

LA BÚSQUEDA DE LA “VERDAD” EN LA IDENTIFICACIÓN DE TERAPIAS CON APOYO EMPÍRICO

Psi. Cli. Estrella Pinto de Zapata

RESUMEN

En el presente trabajo se examina el impacto de las formulaciones que la Medicina Basada en la Evidencia ha tenido en la Psicología, específicamente en el interés por identificar terapias psicológicas con apoyo empírico, y se interroga la pertinencia de extrapolar los principios y metodología de la MBE a la investigación en psicoterapia. En segundo término, se revisa de modo crítico las limitaciones de esas investigaciones desde la perspectiva de los supuestos epistemológicos de base, y las consecuencias de las mismas.

Palabras clave: Medicina Basada en la Evidencia, Psicología Basada en la Evidencia, Psicología Basada en Pruebas, Identificación de Terapias con apoyo empírico, Guías de Tratamiento, Paradigma científico.

INTRODUCCIÓN

El interés por evaluar los beneficios de las psicoterapias es de antigua data, y está asociado con varios factores, algunos de los cuales explicitan Fernández y Pérez (2001):

a.- la evolución de la psicología como ciencia, y específicamente de la psicoterapia desde mediados del siglo XX. Hasta esa época la práctica clínica se había sustentado en el psicoanálisis pero el surgimiento de otras opciones como la terapia de la conducta, más cercana a las exigencias del método científico, dio lugar a serias críticas como las que realizó Eysenck en su clásico artículo The

effects of psychotherapy. An evaluation, publicado en 1952, sobre las bondades de la intervención psicoanalítica;

b.- la definición de la psicología clínica como una actividad científico-profesional por parte de las asociaciones profesionales de gran relieve como la Asociación Americana de Psicología (APA), compromete a sus practicantes a mantenerse abiertos a la crítica de sus recursos desde la perspectiva de las ciencias que sustentan su práctica, así como desde la perspectiva profesional, pues sólo a través de ésta se puede aprender y perfeccionar el saber clínico;

c.- las formulaciones deontológicas de las asociaciones de psicólogos, como por ejemplo las de la APA, para aquellos que realizan evaluación y terapia, constituyen adicionalmente un claro exhorto a basar su ejercicio en un conocimiento científico y profesional;

d.- la investigación y desarrollo de la psicofarmacología que se inició en la década de los cincuenta, ha forzado también la necesidad de someter a prueba las intervenciones psicoterapéuticas, para evitar que éstas sean desplazadas parcial o totalmente producto de la dura competencia que constituye la oferta al público de tales fármacos;

e.- el factor económico asociado a la aparición de los terceros pagadores de los servicios psicológicos, representa un elemento adicional de peso para que se considere necesario determinar cuáles son las intervenciones que proporcionan máximo beneficio con el menor costo.

De lo anterior puede derivarse que las presiones para establecer los beneficios de las prácticas psicoterapéuticas desde el punto de vista del respaldo científico con el que cuentan y de sus ventajas competitivas concretas, han ido progresivamente en aumento. Una muestra de ello es el impacto que en el área de la salud y de la psicoterapia ha tenido hace poco más de una década el movimiento denominado Medicina Basada en la Evidencia (MBE), el cual se explica a continuación.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA, PSICOLOGÍA BASADA EN PRUEBAS Y LA IDENTIFICACIÓN DE LAS TERAPIAS CON APOYO EMPÍRICO

El movimiento identificado como Medicina Basada en la Evidencia se inició en la década de los ochenta en Canadá (Frías y Llobell, 2003) y en el Reino Unido (Chambless y Ollendick, 2001). Sus premisas básicas son de acuerdo a Chambless y Ollendick (2001):

el cuidado del paciente puede mejorarse mediante la adquisición y uso de conocimiento empírico actualizado, y (b) es difícil para los profesionales clínicos mantenerse actualizados con la nueva información que aparece y es pertinente a su práctica, pero (c), si ellos no lo hacen, su conocimiento y la actuación clínica se deteriorarán durante los años después de su entrenamiento, por consiguiente, (d) los médicos necesitan resúmenes de evidencia proporcionados por revisiones de expertos e instrucciones sobre cómo acceder a esta información durante su práctica rutinaria. (Introducción).

Aunque el concepto no es exactamente nuevo, sí la metodología propuesta por parte del grupo de investigación más reconocido en esa área, dirigido por David L. Sackett de la Universidad de Oxford en Inglaterra, para la utilización de la mejor evidencia científica disponible junto con el juicio clínico (Sackett, Rosenberg, Gray y Richardson, 1996).

Esta proposición se ha extendido a todas las disciplinas de la salud, incluyendo las de salud mental, y ha impactado a cierto sector de los profesionales e investigadores de la Psicología, conduciendo a que se hable de una nueva orientación: Psicología Basada en la Evidencia o Psicología Basada en Pruebas, tal como lo explican Frías y Llobell (2003):

También la Psicología tiene la necesidad de disponer de herramientas fiables de comunicar información que se apoyen en datos empíricos contrastables (Chambless y Hollon, 1998) que junto con el juicio del experto faciliten y aseguren el desarrollo y aplicación de diagnósticos e intervenciones válidos, mejorando la toma de decisiones ante los problemas clínicos. Mejorar la calidad de la intervención, formar profesionales clínicos que comprendan y empleen la metodología de investigación y que sean críticos capaces de discriminar en la información científica a la que tienen acceso, aquello que se ajusta a la verdad, que por supuesto es cambiante, y que sepan sistematizar y organizar la información que diariamente se produce en el mundo son también objetivos de lo que podemos denominar Psicología Basada en la Evidencia. La verdad absoluta nunca se puede alcanzar por la evidencia científica y por ello siempre va acompañada de un grado razonable de incertidumbre que debe ser diferenciada de la pura ignorancia (...) como evidencia no es la palabra más adecuada (...) en español la palabra prueba traduce mejor el significado de evidence, entendiendo prueba como los datos empíricos que sustentan una hipótesis. Por ello es más adecuado hablar de Psicología Basada en Pruebas (...) (Introducción).

Los elementos que sirven de fundamento a la MBE son idénticos a los que requiere la Psicología Basada en Pruebas:

- 1- una formulación del problema clínico relativo a diagnóstico, etiología, tratamiento, etc., de modo claro y preciso operacionalizando la pregunta a resolver.
- 2.- proceso de búsqueda de información de las mejores pruebas disponibles en la literatura publicada, relacionadas con la necesidad de conocimiento.
- 3.- valoración crítica de la calidad de las pruebas. Por ejemplo, en el caso de tener que valorar un tipo de intervención psicológica:
 - a.- ¿cuáles son los resultados? (magnitud del efecto del tratamiento)
 - b.- ¿son válidos los resultados del estudio? (validez interna)
 - c.- ¿podrán ayudar los resultados al tratamiento del paciente en el contexto clínico? (validez externa). (Frías y Llobell, 2003).

En relación a la valoración de las pruebas, tres elementos específicos se consideran importantes; ellos son la eficacia del tratamiento, que se refiere a los cambios beneficiosos que pueden atribuirse a la administración de aquel y no a otros factores, la efectividad de los procedimientos en ambientes clínicos reales o naturales, implementados por todo tipo de profesionales y con todo tipo de pacientes; y la eficiencia en términos de relación costo/beneficios desde el punto de vista monetario, de tiempo, recursos humanos, etc. (Paz, 2005).

La influencia de estos movimientos sobre la División de Psicología Clínica (12) de la APA, condujo a que en 1993 se estableciera un Grupo de Tarea sobre la Promoción y Diseminación de Procedimientos Psicológicos con el objetivo de considerar los problemas en la diseminación de tratamientos psicológicos de eficacia conocida para adultos. Chambless y Ollendick (2001) afirman que aunque el grupo se desarrolló independientemente de la MBE, las recomendaciones del Grupo de Tarea son claramente consistentes con los principios de la misma.

En 1995, el Grupo de Tarea emitió el primero de tres reportes en los que identificó varias intervenciones psicológicas como tratamientos empíricamente validados (TEV), posteriormente llamados tratamientos con apoyo empírico (TAE), los cuales fueron definidos como tratamientos específicos para problemas específicos.

Chambless y Ollendick (2001) explican en relación a estos trabajos que los esfuerzos por identificar TAE no se han limitado al Grupo de Tarea inicial. Debido a que el primer grupo de tarea se focalizó principalmente en TAE para adultos, la División 12 estableció un segundo grupo de tarea con un énfasis en TAE y programas de prevención para niños, el Grupo de Tarea sobre intervenciones psicosociales efectivas: una perspectiva del transcurso de la vida, cuyos reportes también han sido publicados. La División 12 también comisionó a otro grupo de tarea la elaboración de un libro titulado *A guide to treatments that work* (Una guía para tratamientos que funcionan) el cual contiene revisiones de la literatura sobre resultados de la psicoterapia y la farmacología, a cargo de expertos en varios trastornos psicológicos.

Además de la División 12, otros autores han emprendido investigaciones para identificar TAE:

(...) por ejemplo Kendall y Chambless (1998), incluyendo publicaciones que identifican TAE en terapia de adultos, niños, pareja y familia, la revisión de Wilson y Gil de TAE para el dolor crónico (1996), y la revisión de Gatz et al. de TAE para el anciano (1998). Los psicólogos en el Reino Unido han liderado esta área, incluyendo la publicación de *What works for Whom* (Qué funciona para Quién) de Roth y Fonagy (1996), quienes dirigieron una revisión de la eficacia de la psicoterapia para el Servicio de Salud Nacional británico (Parry, 1996). La Sección de Psicología Clínica de la Asociación Psicológica Canadiense estableció su propio Grupo de Tarea sobre TAE. (Chambless y Ollendick, 2001).

En relación a los criterios específicos con los que han trabajado los Grupos de Tarea de la APA para establecer la eficacia de los tratamientos, deben mencionarse:

Grupo A, Grupo de Tarea de la División 12 (Chambless et al 1998)

- Criterios:

Tratamientos bien establecidos: (I) al menos dos experimentos con diseño inter-grupo deben demostrar eficacia en una o más de las siguientes maneras: (A) superioridad a píldora o psicoterapia placebo, o a otro tratamiento, (B) equivalencia a un tratamiento ya establecido, con tamaños de la muestra adecuados, o bien (II) en una gran cantidad de experimentos con diseño de caso único se debe demostrar eficacia con: (A) uso de un buen diseño experimental, (B) comparación de la intervención con otro tratamiento, (III) los experimentos deben ser realizados con manuales de tratamiento o descripciones del tratamiento que sean igualmente claras, (IV) se debe especificar las características

de las muestras, (V) los efectos deben ser demostrados por un mínimo de dos investigadores o equipos diferentes.

Tratamientos probablemente eficaces: (I) dos experimentos deben mostrar que el tratamiento es superior al grupo control de lista de espera, o bien (II) uno o más experimentos deben cumplir los criterios de tratamiento bien establecido IA o IB, III, y IV, pero no se cumple el criterio V, o bien (III) una pequeña cantidad de experimentos de diseño de caso único deben cumplir los criterios de tratamiento bien establecido.

Tratamientos experimentales: el tratamiento fue aún testeado en pruebas que cumplan los criterios metodológicos del grupo de tarea.

Grupo B, sección especial del *Journal of Pediatric Psychology* (Spirito 1999)

- Criterios:

Tratamientos bien establecidos: los mismos criterios que Chambless et al (1998).

Tratamientos probablemente eficaces: los mismos criterios que Chambless et al (1998).

Intervenciones prometedoras: (I) debe haber apoyo positivo de un estudio bien controlado y al menos un estudio más no tan bien controlado, o bien (II) debe haber apoyo positivo de un pequeño número de experimentos con diseño de caso único, o bien (III) debe haber apoyo positivo de dos o más estudios bien controlados realizados por el mismo investigador.

Grupo C, sección especial del *Journal of Clinical Child Psychology* (1998, vol. 27, no. 2) - Criterios:

Tratamientos bien-establecidos: los mismos criterios que Chambless et al (1998).

Tratamientos probablemente eficaces: los mismos criterios que Chambless et al (1998), excepto que debe haber al menos dos estudios de diseño grupal (y no uno) cumpliendo los criterios para tratamientos bien establecidos, si bien realizados por el mismo investigador.

Grupo D, sección especial del Journal of Consulting and Clinical Psychology (Kendall & Chambless 1998)

- Criterios:

Tratamiento eficaz y específico: los mismos criterios que Chambless et al (1998) para tratamientos bien establecidos.

Tratamientos posiblemente eficaces y específicos: los mismos criterios que arriba para eficaces y específicos, excepto que sólo requieren que el tratamiento se demuestre superior a un tratamiento rival en un estudio.

Tratamientos eficaces y posiblemente específicos: los mismos criterios que arriba para eficaces y específicos, excepto que el tratamiento debe mostrarse superior a un grupo de lista de espera en un estudio y superior a un tratamiento rival en otro estudio por equipos diferentes.

Tratamientos eficaces: los mismos que Chambless et al (1998) para tratamientos probablemente eficaces.

Grupo E, libro What Works for Whom? (Roth & Fonagy 1996)

- Criterios:

Tratamientos claramente eficaces: (I) debe haber una demostración replicada de superioridad a una condición control o a otra condición de tratamiento, o bien (II) debe haber una sola prueba controlada aleatorizada de alta calidad en la cual: (A) los terapeutas sigan un método terapéutico claramente descrito como base para entrenamiento, (B) hay un grupo de pacientes claramente descrito.

Tratamientos prometedores con apoyo limitado: el tratamiento debe ser innovador y una línea prometedora de intervención, o bien el tratamiento es un método ampliamente utilizado con sólo limitado apoyo de efectividad.

Grupo F, libro A Guide to Treatments That Work (Nathan & Gorman 1998)

- Criterios:

Estudios de tipo-1: (I) el estudio debe incluir una prueba clínica prospectiva aleatorizada (randomized prospective clinical trial), (II) el estudio debe incluir grupos de comparación con asignación aleatoria, evaluaciones ciegas, criterios claros de inclusión y exclusión, métodos diagnósticos de estado del arte, y ta-

maño de la muestra adecuado, (III) debe haber métodos estadísticos claramente descriptos.

Estudios de tipo-2: las pruebas clínicas deben ser realizadas, pero carecen de algunos rasgos de los estudios de tipo-1 (por ejm., pruebas sin doble ciego, o asignación no aleatorizada).

Estudios de tipo-3: (I) son estudios abiertos de tratamiento que buscan obtener datos piloto, o bien (II) son estudios de caso en los cuales la información del tratamiento se obtuvo en forma retrospectiva.

Grupo G, revisión de tratamientos para ancianos (Gatz et al 1998)

- Criterios: los mismos criterios que Chambless et al (1998).

Grupo H, revisión de tratamientos para dolor crónico (Wilson & Gil 1996)

- Criterios: los mismos criterios que Chambless et al (1998).

(Chambless y Ollendick, 2001, Chambless et al., 2005, Tablas de Criterios)

Chambless y Ollendick (2001) citan como resultados y consecuencias significativas de estos trabajos las siguientes:

1.- las listas de TAE publicadas han identificado claramente como tratamientos de categoría I (bien establecidos, eficaces y específicos) y de categoría II (probablemente eficaces), con una frecuencia elevada a las intervenciones conductuales, cognitivas y cognitivo-conductuales. Otras como las psicodinámicas y sistémicas aparecen muy escasamente en las mismas, y cuando lo hacen, suelen ser calificadas como tratamientos prometedores (categoría III), y algunas, como las de corte humanístico-existencial, no están en las listas;

2.- apoyándose en lo anterior, el comité de acreditación de la APA decidió que los programas de Doctorado y de Pasantías en Psicología Aplicada debe incluir cierto entrenamiento en TAE;

3.- el primer Grupo de Tarea fue convertido desde 1999 en Comité permanente encargado de evaluar la eficacia y efectividad de las intervenciones psicológicas.

En relación al impacto de dichas investigaciones, Fernández y Pérez (2001) señalan:

(...) las guías de tratamiento se han abierto paso. Las dos mayores organizaciones profesionales de salud mental, la Asociación Psiquiátrica Americana y la Asociación Psicológica Americana, han publicado sus respectivas guías y mantienen una actualización constantes de las mismas (...) en ámbitos más especializados como el de las drogodependencias, el NIDA (National Institute on Drug Addiction) (...) ha sacado a la luz su propia guía de tratamiento, marcando los estándares en ese ámbito de aplicación. En España, con un estilo más chapucero, también se ha editado una especie de lista negativa (de supresión) de tratamientos psicoterapéuticos que ya se han suprimido de la prestación de servicios sanitarios públicos como el psicoanálisis y la hipnosis, aunque esta supresión no ha estado acompañada de estudio de eficacia, efectividad o eficiencia alguno (...) (p. 342).

En otros países como Francia, se trabaja sobre esta misma idea, con la intención de regular eventualmente la práctica clínica, y dejar fuera técnicas no validadas.

Todo ello evidencia la influencia a varios niveles de este movimiento, el cual ha sido acogido con beneplácito por los practicantes de las terapias psicológicas que se han validado y por quienes suscriben los puntos de vista del modelo de investigación que prevalece en la actualidad. Otros clínicos han mostrado reservas al respecto por motivos diversos:

a.- "resistencia al cambio, proveniente de la (...) tradición firmemente consolidada de dar preeminencia a la observación y al juicio clínico frente al conocimiento surgido del método científico." (Fernández y Pérez, 2001, p. 339).

Los clínicos no prestan atención a la investigación empírica cuando los descubrimientos contradicen su propia experiencia clínica. Esta tendencia es tan marcada que están poco habituados a ejercer una disciplina metodológica sobre sus propias observaciones, por lo que no es infrecuente que cometan errores cuando tratan de aprender de sus propias experiencias. (Garb, 2005, Resistance to recommendations based on empirical findings);

b.- la necesidad del clínico de preservar (...) la autoestima y [reducir] la disonancia (...). Puede ser duro tomar conciencia de que se ha estado haciendo algo cuya utilidad real ha sido puesto en tela de juicio, por lo que una manera simple de eludir el problema consiste en desvalorizar la comprobación empírica de la eficacia de la terapia. (Fernández y Pérez, 2001, p. 339);

c.- razones prácticas, ya que no es tarea fácil aprender un gran número de intervenciones diferentes, muchas veces basadas en supuestos distintos para las

diversas patologías, lo que contrasta con la situación actual en la que un mismo enfoque es utilizado una y otra vez, sin que existan variaciones que puedan considerarse sustanciales (Fernández y Pérez, 2001, p. 339);

d.- “La libertad de prescripción de los clínicos es otro de los elementos que entran en juego cuando se habla de las guías de tratamiento.” (Fernández y Pérez, 2001, p. 342). “Se teme que restringirán la práctica a una cantidad de tratamientos, impidiendo la flexibilidad y la innovación clínica.” (Chambless y Ollendick, 2001, Controversia).

La libertad del clínico para ejercitar su mejor juicio a la hora de prescribir, puede considerarse más un derecho del paciente que una prerrogativa de los profesionales. La resistencia a someterse a una guía de tratamientos puede ser vista, por lo tanto, como una limitación no sólo del derecho de prescripción sino también como un recorte del derecho de elección de los pacientes (...). Puede haber clientes que prefieran por múltiples razones un estilo terapéutico diferente al que aparece indicado en los manuales, debido, entre otras razones, a que la intervención no se dirige a los síntomas clásicos sino a aspectos más globales de la persona. (Fernández y Pérez, 2001, p. 342);

e.- el temor a que (...) los hallazgos de las TAE a) serán mal empleados por las compañías que administran atención psicológica, para dejar de dar apoyo económico a los psicólogos que emplean psicoterapias no designadas como TAE (...) b) harán a esos psicólogos más vulnerables a juicios por mala praxis (...) (Chambless y Ollendick, 2001, Controversia)

Por otra parte se han realizado cuestionamientos específicos de orden metodológico, algunos de los cuales citan Chambless y Ollendick (2001) y Fernández y Pérez (2001):

a.- uso del DSM para diagnosticar a los participantes

b.- asunción de que se estudian prototipos psicopatológicos puros, lo cual no se encuentra en general en la práctica clínica

c.- empleo del trastorno identificado como principio organizador de la intervención, en lugar de otro basado en factores de personalidad que podrían afectar la respuesta a la psicoterapia

d.- el requisito de que las técnicas deben estar convenientemente sistematizadas mediante un manual. Esto deja fuera a algunos sistemas terapéuticos que por la

naturaleza de sus técnicas no pueden en sentido estricto cumplir con dicho requisito. Además limitaría la generalización de resultados porque en la práctica clínica los terapeutas no suelen ajustarse a manuales de aplicación general

e.- el focalizarse sólo en síntomas y especificar en términos conductuales los cambios esperables en breve tiempo después de la aplicación del tratamiento, puede contribuir a que se subestimen enfoques diferentes a los conductuales y cognitivos

f.- efectividad vs. eficacia:

Si una intervención psicoterapéutica se demuestra útil para tratar un trastorno en condiciones tan controladas como las que se dan en una prueba clínica que estudia su eficacia, ¿no nos estaremos refiriendo a pacientes y tratamientos irreales, en el sentido de que ni los pacientes existen tal y como son vistos en los experimentos, ni los tratamientos pueden ser aplicados en la misma forma y con las mismas pautas en la clínica real? (Fernández y Pérez, 2001, p. 341)

g.- al no establecerse reglas de decisión “duras” y “rápidas” se deja margen para potenciales sesgos. De hecho no proporcionan evidencias de la fiabilidad de sus decisiones

h. - los abordajes cognitivo y conductual han sido incluidos más frecuentemente que otros enfoques, lo cual puede revelar un sesgo de los investigadores, que junto a los criterios utilizados les otorgaría injustamente ventajas en la evaluación.

En resumen, es notoria la falta de equidad en las condiciones de validación de las diferentes intervenciones terapéuticas ya que existe desacuerdo previo entre los clínicos, más allá de estas investigaciones, acerca del uso del DSM para diagnosticar, expresar los problemas en términos de signos y síntomas, y usar este tipo de diagnóstico para decidir cuál tratamiento es el más adecuado para un paciente, con independencia de su tipo de personalidad. Para algunos enfoques este último puede de hecho ser un factor tanto o más importante que el trastorno clínico presente. El riesgo de equivocarse aumenta además si se asume que se está trabajando con lo que antes se denominó prototipos psicopatológicos puros, ya que se sabe existe una tendencia a la comorbilidad entre los trastornos que puede además aumentar por algunas características del DSM como el solapamiento entre categorías por la existencia de síntomas inespecíficos y la pérdida del valor de la jerarquización al diagnosticar, en favor de diagnósticos múltiples de desórdenes clínicos (Vallejo, Gastó, Cardoner y Catalán, 2002); por lo cual es posible que en estos estudios una intervención no funcione bien por imprecisión diagnóstica más que por las características de aquella.

Los requisitos adicionales de ajustarse a un manual para llevar a cabo el tratamiento y de comprobar la eficacia en términos de la remisión de signos y síntomas, en tanto no pueden ser cumplidos de idéntica forma por los practicantes de todos los enfoques terapéuticos, establece de entrada condiciones desiguales adicionales que conducen naturalmente a que algunos no estén incluidos, otros poco representados, mientras intervenciones como las de corte conductual y cognitivo aparecen con gran frecuencia incluidas, y reciben al final mayor apoyo empírico que las demás.

Estos aspectos metodológicos, operativos, no deben ser examinados haciendo abstracción de otros de orden epistemológico y metafísico que sirven de fundamento a dichas prácticas, y sobre los cuales se reflexionará a continuación.

IDENTIFICACIÓN DE TAE Y FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

Al focalizarse la discusión sobre la metodología utilizada, algunos investigadores que forman parte de los equipos más importantes que han llevado adelante estos estudios soslayan otros aspectos controversiales como sus múltiples repercusiones éticas, legales, económicas, etc. Así afirman Chambless y Ollendick (2001): “Nosotros no nos centramos en estas cuestiones que, si bien son importantes, están fuera del campo científico.” (Controversias). Tampoco parece preocuparles a ellos y a muchos críticos, lo concerniente a las implicaciones de la adopción del método empleado para establecer la verdad sobre cuáles son las prácticas clínicas con valor; es decir lo relativo a “las bases lógicas y epistemológicas del método científico”. (Kazdin, 2001, p. 6). Sobre la importancia de dichas bases comenta Martínez (2005):

Todo investigador prudente debe revisar y analizar la firmeza del terreno que pisa, la solidez de los supuestos que acepta, el nivel de credibilidad de sus postulados, axiomas o primitivos básicos. Sólo así podrá evitar el fatal peligro de galopar feliz e ingenuamente sobre la superficie helada y cubierta de nieve del lago que cree una llanura inmensa y segura (El proceso cognitivo humano).

Desde esta perspectiva, hay varios aspectos sobre los que es necesario reflexionar, como por ejemplo: ¿en qué medida es legítimo adoptar sin reservas conceptos y principios de la Medicina Basada en la Evidencia, y luego con base en éstos, diseñar investigaciones para valorar tratamientos psicoterapéuticos de manera semejante a la que se emplea para poner a prueba la eficacia de un fármaco?; ¿qué implicaciones puede tener esto en términos de las nociones de realidad y causalidad que se manejan en ambos casos? Más específicamente, cabría preguntarse si es apropiado y objetivo hacer uso de este abordaje metodológico para valorar la eficacia de intervenciones terapéuticas que difieren como

explican Feixas y Miró (1993) no sólo en cuanto a técnicas y teorías que las respaldan, sino en lo relativo a sus fundamentos filosóficos; o del modo como lo cuestionan Fernández y Pérez (2001), ¿este método guarda una equidistancia real o sólo aparente respecto a las técnicas implicadas?

De acuerdo al punto de vista prevaleciente en el ámbito científico, parece legítimo asumir que los principios que son válidos para la MBE se pueden extrapolar sin más a la Psicología y ser asimilados para convertirla en lo que antes se definió como una Psicología Basada en Pruebas, partiendo de la premisa de que no habría mayores diferencias entre ambas. Para entender la lógica subyacente debe recordarse que la Psicología "se modeló como ciencia siguiendo la estructura epistémica de las ciencias naturales y más concretamente de la física" (Martínez, 2005). La adopción del método científico fue fundamental para este propósito, pues según Bunge (1969) de su uso depende que una disciplina se convierta en ciencia. Respecto a la relevancia del método Arnau (2005) comenta que no sólo en el contexto psicológico sino en el social en general, existe la necesidad de:

(...) alcanzar una aproximación al ideal científico propio de las ciencias físico-naturales. Estamos asistiendo en la actualidad a la casi sacralización del método como única alternativa capaz de aportar un conocimiento objetivamente fundado, y en consecuencia, científicamente válido. En pro de la consecución de este objetivo tienden todos aquellos saberes naturales que se han ido incorporando, con un lamentable retraso histórico, al progresivo desarrollo marcado por las ciencias positivas (p. 67).

Otros autores como Kazdin (2001) comparten estas ideas: "la investigación científica es esencial para comprender los fenómenos naturales y para lograr el avance del conocimiento (...) intenta simplificar la complejidad de la naturaleza y aislar un fenómeno específico para un escrutinio cuidadoso" (p. 2). Kerlinger (1975) también afirma que en la aproximación a fenómenos naturales, se intenta identificar supuestas relaciones entre ellos mediante una investigación "sistemática, controlada, empírica y crítica de proposiciones hipotéticas" (p. 7).

En consecuencia no existirían diferencias entre Medicina y Psicología como ciencias, y para estudiar la respuesta ante una intervención psicoterapéutica sería válido establecer una equivalencia con la respuesta a un fármaco, al concebirse ambos como "fenómenos naturales". De este modo, la metodología utilizada en las investigaciones farmacológicas, que implica la estricta adhesión a un protocolo de trabajo preciso, se traslada al campo de estudio de las psicoterapias, y se aspira a desarrollar guías de tratamiento específicas que cualquier terapeuta debidamente entrenados en su uso debería poder cumplir rigurosamente, sin diferencias en su proceder, con cualquier

paciente. La condición que no se va poder satisfacer en este caso por razones obvias, es la del “doble ciego” propia de los estudios con fármacos.

Por otra parte se encuentra implícita la noción de que la única forma de determinar con objetividad, es decir, científicamente, cuáles psicoterapias funcionan o son eficaces y cuáles no, es someterlas a pruebas empíricas en condiciones que se suponen idóneas en tanto cumplen aparentemente con la sistematización y control, que como antes se mencionó, identifican este tipo de investigación. Arnau (2005) al referirse a esto explica que

Manipulación, control y aleatorización suman sintéticamente y a grandes rasgos las características más sobresalientes de la estrategia experimental. Estrategia que (...) ofrece una fiable garantía para la inferencia de hipótesis de causalidad, lo que confiere una gran potencia probatoria. Mediante la estrategia experimental maximizamos la validez interna de la investigación o capacidad de derivar, a partir de los datos, relaciones de causalidad (p. 71).

Kenny (1979) también establece que

“sólo la estrategia experimental, con los debidos controles, permitirá inferir una relación de causalidad al cumplirse tres condiciones: a) precedencia en el tiempo de las variables explicativas o causales, b) relación funcional entre variables, y c) que se cumpla el supuesto de no espuriedad” (c.p. Arnau, 2005 p. 70).

Por último, Cook y Campbell (1979) afirman que la estrategia experimental que más probablemente tendrá lugar en ambientes controlados que en la investigación de campo, es la que más facilita las inferencias sobre relaciones causales.

Conforme a lo anterior, en estos estudios se trata de garantizar en general que se pueda inferir con propiedad una relación de causalidad, intentando por ejemplo aislar la variable “tratamiento” de otras como “características del terapeuta”, por lo cual se entiende que es fundamental que dicho tratamiento se pueda especificar paso a paso en una guía.

La investigación tal como ha sido caracterizada anteriormente, se identifica con el Positivismo, fundado en el siglo XIX por el filósofo francés Auguste Comte (1798-1857). Esta doctrina se basa a su vez en las tesis del filósofo empirista inglés Bacon (1561-1626), a partir de las cuales el adjetivo “positivo” comenzó a aplicarse a los métodos de las ciencias naturales que dependían de la observación y experimentación (Urmsom, 1975/1982). “El Positivismo se atiene solo a los ‘hechos positivos’, entendiendo por tales los que pueden ser captados por los sentidos y ser sometidos a verificación cuantitativa”

(Ayllón, 2003, p.79). La ciencia debe partir de la experiencia y se piensa que progresará mediante observación y experimentación, en su objetivo de formular leyes generales, con ayuda de la inducción; por tanto, se opone al establecimiento del conocimiento por la vía de la razón no comprobada por la experiencia. Los datos elementales de la teoría científica son pues los registrables y comprobables; y la verdad fáctica (propia de las ciencias empíricas), se comprobará mediante verificación o falsificación (Urmsom, 1975/ 1982).

A la realidad se le concibe tangible, susceptible de ser fragmentada en partes y cada una de ellas manipulable por separado. Es independiente de los individuos y objetivable, de ahí que no se preste atención a estados subjetivos. La objetividad se logra si el proceso prescinde de los sentimientos, valores, opiniones del observador, para llegar al conocimiento fáctico. Se trata de una posición materialista (Ayllon, 2003;Urmsom, 1975/ 1982).

Ahora bien, no existe acuerdo total respecto a esta manera de concebir lo que es hacer ciencia y establecer relaciones de causalidad, ni acerca de qué características se le atribuyen a la realidad y los modos de acceder a la misma. Así por ejemplo con respecto a la posibilidad de que el observador sea objetivo y no afecte a su objeto de estudio, comenta Martínez (2005):

(...) las exigencias e ideales positivistas no son sostenibles ni siquiera en la física: (...) el observador afecta y cambia la realidad que estudia) Heisenberg (1958a) autor del principio de indeterminación o incertidumbre] dice que 'la realidad objetiva se ha evaporado' y que 'lo que nosotros observamos no es la naturaleza en sí, sino la naturaleza expuesta a nuestro método de interrogación' (1958b, p.58). (...) Si todo esto es cierto para la más objetivable de las ciencias, la física, con mayor razón lo será para las ciencias humanas, que llevan en sus entrañas la necesidad de una continua autorreferencia, y donde el hombre es sujeto y objeto de su investigación. El observador no sólo no está aislado del fenómeno que estudia, sino que forma parte de él. El fenómeno lo afecta, y él, a su vez, influencia al fenómeno. (Martínez, 2005, El ejemplo de los físicos, cursivas del autor).

Esto puede ser especialmente cierto en la investigación de fenómenos complejos como los que ocurren durante las intervenciones psicoterapéuticas.

Dado que no solo las anteriormente citadas sino también otras diferencias filosóficas se hallan en la base de las teorías a partir de las que se define la naturaleza de las diversas técnicas terapéuticas existentes, es claro que el método científico empleado solo guarda una aparente equidistancia de aquellas. Tener en consideración

tales diferencias filosóficas y teóricas permitiría comprender por qué algunos enfoques consideran inconveniente el uso de manuales como DSM para hacer diagnósticos psicopatológicos; por qué no pueden especificar en términos operativos paso a paso un tratamiento, menos aún uno estándar para cualquier persona con una misma clase de diagnóstico; y tampoco establecer como criterio de éxito la remisión de síntomas específicos en breve plazo, tal como antes se mencionó. No se trata de resistencias sin base, de caprichos o debilidades científicas sino de asuntos de principio que han sido curiosamente obviadas en este camino de búsqueda de “la verdad”, con los resultados ya presentados, de que los modelos que de antemano se conoce no se ajustan a estas tesis son los que quedan excluidos o poco representados, mientras otros que casan perfectamente con las mismas, como es de esperar, son los más frecuentemente incluidos y al final reciben comprobación de su eficacia.

Parece que en este caso ocurrió lo que Martínez (2005) caracteriza como una confusión en torno al significado y utilidad del paradigma científico

El paradigma se convierte, así, en el principio rector del conocimiento y de la existencia humana. Los abundantes frutos que ofrece la aplicación de ese paradigma, lleva a los usuarios del mismo a aceptarlo sin restricción alguna e, incluso, a imponerlo como un enfoque obligatorio para sus problemas científicos. La aceptación irrestricta del paradigma fácilmente lleva a confundirlo con una ‘descripción exacta de la realidad’, en lugar de aceptarlo como un mapa útil (...) (La Dinámica del Paradigma).

Y se producen entonces forzamientos inconvenientes, como los que pueden apreciarse en la manera de conducir estos estudios.

El error epistemológico de confundir la imagen mental con la realidad llevará a prácticas de investigación reñidas con el sano criterio (...) Se comienza por forzar y constreñir a la naturaleza a entrar en los compartimientos y parámetros conceptuales establecidos y fijados por el paradigma, aun cuando el objeto en cuestión sea renuente a ello y no encaje en los mismos; (...) la gama de resultados posibles está claramente definida por el paradigma. (...) cuando se ha llegado a este extremo, la investigación se orienta hacia la confirmación de lo que ya sabemos, o de lo que imaginamos (hipótesis probables), y no hacia lo desconocido (La Dinámica del Paradigma).

Continúa explicando Martínez (2005)

El criterio del conocimiento —si algo es verdadero o falso— ya no va a estar en el sentido de las cosas, (...) sino en la aplicación correcta de un método y de sus

técnicas [que] pregarantiza el éxito y hace fidedignos, creíbles y verdaderos los resultados. Estos resultados pueden ser muy triviales e, incluso, no tener sentido alguno vistos o examinados con otros criterios, pero si son la conclusión que arroja la aplicación correcta de ‘la metodología’, deberán ser aceptados como conocimiento, como verdad (...) (La Dinámica del paradigma).

El derecho de estos investigadores a adherirse a un determinado punto de vista es incuestionable, pero llama la atención la aparente falta de crítica acerca de las limitaciones inherentes a la asunción de este paradigma científico, con el consecuente compromiso epistemológico y metafísico que supone. ¿Se trata únicamente de inconsciencia?, o como han planteado algunos autores como Fernández y Pérez (2001) de que existe una “ (...) corriente subterránea a las guías de tratamiento [que] rara vez se explicita (...)” (p.343); es decir, que posiblemente motivos menos nobles han llevado a que las antiguas batallas entre corrientes psicológicas se libren ahora en este terreno, y que lo que se pretende es imponer por esta vía de la comprobación empírica a unos sistemas terapéuticos, mientras otros quedan desplazados o “borrados” (Fernández y Pérez, 2001).

CONCLUSIONES

El renovado interés por evaluar la eficacia de las terapias psicológicas y de mejorar así la calidad de la atención que se brinda a las personas con problemas psicopatológicos, al tiempo que se facilita la labor de quienes se desenvuelven en la práctica clínica aplicada, constituyen aspiraciones legítimas en tanto homogéneas con la definición de aquella como actividad científico-profesional, y pueden ser compartidas por psicólogos de diferentes tendencias. El problema parece estar en que la estrategia experimental utilizada en las investigaciones para la identificación de terapias con apoyo empírico no permite evaluar en igualdad de condiciones a todos los tratamientos psicológicos, favoreciendo de entrada muy claramente a algunos, mientras otros son penalizados.

Una alternativa a esta situación a largo plazo pudiera ameritar un cambio del paradigma científico cónsona con una visión distinta de la realidad:

La complejidad del objeto a estudiar se evidencia al entrar a fondo en cualquier disciplina académica (...) en nuestro caso (...) los eventos psicológicos están multideterminados, son ambiguos en sus significados, son polifacéticos, están ligados a sus contextos o insertos en vagos y complejos nexos y relaciones, y cambian o se desvanecen con gran facilidad. Por todo ello, no pueden ser captados con conceptos o teorías simples o reduccionistas, ni abordados con métodos y técnicas estáticas y uniformes. (Martínez, 2005, El principio de complementariedad)

En relación al cambio de paradigma Martínez (2005) comenta:

La ciencia occidental avanza cada vez más hacia un cambio de paradigma de proporciones sin precedentes que cambiará nuestro concepto de la realidad (...). En este nuevo paradigma deben tener cabida, ubicación y sistematización todos los conocimientos bien establecidos, ya sea que provengan de la física cuántica y relativista, de la teoría de sistemas, del psicoanálisis, de la neurociencia, de la parapsicología, del estudio de las estructuras disipativas o de la holografía (Martínez, 2005, *La Dinámica del paradigma*).

Mientras tanto, parece indispensable que el trabajo de los investigadores, se acompañe de una reflexión crítica sobre los supuestos epistemológicos de base, especialmente si se toma en cuenta las múltiples consecuencias de orden ético, legal, económico, etc., que están teniendo esos estudios al asumirse sus resultados como “la verdad” acerca de las terapias psicológicas.

REFERENCIAS

- Arnau, J. (2005). Metodología de la investigación y diseño. En *Enfoques metodológicos I*, G. Peña (comp.).
- Ayllon, J. R. (2003). *Filosofía mínima*, Barcelona: Ariel.
- Bunge, M. (1980). *Epistemología* (1ª ed.). Barcelona: Ariel.
- Chambless, D. y Ollendick, T. (2005). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D., Sanderson W. C., Shoham, V, Bennett-Johnson S., Pope, K., Crits-Christoph, P., et al. (2005) An update on empirically validated therapies. (recuperado en septiembre 12, 2005) www.apa.org/divisions/div12/est/97report.ss.html
- Cook, T. y Cambell, D. (1979). *Quasi-experimentation*. Boston: Houghton Mifflin.
- Espasa-Calpe (Ed.) (2005). *Positivismo*. 16. Bogotá: Espasa-Calpe.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*. 16, 319-324.

- Feixás, G. y Miró M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos (1ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Fernández-Hermida., J. R. y Pérez-Álvarez., M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13 (3), 337-344.
- Frías-Navarro, M. D. y Llobel, J. P. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: efectos del tratamiento. *Papeles del psicólogo*, 24 (85), www.cop.es/publicaciones/papeles/
- Garb, H. (2005). On Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. (recuperado en septiembre 12, 2005) www.journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030029c.html
- Kazdin, A. (2001). Métodos de investigación en Psicología Clínica (3ª ed.). México, Prentice Hall.
- Kendall, P. C. (2005). Empirically supported psychological therapies. (recuperado en septiembre 12, 2005) www.personal.kent.edu/~dfresco/CRM_Readings/Kendall_1998.pdf
- Kerlinger, F. (1975) Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología (2ª ed.). México: Interamericana.
- Martínez-Miguélez, M. (2005). Sobre el estatuto epistemológico de la Psicología (recuperado en septiembre 15, 2005) prof.usb.ve/miguelm/estatutoepi.html
- Paz García-Vera, M. (2005). La psicoterapia hoy desde un enfoque cognitivo conductual (recuperado en abril 1, 2005) <http://www.psicoterapeutas.org/pstcogc.pdf>
- Sackett, D. L., Rosemberg, W. M. C., Gray, J. A. M. & Richardson, W. (1996). Evidence Based Medicine. What it is and what it isn't. *British Medical Journal*. 312, 71-72.
- Urmson, J. O. (director) (1982). Enciclopedia concisa de filosofía y filósofos (2ª ed.). Madrid: Cátedra.
- Vallejo, J., Gastó, C., Cardoner, N., y Catalán, R. (2002) Comorbilidad de los Trastornos Afectivos. Barcelona: Psiquiatría Editores.