

TERAPIAS PSICOLÓGICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA: LIMITACIONES Y RETOS DE FUTURO

Enrique Echeburúa,
Karmele Salaberría,
Paz de Corral
y Rocío Polo-López*

Resumen

En los últimos años las terapias psicológicas empíricamente validadas han experimentado un gran desarrollo por medio de la integración de los avances en la investigación con la práctica clínica. Este enfoque tiene que hacer frente a algunos problemas metodológicos. Además, hay algunas limitaciones para generalizar los logros de la investigación a la práctica clínica habitual. Se señalan las principales dificultades para difundir los nuevos tratamientos entre los profesionales de la salud mental. Asimismo las características personales de los psicólogos clínicos y las nuevas demandas terapéuticas planteadas por los pacientes deberán ser tomadas en consideración. Con el objetivo de reducir esta distancia entre la investigación y la práctica, se señalan algunos retos de futuro y se plantean nuevas líneas de investigación.

Palabras clave: *tratamientos psicológicos basados en la evidencia, eficacia y eficiencia, limitaciones de las terapias empíricamente validadas.*

key words: *evidence-based psychological treatments, efficacy/cost-effectiveness, limitations of empirically validated therapies.*

Introducción

La contención del gasto vigente en la Sanidad Pública y en las Compañías de Seguros ha impulsado en los últimos años la investigación sobre la eficacia de las terapias psicológicas. Ya no se trata sólo de demostrar que una terapia es eficaz para un determinado trastorno, sino que lo es más que otras alternativas y en unas mejores condiciones (más breve, en un régimen ambulatorio, etcétera) (Echeburúa y Corral, 2001; Pérez, Fernández-Hermida, Fernández y Amigo, 2003).

En los últimos veinte años se han producido tres avances muy importantes en el campo de los trastornos mentales. En primer lugar, se han hecho grandes adelantos en la comprensión de las bases biológicas de muchos cuadros clínicos (la esqui-

zofrenia, la depresión o el trastorno bipolar, por ejemplo). En segundo lugar, se ha desarrollado una nueva generación de psicofármacos (antidepresivos y neurolépticos especialmente), con una mayor eficacia terapéutica y un perfil más favorable de efectos secundarios. Y en tercer lugar -pero no menos importante-, se han creado tratamientos psicológicos breves y efectivos para una amplia variedad de trastornos (Bados, García y Fuste, 2002).

Sin embargo, la difusión de estos tres avances no ha sido simétrica. En los dos primeros casos la industria farmacéutica se ha ocupado de difundirlos ampliamente mediante diversas publicaciones gratuitas (folletos, revistas, libros, etcétera) y congresos financiados. Por el contrario, en el tercer caso -el desarrollo de los tratamientos psicológicos-, al no contar con un órgano de difusión tan poderoso como la industria farmacéutica (que, por motivos obvios, no está interesada en este tema), los avances habidos se han limitado a las revistas científicas y no han llegado suficientemente a los sectores profesionales implicados (Echeburúa, 1998). De hecho, los tratamientos psicofarmacológicos (especialmente en el caso de los antidepresivos y de los neurolépticos) prescritos en los centros clínicos han

* Enrique Echeburúa, Karmele Salaberría, Paz de Corral y Rocío Polo-López
Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. de Tolosa, 70, 20018 San Sebastián (España).
E-Mail: enrique.echeburua@ehu.es
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XIX p.p. 247-256
© 2010 Fundación AIGLÉ.

cambiado considerablemente en los últimos años al hilo de los nuevos descubrimientos, pero, sin embargo, los avances en las terapias psicológicas no se han reflejado en la práctica clínica habitual ni siquiera a veces en los contenidos formativos de los programas de psicología clínica (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2005).

La evaluación de la eficacia de las intervenciones terapéuticas es una necesidad perentoria. En primer lugar, porque el progreso científico de la psicología clínica requiere la delimitación de las terapias eficaces, así como de los componentes activos de las mismas. En segundo lugar, porque esta disciplina se enfrenta, como fruto de su propio desarrollo, a retos de cada vez mayor complejidad (por ejemplo, al tratamiento de los trastornos de personalidad, de los problemas de la conducta alimentaria o de las nuevas adicciones). Y en tercer lugar, porque las terapias psicológicas están ya incorporadas a los Centros de Salud Mental públicos. De este modo, la Sanidad Pública sólo debe ofertar terapias efectivas (más allá de un efecto placebo o de los efectos inespecíficos de cualquier terapia) y, en igualdad de condiciones, breves (Barlow y Hoffman, 1997). Es decir, acortar el sufrimiento del paciente y ahorrar gastos y tiempo a los centros parecen objetivos prioritarios (Bayés, 1984; Echeburúa, 1998; Guimón, 2004).

Por ello, las ventajas de la psicología clínica basada en la evidencia son claras. Los organismos públicos y las compañías de seguros pueden contar con criterios operativos para financiar selectivamente sólo las terapias psicológicas empíricamente validadas. A su vez, los profesionales y los pacientes pueden contar con una información clara para saber qué tipo de ayuda ofrecer o buscar, respectivamente, para hacer frente a los problemas psicológicos; y los profesores universitarios, con una orientación clara para formar a los futuros psicólogos en aquellas terapias que han mostrado su utilidad. Finalmente, desde una perspectiva deontológica o judicial, se puede definir operativamente el concepto de *mala praxis* (cuando el terapeuta se aparta de una práctica profesional empíricamente validada para

un trastorno concreto y en unas circunstancias determinadas).

El objetivo de este artículo es trazar las líneas maestras de la psicología clínica basada en la evidencia, señalar sus limitaciones actuales y orientar las líneas de investigación futuras.

¿Qué son las terapias psicológicas basadas en la evidencia?

En los veinte últimos años ha habido un intento riguroso -el más serio de los emprendidos hasta el momento- para evaluar la eficacia de las terapias psicológicas. Ya no se trata de determinar la validez de las psicoterapias en su conjunto o como aplicación a problemas psicológicos inespecíficos, como se había hecho en las décadas anteriores (por ejemplo, Smith, Glass y Miller, 1980), sino de evaluar tratamientos eficaces para trastornos concretos en muestras clínicas claramente especificadas (Barlow, 1994; Chambless y Hollon, 1998). Así, cuando alguien afirma que una terapia es eficaz, hay que preguntarse en qué datos se basa para afirmarlo y cuáles son las pruebas que lo respaldan, ya que los niveles de evidencia no son siempre iguales (tabla 1).

A iniciativa del Congreso de EE. UU., se creó en 1989 una agencia federal -la *Agency for Health Care Policy and Research*- que tiene como objetivo determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos para los trastornos mentales y establecer un directorio de las terapias de eficacia probada, con la finalidad última de mejorar la calidad del sistema de salud. Las guías elaboradas sirven, además, como criterio de financiación para las Compañías Aseguradoras, en cuanto al tipo y duración de una terapia, y para resolver demandas judiciales en relación con una práctica profesional supuestamente inadecuada. Se trata asimismo de orientar a los usuarios y de dotar de criterios a los responsables de los Servicios de Salud Mental para promover en los Centros Públicos sólo aquellas terapias que estén validadas empíricamente (Chambless, 1996).

Tabla 1. Niveles de evidencia

NIVEL DE EVIDENCIA	TIPO DE ESTUDIO
Mínima	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de casos únicos. • Estudios descriptivos o resoluciones de comités de expertos. • Estudios de caso controlados. • Ensayos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados, o estudios naturalistas. • Ensayos controlados y aleatorizados con muestras pequeñas. • Ensayos controlados y aleatorizados con muestras grandes. • Meta-análisis de ensayos controlados y aleatorizados con muestras suficientemente grandes.
↓	
Máxima	

En la elaboración de este informe, auspiciado por la División 12 (Psicología Clínica) de la Asociación Psicológica Americana y dirigido por Chambless (*Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995) y revisado hasta la fecha en varias ocasiones (Chambless, Sanderson, Shoham *et al.*, 1996; Chambless, Baker, Baucom *et al.*, 1998), la determinación de la eficacia de un tratamiento viene avalada por la presencia de tres criterios: a) estar respaldado por la existencia de dos o más estudios rigurosos de investigadores distintos con diseños experimentales intergrupales; b) contar con un manual de tratamiento claramente descrito; y c) haber sido puesto a prueba en una muestra de pacientes inequívocamente identificados (por ejemplo, con arreglo a los criterios diagnósticos del *DSM-IV*) (*cfr.* Hickey, 1998; Seligman, 1995).

De modo complementario, Chambless y Hollon (1998) se han referido a la existencia de tres tipos de eficacia: a) *tratamiento eficaz y específico*: aquel que es mejor que un tratamiento alternativo o que un placebo; b) *tratamiento eficaz*: aquel que es mejor que la ausencia de terapia en, al menos, dos estudios independientes y c) *tratamiento probable-*

mente eficaz: aquel que obtiene resultados positivos pero que no ha sido replicado todavía.

En diversas publicaciones recientes (Echeburúa y Corral, 2001; Mace, Moorey y Roberts, 2005; Nathan y Gorman, 1998; Pérez *et al.*, 2003) figura una lista actualizada de los tratamientos psicológicos apoyados empíricamente para trastornos específicos, que está sujeta a revisiones periódicas. Se trata de una verificación empírica (experimental) y no meramente clínica (subjetiva), con una referencia clara al coste/eficacia. De esta lista se pueden obtener varias conclusiones: a) la superioridad de las terapias cognitivo-conductuales como tratamientos de elección; y b) la ausencia generalizada de las terapias psicodinámicas, a excepción de la terapia interpersonal para la depresión y la bulimia y quizá algunas intervenciones psicodinámicas breves. El tema no está, en modo alguno, cerrado. Hay trastornos para los cuales no existen todavía tratamientos eficaces y específicos (por ejemplo, los trastornos psicóticos y los trastornos de personalidad) y no se han estudiado suficientemente los fracasos del tratamiento, es decir, de qué modo predecirlos y qué alternativas terapéuticas plantear en esos casos (Wilson, 1996) (tablas 2-5).

Tabla 2. Tratamientos Psicológicos Efectivos (1)
(Chambless *Et Al.*, 1996, 1998, Modificado; Pérez *et al.*, 2003, Modificado)

TIPOS DE TRATAMIENTOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	
Terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico.	Barlow <i>et al.</i> (1989) Clark <i>et al.</i> (1994)
Terapia de exposición para las fobias (específica, social y agorafobia) y el trastorno de estrés postraumático.	Öst <i>et al.</i> (1991) Heimberg <i>et al.</i> (1990) Trull <i>et al.</i> (1988) Foa <i>et al.</i> (1991)
Terapia cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad generalizada.	Butler <i>et al.</i> (1991) Borkovec <i>et al.</i> (1987)
Terapia de exposición y prevención de respuesta para el trastorno obsesivo-compulsivo.	Van Balkom <i>et al.</i> (1994)
DEPRESIÓN	
Terapia cognitiva para la depresión.	Dobson (1989)
Terapia conductual para la depresión.	Jacobson <i>et al.</i> (1996)
Psicoterapia interpersonal para la depresión.	DiMascio <i>et al.</i> (1979) Elkin <i>et al.</i> (1989)
Terapia dinámica breve.	Gallagher-Thompson y Steffen (1994)
TRASTORNOS SEXUALES Y DE PAREJA	
Terapia de pareja conductual.	Jacobson y Follette (1985)
Terapia de conducta para las disfunciones sexuales.	LoPiccolo y Stock (1986) Hurlbert <i>et al.</i> (1993) Zimmer <i>et al.</i> (1987)
Tratamiento conductual-cognitivo con los ofensores sexuales.	Marshall <i>et al.</i> (1991)

Tabla 3. Tratamientos psicológicos efectivos (2)
(Chambless et al., 1996, 1998, modificado; Pérez et al., 2003, modificado)

TIPOS DE TRATAMIENTOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
Terapia cognitivo-conductual para la bulimia.	Agras et al. (1989) Thackwray et al. (1993)
Psicoterapia interpersonal para la bulimia.	Fairburn et al. (1993) Wilfley et al. (1993)
TRASTORNOS ADICTIVOS	
Terapia cognitivo-conductual multicomponente para dejar de fumar.	Hill et al. (1993) Stevens y Hollis (1989)
Terapia cognitivo-conductual para la dependencia de cocaína y de opiáceos.	Higgins et al. (1993) Carroll et al. (1994) Woody et al. (1990)
Terapia dinámica breve para la dependencia de opiáceos.	Woody et al. (1990)
Terapia de conducta multicomponente en el tratamiento del alcoholismo.	Azrin (1976) Drummomnd y Glautier (1994) Eriksen et al. (1986) O'Farrell et al. (1992)
TRASTORNOS PSICÓTICOS	
Programas de educación familiar para la esquizofrenia (en combinación con la medicación neuroléptica).	Falloon et al. (1985) Randolph et al. (1994)
Entrenamiento en habilidades sociales para mejorar la adaptación social en la esquizofrenia.	Marder et al. (1996)

Tabla 4. Tratamientos psicológicos efectivos (3)
(Chambless et al., 1996, 1998, modificado; Pérez et al., 2003, modificado)

TIPOS DE TRATAMIENTOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
TRASTORNOS INFANTILES	
Terapia de conducta para la enuresis.	Houts et al. (1994)
Programa de entrenamiento para padres de niños con problemas de conducta.	Walter y Gilmore (1973) Wells y Egan (1988)
Técnicas de control de hábitos inadaptables.	Azrin et al. (1980)
Terapia cognitivo-conductual para niños ansiosos.	Kendall (1994) Kendall et al. (1997)
Análisis aplicado de la conducta para intervenciones tanto globales como específicas para el autismo.	Eikeseth, Smith, Jahr y Eldevik (2002) Matson, Benavides, Compton, Paclawskyj y Baglio (1996)
Terapia cognitivo-conductual para la depresión infantil	Reynolds y Coats (1986)
Terapia de conducta para la depresión adolescente (Lewinsohn)	Clarke et al. (1999) Lewinson et al. (1990)
Técnicas cognitivo-conductuales (desensibilización sistemática in vivo, práctica reforzada, modelado con participación), para los miedos y las fobias.	Muris et al. (1998) Menzies y Clarke (1993) Lewis (1974)
Terapia combinada (cognitivo-conductual+farmacológica), para la hiperactividad.	Pelham, Wheeler y Chronis (1998)

Tabla 5. Tratamientos psicológicos efectivos (y 4)
(Pérez et al., 2003, modificado)

TIPOS DE TRATAMIENTOS	EVIDENCIA EMPÍRICA
TRASTORNOS DE LA SALUD	
TRASTORNOS CARDIOVASCULARES	Blumenthal y Wei (1993)
Educación+Afrontamiento+Modificación de conducta	Johnson, Gold, Kentish et al. (1993)
Entrenamiento cognitivo-conductual en manejo de ansiedad	Bennet y Carroll (1994)
DOLOR CRÓNICO	Edelson y Fitzpatrick (1989)
Programa multicomponente (Relajación+Feedback+Técnicas cognitivas+Técnicas operantes)	Morley, Eccleston y Williams (1999) Sharpe et al. (2001)
SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE	Blanchard, Schwarz y Neff (1987)
Terapia multicomponente cognitivo-conductual	
CÁNCER	
Modificación de conducta	Sirgo et al. (2000)
Terapia cognitivo-conductual	Moorey et al. (1994)
Terapia coadyuvante	Greer et al. (1992)
Terapia de grupo (técnicas cognitivo-conductuales)	Edelman et al. (1999)

Al margen de las limitaciones de este enfoque, no deja de ser sorprendente que muchos psicólogos clínicos en ejercicio no estén adiestrados en este tipo de tratamientos y que muchos programas de formación en psicología clínica se hagan aún hoy a espaldas de estos conocimientos (Barlow y Hoffman, 1997).

Limitaciones de los estudios sobre eficacia terapéutica o de las investigaciones clínicas

Las investigaciones clínicas, dotadas de gran validez interna, permiten determinar el alcance tera-

péutico de un programa de intervención, es decir, su grado de eficacia. De este modo, se puede saber si los cambios observados en la variable dependiente son atribuibles al tratamiento y no a otras circunstancias (paso del tiempo, remisión espontánea, etcétera). Otra cosa es, sin embargo, la efectividad de dicho programa en la práctica clínica habitual, que es lo que le confiere la validez externa o ecológica. Un tratamiento deja de ser eficaz para convertirse en efectivo cuando se pueden generalizar los resultados obtenidos en la investigación -sometida a un riguroso control y en condiciones óptimas- a las situaciones clínicas reales (Becoña, 1999) (tabla 6).

La psicología clínica basada en la evidencia está sujeta a diversas limitaciones: las diferencias de

Tabla 6. Criterios de éxito en la terapia

CONCEPTOS FUNDAMENTALES	DEFINICIÓN
Eficacia	Resultados favorables en un contexto de investigación.
Efectividad	Resultados favorables en la práctica clínica habitual.
Eficiencia	Buenos resultados al menor coste posible.

Validez interna ↑

↓ Validez externa

rendimiento de los terapeutas con una misma terapia, la variación de la gravedad de los pacientes con un mismo diagnóstico o la inexistencia de pacientes con un único diagnóstico *puro* (la comorbilidad es la norma, no la excepción), sin olvidar que distintos tipos de tratamientos pueden ser igualmente efectivos en un mismo cuadro clínico (sólo que para distintos perfiles de pacientes) (Bados, et al., 2002; Becoña, 1999; Echeburúa y Corral, 2001).

Así, por ejemplo, en la investigación los pacientes son homogéneos entre sí (en cuanto a edad y sexo, por ejemplo) y *puros*, sin presentar comorbilidad con otros trastornos, y los terapeutas, que no suelen tener una gran experiencia clínica y que el paciente no puede elegir, están muy motivados. A su vez, los tratamientos, más bien cortos, se ajustan a una guía rígida y a un diario de sesiones. Por el contrario, en la práctica clínica habitual los pacientes están aquejados de varios trastornos simultáneamente, son heterogéneos y han sido sometidos, habitualmente, a tratamientos previos; los terapeutas cuentan con una experiencia clínica amplia y son objeto de elección por parte del paciente, al menos en la práctica privada; y, por último, los tratamientos son más largos y flexibles: no hay un número limitado de sesiones, el contenido del tratamiento es más moldeable y está sujeto a cambios. En definitiva, no hay un isomorfismo entre la investigación y la clínica (tabla 7).

Las terapias empíricamente validadas han concedido una gran importancia a la clasificación de los trastornos mentales. Esta preocupación por el enfoque científico ha llevado a sobrevalorar el *objeto* de la psicología (los cuadros clínicos) y a desatender, al menos hasta cierto punto, al *sujeto* de la psicología clínica (el ser humano sufriente). Es decir, la impor-

tancia concedida al diagnóstico clínico (por ejemplo, tratamientos efectivos para el trastorno obsesivo-compulsivo) ha diluido la atención específica al paciente que padece esa patología y no ha tomado en consideración las diferencias individuales existentes entre los pacientes catalogados con el mismo diagnóstico. En este sentido, hay una tendencia a una cierta cosificación del paciente. De este modo, los manuales o guías de tratamiento pueden, a veces, responder (si no se usan bien) a la mentalidad del *libro de recetas de cocina* (Becoña, Vázquez, Míguez et al., 2004)

Sin embargo y a pesar de las limitaciones, gracias a la investigación experimental poseemos datos y procedimientos de evaluación y tratamiento basados en pruebas que, al estar descritos en guías clínicas, permiten una actuación profesional adecuada y ayudan en la toma de decisiones terapéuticas. Además introducen una mentalidad de auto-crítica y evaluación permanente de las actuaciones terapéuticas que conlleva normalmente una mejora de las mismas. En los últimos años, cada vez con mayor frecuencia se evalúa la efectividad clínica de los tratamientos psicológicos en la práctica clínica (Westbrook y Kirk, 2005), lo que complementa este enfoque y proporciona validez externa a los procedimientos terapéuticos que han mostrado su eficacia en el ámbito de la investigación.

Limitaciones de un enfoque basado en la eficiencia

De los resultados sobre la investigación de la eficacia de las terapias psicológicas se ha derivado el concepto de *eficiencia*. La eficiencia no puede limitarse a una mera contención del gasto, sino que

Tabla 7. Diferencias entre la investigación y la práctica clínica
(Echeburúa y Corral, 2001)

VARIABLES	INVESTIGACIÓN	PRÁCTICA CLÍNICA
Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Homogéneos. • Sin comorbilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogéneos. • Con diversos trastornos.
Terapeutas	<ul style="list-style-type: none"> • Muy motivados, pero con poca experiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con menor motivación, pero con mayor experiencia profesional.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido rígido. • Número prefijado de sesiones. • Menor número de sesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido flexible. • Sin limitaciones prefijadas en el número de sesiones. • Mayor número de sesiones.
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Largos (6-12 meses). 	<ul style="list-style-type: none"> • Cortos o inexistentes.

hace referencia al logro de los objetivos terapéuticos con el menor coste posible (en términos de dinero, tiempo del terapeuta o sufrimiento del paciente). De hecho, la terapia psicológica puede implicar una reducción considerable de costes a largo plazo cuando se utiliza aislada o en combinación con un tratamiento farmacológico en muchos trastornos mentales, como la ansiedad y la depresión, e incluso en trastornos graves, como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o el trastorno límite de personalidad (Gabbard, Lazar, Hornberger y Spiegel, 1997; Layard, 2006).

Este enfoque orientado a ofrecer terapias eficaces, breves y a un menor coste es muy importante en cualquier ámbito de la sanidad pública. Se trata de determinar que los resultados justifican una inversión a *nivel terapéutico* (coste de la terapia), a *nivel sanitario* (ahorro de tratamiento ulteriores) y a *nivel social* (menos absentismo laboral, menor uso de recursos sociales, prevención de problemas en otros miembros de la familia, etcétera).

Sin embargo, en ocasiones el énfasis en la eficiencia lleva a la mentalidad de la reducción de costes a cualquier precio, lo que supone caer en un economicismo absurdo, olvidándose de la relación terapéutica, de la necesaria evaluación individual de cada caso y de la realización del análisis funcional, así como de la delimitación de los objetivos terapéuticos. A veces, cuando se habla de eficiencia, se trata simplemente de abaratar los servicios, con una preocupación máxima en el ahorro y mínima en la calidad. El economicismo vigente en la sanidad pública actual refleja probablemente más la preocupación por la reducción de costes y del gasto que un interés genuino por la eficiencia (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

Retos de futuro

Es importante realizar estudios tanto en condiciones experimentales controladas como en la práctica clínica real. Sólo trabajando desde ambas perspectivas, lo que supone un énfasis en la investigación traslacional, podrá superarse la poca o nula comunicación existente entre la investigación controlada y la práctica clínica.

El profesional de la clínica no puede basar su ejercicio profesional sólo en su experiencia personal sin tener una prueba científica que apoye su aplicación práctica. Por tanto, la toma de decisiones terapéuticas requiere conocer “la mejor” evidencia empírica disponible, permitiendo con ello seleccionar las técnicas psicológicas que tengan el mayor respaldo científico.

No es exagerado afirmar que las terapias no validadas empíricamente se utilizan con más frecuencia que los tratamientos basados en la evidencia y que, por tanto, hay un desfase entre lo que se sabe y lo que se hace. Por chocante que pueda resultar, lo que parece hoy efectivo dista de estar disponible para la mayoría de la población. De este modo, hacer que lo *útil* sea *utilizado* se convierte en una prioridad de actuación (Echeburúa, 1998). La difusión no es algo que ocurre automáticamente, sino que está ligada a tres factores importantes: innovación (la aportación real de la nueva propuesta), canales de comunicación (el conocimiento de la nueva técnica por parte de los profesionales implicados) y transcurso del tiempo (necesario para romper con la resistencia al cambio en los profesionales) (Barlow, Levitt y Bufka, 1999; Rogers, 1995; Sobell, 1996). De hecho, los clínicos se muestran muy reticentes a cambiar líneas de actuación y formas de abordar los problemas que tienen sobreaprendidas (Barraca, 2005; Persons, 1995; Wilson, 1996).

Mejorar la calidad de la intervención, formar profesionales clínicos que comprendan y empleen la metodología de investigación y que tengan un espíritu crítico para depurar la información científica a la que tienen acceso son también objetivos o retos de futuro de lo que podemos denominar la Psicología Clínica Basada en la Evidencia (Frías y Pascual, 2003).

Características personales de los psicólogos clínicos

Por obvio que resulte decirlo, el psicólogo clínico va a estar en contacto con pacientes, es decir, con personas que sufren. Comprender al ser humano sufriente es el requisito previo para cualquier actuación profesional. Así, con independencia del ámbito concreto en el que se trabaje, los psicólogos clínicos deben aprender a observar (no sólo ver) y a escuchar (no sólo oír), así como a empatizar, comprender y analizar. Ésta es la única manera de comunicarse adecuadamente con otras personas y de ayudar a resolver los problemas planteados.

Realizar terapia psicológica no es sólo una mera aplicación de técnicas, sino que requiere previamente de habilidades para establecer una relación que sirva para aliviar el sufrimiento, así como de destrezas para obtener información, ordenarla y devolverla al paciente (análisis funcional), de modo que le permita una comprensión de las causas y del mantenimiento de sus problemas. Sólo posteriormente se puede pasar a la aplicación de técnicas que conduzcan a la modificación de pautas de comportamiento, cognitivas y emocionales. Por lo tanto, lo terapéuti-

co no es sólo la técnica, sino también la relación, el modo de evaluar, el modo de explicar los problemas y el modo de realizar nuevos aprendizajes.

Más allá de unas destrezas profesionales, se requieren en el psicólogo clínico unas habilidades personales que faciliten el establecimiento de una alianza terapéutica con el paciente. Hay algunas características básicas que facilitan la alianza terapéutica: equilibrio y control emocional, sentido común, capacidad de empatía, ausencia de rigidez y ganas genuinas de prestar ayuda, así como habilidades interpersonales que faciliten el trabajo en equipo o, al menos, el contacto con otros profesionales (médicos de atención primaria, psiquiatras o enfermeras), lo que obliga a saber utilizar un lenguaje común, a ser flexibles, a tener unas habilidades de comunicación, a marcarse objetivos concretos y a contar con un modelo integrador de salud (Echeburúa y Corral, 2001).

En resumen, no actúa necesariamente mejor con los pacientes el psicólogo clínico que más teoría sabe o que más experiencia acumula. Sin olvidar otras claves esenciales (conocimientos profesionales y disposición para estar al día, facilidad para adaptarse a los cambios, capacidad para integrarse en un equipo o motivación por la profesión), la inteligencia emocional, la autoestima apropiada y las habilidades interpersonales constituyen una herramienta fundamental para el desempeño adecuado de la psicología clínica.

Nuevas demandas terapéuticas

Las demandas terapéuticas han cambiado considerablemente en los últimos años. Ahora se tiende a consultar, además de por los cuadros clínicos *tradicionales* (depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria o adicciones), por problemas *menores*, que, sin constituir propiamente trastornos mentales, reflejan una *patología del sufrimiento o de la infelicidad*. Entre ellos se encuentran el duelo por la pérdida de un ser querido, los conflictos de pareja o la ruptura de pareja no deseada, las dificultades de convivencia y educación con los hijos, las conductas violentas de los adolescentes, los problemas de estrés laboral, el sufrimiento de los inmigrantes, el dolor crónico, el cansancio por el cuidado de personas dependientes, las consecuencias psicológicas del daño cerebral en el enfermo y su familia, etcétera.

Muchas de las consultas a los psicólogos clínicos hoy no se relacionan con trastornos mentales, sino con situaciones de infelicidad y sufrimiento psicológico, en donde resulta absurdo reducir el sufrimiento a categorías diagnósticas. Se trata de personas

que se sienten sobrepasadas en sus estrategias de afrontamiento para las dificultades cotidianas y que, muy frecuentemente, carecen de una red de apoyo familiar y social sólida y estable que les proporcione la ayuda y el apoyo necesario para seguir adelante. Los psicólogos clínicos tienen que adaptarse a esta nueva realidad, evitar la tendencia a establecer diagnósticos psiquiátricos y desarrollar unas estrategias de intervención (técnicas de *counseling* o de intervención en crisis) que no son exactamente las mismas que han mostrado éxito en el tratamiento de los trastornos mentales propiamente dichos.

Conclusiones

Es cierto que, por desgracia, los tratamientos que aún no han probado su eficacia tienen más difusión y se emplean más que los que sí la han probado (Echeburúa y Corral, 2001). Asimismo los psicólogos son criticados por mostrarse tan sordos a los resultados de la investigación empírica, en particular cuando ésta contradice su propia experiencia clínica (Garb, 2000); y, en cambio, se alaba la celeridad con que los médicos integran los nuevos fármacos o las nuevas técnicas de diagnóstico en su repertorio profesional.

A pesar de su indudable éxito en los últimos años, el movimiento basado en las pruebas no ha estado exento de críticas. Algunos psicólogos e instituciones sienten que es una innovación peligrosa que limita su autonomía. Sin embargo, la evaluación de los efectos de un tratamiento y la determinación de su eficacia constituyen un movimiento imparable (Pérez *et al.*, 2003). De hecho, otros enfoques terapéuticos tradicionalmente reacios a la evaluación empírica, como la psicoterapia psicodinámica, comienzan a ofrecer datos de su efectividad por medio de estudios meta-analíticos (Leichsenring y Leibing, 2003; Shedler, 2010).

Aunque el trabajo realizado ha sido mucho, todavía hay cuadros clínicos, como las psicosis o los trastornos de personalidad, donde los resultados obtenidos son escasos. Asimismo todavía quedan por resolver problemas clínicos como el incumplimiento de las prescripciones terapéuticas, la falta de motivación para el tratamiento en algunos trastornos, la investigación sobre el efecto de los tratamientos psicológicos combinados con psicofármacos, etcétera. Todo ello supone un reto de futuro.

La existencia de tratamientos empíricamente validados no invalida el necesario ajuste de los procedimientos a las características de cada paciente. De hecho, se hace un esfuerzo actualmente por asignar tratamientos distintos a tipos de pacientes específicos en el ámbito de un mismo trastorno -el denomi-

nado *emparejamiento* paciente-tratamiento-, como ya se ha ejemplificado en el estudio del alcoholismo (cfr. Allen y Kaden, 1995).

Por último, la afirmación de que no hay pruebas sobre la eficacia de un determinado tratamiento a fecha de hoy no debe ser tomada necesariamente como que existen pruebas de su ineficacia.

BIBLIOGRAFÍA

- Allen, J.P. y Kadden, R.M. (1995). Matching clients to alcohol treatment. En R.K. Hester y W.R. Miller (eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives* (2nd. ed.) (pp. 278-291). Boston: Allyn and Bacon.
- Bados, A., García, E. y Fuste, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 477-502.
- Barlow, D.H. (1994). Psychological interventions in the era of managed competition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 109-123.
- Barlow, D.H. y Hoffman, S.G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. En D.M. Clark y C.G. Fairburn (eds.). *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 95-117). Oxford: Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Levitt, J.T. y Bufka, L.F. (1999). The dissemination of empirically supported treatments: a view to the future. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 147-162.
- Barraca, J. (2005). El desarrollo de los tratamientos eficaces y la competencia profesional en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 16, 31-44.
- Bayés, R. (1984). ¿Por qué funcionan las terapias comportamentales?. *Anuario de Psicología*, 30-31, 127-147.
- Becoña, E. (1999). La discrepancia entre la investigación y la práctica clínica en la terapia de conducta. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 71-103.
- Becoña, E., Vázquez, M.J., Míguez, M.C., Casete, L., Lloves, M., Nogueiras, L., González, N., Lage, M., Suárez, S., Guitiérrez-Moyano, M.M., Lorenzo, M.C. y Baamonde, M.G. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica. *Papeles del Psicólogo*, 87, 9-19.
- Chambless, D.L. (1996). In defense of dissemination of empirically supported psychological interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 230-235.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3-18.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennet-Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D.A. y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-22.
- Echeburúa, E. (1998). ¿Qué terapias psicológicas son eficaces? Un reto ante el 2000. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 149-160.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberría, K. (2005). Reflexiones ante la formación de los psicólogos. Retos de futuro. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 175-188.
- Frías, M. y Pascual, J. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: efecto del tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 85, 11-18.
- Gabbard, G.O., Lazar, S.G., Hornberger, J. y Spiegel, D. (1997). The economic impact of psychotherapy: A review. *American Journal of Psychiatry*, 154, 147-155.
- Garb, H.N. (2000). On Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. *Prevention & Treatment*, 3, (Artículo 29). Disponible en Internet: <http://www.journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030029c.html>.
- Guimón, J. (2004). *Eficacia de las psicoterapias en salud mental*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Hickey, P. (1998). DSM and behavior therapy. *The Behavior Therapist*, March 1998, 43-46.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Dykinson.
- Layard, R. (2006). The case for psychological treatment centres. *British Medical Journal*, 332, 1030-1032.
- Leichsenring, F. y Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a

- meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Mace, C., Moorey, S. y Roberts, B. (2005). *Guía práctica de terapias psicológicas. Guía crítica para los clínicos*. Barcelona: Ariel.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (1998). *A Guide to Treatments that Work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Pérez, M., Fernández-Hermida, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I, II y III*. Madrid: Pirámide.
- Persons, J.B. (1995). Why practicing psychologists are slow to adopt empirically validated treatments. En S.C. Hayes, V.M. Follette, R.M. Dawes y K.E. Grady (eds.). *Scientific standards of psychological practice. Issues and recommendations* (pp. 141-157). Reno, Nevada: Context Press.
- Rogers, E.M. (1995). Lessons for guidelines from the diffusion of innovation. *Commission Journal of Quality Improvements*, 21, 325-328.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.
- Smith, M.L., Glass, G.V. y Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, Maryland: John Hopkins University Press.
- Sobell, L.C. (1996). Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us. *Behavior Therapy*, 27, 297-320.
- Taske Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-29.
- Westbrook, D. y Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243-1261.
- Wilson, G.T. (1996). Empirically validated treatments: Reality and resistance. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 241-244. ABSTRACT

Abstract: In recent years evidence-based psychological treatments has developed a great deal integrating clinical expertise with the best available external evidence from systematic research. This approach has to deal with some methodological problems. Furthermore, there are some limitations to generalize the results of research to the routine clinical practice in community settings. In this paper the main difficulties to disseminate evidence-based psychological practice to mental health professional are pointed out. Likewise personal characteristics for clinical psychologists and the new problems related to unhappiness and emotional suffering that patients raise when seeking therapeutic help should be also considered. In order to reduce the research-practice gap, some future challenges and new lines of research in this area are suggested.