- Fernández- Abascal, E., Martín, M. & Domínguez, F. (2003)** Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*. 15 (4) 615-630
- Labrador, F., Echeberúa, E. & Becuña, E. (2000).** Guía para la Elección de Tratamientos Psicológicos Efectivos: Hacia una Nueva Psicología Clínica. Madrid: Dykinson
- Moncada, H. & Kühne, W. (2003)** Importancia de la investigación en psicoterapia para los psicólogos clínicos. *Terapia Psicológica*. 21 (2) 193-201
- Mustaca, A. (2004)** El ocaso de las escuelas de psicoterapia. *Revista Mexicana de Psicología*. 21 (2), 105-118
- Pascual, J., Frías., M. & Monterde, H. (2004)** Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*. 25 (87) 1-8
- Pérez-Álvarez, M. & Fernández, J. (2001)** El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*. 13 (3) 523-529
- Pérez-Álvarez, M. & Livacic-Rojas, P. (2002)** Desafíos para la psicología latinoamericana. *Papeles del psicólogo*. (83) 21-26
- Ortiz, J. & Vera-Villarroel, P. (2003)** Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile: un análisis bibliométrico de tres revistas de Psicología. *Terapia Psicológica*, 21, 61-66.
- Vera-Villarroel, P. (2004)** Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit. Revista de Psicología*. (10) 4-10
- Vera- Villarroel, P. & Mustaca, A. (2006)** Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista latinoamericana de psicología*. 38 (3) 551-565
- Vera-Villarroel, P. & Lillo S. (2006)** La investigación en psicología clínica en Chile: un análisis a partir de la producción. *Terapia psicológica*. 24 (2) 221-230