

LA INVESTIGACIÓN EN EL PROCESO DE SOPORTE EMPÍRICO DE LAS TERAPIAS: ALCANCES Y LIMITACIONES

CONSTANZA LONDOÑO PÉREZ*, SANDRA CAROLINA VALENCIA LARA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Abstract

This article examines the recent literature about Empirically Validated Therapies, also called evidence-based practice, and attempts to summarize the very important topics around research in clinic psychology. The Empirically Supported Therapies are used in order to strengthen the therapeutic action and to improve the positioning of the profession and psychological discipline, to increase the trust in the clinical psychology on the part of the potential and actual users and to foment its extended use between people and groups with emotional and/or behavioral difficulties that require help. In the discussion, aspects like the manualization, the integration of the investigation with the profession, the diffusion of the investigative advances, the control of variables, the comparability among studies, the evaluation of the components of the treatment, the type of measures used in the investigation, the training of therapists and ethical aspects are discussed.

Keys words: empirically supported therapies, validity, research investigative methodology and manualization

Resumen

Esta revisión de la literatura actual intenta hacer una recopilación preliminar de los aspectos más importantes de la discusión en torno a la metodología de investigación en clínica conocida como Terapias con Soporte Empírico, usadas para fortalecer la acción terapéutica y mejorar el posicionamiento de la profesión y disciplina psicológica, aumentar la confianza en la psicología clínica por parte de los usuarios potenciales y la gente del común y fomentar su uso extendido entre personas y grupos con dificultades emocionales o conductuales que requieran ayuda. Se discuten aspectos como la manualización, la integración de la investigación con la profesión y la difusión de los avances investigativos, el control de variables, la comparabilidad entre estudios, la evaluación de los componentes del tratamiento, el tipo de medidas utilizadas en la investigación, el entrenamiento y actualización de los terapeutas y algunos aspectos éticos.

Palabras clave: terapias con soporte empírico, validez, metodología de investigación y manualización.

* Correspondencia: Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia, Calle 47 No. 13-32, Piso 2. clondono@ucatolica.edu.co

La investigación ha jugado un papel importante en el desarrollo de la psicología clínica y los tópicos de su interés han evolucionado a través del tiempo: en los años 40 la atención estaba centrada en el desarrollo de técnicas de evaluación más precisas que permitieran discriminar con precisión los trastornos padecidos por las personas que solicitaban ayuda para ofrecerles un tratamiento adecuado en cada caso (Kazdin, & Weisz, 1998; Kelleher, 1998; Deegear & Lawson, 2003); a partir de los años 50 crece el interés por conocer la eficacia de la psicoterapia y por ello la investigación se encaminó a comprender mejor la forma en que los métodos terapéuticos afectaban al paciente (Bergin & Garfield, 1994; Nathan & Gorman, 1998; Trull & Phares, 2003).

En los últimos 15 años las acciones se han dirigido a demostrar la existencia de intervenciones psicológicas benéficas en el tratamiento de un grupo más o menos definido de desórdenes emocionales y conductuales; el origen de éste interés particular estuvo asociado a la conformación de un grupo de expertos encargados de la promoción y difusión de Tratamientos con Soporte Empírico (TSE), quienes realizaron un informe en el que se resaltó la importancia de ser más competitivos en el mercado, más eficaces al proveer servicios y alcanzar mejor entrenamiento de los psicólogos encargados de dicha labor (Chambless & Holon, 1998; Calhoun, Moras, Pilkonis & Rehm, 1998; Hahlweg, Fiedenbaum, Frank, Schroeder & Witzleben, 2001; Lidon & Jones, 2002; Hays, Rardin, Jarvis, Taylor, Moorman & Armstead, 2002; Trull & Phares, 2003; Wampold, & Batí, 2004). El documento recogió los criterios de clasificación de los tratamientos en tres grupos de acuerdo al nivel de sustento empírico alcan-

zado; en este se definió la existencia de tratamientos bien establecidos, probablemente eficaces y experimentales (Chambless & Holon, 1998; Compas, Haaga, Keefe, Leitenberg & Williams, 1998).

Para algunos, como Goldfried y Wolfe (1998), la publicación del informe fue apresurada pues se considera necesario estudiar más en detalle los criterios usados en la clasificación de las terapias y las estrategias para que los TSE alcancen el nivel de difusión esperado. Para otros el documento representó el inicio de una importante línea de investigación, crucial en el avance del área clínica y como fuente importante de recopilaciones de trabajos editados sobre trastornos particulares (Hasselt & Hersen, 1996; Roth & Fonagy, 1996), así como de numerosos artículos de investigación y debate sobre el tema. Además, se encuentra que la APA ha producido un buen número de protocolos y guías referentes a la práctica terapéutica para problemas específicos (APA, 1993, 1995, 1998).

Vale la pena pues, evaluar los alcances y limitaciones de la propuesta metodológica de estudio de TSE y los posibles desarrollos futuros ya que no son pocas las publicaciones dedicadas a analizar las razones a favor y en contra de la misma; cada una centra la discusión en un aspecto de la situación con una mirada parcial del asunto; es por ello que el presente documento intenta hacer una recopilación preliminar de los aspectos más importantes de la discusión en torno a la metodología de investigación usada en clínica y plantear otros hasta ahora no analizados. El trabajo realizado hasta ahora tiene valor, pues además de promover la práctica basada en la evidencia, ayuda a fortalecer la acción terapéutica, permite un mejor posicionamiento de la profesión y la discipli-

na. Derivado de ello, se aumentara la confianza en la psicología clínica y será más sencillo fomentar su uso entre personas, parejas, familias y/o comunidades con dificultades emocionales o conductuales que requieran ayuda; es decir, podría mejorar el impacto social de la psicología que hasta ahora ha sido limitado.

ALCANCES

En este apartado se discuten los principales aportes derivados de la propuesta de validación empírica de las intervenciones terapéuticas, entre los que se encuentran algunos aspectos metodológicos, la manualización, el proceso de integración entre la disciplina y la profesión, y la difusión de los resultados.

Aportes metodológicos derivados del documento de la APA

Tal vez uno de los aspectos más importantes del documento producido por este grupo de expertos es que definen claramente los criterios para evaluar los tratamientos y se plantean al menos tres preguntas básicas a este respecto: ¿los beneficios de las terapias se evidencian en investigaciones controladas?, ¿Los tratamientos pueden ser usados en diversos pacientes y situaciones? y, ¿Cuál es la relación costo-beneficio de la terapia comparada con otras alternativas de tratamiento? En ésta propuesta el procedimiento es considerado la variable independiente y los beneficios que obtiene el paciente como la variable dependiente sobre la que se miden los efectos del tratamiento.

Posterior a la publicación del documento se definieron en detalle las características básicas que debe cumplir la investigación

adelantada para determinar la efectividad y eficacia de los tratamientos; dichas características se expresaron en criterios considerados fundamentales en el proceso de soportar empíricamente una terapia (Chambless & Holon, 1998; Compas & Gotlib, 2003; Berrio & Hernández, 2004). A continuación se enuncian los más importantes:

1. Los estudios deben corresponder a ensayos clínicos aleatorizados; en caso de ser estudios de caso único debe hacerse un control riguroso de las variables.

2. Así mismo, deben incluir comparaciones con grupos controles, ya sea de no tratamiento o de lista de espera, con placebos y/o con otras alternativas de tratamiento de las que ya se haya establecido su efectividad.

3. Conducir estudios de composición y descomposición de los paquetes de tratamiento para determinar las variables que actúan como principio activo del procedimiento.

4. Las muestras deben estar plenamente identificadas y homogenizadas a partir del uso de criterios confiables y universales de evaluación.

5. La evaluación de los resultados implica el uso de pruebas psicométricamente válidas y adaptadas a la población específica.

6. Es indispensable realizar medidas de seguimiento para establecer la permanencia de los efectos a largo plazo.

7. El tratamiento debe ser suficientemente largo para que tenga un efecto clínicamente significativo.

8. La implementación del tratamiento debe basarse en manuales en los que se describe en detalle el procedimiento y los principios teóricos que lo sustentan.

9. Los responsables de la terapia deben haber recibido entrenamiento intensivo sobre la implementación de la misma.

10. Se monitorea la labor del psicólogo clínico, para orientarlo en caso de dificultades en el proceso de intervención.

11. Los análisis de datos deben ser cuidadosos y llevados a cabo por personal experto.

12. La interpretación de los resultados debe concentrarse en identificar los efectos del tratamiento, comparando condiciones del tratamiento activo con condiciones previas al mismo.

13. Es necesario examinar cuidadosamente la calidad de la investigación antes de emitir explicaciones globales basadas en los resultados.

14. Así mismo, es determinante reconocer las limitaciones de la eficacia, que implica definir a quién beneficia el tratamiento, si el cambio observado es atribuible al procedimiento y cómo intervienen en el avance las características personales del paciente.

De la oposición planteada entre la validez interna de los estudios naturales y la validez externa de los estudios de laboratorio que generaron cuestionamientos acerca del tipo de conocimiento producido, se ha evolucionado hacia la aceptación de la complementariedad entre estas dos formas de producción de conocimiento (Trull & Phares, 2003). A partir de la determinación de concordancias marcadas en los resultados obtenidos sobre agresión, atención, estilos de vida, depresión, trastorno bipolar I, mendicidad, autoeficacia, estrés postraumático, ansiedad y abuso de sustancias, entre otros (Anderson, Lindsay & Bushman, 1999; Otto, Pollack & Maki, 2000; Morgenstern, Morgan, McCrady, Keller & Carroll, 2001; Blackburn & Moorhead, 2002; Basco, 2002; Ramírez, 2002; Sander-son & Rego, 2002; Wilhem, 2002; Falsetti

& Resnick, 2002), puede pensarse en meta-análisis que incluyan estudios de laboratorio y estudios en ambientes naturales para evaluar la consistencia de los resultados y potenciar la complementariedad del conocimiento generado.

En la misma línea, la investigación debe ser la base para el entendimiento de los trastornos, el desarrollo de la intervención y determinación del sustento empírico de los tratamientos (Compas & Gotlib, 2003); este papel implica resolver preguntas ya formuladas y la generación de nuevas preguntas sobre los aspectos más relevantes de la acción clínica. Así mismo, se han realizado estudios secuenciales que muestran esfuerzos sistemáticos dirigidos a establecer el sustento empírico de diversas terapias, entre las que encuentran terapias cognitivas, cognitivo-conductuales (DeRubeis & Crist-Christoph, 1998; Ablon & Marci, 2004) e interpersonales.

La investigación además permite evaluar sistemáticamente la psicoterapia, el nivel de intervención en el que funciona mejor y la población en la que se potencian los efectos (Compas & Gotlib, 2003). Dicha evaluación ha trascendido el terreno subjetivo del reporte de bienestar del paciente, pues la persona puede reportar mejoría debido a la acción de la deseabilidad social o tan solo para no desautorizar al psicólogo tratante. Se han conducido un número importante de estudios comparativos, de meta-análisis, estudios de caso y revisiones documentales sobre los tratamientos, que proporcionan conocimiento cada vez más amplio y detallado de las terapias y sus efectos sobre los problemas de los pacientes (Westen & Morrison, 2001; Wong, Kim, Zane & Huang, 2003).

Desarrollo de manuales de intervención

Otro aporte es el desarrollo de manuales para que sean usados como guías de intervención, en los que se describe cuidadosamente cada sesión, secuencias de acción en el proceso, trabajos y tareas terapéuticas, principios básicos, estrategias de evaluación y diagnóstico, ejemplos de intervenciones previas y tipo de paciente al que va dirigido (Chris-Christoph, Frank, Chambless, Brody & Kart, 1995; Bernal & Scharrón-del-Río, 2001). Así mismo, se considera que los manuales pueden ser el puente entre la investigación y la práctica, ya que son de mayor acceso y no implican obligatoriamente un cambio en el sistema de atención al paciente (Clarkin, 1998). Además se ha definido que los autores de un manual deben ser expertos reconocidos en el ambiente académico y que conozcan plenamente el sistema de diagnóstico vigente (Clarkin, 1998).

Los manuales facilitan la estandarización de las técnicas de intervención, son de mucha utilidad clínica pues orientan paso a paso al terapeuta, permiten la replicabilidad de las experiencias, recogen un conjunto de métodos usados para intervenir en un problema definido, fomentan la innovación clínica, sin la improvisación irresponsable con los pacientes; se toma la mejor opción de intervención sin excluir la posibilidad de hacer pequeños ajustes, facilitan la labor de enseñanza, son textos manejables elaborados de forma didáctica para hacerlos más útiles (Trull & Phares, 2003), pueden ser más atractivos para las entidades que autorizan la implementación de las terapias (Márques, 1998) y le dan mayor categoría a la labor que hace el psicólogo.

Integración de la investigación a la profesión

El modelo de TSE reconoce la importancia de alcanzar integración entre la investigación empírica y la práctica clínica (Kelleher, 1998), y la discusión que ha promovido empieza a dar sus frutos articulando de manera incipiente, pero prometedora, los avances investigativos, las preguntas básicas de investigación y las cuestiones cotidianas de la práctica. En ésta propuesta, práctica e investigación se complementan; la práctica basada en la investigación y la investigación dirigida a soportar el trabajo realizado tal como se propone en el modelo de profesionales científicos (Beutler, 2000a; Trull & Phares, 2003).

Ocurre un proceso de innovación profesional y tecnológica con potencial para expandir la aplicación de prácticas basadas en evidencia hacia otras áreas aplicadas como la psicología de la salud, psicología comunitaria y psicología organizacional entre otras. Así mismo, al lograr mejores resultados en la intervención psicológica se facilita el posicionamiento de la labor del psicólogo, pues si se ofrecen mejores terapias crece la confianza y aumenta la demanda de los servicios y como efecto secundario se generan más opciones de empleo y desarrollo profesional de los psicólogos clínicos. De otra parte, el uso extendido de los servicios permitirá mejorar el reconocimiento de la labor del psicólogo y fortalecerá su posicionamiento social y académico.

Difusión de los avances en investigación

Gracias al desarrollo tecnológico en las comunicaciones y difusión del conocimiento es posible conseguir información

eficiente, segura y comprensible en pocos minutos a través de Internet; el mayor acceso a bases de datos y fuentes de documentación permite un intercambio más frecuente y nutrido entre la investigación y la práctica (Compas & Gotlib, 2003); en especial en los medios académicos en donde confluyen estos dos campos y se facilita la discusión. La ampliación del acceso a bases como PsyLit, PsyArticles y Medline ha permitido que se mantenga con cierta facilidad la actualización documental de los profesionales que usan este medio para acceder a información acerca de las aplicaciones de ciertas terapias provenientes de diversas partes del mundo.

La publicación cada vez más frecuente de trabajos destinados a evaluar la validez empírica de ciertos tratamientos es una de las mayores fortalezas ya que las publicaciones revisadas por pares ayuda a moldear el avance del conocimiento y garantiza la calidad del mismo; además permite reconocer tanto la convergencia como la divergencia de resultados obtenidos en estudios con diseños diferentes, controlando diversas variables e incluso que algunos de los estudios hayan superado errores detectados en otros trabajos de investigación.

Investigar es tan importante como facilitar la difusión de sus avances, así pues la investigación debe ir de la mano con la actualización, ya que algunos terapeutas siguen los mismos procesos por años rutinariamente sin preocuparse por recibir actualización o nuevo entrenamiento en terapias innovadoras, pues algunos piensan que con solo leer un artículo están en capacidad de aplicar el tratamiento, ignorando la importancia de recibir formación específica requerida para implementar procesos de intervención complejos.

LIMITACIONES

En este apartado se discuten aspectos considerados los principales aportes derivados de la propuesta de validación empírica de las intervenciones terapéuticas, entre los que se encuentran algunos aspectos metodológicos, la manualización, el proceso de integración entre la disciplina y la profesión y la difusión de los resultados

Investigación

Es innegable que la investigación en psicoterapia ha avanzado y se ha ido extendiendo, pero algunas fallas en los estudios prevalecen y hacen que aún sea necesario discutir sobre aspectos relacionados con la posibilidad de usar placebos en psicología, la replicabilidad de los estudios, el control de variables antes no consideradas y la concentración de los desarrollos en un grupo de problemas en particular. En esta misma línea, autores como Londoño, Torres & Contreras (2004) y Westen & Weinberger (2004) plantean la existencia de serias limitaciones en el uso de grupos control, la comparabilidad de los estudios, la homogenización de las muestras y la aplicabilidad de los resultados en ambientes naturales.

Control de variables. Se pretende que en la investigación para soportar empíricamente las terapias exista un control riguroso de variables, en especial de aquellas que puedan conducir a efectos no deseados (Compas & Gutlib, 2003, Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004); sin embargo, es realmente difícil alcanzar tal pretensión pues, por un lado, en los estudios de laboratorio se controla un número limitado de variables que para nada tienen que ver con la complejidad de las situaciones que se dan

en la «vida real»; por otro lado, en pocas ocasiones es posible tener a los pacientes aislados «bajo estricto control» ya que esto tiene implicaciones éticas y económicas. La mayoría de los participantes son reclutados en servicios de consulta externa y esto implica que ellos están expuestos a un sinnúmero de variables no controladas que pueden afectar el curso de la intervención, ya sea positiva o negativamente. Igualmente, los estudios realizados en ambientes naturales tienen este mismo problema de control y otros como la heterogeneidad de las muestras.

Respecto de la pretendida homogeneidad de la muestra, en la práctica es difícil alcanzar tal nivel de especificación y lograr la representatividad de la misma pues han sido elegidas a través de métodos disímiles (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). No se han determinado los efectos globales del tratamiento en grupos disímiles típicos de la práctica clínica en ambientes naturales, se han limitado a describir los efectos de la terapia aplicada a muestras de pacientes que han sido homogenizados a partir de la selección para efectos de control de variables en la investigación, pero que no necesariamente representan las diversidad de perfiles y características de los trastornos en cada paciente que hace uso de los servicios de salud. Por ésta y otras razones los estudios de laboratorio pueden ser vistos como aplicaciones artificiales, lejanas del trabajo que ocurre en condiciones «reales» (Kazdin & Weisz, 1998).

Los pacientes en la vida real son muy heterogéneos, lejos de las muestras homogéneas manejadas en los estudios (Clarkin, 1998; Kazdin & Weisz, 1998; Addis, Hatgis, Krasnow, Bourne & Mansfield, 2004). Y aún en las muestras en las que se pretende

la homogeneidad se encuentra que por ejemplo los rangos de edad incluidos son en extremo amplios, y se obvian claras diferencias entre un joven de 18 años que padece una patología y un adulto de 50 años con el mismo padecimiento. Por lo tanto los hallazgos obtenidos son relativos a las muestras y las condiciones de estudio y puede ser que no sean generalizables, tal como lo plantea Trull y Phares (2003) y otros (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004; Addis & cols., 2004).

La aleatorización de las muestras presenta varias dificultades y es necesario pensar en nuevas opciones compatibles con la investigación controlada (Goldfried & Eubanks-Carter, 2004). Pocos estudios refieren la existencia de un proceso de asignación aleatoria de las participantes a los grupos de tratamiento, hay una marcada tendencia a trabajar con grupos intactos debido a que las instituciones que colaboran no desean que los pacientes a quienes atiende sean tratados de manera diferente porque esto puede afectar la evolución de su problema, ya sea porque al ser asignado a un grupo control se frena o deteriora el proceso o porque es necesario tener en cuenta la igualdad de derechos para ser asignados al grupo en el que se espera mayor avance.

El uso de grupos control ha sido propuesto como una de las estrategias más eficaces de control de variables, pero se ha planteado que es difícil hacer que sean estrictamente comparables con los sujetos de los grupos experimentales: Por un lado, se sugiere usar grupos pareados, pero es realmente complejo igualar sujeto a sujeto en sus características para lograr que sean estrictamente comparables; por otro lado, los estudios adelantados en muchos casos dependen de la existencia de voluntarios que

deseen ser sometidos al proceso. En un buen número de estudios no se usan grupos control de ningún tipo y se plantean conclusiones sin tener en cuenta que esto afecta de manera importante la interpretación de los resultados y sus posibles limitaciones.

Respecto del diseño y el uso de grupos control, podrían de hecho ser más beneficiosas y precisas las comparaciones intra-sujeto o con sujetos pareados que evidencien la magnitud del cambio del sujeto comparado consigo mismo o con alguien muy parecido, pues existen casos particulares en los que se puede mostrar mejoría de los síntomas y avanzar respecto del estado inicial sin que nunca alcance el nivel esperado para un sujeto considerado sano (Kazdin, 1999; Compas & Gotlib, 2003).

Se plantea que deben adelantarse además estudios comparativos entre terapias o con placebos; no obstante cabe preguntarse si es posible el uso de placebos en psicología, tal como lo hacen en los estudios farmacológicos del modelo médico. Es difícil pensar en ello si se trata de intervenciones psicológicas clásicas, pues los placebos usados en psicología son intervenciones al parecer inocuas en las que únicamente se brinda información al participante, pero no se puede ignorar que la información o la simple asistencia a reuniones pueden tener un efecto claro en las condiciones emocionales y de conducta del paciente, es decir que el tratamiento placebo no es en verdad inocuo en éste caso.

Los tratamientos farmacológicos se encuentran entre las opciones con las que debe compararse la terapia psicológica, sin embargo estos no deben ser considerados opuestos a ella, cuando en muchos casos actúan de forma complementaria. ¿Qué implicaciones tiene el decir que una psico-

terapia específica es más efectiva que el tratamiento con fármacos? Y en qué tipo de pacientes ocurre?

Una variable hasta ahora no controlada es que la participación de voluntarios en un estudio implica que quienes aceptan la invitación ya están listos para iniciar el proceso de cambio hacia la mejoría y ésta sea una variable no tenida en cuenta hasta ahora en muchos estudios realizados. Entre otras variables que pueden afectar la efectividad de una terapia se encuentran además de las características del paciente, las características personales y profesionales del terapeuta, así como las condiciones en las que ocurre el procedimiento. La mayoría de los estudios se han centrado en la consideración de algunas variables del paciente y de la intervención; pero solo consideran como variable del terapeuta el nivel de entrenamiento y dejan de lado otros aspectos como las condiciones generales del profesional. Definitivamente el terapeuta antes que ser profesional es una persona con rasgos particulares, con una historia previa, con motivaciones y deseos que pueden llegar a facilitar u obstaculizar el proceso de tratamiento. Así mismo, el sistema sanitario en el que se encuentra inmerso determina en gran medida su práctica, pues delimita desde las razones de remisión al psicólogo hasta el número de sesiones que autoriza para el paciente.

Comparabilidad de los estudios. Es innegable que la investigación en psicoterapia solo puede progresar si los estudios sobre el tratamiento y el tratamiento mismo pueden ser replicados en otros estudios (Clarkin, 1998); esto implica que el diseño y todos los procedimientos están descritos con claridad y suficiencia, que está descri-

to el tipo de paciente, que hay acceso a los instrumentos usados, que los criterios de inclusión se encuentran definidos previamente y que se define el tipo de terapeuta que conduce el proceso. No obstante, es frecuente encontrar publicaciones sobre experiencias investigativas en las que no se describen algunos de los criterios antes mencionados o se hace una descripción somera de los mismos, limitando así la posibilidad de que otros investigadores repliquen el estudio para reconfirmar sus resultados o para saber cómo se comportan las variables en ciertos grupos poblacionales. Un punto álgido en este aspecto, se refiere a la comparabilidad de las muestras en tamaño y características, pues los estudios adelantados manejan diferentes tamaños de muestra que hacen difícil la comparación y no siempre es posible ubicar muestras más o menos idénticas a las usadas en los diversos estudios realizados para soportar empíricamente las terapias.

Evaluación de los componentes. Típicamente se evalúa cada componente de la intervención por separado, pero no solo es importante evaluar cada componente de los paquetes de tratamiento y estudiar sus efectos sobre la problemática del paciente, además es importante desarrollar estrategias para estudiar de qué manera se relacionan los componentes y cómo actúan en combinación. Un componente puede no ser suficiente por sí solo para producir cambios en el paciente, pero al ser combinado con otros puede potenciar sus efectos aportando poder a la intervención (Compas, Haaga, Keefe, Leitenberg & Williams, 1998).

Se piensa que la búsqueda de soporte empírico fortalece y sustenta enfoques particulares. La investigación respecto de las

terapias ha avanzado más en un grupo de intervenciones que en otras (Kazdin & Weisz, 1998). Por ejemplo se ha evaluado el sustento empírico principalmente en terapias cuyos enfoques de base corresponden a posiciones compatibles con la producción de conocimiento a través del método científico, como es el caso de la terapia conductual y la terapia cognitivo-conductual (Persons, 1995). No así para otras terapias cuyo enfoque guarda una posición reservada ante la investigación sistemática, una definición particular de cambio sin importar la dirección e indicadores de avance muy subjetivos como la catarsis o el autorreporte de bienestar que da el paciente. De otra parte, se dice que los investigadores producen conocimiento lejano de la realidad y que los practicantes aplican intervenciones que no poseen un sustento empírico (Kelleher, 1998; Compas & Gotlib, 2003).

Falta claridad acerca del tiempo que debe transcurrir para llevar a cabo el seguimiento de un estudio y este procedimiento se dificulta debido a la pérdida de sujetos por cambio de domicilio, desinterés o muerte. Tampoco se identifican los criterios del cambio, su duración, magnitud y aspectos a modificar; se habla del cambio en la dirección de la solución de los problemas del paciente, pero es difícil determinar la magnitud del cambio necesaria para considerar efectiva la intervención, o cuánto es el tiempo que debe mantenerse el cambio y bajo qué condiciones podría no ser duradero.

Las medidas de seguimiento deben hacerse luego de uno o dos años después de la intervención; las medidas tomadas en menor tiempo no permiten reconocer la verdadera estabilidad de los cambios ni evaluar recaídas. Así mismo, estas medidas deben ser tomadas como oportunidades para afianzar

el proceso de cambio, que no termina cuando se interrumpe el tratamiento, que se consolida a partir de la vivencia de nuevas situaciones difíciles que le demandan a la persona el uso de habilidades adquiridas en la terapia y permitirían evaluar verdaderamente los alcances de la misma. No obstante, no se puede ignorar que en el seguimiento los datos pueden contaminarse por eventos que están fuera de control del estudio y en muy pocas ocasiones se comparan los datos obtenidos con grupos controles para corroborar de alguna forma si el cambio y su mantenimiento están asociados a la intervención.

De otra parte, está la discusión en torno a la dosificación de la terapia y a los efectos dependientes de la misma, que plantea el interrogante de si la cantidad o magnitud de la mejoría es equivalente a la intensidad y cantidad de terapia que se da al paciente (Nathan & Gorman, 1998; Addis, Hatgis, Krasnow, Bourne & Mansfield, 2004), es decir que si tal como pensaban Shapiro (1990) y Seligman (1995) la respuesta es proporcional a la dosis. Además, se plantea la cuestión de en qué momento deben aparecer señales de cambio que indiquen que el tratamiento elegido es el apropiado y en caso contrario cuándo tomar una decisión sobre el uso de otro método de intervención. No se define con claridad la dosificación del tratamiento, se habla de un tiempo extenso pero no se determinan los criterios para calcular cuánto debe durar el procedimiento, ni con qué intensidad debe ocurrir.

Puede ser que el cambio dependa más de variables individuales, por ejemplo si el sujeto se encuentra preparado para iniciar un proceso de cambio ya que en muchas ocasiones es necesario invertir algunas sesiones

para hacer evidente la importancia de cambiar, determinar qué aspectos se desean modificar, los costos del cambio e incluso para que el paciente se convenza de que cambiar es posible. Weiner y Bordin (1998) plantean que la oportunidad que tiene el paciente de aceptar el problema, la expectativa de cambio, la atención prestada a las instrucciones del terapeuta, los efectos de reforzamiento y la fuerza de la alianza terapéutica son factores que contribuyen al cambio.

Se plantean las preguntas acerca de la interacción entre los tres componentes del proceso terapéutico: terapia - cliente - terapeuta (Goldfried & Eubanks-Carter, 2004; Ablon & Marci, 2004), la posibilidad de generalización de la práctica y de los resultados de investigación en la práctica. Asimismo, de cómo incluir a los profesionales en el proceso investigativo, cómo lograr la replicabilidad de las experiencias investigativas y cómo se puede afectar la terapia y sus alcances debido a diferencias individuales (Kazdin & Weisz, 1998; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004). Evaluar en qué aspectos puede fallar la terapia y cómo las características del paciente pueden llevar a que la terapia falle, con el fin de controlar las situaciones identificadas y diseñar estrategias para personas con rasgos particulares que pueden frenar el progreso asociado a la terapia. Así mismo, cabe anotar que en los casos en los que se presenta comorbilidad se ve afectada la eficacia de la intervención (Compas & Gotlib, 2003, Westen, & cols., 2004; Goldfried & Eubanks-Carter, 2004).

Quedan muchos aspectos por discutir entre ellos está la pregunta de ¿quién contribuye más a la terapia: el terapeuta o el paciente?

Dificultades en la difusión de la investigación. La replicabilidad de los estudios ha sido considerada una de las condiciones necesarias en el desarrollo de TSE (Addis, & cols., 2004), ella depende de la capacidad de los investigadores para diseñar y definir los procedimientos aplicados y de que otros investigadores tengan acceso a dicha descripción; sin embargo, en su mayoría los estudios publicados no son presentados de una forma que lo permita, pues no definen estrictamente los procedimientos de intervención, usan diferentes nombres para referirse a un mismo procedimiento o por el contrario usan un nombre para referirse a varios procedimientos y se obvian algunos datos del análisis estadístico que permitirían la comparación de los resultados.

Existe una marcada tendencia a poner en consideración de las diversas revistas y medios de difusión científica solo aquellos trabajos cuyos resultados se consideran positivos o apuntan en la dirección que el autor esperaba, los trabajos en los que los efectos de una intervención son reducidos o nulos tienden a no ser reportados. Este sesgo de publicación afecta el desarrollo de la ciencia y limita la posibilidad de reconocer en qué situaciones puede fallar la terapia e incluso en qué tipo de personas puede tener resultados limitados; además de obviarse el reporte de posibles efectos iatrogénicos.

Es necesario crear un mecanismo de control para que al evaluar un tratamiento no se omitan estudios que resulten relevantes, además de incluir otros estudios que hayan sido realizados con los criterios básicos antes mencionados y que no hayan sido publicados en revistas científicas.

Medidas usadas en la investigación. La evaluación de las terapias hecha primordial-

mente a través de medidas de autoreporte, cuyas debilidades ya han sido ampliamente reconocidas, pues limitan en gran medida la obtención de datos más depurados y con menor nivel de error, por tanto el apoyo de la evaluación de eficacia con otras medidas como el reporte de personas cercanas al paciente, pruebas fisiológicas o de rastreo y confirmación bioquímica, daría mayor precisión a los datos obtenidos y aumentaría la confianza en los resultados arrojados (Londoño, Torres & Contreras, 2004). Además, la evaluación de los efectos terapéuticos debe ser sistemática y debe intentar responder a las condiciones del cambio como un proceso y no como una transformación abrupta de los síntomas y de la situación del paciente (Prochaska & Prochaska, 1993; Prochaska, & Velicer, 1997; Weinstein, Rothman, & Sutton, 1998; Floréz, 1998, 2000 y 2001).

El problema básico de las medidas de autorreporte radica en que frecuentemente el paciente no es un buen observador de sí mismo, pues no percibe algunos aspectos de su conducta o los evalúa teniendo en cuenta la deseabilidad de la misma antes de reportarla y maquilla sus respuestas para que otros lo vean «como desea ser visto» o como le han dicho que debe ser, en este caso los otros son los investigadores a quienes se les dificulta especialmente controlar ésta variable.

Respecto del momento en el que se evalúa el cambio, las medidas del efecto producido por la terapia se toman inmediatamente después de terminarla y luego de algunos meses o años, todo para evaluar la magnitud del cambio y la estabilidad o mantenimiento del mismo a través del tiempo. Respecto de la estabilidad de los efectos, los cambios producidos por la terapia

solo se estabilizan luego de varias sesiones de intervención y de que el individuo haya tenido varias oportunidades de afrontar situaciones asociadas a su dificultad, el seguimiento se lleva a cabo sin considerar que puede ser que algunos pacientes hayan tenido más oportunidades de poner en juego las nuevas habilidades de afrontamiento que otros y esto les haya permitido afianzarlas hasta convertirlas en un hábito. El problema sería que los pacientes con menores oportunidades de desplegar sus nuevas habilidades serían evaluados bajo los mismos criterios que los otros como si se encontrarán en igualdad de condiciones.

Entrenamiento y actualización de los terapeutas. Se han presentado dificultades para la difusión y aplicación de tratamientos con sustento empírico (Persons, 1995), entre las que se encuentran el poco entrenamiento dado a los psicólogos clínicos en el manejo de TSE ya que incluso en programas de post grado, en los que se esperaría que el objetivo de formación fuera profundizar en lo teórico e investigativo (Person, 1995; Kelleher, 1998; Davison, 1998). En el estudio realizado por Christ Christoph, & cols., (1995) en el que analizaban qué aprenden los estudiantes de psicología en Norteamérica sobre TSE, se evidenció que tan solo el 20% de los programas de doctorado incluye este como un tema importante y le dan espacio a estrategias didácticas para su aprendizaje, a pesar de la creciente presión para que quienes trabajan en salud mental documenten y demuestren la eficacia de los tratamientos en términos de costo efectividad, tal como lo hacen las industrias farmacéuticas en sus múltiples estudios (McCabe, 2004).

A nivel de pregrado el panorama no es más alentador, un claro ejemplo de ello es Colombia, ya que aunque se habla de la no especialización en la formación de profesionales, existe la posibilidad de que las personas graduadas ejerzan la psicología en el área clínica sin mayor requisito que el título y el registro en el sistema de salud. Esto sumado a la dificultad para llevar a cabo un verdadero entrenamiento en evaluación, intervención e investigación clínica durante el pregrado, pues la limitación en tiempo y recursos obstaculiza el proceso de formación. No se hacen requerimientos específicos sobre la inclusión de entrenamiento en el manejo de TSE en los programas de formación y este debe ser un tema a tratar en los colegios o asociaciones de psicólogos en cada región.

Los terapeutas se quedan con lo que aprenden en la universidad y sin tener muchas oportunidades de actualización practican la versión antigua de una técnica sin recibir orientación sobre los avances o se supeditan a la lectura de revistas que describen de manera general los procedimientos y que en ningún caso proveen la guía necesaria para poner en práctica su contenido; sin embargo, algunos profesionales toman a las revistas como guías de trabajo, que lejos de serlo no reemplazan a los manuales que resultan más costosos y de difícil acceso para ellos.

Las comunidades de psicólogos clínicos no se integran y esto limita la posibilidad de recoger información relevante sobre la práctica a través de la organización de bases de datos que recojan la información y provean una visión global sobre la eficacia de los procesos (McCabe, 2004). Gran parte de la práctica clínica en países como Co-

lombia se hace aisladamente, sin un sistema de registro que ofrezca una visión detallada sobre lo que ocurre en la terapia y dé lugar a la discusión sobre lineamientos que guíen la acción del psicólogo (Mecer, 2004).

En la práctica clínica convencional se ha vuelto cada vez más frecuente que se responda a las necesidades del paciente a través de intervención ateórica o ecléctica en la que se mezclan componentes de diversas terapias sin realizar estudios sobre su efectividad (Mahoney, 1995; Downing, 2004) y sin mayor preocupación sobre la evidencia empírica que apoye su elección como tratamiento (Londoño, 2004, Berrio & Hernández, 2004). En ocasiones, se improvisa mezclando estrategias esotéricas que provienen de otras culturas con otras mixturas de intervención que más parecen modas que tratamientos serios. De hecho se encuentra mayor difusión de terapias sin sustento empírico que de TSE, ya que si se cuenta con los recursos cualquier persona puede publicar libros sin que haya más control que el que evalúa el estilo, la redacción y el mercado disponible; por el contrario, para la publicación de trabajos en revistas indexadas o libros respaldados por instituciones académicas es necesario pasar por un largo y dispendioso proceso de evaluación, que no deja de ser indispensable si se desea un control estricto de calidad, pero que no compite en términos de eficacia con las publicaciones derivadas de la psicología del sentido común.

Para algunos la investigación clínica ha tenido poco impacto en la práctica clínica, pues los investigadores piensan que en mucho sus avances son ignorados por la mayoría de los profesionales (Clarkin, 1998). Compas y Gotlib, (2003) plantean que existe un vacío entre los métodos de interven-

ción estandarizados a través de la investigación y las intervenciones realizadas en el mundo real porque el entrenamiento en TSE ofrecido en las escuelas de formación de psicólogos es limitado, hay escasez de recursos en el sistema sanitario, la difusión de los hallazgos es limitada y finalmente en los estudios de laboratorio se estudia cómo funciona un tratamiento en condiciones óptimas que difícilmente se dan en ambientes naturales.

OTROS ASPECTOS PRÁCTICOS

Aunque el objeto del presente trabajo corresponde a un análisis de la metodología usada en investigación en el proceso de validación empírica de las terapias, es importante retomar algunos aspectos clave como la creación y uso de manuales que orientan al terapeuta y la cuestión ética detrás de la intervención ofrecida a los usuarios de los servicios en psicología clínica.

Manualización

El desarrollo de los manuales debe ser responsabilidad de investigadores y profesionales, es crucial que personal con experiencia clínica aporten el conocimiento que han desarrollado en la práctica, complementen la visión de laboratorio con una mirada más natural tanto de los procesos de intervención como de los pacientes (Addis & Krasnow, 2000). Los profesionales pueden probar las propuestas que surgen en la investigación de laboratorio y darle una visión más práctica a los manuales, incluso pueden actuar como evaluadores de la calidad y funcionalidad de estas guías de intervención y aportar en el desarrollo del material didáctico que se sugiere debe incluir los manuales (Scaturo, 2001).

El buen diseño del manual no implica obligatoriamente que se de le un buen uso (Beutler, 2000b), por ello es necesario entrenar a los profesionales en los lineamientos y habilidades básicas que soportan las técnicas descritas en el manual para que se fomenta el uso cuidadoso de estos (Trull & Phares, 2003; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004; Berrio & Hernández, 2004), incluyendo diagramas de decisión y proceso. En el entrenamiento debe explicitarse que los manuales no deben ser usados como libros de recetas, es necesario tener en cuenta las particularidades de cada caso (Davison, 1998; Malik, Beutler, Alimohamed, Gallagher-Thompson & Thompson, 2003), ajustando la terapia a las características y necesidades del paciente y no que el paciente se ajuste a la terapia.

Otra dificultad presente con el uso de manuales es que no están adaptados para pacientes con múltiples problemas (Trull & Phares, 2003), pues suelen diseñarse estas guías para trastornos específicos sin considerar que la mayor parte de las personas que acuden a psicoterapia no presentan cuadros puros de diagnóstico tipo DSM, sino que presentan una mezcla de síntomas correspondientes a más de un diagnóstico. Por tanto no se sabe cómo funcionarían en estos pacientes y si su nivel de efectividad se mantiene igual que en pacientes con un solo trastorno. Además en la mayoría de manuales se ignora qué efectos puede provocar un cierto tipo de procedimiento descrito en la guía (Goldfried & Eubanks-Carter, 2004).

Bajo la guía de manuales desarrollados para pacientes con trastornos específicos ¿es posible tratar pacientes polisintomáticos? (Clarkin, 1998) ¿son universales los manuales? Es necesario estandarizar las terapias en cada región o en cada cultura? ¿Qué tan

probable es que una estandarización cultural de la terapia se dé? Es posible que en América Latina se participe más activamente del proceso de manualización?

El problema ético detrás del sustento empírico de las terapias

La discusión sobre la validez empírica de los tratamientos trasciende el terreno de los enfoques y se convierte más bien en un problema ético sobre qué tratamiento se brinda a un paciente que lo que necesita es alcanzar bienestar y no una compleja red de razones que van más allá de su entendimiento y de su interés. Las razones éticas de benevolencia, plantean la importancia de facilitar en el paciente procesos de cambio dirigidos a aumentar la percepción de bienestar y la satisfacción de necesidades emocionales y comportamentales, haciendo la labor del psicólogo más competitiva.

La responsabilidad ética con el paciente se cristaliza cuando se atiende a sus necesidades empleando procedimientos que han sido sustentados con procesos investigativos empíricos y suficientemente evaluados (Trull & Phares, 2003; Compas & Gotlib, 2003); esto pues define la acción terapéutica como un evento que ocurre bajo la elección racional de terapeuta y paciente sobre la conveniencia de usar un procedimiento, con el pleno conocimiento sobre las posibilidades reales de alivio, los costos del tratamiento, el procedimiento a realizar, la duración y los posibles efectos secundarios (Beutler, 2000c). No es ético ofrecer un procedimiento sin que haya sido probado, pues se atiende a la persona bajo la promesa implícita que hace el terapeuta de ayudar al paciente a resolver sus problemas cuando lo recibe como consultante.

En la revisión hecha como base del presente trabajo, no se encontraron estudios

para evaluar las condiciones iatrogénicas de las terapias, ninguno de los estudios revisados se incluyen medidas destinadas a determinar la aparición de efectos no deseados derivados de la intervención; es decir, que la terapia puede causar el deterioro específico de la situación del paciente o generar cambios que afecten su bienestar. Así mismo, conviene estudiar si existe un tipo de paciente propenso a experimentar efectos secundarios y qué condiciones diferenciales pueden hacer que algunos pacientes no se beneficien de cierto tipo de terapias.

Existen limitaciones en el presupuesto para financiar el sistema de servicios en salud y el mantenimiento del equipo profesional, la alta inversión con baja credibilidad en los tratamientos, conlleva a la disminución de los recursos de tiempo y económicos asignados; por ello, es de suma importancia que los servicios ofrecidos por los profesionales psicólogos sean costo efectivos para consolidar la inclusión de sus servicios en los planes básicos de salud y sean considerados tratamientos de elección entre las opciones ofrecidas por el sistema de salud.

CONCLUSIONES

En suma, existe un número considerable de variables que pueden afectar la eficacia de una psicoterapia y deben considerarse en las investigaciones que se adelantan, estas variables que pueden clasificarse en cuatro grupos: a) características del paciente: referidas al grado de aflicción, motivación, inteligencia, edad, optimismo, género, raza, clase social y a las condiciones de comorbilidad; b) características del terapeuta: como la reacción hacia el paciente y su

problemática, formación académica y profesional, personalidad, capacidad empática, experiencia e identificación (Trull & Phares, 2003; Goldfried & Eubanks-Carter, 2004) y a los problemas personales; c) características de la terapia: como el tipo de terapia, la complejidad del tratamiento, duración del proceso y costos; y finalmente d) características de la relación psicoterapeuta - paciente.

En los casos en los que la evidencia empírica sea de resultados mixtos debe generarse un sistema de control de nuevos estudios (Kendall, 1998), con análisis previos acerca de las posibles razones por las que se presenta contradicción para que el nuevo proceso de soporte empírico resuelva las deficiencias y sea posible establecer claramente las condiciones de dicho tratamiento.

Es necesario desarrollar tecnología de soporte, como bases de datos para recoger la información relevante sobre la práctica clínica y sistematizar los datos de seguimiento para poder consolidar evidencia empírica proveniente de la práctica natural como complemento de los datos obtenidos en investigación. Pero deben considerarse las condiciones necesarias para proteger la confidencialidad de la historia del paciente.

Evaluar la efectividad implica analizar tanto las causas del éxito como las del fracaso; evaluar un proceso y determinar sus fallas, en vía contraria a lo que se puede pensar, no implica el desuso del mismo, por el contrario estimula el estudio juicioso sobre sus componentes, así pues se dirigen los esfuerzos a mejorar el proceso. Solo en casos en los que se demuestre un nivel casi inocuo de una terapia, implicaría el abandono de dicha estrategia en busca de nuevas soluciones, que de por sí promuevan el cambio en los pacientes a los que se les aplica. Es importante además evaluar, qué poblaciones

son susceptibles al cambio, ya que es posible que algunas características particulares determinen una mayor o menor sensibilidad a éste, y determinar qué condiciones son susceptibles de modificación y cuáles no.

Los manuales juegan un papel importante en la difusión de la TSE ya que permiten transmitir conocimiento acumulado por expertos, recogen los hallazgos más importantes en investigación, orientan la acción clínica y pueden facilitar el proceso de entrenamiento de psicólogos en formación.

Es urgente estrechar los lazos entre la investigación y la práctica (Goldfried, 2000), para adelantar estudios de laboratorio y en ambientes naturales como una metodología mixta complementaria que permita la contrastación de los resultados obtenidos y se resuelvan las limitaciones reconocidas en estas dos formas de investigación.

No se puede considerar que la psicoterapia sea benéfica en general, es preciso referirse a que ciertas intervenciones particulares aplicadas a un tipo de pacientes produce unos efectos específicos. Los pacientes que reciben psicoterapia merecen que se ofrezcan tratamientos sólidos, cuyos efectos controlados tengan un nivel razonable de costo; pues es tan importante que sean efectivos, como que sean de verdadero acceso para toda la población que los requiera sin importar diferencias de género, raza o nivel socioeconómico. Un tratamiento que genere los efectos deseados en el paciente pierde su sentido si debido a su alto costo tiene serias limitaciones en la aplicación, pues es posible que la intervención haya demostrado más capacidad para modificar la situación del paciente, y que al ser implementada requiera de una inversión que ni el paciente ni el sistema de salud pueden asumir, pierde la condición de ser una verdadera respuesta al problema.

La discusión sobre la investigación para lograr el soporte empírico trasciende la mera evaluación o determinación de una estrategia metodológica; es más bien un problema de responsabilidad social y ética de los terapeutas y de la disciplina frente a sus pacientes, quienes toman el servicio bajo la idea de que se les brindará el tratamiento que más garantía de mejoría tenga.

REFERENCIAS

- Ablon, J. & Marci, C. (2004). Psychotherapy process: the missing link: comment on Westen, Novotny and Thompson-Brenner. *Psychological Bulletin*, 130, 4, 664-668.
- Addis, M. & Krasnow, A. (2000). A national survey of practicing psychologist' attitudes toward psychotherapy treatments manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 2, 331-339.
- Addis, M., Hatgis, Ch., Krasnow, A., Bourne, L. & Mansfield, A. (2004). Effectiveness of cognitive-behavioral treatment for panic disorders versus treatment as usually in a management care setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, 1, 113- 130.
- American Psychiatry Association. (1993). *Practice guideline for major depressive disorder in adults*. Washington D.C.: Autor.
- American Psychiatry Association. (1995). *Practice guideline for treatment of patients with substance use disorder*. Washington D. C.: Autor.
- American Psychiatry Association. (1995). *Practice guideline for treatment of patients with panic disorder*. Washington D.C.: Autor.
- Anderson, C., Lindsay, J. & Bushman, B. (1999). Research in the psychological laboratory: Truth or triviality? *Current Directions in Psychological Science*. 8, 1, 3-9.
- Backburn, I. & Moorhead, S. (2002). Depresión. En: W. Lidon y J. Jones (2002) Terapias cognitivas con fundamento empírico: apli-

- caciones actuales y futuras. (pp. 15-45) México: Manual Moderno.
- Bergin, A. & Garfield, S. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Bernal, G. & Scharrón-del-Río, M.R. (2001). Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities? Toward an alternative approach for treatment research. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 7, 4, 328-342.
- Berrio, G. & Hernández, P. (2004). Tratamientos con apoyo empírico en psicología de la salud. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 3, 2, 7-26.
- Beutler, L.E. (2000a). Empirically based decisions making in clinical practice. *Prevention & Treatment*. 3, 27.
- Beutler, L.E. (2000b). Empirically based decisions: A comment. *Prevention & Treatment*. 3, 31.
- Beutler, L.E. (2000c). David and Goliath. When empirical and clinical standards of practice meet. *American Psychologist*. 55, 9, 997-1007.
- Calhoun, K. S., Moras, K., Pilkonis, P.A. & Rehm, L.P. (1998). Empirically supported treatments: implications for training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, 1, 151-162.
- Clarkin, J. (1998). *Intervention research: development and manualization*. Elsevier Science.
- Compas, B. & Gotlib, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica, ciencia y práctica*. México: MC Graw Hill.
- Compas, B., Haaga, D., Keefe, F., Leinterberg, H. & Williams, D. (1998). Samplig of empirically supported psychological treatments from health psychology smoking, chronic pain, cancer and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, 1, 89-112.
- Chambless, D. & Hollon, S. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, 1, 7-18.
- Chris-Christoph, C., Frank, E., Chambless, D., Brody, C. & Karp, J. (1995). Training in empirically validated treatments: what are clinical psychology students learning? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 26, 5, 514-522.
- Davison, G.C. (1998). Being bolder with the boulder model. The challenge of education and training in empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, 1, 163-167.
- Deegear, J. & Lawson, D. M. (2003). The utility of empirically supported treatments. *Professional Psychology: Research and Practice*. 34, 3, 271-277.
- DeRubeis, R.J. & Crist-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, 1, 37-52.
- Downing, J. (2004). Psychotherapy practice in a pluralistic world philosophical and moral dilemmas. *Journal of Psychotherapy Integration*. 14, 2, 123-148.
- Falsetti, S. & Resnick, H. (2002). Trastorno por estrés postraumático. En: W. Lidon y J. Jones (2002) *Terapias cognitivas con fundamento empírico: aplicaciones actuales y futuras*. (pp.123-148) México: Manual Moderno.
- Flórez, L. (1998) Implementación del proceso de adopción de precauciones para prevenir la farmacodependencia en niños de edad escolar. *Acta Colombiana de Psicología*. 1, 7, 20-28.
- Flórez, L. (2000). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 18, 13-22.
- Flórez, L. (2001) El proceso de adopción de precauciones en la promoción de la salud. Conferencia VI Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Buenos Aires - Argentina.
- Goldfried, M. (2000). Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychotherapy Research*. 10, 1-16
- Goldfried, M. & Wolfe, B.(1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66, 1, 143-150.

- Goldfried, M. & Eubanks-Carter, C. (2004). On the need for a new psychotherapy research paradigm: comment on Westen, Novotny and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*. 130, 4, 669-673.
- Hahlweg, K., Fiedenbaum, W., Frank, M., Schroeder B. & Witzleben, I. (2001). Short- and long-term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69, 3, 375-382.
- Hays, K. A., Rardin, D. K., Jarvis, P.A., Taylor, N. M., Moorman, A. S. & Armstead, C. D. (2002). A exploratory survey of empirically supported treatments: implications for internship training. *Professional Psychology: Research and Practice*. 33, 2, 207-211.
- Kazdin, A. & Weisz, J.N. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 6, 1, 37-52.
- Kazdin, A. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67, 3, 332-339.
- Kelleher, W.J. (1998). Evidence based practice in clinical psychology. En: A.S. Bellack & M. Hersen. *Science* (Eds) (pp. 3- 16). Researchs and Methods. London Kendal, P. C. (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 6, 1, 3-6.
- Lidon, W. & Jones, J. (2002). *Terapias cognitivas con fundamento empírico: aplicaciones actuales y futuras*. México: Manual Moderno.
- Londoño, C. (2004) *Construcción de un modelo cognitivo social integrado para la prevención del abuso en el consumo de alcohol en universitarios bogotanos*. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Londoño, C., Torres, A. & Contreras, F., (2004). Validez empírica de los modelos aplicados a la conducta de fumar. *Psicología y Salud*. 14, 2, 269-277.
- Mahoney, M.J. (1995). The psychological demands of being a constructive psychotherapist. En: R.A. Neimeyer & M.J. Mahoney (Eds), *Constructivism in psychotherapy*, (pp. 385-399). Washington, DC: American Psychological Association.
- Malik, M. L., Beutler, L.E., Alimohamed, S., Gallagher-Thompson, D. & Thompson, L. (2003). Are all cognitive therapies alike? A Comparison of cognitive and noncognitive therapy process and implications for the applications of empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 71, 1, 150-158.
- McCabe, D.L. (2004). Crossing de quality chasm in behavioral health care. The role of evidence-based practice. *Professional Psychology: Research and Practice*. 36, 6, 571-579.
- Messer, S. (2004). Evidence-based: Beyond empirically treatments. *Professional Psychology: Research and Practice*. 35, 6, 580-588.
- Morgenstern, J., Morgan, Th., McCrady, B., Keller, D. & Carroll, K. (2001). Manual guided cognitive-behavioral therapy training: A promising method for disseminating empirically supported substance abuse treatment to the practice community. *Psychology of Addictive Behaviors*. 15, 2, 83-88.
- Nathan, P. E. & Gorman, J. N. (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Otto, M. Pollack, M. & Maki, K. (2000). Empirically Supported Treatment for panic disorder: costs, benefits and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68, 4, 556-563.
- Person, J.B. (1995). Why practicing psychologist are low to adopt empirically-validated treatments. En: S. C. Hayes; V.M. Follette, R. M. Dawes, K. E. Grady (Eds.). *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations*. (pp. 141-157). Reno: Context Press.
- Seligman, M.E.(1995). The effectiveness of psychotherapy. The consumer reports study. *American Psychologist*. 53, 3, 277-289.
- Prochaska, J., & Velicer, W (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *Health Promotion*. 12, 1, 38-48.

- Prochaska, J. & Prochaska M. (1993) Modelo Transteórico de cambio para conductas adictivas. En: *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaída y prevención de Recaídas*. Grossop Barcelona M. Universidad Santiago de Compostela, Ed. En Neurociencias.
- Ramírez, M (2002). Trastorno bipolar I. En: W. Lidon y J. Jones (2002) *Terapias cognitivas con fundamento empírico: aplicaciones actuales y futuras*. México: Manual Moderno.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *GAT works for whom? Critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Sanderson, W. & Rego, S. (2002). Trastorno de angustia. En: W. Lidon y J. Jones (2002) *Terapias cognitivas con fundamento empírico: aplicaciones actuales y futuras*. (pp. 81-105). México: Manual Moderno.
- Scaturro, D., (2001). The evolution of psychotherapy and the concept of manualization: an integrative perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*. 32, 5, 522-530.
- Wampold, B.E. & Bhati, K.S. (2004). Attending to the omissions: a historical examination of evidence-based practice movements. *Professional Psychology: Research and Practice*. 35, 6, 563-570.
- Weinstein, N.D., Rothman, A. & Sutton, S.R. (1998). Stages Theories of Health Behavior: Conceptual and Metodological Issues. *Health Psychology*. 7, 3, 290-299.
- Weiner, I. & Bordin, E. (1995). Psicoterapia individual. En: I. Weiner (Eds.) (pp. 393-452). *Métodos en psicología clínica*.
- Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta analysis of treatments for depression, panic and anxiety disorder: An empirical examinations of status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69, 6, 815-899.
- Westen, D., Novotny, C. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirically status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings and reporting in controlled clinical trillas. *Psychological Bulletin*. 130, 4, 631-663.
- Westen, D. & Weinberger, J. (2004): When clinical descriptions becomes statistical prediction. *American Psychologist* 59, 7, 595-613.
- Wong, E., Kim, B., Zane, N. & Huang, J. (2003). Examining culturally based variables associated with ethnicity: Influences on credibility perceptions of empirically supported interventions. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 9, 1, 88-96.

Recibido, enero 28/2005

Revisión recibida, febrero 22/2005

Aceptado, febrero 28/2005