

INTERVENCIONES PSICOLOGICAS CON APOYO EMPIRICO: CONTROVERSIAS Y EVIDENCIA

Este artículo del colega Gerardo Primero, traduce con la autorización de su autora, los contenidos que explican la investigación sobre tratamientos con apoyo empírico, reseñan cuáles son los tratamientos con "eficacia bien establecida" y los "probablemente eficaces" para distintos problemas psicológicos, describiendo la evidencia existente en la actualidad, y revisando las controversias en torno al tema.

*Disponible on line en la web del Lic. Primero: www.ansiedadyvinculos.com.ar
Chambless and Ollendick: "Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence, pp. 685-716, " Annual Review of Psychology, Vol. 52, 2001. With permission, from the Annual Review of Psychology, Volume 52, © 2001, by Annual Reviews (www.AnualReviews.org)*

Dianne L. Chambless

Department of Psychology, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill. North Carolina 27599-3270; e-mail: chambless@email.unc.edu

Thomas H. Ollendick

Child Study Center; Department of Psychology, Virginia Polytechnic Institute and State

University, Blacksburg, Virginia 24061-0355; e-mail: tho@vt.edu

Palabras Clave: terapias con apoyo empírico, tratamientos empíricamente validados, eficacia de la psicoterapia, efectividad de la psicoterapia

Abstract: los esfuerzos por aumentar la práctica de la psicoterapia basada en la evidencia en los Estados Unidos han llevado a la formación de grupos de tarea para definir, identificar, y diseminar la información sobre las intervenciones psicológicas con apoyo empírico. En este artículo se resume el trabajo de algunos de esos grupos de tarea y de otros grupos que hacen revisiones de tratamientos con apoyo empírico (TAE) en los Estados Unidos, en el Reino Unido y en otros sitios, junto con las listas de los tratamientos que se han identificado como TAE. También se revisa la controversia acerca de la identificación y diseminación de TAE, incluyendo cuestiones acerca de la metodología de investigación, la validez externa, y la utilidad de la investigación de TAE, así como la fiabilidad y transparencia del proceso de revisión de TAE.

CONTENIDOS:

1. INTRODUCCION

2. IDENTIFICACION DE TERAPIAS CON APOYO EMPIRICO

3. CONTROVERSIA

3.1. Selección del tratamiento

3.2. Descripción de la muestra

3.3. Diseño de investigación

3.4. Estandarización del tratamiento

3.5. Especificidad del tratamiento

3.6. Efectividad

3.7. Foco del tratamiento

4. CONCLUSION

5. BIBLIOGRAFIA CITADA

6. TABLAS

6.1. TABLA 1. Criterios de los Grupos de Trabajo para la identificación de TAE

6.2. TABLA 2. TAE para adultos: un resumen de los grupos de trabajo

6.3. TABLA 3. TAE para niños y adolescentes: un resumen de los grupos de trabajo

1. INTRODUCCION

En 1995, el Grupo de Tarea sobre la Promoción y Diseminación de Procedimientos Psicológicos (de aquí en adelante, llamado Grupo de Tarea) de la División 12 (Psicología Clínica) de la Asociación Psicológica americana (APA) emitió el primero de tres reportes [Grupo de Tarea 1995; Chambless et al 1996, 1998; también disponible en página web de la División 12 (<http://www.apa.org/divisions/div12/est/est.html>)] en los que identificó varias intervenciones psicológicas como tratamientos empíricamente validados [más tarde llamados tratamientos con apoyo empírico (TAE)]. Cosechando a la vez elogios y críticas, estos informes han sido el tema de presentaciones en conferencia, artículos de revistas, y las secciones especiales de journals (por ej. Kendall & Chambless 1998, Elliott 1998b, Kazdin 1996, Can. Psychol. 1999). En esta revisión, nosotros consideramos la historia de este esfuerzo, la evidencia recolectada por el Grupo de Tarea, y las cuestiones que dan lugar a la controversia sobre los TAE.

El Grupo de Tarea fue establecido en 1993 con el objetivo de considerar los problemas en la diseminación de tratamientos psicológicos de eficacia conocida. Luego de la aceptación por la Junta Directiva de la División 12 en octubre de ese año, el reporte del Grupo de Tarea fue enviado a un número de grupos para su discusión, incluyendo las Juntas de la APA de Asuntos Educativos, Científicos y Profesionales, el Comité de Educación Continua de la APA, el Comité para la Aprobación de Patrocinadores de la Educación Continua y el Comité de Acreditación, el Concilio de Directores Universitarios

de Psicología Clínica; y la Asociación de Psicología Postdoctoral y Centros de Pasantía. Los individuos estaban informados del reporte y sus contenidos a través de un simposio en la convención de la APA, resúmenes publicados en *The Clinical Psychologist* y en el *APA Monitor* con copias completas disponibles a pedido (más de 1000 pedidos fueron satisfechos), y envíos de correo electrónico a servidores de listas de psicología clínica. Copias del reporte completo o de secciones pertinentes se enviaron por correo a la Junta de Directores de la APA, asociaciones psicológicas estatales, directores de programas de pasantía y doctorado en clínica aprobados por la APA, y asistentes a una conferencia de la APA sobre educación postdoctoral. El reporte se publicó entonces a principios de 1995, junto con las respuestas a los comentarios.

El interés de la División 12 en promover el conocimiento y uso de TAE es parte de un movimiento más amplio que comenzó en el Reino Unido y fue inicialmente conocido como medicina basada en la evidencia (Sackett et al 1997). Las premisas de este movimiento son que (a) 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. Aunque se desarrolló independientemente, las recomendaciones del Grupo de Tarea son claramente consistentes con estos principios. Entre las más polémicas de sus recomendaciones está que la APA se comprometa en un esfuerzo continuado para desarrollar y mantener una lista de TAE para la distribución y que los programas de entrenamiento en psicología clínica incluyan algún entrenamiento práctico y didáctico sobre TAE. La última recomendación se derivó de un estudio realizado por miembros del Grupo de Tarea (Crits-Christoph et al 1995) acerca de los directores de programas de entrenamiento clínico aprobados por la APA. Se pidió a los que respondieron (83% del total de directores) indicar qué TAE de una lista preliminar armada por el Grupo de Tarea era incluido en el entrenamiento práctico o los cursos didácticos de los estudiantes. Los autores definieron la mínima cobertura como alguna inclusión del 25% de TAE en cursos didácticos y algún entrenamiento clínico en por lo menos dos TAE. Según estos criterios, alrededor de un quinto de los programas fallaron en la inclusión de la mínima cobertura de TAE. Más recientemente, el comité sucesor al Grupo de Tarea ha establecido una página web para diseminar información sobre TAE al público a

través del sitio web de la División 12
(http://www.apa.org/divisions/div12/rev_est/index.shtml).

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 (a lifespan perspective). Los reportes de este Grupo de Tarea también han sido publicados (Spirito 1999, *J. Clin. Child Psychol.* 1998). La División 12 también comisionó a otro Grupo de Tarea un libro titulado *A Guide to Treatments That Work* (Una guía a los tratamientos que funcionan). Editado por Nathan & Gorman (1998), este enorme libro 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 revisiones de TAE [por ej. Kendall & Chambless (1998), incluyendo publicaciones que identifican TAE en terapia de adultos, niños, pareja y familia, la revisión de Wilson & 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 este área, incluyendo la publicación de *What Works for Whom* (Qué funciona para quién) de Roth & Fonagy (1996), quienes dirigieron una revisión de 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 (ver Hunsley et al 1999). Skauss & Kaechele (1998) describieron esfuerzos un poco diferentes pero relacionados con los previos en Alemania.

En el reporte de 1995 informe, el Grupo de Tarea publicó criterios para la selección de TAE y una lista muy preliminar de 25 tratamientos que cumplían esos criterios. Esta lista fue contruida rápidamente para permitir el estudio de directores clínicos descrito arriba, y para demostrar que podían identificarse tratamientos que cumplieran esos criterios. En informes subsecuentes, el Grupo de Tarea extendió la lista de TAE (Chambless et al 1996, 1998) y también reunió y publicó información acerca de oportunidades y materiales de entrenamiento para terapeutas (Sanderson & Woody 1995, Woody & Sanderson 1998). En el año 1998, la lista incluía 71 tratamientos. La decisión por parte del Comité de Acreditamiento (Asociación Psicológica Americana 1996) de incluir cierto entrenamiento en TAE como parte de las pautas para el acreditamiento de programas de doctorado y de pasantías en psicología aplicada sin duda elevó el ya intenso interés en la delineación de TAE. Cuando se hizo claro que la APA no tomaría el trabajo de la lista de TAE, la División 12 se comprometió a continuar estos esfuerzos transformando el Grupo de Tarea

en un comité permanente encargado de evaluar la eficacia y efectividad de las intervenciones psicológicas. Por votación de los miembros, esta transición fue aprobada y se hizo efectiva en enero de 1999.

2. IDENTIFICACION DE TERAPIAS CON APOYO EMPIRICO

En la Tabla 1, resumimos los criterios usados por los varios grupos de trabajo para definir TAE y, en las Tablas 2 y 3, sus hallazgos hasta la fecha. Los grupos son identificados por letras: A para el grupo de tarea original (Chambless et al 1998), B para la sección especial del Journal of Pediatric Psychology (Spirito 1999), C para la sección especial del Journal of Child Clinical Psychology (1998), D para la sección especial del Journal of Consulting and Clinical Psychology (Kendall & Chambless 1998), E para la revisión británica de What Works for Whom? (Roth & Fonagy 1996), F para A Guide to Treatments that Work de Nathan & Gorman's (1998), G para la revisión de tratamientos para los ancianos de Gatz et al (1998), y H para la revisión de tratamientos para el dolor crónico de Wilson & Gil's (1996). Para los propósitos de comparación, creamos tres categorías generales que indican nivel de apoyo, basadas en los criterios registrados en la Tabla 1. Éstos tienen en cuenta el número de estudios disponibles y su rigor experimental. Para interpretar las tablas es necesario tener en cuenta los siguientes puntos. Primero, debido a que los diferentes grupos de trabajo no usaron exactamente las mismas definiciones, la distinción entre las categorías I y II para grupos de trabajo que no siguen en forma completa los criterios del grupo de tarea (Chambless et al 1998) no es precisa. Es más, Roth & Fonagy (1996) no distinguieron entre categorías I y II; así, sus TAE se listan en las tablas bajo ambas categorías con un signo de interrogación. Segundo, no todos los grupos de trabajo registraron tratamientos prometedores; sólo lo hacen los grupos B, E, y F. Tercero, Nathan & Gorman (1998) evitaron las categorías. Por ello, impusimos el esquema de las categorías en las revisiones de su libro, requiriendo dos estudios tipo-1 para la inclusión en categoría I y un estudio tipo-1 para la inclusión en categoría II, y relegando tratamientos apoyados sólo por estudios tipo-2 o tipo-3 a la categoría III.

Los tratamientos en categoría I son apoyados por un mínimo de dos pruebas controladas aleatorizadas (randomized controlled trials, RCTs) mostrando su superioridad a una condición de control placebo o a otro tratamiento bona fide. Alternativamente, los grupos de trabajo que siguieron los criterios del grupo de tarea (Chambless et al 1998) aceptaron una gran cantidad de experimentos rigurosos de caso único como cumpliendo esta definición, y los autores en el libro de Nathan & Gorman (1998) pueden haber aceptado el uso de un grupo

de control de lista de espera para la comparación. Los tratamientos en la categoría II fueron apoyados típicamente por un mínimo de una RCT en la cual el tratamiento demostró ser superior a una condición de control o al tratamiento bona fide alternativo. Además, la mayoría de los grupos siguió los criterios del grupo de tarea respecto a relegar a esta categoría los tratamientos que sólo demostraron ser eficaces en comparación a grupos de control de listas de espera, sin importar el número de estudios favorables, y aceptaron una pequeña cantidad de experimentos rigurosos de caso único como cumpliendo el umbral para este nivel de apoyo. La categoría III es completamente heterogénea, ya que los grupos E y F aceptaron un bajo nivel de evidencia (por ej., cantidad de casos) como evidencia suficiente para etiquetar un tratamiento como prometedor, mientras que el grupo B exigió datos recolectados con más rigor, tales como dos o más estudios bien controlados realizados por el mismo investigador.

Cuando los TAE involucraron la adición de procedimientos psicológicos a las intervenciones farmacológicas u otras intervenciones médicas (por ej., tratamiento para el dolor), el grupo del control tenía que recibir los mismos tratamientos médicos. Los grupos de trabajo variaron en sus requisitos de evaluación. Por ejemplo, los que siguieron los criterios del grupo de tarea (Chambless et al 1998) requirieron solamente que haya sido empleado algún método válido y confiable de determinación del resultado. Otros impusieron criterios específicos pertinentes a cierto TAE, como requerir la comprobación química del cese de la acción de fumar, o medidas de observación conductual de la conducta de un niño hiperactivo. Dada la dificultad en recolectar datos de seguimiento que no se confundan con tratamientos adicionales y desgaste extensivo, la eficacia fue típicamente determinada inmediatamente después del tratamiento.

La Tabla 2 registra los TAE identificados para adultos, y la Tabla 3 registra los TAE para niños. La revisión de estas tablas permite cierta determinación de los grados en que los grupos diferentes han identificado los mismos tratamientos en sus revisiones. Cuando los grupos de revisión no usaron exactamente la misma etiqueta para describir un TAE, fue necesario nuestro juicio para determinar si se trató de señalar el mismo tratamiento. En este caso nos guiamos por los autores de las citas que se usaron para dar apoyo a la categorización del tratamiento, así como por nuestra propia revisión de los artículos en cuestión.

Es necesario hacer algunas advertencias respecto a los contenidos de las tablas. Primero, globalmente, los grupos de la revisión no han intentado determinar qué tratamientos no son eficaces. Segundo, ningún grupo ensayó

una revisión completa de la literatura sobre psicoterapia. Por ejemplo, los reportes del Grupo de Tarea explícitamente señalan que sus listas son trabajos en curso. Por lo tanto, que un tratamiento no aparezca en alguna o en todas las listas podría tener varios significados: (a) el tratamiento en cuestión tuvo resultados pobres en las pruebas de investigación, (b) el tratamiento no se ha examinado en las pruebas de investigación, o (c) el tratamiento no fue incluido en la revisión. Finalmente, los grupos no revisaron la totalidad de los tratamientos. Por lo tanto, que un grupo registre un tratamiento como TAE y otro grupo no lo registre como TAE no puede interpretarse como que los grupos estuvieron en desacuerdo acerca del estatus del tratamiento. Los desacuerdos pueden ser indicados cuando un grupo asignó un tratamiento a una categoría diferente que otro. Sin embargo, como los grupos publicaron sus trabajos en diferentes épocas, incluso entonces la discrepancia podría deberse a la publicación de nuevos estudios.

A pesar del número de individuos involucrado en los diversos grupos independientes de revisión y los diferentes abordajes respecto a la evaluación, una revisión de estas tablas hace evidente que, cuando dos o más grupos reportaron una revisión del mismo tratamiento, los resultados fueron generalmente consistentes. Esto debe proporcionar algo de confianza a aquellos que expresaron preocupación sobre la falta de confiabilidad o los sesgos de los individuos que realizaron las revisiones para los distintos grupos. En el momento de esta revisión, se han identificado 108 TAE de categorías I y II para adultos y 37 TAE para niños, lo cual refleja un considerable progreso en el discernimiento de TAE desde el primer reporte del Grupo de Tarea con su lista de 25 tratamientos. No obstante, el hecho de que sea posible identificar y diseminar información sobre los TAE no responde a las objeciones de quienes sostienen que es desacertado hacerlo. Ahora pasaremos a considerar las críticas al trabajo de TAE.

3. CONTROVERSIA

En esta sección revisamos varias de las críticas al trabajo sobre TAE, de las cuales algunas se refieren a las publicaciones del Grupo de Tarea en particular y otras se dirigen al mismo concepto de identificación de TAE en general. Muchas disputas provienen de preocupaciones económicas o gremiales de que los hallazgos de los 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 (por ej., Silverman 1996), (B) harán a esos psicólogos más vulnerables a juicios por mala praxis (Kovacs 1996), o (C) restringirán la práctica a una cantidad limitada

de tratamientos, impidiendo la flexibilidad y la innovación clínica (ver Elliott 1998a). Nosotros no nos centramos en estas cuestiones que, si bien son importantes, están fuera del campo científico. Más bien, en el espacio permitido, consideramos la evidencia empírica a favor y en contra de las afirmaciones de que la lista de TAE, sus criterios y sus premisas son defectuosos.

3.1. Selección del tratamiento

El Grupo de Tarea y todos los otros grupos listados en la Tabla 1 han adoptado en sus revisiones un abordaje similar. Ellos han definido los TAE como tratamientos específicos para problemas específicos, por ejemplo, la terapia cognitivo conductual (TCC) para dolor de espalda crónico, la terapia familiar multisistémica para el trastorno de conducta, o la terapia psicodinámica breve para la depresión. Ya existe abundante evidencia para afirmar que la psicoterapia en general es eficaz para los clientes en general (ver, por ej., los meta-análisis de Shapiro y Shapiro (1982) y Weisz et al (1995)). Por ello, los distintos grupos de tarea y grupos independientes han buscado dar el siguiente paso, identificar con más precisión qué tratamientos deberían considerar quienes utilizan intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para tratar a sus clientes. Esta decisión en sí misma ha provocado controversias (por ej. Garfield 1996).

3.2. Descripción de la muestra

Argumentando que es imprudente concluir que todos los tratamientos son beneficiosos para todos los tipos de clientes, el Grupo de Tarea requirió que se condujeran pruebas de los TAE en una muestra identificada con alguna especificidad. Esta especificidad podría ser (y a menudo ha sido) un diagnóstico basado en algún sistema como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM, American Psychiatric Association 1994) pero podría incluir cualquier abordaje fiable y válido para definir la muestra de interés, por ejemplo, una puntaje en un cuestionario de malestar marital para parejas que buscan terapia marital. Varios críticos han objetado esta decisión por dos razones: (A) ellos cuestionan que existan diferencias significativas en la eficacia de diferentes formas de intervenciones psicológicas (por ej. Wampold et al 1997), y (B) ellos critican la aceptación del modelo médico implicada en el uso frecuente de diagnósticos del DSM para describir las muestras (por ej. Henry 1998). Nosotros consideramos la primera de estas objeciones en una sección posterior (ver más abajo "Especificidad del Tratamiento"). Con respecto

a la segunda objeción, los críticos han argumentado que no se necesita ningún sistema para describir a los clientes, que es imposible agrupar clientes porque cada caso es único, o que el diagnóstico es deshumanizador (por ej. Bohart et al 1998). Otros han requerido un tipo diferente de principio organizador, quizás uno basado en importantes factores de personalidad que podrían afectar la respuesta a la psicoterapia, tales como la reactividad (por ej. Beutler et al 1996), o basado en las relaciones funcionales (es decir la causa de la conducta disfuncional, por ej. Scotti et al 1996). En respuesta a estos argumentos, los miembros del grupo de tarea (Task Force 1995) han señalado que es necesario algún método que describa a los clientes para organizar los datos y permitir que los clínicos evalúen la probabilidad de generalización de las muestras de investigación a su propia práctica. Sin alguna categorización, la síntesis de la evidencia es sumamente difícil, si no imposible. Fonagy & Target (1996) señalaron que, cualesquiera sean las limitaciones de los sistemas diagnósticos como el DSM, los críticos aún tienen que sugerir una alternativa factible que sea mejor.

3.3. Diseño de investigación

Una segunda crítica de los criterios se dirige a la confianza del Grupo de Tarea en las pruebas controladas aleatorizadas (randomized controlled trials, RCT) (o abordajes de diseño de caso único que sean comparables) para poner a prueba los resultados de la investigación sobre intervenciones psicológicas. Este criterio se ha atacado desde tres perspectivas. Primero, ha sido rechazado como un pobre abordaje para obtener conocimiento por aquellos que sugieren que la investigación cualitativa sería más apropiada (por ej. Bohart et al 1998). Segundo, debido a que los abordajes cognitivo y conductual han sido más a menudo que otras formas de psicoterapia puestos a prueba en RCT, algunos temen que los criterios otorguen una injusta ventaja a la TCC sobre otras terapias (por ej. Bohart et al 1998). Tercero, Seligman (1995), entre otros, ha defendido que, debido a que los clientes que reciben tratamiento en la comunidad no son aleatoriamente asignados a los tratamientos, los TAE basados en RCT no son generalizables a la práctica clínica. Sólo el último de estos puntos puede ser respondido mediante hallazgos empíricos, y dedicamos una sección separada a este punto más tarde (ver "Efectividad" más abajo). La decisión del Grupo de Tarea de requerir una definición cuidadosa de la variable independiente (la terapia o terapias), a menudo, aunque no necesariamente, en la forma de un manual del tratamiento, ha producido una acalorada controversia. Un manual del tratamiento es una declaración de los principios y procedimientos de una intervención psicológica, incluso tanto las intervenciones que se

prescriben como las que se prohíben. Los manuales pueden describir en forma detallada las pautas sesión por sesión, o bien proporcionar una extensa flexibilidad dentro del marco general que proponen los autores (Kendall et al 1998). Los mejores manuales se elaboran con abundantes ejemplos de diálogo que ilustran la aplicación de los procedimientos, y con descripciones de los cursos de acción que se pueden tomar cuando surgen problemas en el tratamiento. El Grupo de Tarea llegó a la conclusión de que los manuales de tratamiento o algo equivalente en la forma de una clara descripción del tratamiento son necesarios para proporcionar una definición operacional de la intervención que se estudia, debido a que procedimientos muy diferentes pueden caer bajo el título general de, por ejemplo, psicoterapia psicodinámica o TCC. Si tal descripción fallara, los clínicos serían incapaces de determinar la similitud de sus propias prácticas con los TAE, y los educadores ignorarían cómo entrenar a sus estudiantes en los TAE. En términos del conocimiento generalizable, no tiene sentido decir que un tratamiento funciona sin ser capaz de decir lo que el tratamiento es.

En parte, la reacción negativa al requerimiento de que la investigación de TAE incluya manuales u otras descripciones claras del tratamiento parece ser emocional (ver Fonagy 1999), parece consistir en que algunos clínicos reaccionan negativamente al percibir una amenaza a la independencia de su práctica. Por ejemplo, algunos han visto los manuales como "promoviendo una mentalidad de libros de cocina" (Smith 1995, p.40), "pintando con números" (Silverman 1996, p. 207), o incluso como "un verdugo de la vida" (Lambert 1998, p. 391). Esta reacción es capturada muy bien por Bohart et al (1998), quienes escribieron: "[el terapeuta es]... un artista improvisador disciplinado, no un técnico que sigue un manual" (p.145). Otros han visto la "manualización" (término con el que se ha empezado a denominar) en términos más positivos. Por ejemplo, Wilson (1998, p. 363) ha afirmado que "... el uso de tratamientos estandarizados basados en manuales en la práctica clínica representa un nuevo desarrollo en curso con implicaciones de largo alcance para la psicoterapia". De hecho, en un estudio de psicólogos graduados, Addis & Krasnow (2000) encontró que los psicólogos se distribuían con igual probabilidad según su inclinación positiva versus negativa respecto a los manuales de tratamiento.

Seligman (1995) y Garfield (1996), entre otros, han objetado al uso de manuales desde otro punto de vista: que los terapeutas en la comunidad no siguen manuales y por ello su uso en la investigación de eficacia limita la generalización de los resultados. De hecho, según el estudio de Addis y Krasnow (2000), el 47% de los psicólogos graduados en práctica clínica nunca han usado manuales en su trabajo clínico. En la actualidad, el 23% de los psicólogos en práctica clínica informan que nunca han oído hablar de manuales del tratamiento, y de aquellos conscientes de su existencia, el 38% no tienen

claro qué son los manuales (Addis y Krasnow 2000). Para una revisión extensa de la controversia acerca de la manualización, ver Addis et al (1999).

Algunos autores (por ej. Elliott 1998a) se han quejado de que los criterios del grupo de tarea son demasiado indulgentes, porque se enfocan solamente en la eficacia de los tratamientos en RCT y no en su efectividad, es decir, en si estos tratamientos funcionan en lo que los autores denominan la práctica clínica real. Este problema, a nuestro juicio, es mucho más

importante que si los terapeutas están usando actualmente en sus prácticas los TAE tal como se describen en los manuales de tratamiento. Consideramos este tema con más detalle luego (ver "Efectividad"). Finalmente, hay quejas generales acerca de la claridad de los criterios y los métodos para tomar decisiones (por ej. Elliott 1998a), por ejemplo, ¿cuándo son dos versiones de la TCC para la depresión suficientemente similares como para agruparlas juntas y cuándo deberían ser consideradas como tratamientos distintos? El Grupo de Tarea exigió que los experimentos se realizaran con "buena" metodología, pero ¿cómo se define "buena"? Chambless y Hollon (1998) han proporcionado considerable detalle sobre la evaluación de la metodología de investigación en psicoterapia que fue usada por el Grupo de Tarea y otros (Kendall y Chambless 1998). A pesar del detalle, estos autores no establecieron reglas de decisión duras y rápidas, dejando espacio para potenciales sesgos de parte de quienes hacían las revisiones. Desde nuestro punto de vista, ésta es una de las críticas más contundentes del trabajo del Grupo de Tarea. El grupo no proporcionó evidencias de la fiabilidad de sus decisiones, ni una explicación detallada del proceso involucrado en alcanzar esas decisiones. No obstante, como se señaló antes, una revisión de la Tabla 2 indica que múltiples grupos de revisión han llegado en general a las mismas conclusiones acerca de la eficacia de los tratamientos evaluados. (Los tratamientos en la Tabla 3 tienen menos probabilidad de haber sido revisados por más de un grupo.)

Sabiendo la importancia de que las revisiones sean vistas como razonadas e imparciales, la División 12 / Comité en Ciencia y Práctica, el cual sucedió al Grupo de Tarea, pospuso el proceso de revisión de TAE durante varios años con el fin de desarrollar un manual detallado para que los miembros lo usen al evaluar los tratamientos. El duodécimo borrador de este manual fue completado recientemente (JR Weisz y KM Hawley, manuscrito no publicado) y está bajo la revisión de los miembros del comité. El plan actual es que este manual sea utilizado por otros dos grupos que identifican TAE, el Comité para la Práctica con Apoyo Empírico de la División 53 de la APA (Psicología Clínica Infantil) y el Comité Interdisciplinario sobre Atención Basada en la Evidencia de la Salud Mental Juvenil. Estos grupos proporcionaron un feedback para el desarrollo del manual. Es probable que los tratamientos incluidos en la lista de TAE sean reevaluados de acuerdo a los criterios que establece este nuevo manual. Debido a que el Comité debe votar la aprobación final del manual, no

lo resumimos aquí en detalle. Sin embargo, de nuestra propia revisión nosotros llegamos a la conclusión de que la adopción y uso de este manual responderá a la mayoría de las quejas sobre la claridad del proceso, así como muchas de las preocupaciones técnicas.

3.4. Estandarización del Tratamiento

El uso de manuales de tratamiento en la investigación de TAE y en el entrenamiento de psicoterapeutas no sólo se ha criticado en base a cuestiones emocionales sino también con el argumento de que el uso de manuales de tratamiento llevará a una degradación en la calidad del tratamiento que los clientes reciben (por ej. Garfield 1996, Henry 1998). Los supuestos son: (A) que los terapeutas entrenados en un tratamiento estandarizado no podrán desviarse flexiblemente de tales protocolos cuando sea necesario para tratar un caso particular, y (B) que un abordaje de tratamientos manualizados será menos beneficioso que un programa de tratamiento diseñado específicamente para un caso individual. Acerca del primer punto, Garfield, Henry, y otros se han dirigido a la investigación en la adherencia al protocolo en la investigación en psicoterapia para sostener sus argumentos de que el entrenamiento basado en manuales será perjudicial para la eficacia de la psicoterapia. Los hallazgos empíricos en este punto son inconsistentes, algunos autores encuentran que, por lo menos bajo algunas circunstancias (por ej., ruptura de la alianza terapéutica), una mayor adherencia se relaciona con resultados más pobres (por ej. Castonguay et al 1996), mientras que otros han encontrado que una mayor adherencia se relaciona con un mejor resultado (por ej. Frank et al 1991). Sin embargo, tales argumentos yerran el punto, ya que esa investigación no nos dice nada sobre el éxito de terapeutas que han sido entrenados con manuales en sus prácticas clínicas no estructuradas. Nosotros no conocemos ninguna investigación en este primer punto, y otros autores (por ej. Moras 1993) han argumentado que los estudiantes comprenden los principios generales del tratamiento y adquieren habilidades más rápidamente cuando ellos se presentan en la forma organizada de un manual en vez de confiar solamente en la enseñanza informal que ocurre durante la supervisión. En consecuencia, sería muy deseable que se realicen investigaciones dirigidas a esta cuestión.

Por ahora, esto nos permite cuestionar el segundo punto: ¿El tratamiento estandarizado es menos eficaz que un programa de tratamiento individualizado? Nosotros encontramos sólo tres estudios que se dirigen a esta cuestión: (A) la comparación de Jacobson et al (1989) de terapia marital conductual estandarizada con la misma forma de terapia ejercida con más flexibilidad respecto a la longitud total de tratamiento y la cantidad de tiempo de

cada componente; (B) la comparación Schulte et al (1992) del tratamiento de fobias (principalmente agorafobia) mediante tratamiento estandarizado con exposición prolongada versus tratamiento diseñado individualmente, en el cual el terapeuta tenía total flexibilidad para diseñar el tratamiento de cada cliente; y (C) la comparación de Emmelkamp et al (1994) de exposición auto-dirigida más prevención de rituales para trastorno obsesivo compulsivo con un programa de varios tratamientos cognitivos y conductuales basados en un análisis conductual individual. En todos estos estudios, los mismos terapeutas administraron tratamientos en las condiciones estandarizadas versus individualizadas, eliminando la posibilidad de que los principales efectos del terapeuta contribuyesen al resultado, y los clientes fueron asignados aleatoriamente a los tratamientos.

En ninguno de los estudios el tratamiento flexible fue estadísticamente superior al tratamiento estandarizado. De hecho, Schulte et al (1992) encontraron que el tratamiento estandarizado para la fobia era significativamente mejor que el basado en el juicio del terapeuta, principalmente porque algunos terapeutas no usaron el tratamiento de exposición en esta condición, aún cuando la exposición es el mejor tratamiento validado para la fobia. Por otro lado, en el estudio de terapia marital, había una tendencia a los 6 meses de seguimiento a favor del grupo de tratamiento flexible, y los tamaños de efecto eran más altos en el grupo flexible. Lamentablemente, debido a que la longitud de tratamiento se confundía con la flexibilidad de los procedimientos de tratamiento (el tratamiento era, en promedio, más largo en la condición flexible), estos datos son difíciles interpretar. Además, en este estudio se impuso a los terapeutas la restricción de usar los mismos componentes de tratamiento, sin importar la condición. Por ello, este estudio es menos una prueba de la manualización que de un manual más flexible versus otro menos flexible. Deberían realizarse estudios adicionales de esta naturaleza, con una mayor variedad de problemas e incluyendo niños y adolescentes. Por ahora, los datos no apoyan el supuesto de que los tratamientos manualizados serán perjudiciales para los clientes.

3.5. Especificidad del tratamiento

Obviamente, si todas las formas de psicoterapia fueran igualmente eficaces para todos los problemas, la identificación de TAE sería un ejercicio mucho menos importante. Muchos alegarían que las revisiones de investigación en psicoterapia han demostrado que eso es lo que ocurre. Por ejemplo, Wampold et al (1997) realizaron un meta-análisis en el que pusieron a prueba la hipótesis de que el tamaño de efecto para las comparaciones entre los tipos diferentes de psicoterapia es cero. Sus resultados fueron consistentes con esta hipótesis y son típicos de los hallazgos de otros meta-análisis similares. Una

interpretación común de tales hallazgos es que los factores inespecíficos (por ej. la calidad de la relación del terapeuta-cliente) son responsables de toda la variación significativa en los resultados del tratamiento. Los factores inespecíficos son claramente de gran importancia en psicoterapia, por ejemplo, la relación terapéutica explica aproximadamente un 9% de la variación del resultado [vea meta-análisis de Horvath & Symonds (1991)]. No obstante, nosotros argumentaríamos que es apresurado concluir que no hay ninguna diferencia significativa en los efectos de las psicoterapias, por varias razones. Primero, meta-análisis como el de Wampold et al (1997) generalmente se focalizan en una muestra de clientes un poco restringida, incluyendo estudiantes universitarios y enfermos ambulatorios con problemas con ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación, etc. No hay comparaciones disponibles entre distintas escuelas teóricas no están disponibles para el tratamiento de enfermos mentales crónicos o de personas incapacitadas por problemas de desarrollo. Nosotros dudamos que se realicen tales comparaciones debido a la fuerza de la creencia, acertada o errónea, de que los métodos conductuales son los tratamientos de elección para estos clientes. Segundo, los meta-análisis que demuestran falta de especificidad a menudo incluyen poca investigación en niños o adolescentes. Por ejemplo, Wampold et al (1997) no investigaron revistas en el área infantil como el *Journal of Clinical Child Psychology*, el *Journal of Abnormal Child Psychology*, o el *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Los meta-análisis de investigación de tratamientos en niños y adolescentes han generado conclusiones diferentes. En su meta-análisis de estudios de resultado de tratamiento realizado entre 1967 y 1993 con niños y adolescentes, Weisz et al (1995) concluyeron que los tratamientos conductuales (por ej. contrato conductual, entrenamiento en manejo parental, modelado, y TCC) eran más eficaces que los tratamientos no conductuales (por ej., terapia orientada al insight o counseling centrado en el cliente). Casey & Berman (1985) llegaron a una conclusión similar en su temprano meta-análisis de la investigación de la psicoterapia con niños realizada entre 1952 y 1982.

Tercero, a menudo se sugiere que algunos problemas como la depresión se benefician con una amplia gama de tratamientos (Beutler et al 2000), mientras que otros, como el trastorno obsesivo-compulsivo y las fobias, responden mejor a tratamientos conductuales específicos o a la TCC que a otros tratamientos. Para evaluar estos argumentos, nosotros ahora examinamos la evidencia sobre la especificidad de efectos de la psicoterapia, tomados de estudios que cumplen los criterios para la investigación de TAE. Este cuerpo de literatura es muy grande. Debido a cuestiones de espacio, sólo incluimos una muestra de los estudios para dos problemas en los cuales hay investigación disponible sobre la especificidad: los trastornos de ansiedad y la depresión. Dentro de estas categorías hacemos foco, cuando es posible, en estudios particularmente

bien diseñados en los cuales los autores han eliminado explicaciones alternativas para las diferencias entre los tratamientos, tales como efectos de los terapeutas no controlados y diferencias en la calidad de la relación terapéutica y en la credibilidad del tratamiento.

Trastornos de ansiedad:

La investigación en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo adulto ha demostrado un alto grado de especificidad, en el sentido de que diferentes formas de terapia conductual han tenido efectos significativamente diferentes. Fals-Stewart et al (1993), Lindsay et al (1997), Hodgson et al (1972), y Marks et al (1975) compararon exposición más prevención de respuesta, un TAE bien establecido, con relajación muscular progresiva, ya sea sola o elaborada como entrenamiento en el manejo de ansiedad. Diseños en la década del 70 eran cuasi-experimentales, pero los dos estudios más recientes fueron pruebas controladas aleatorizadas (RCT). En los cuatro estudios, la exposición más prevención de respuesta fue significativamente superior al tratamiento alternativo. Lindsay et al (1997) pusieron a prueba si las diferencias en la relación terapéutica podrían dar cuenta de estos hallazgos. Se comprobó que no ocurría tal cosa. Cuando fueron entrevistados por un evaluador independiente, los clientes puntuaron favorablemente a los terapeutas y los consideraron muy comprensivos y capaces de dar apoyo, sin importar la condición de tratamiento. Lamentablemente, estos autores no evaluaron las expectativas de cambio de los clientes o la credibilidad del tratamiento. Este descuido fue corregido en un estudio de otro trastorno de ansiedad.

Al estudiar el trastorno de ansiedad generalizada en adultos, Bordovec y Costello (1993) encontraron que la TCC era significativamente superior a la terapia no directiva en el test post-tratamiento y en el seguimiento a un año. Este estudio representa una de las comparaciones más sofisticadas disponibles en la literatura sobre especificidad. Los autores demostraron que los clientes en TCC y terapia no directiva fueron comparables en sus puntuaciones de expectativa de cambio y en sus terapeutas. Aún más, en ambas condiciones los terapeutas se guiaron por manuales de tratamiento detallados, y los autores verificaron que los efectos de los tratamientos fueran consistentes entre los terapeutas. De manera consistente con la teoría de la terapia no directiva, los observadores puntuaron a los clientes en esa condición como teniendo una mayor profundidad de experiencia que los clientes en otras condiciones. sin embargo, esos clientes no mejoraron tanto como los que fueron tratados con TCC.

La investigación en tratamientos para trastornos de ansiedad de niños y adolescentes también demuestra especificidad. Usando un diseño de caso

único controlado, Ollendick (1995) mostró que una adaptación relativa al desarrollo de la TCC para el ataque de pánico con agorafobia de Barlow y Craske (1994) era beneficiosa para los adolescentes, mientras que sólo educación y apoyo no lo era. Las ganancias del tratamiento persistieron en el seguimiento a los 6 meses. En el dominio de la fobia específica, la especificidad también es evidente (Ollendick y King 1998, 2000). Por ejemplo, el modelado participante (en el cual el terapeuta actúa como modelo, incita, y asiste al niño para que se aproxime al estímulo fóbico) ha mostrado ser más efectivo que la terapia de apoyo no directiva y que otras variantes de las terapias cognitivas y conductuales, incluyendo la desensibilización sistemática y el modelado filmado. Más aún, la práctica reforzada (basada en los principios del moldeamiento, el reforzamiento positivo y la extinción) ha demostrado ser más efectivo que las habilidades verbales de enfrentamiento y que el modelado del terapeuta.

Depresión:

La especificidad también es evidente en los efectos de la psicoterapia para la depresión en niños y adolescentes. Por ejemplo, Stark et al (1991) compararon TCC y terapia de apoyo no directiva para el tratamiento de niños que reportaron altos niveles de síntomas depresivos en el Inventario de Depresión para Niños. En el test post-intervención y en el seguimiento a los 7 meses, los niños en el grupo TCC reportaron menos síntomas depresivos que los niños en la condición de apoyo en una entrevista semiestructurada y en el Inventario de Depresión para Niños. Brent et al (1997) obtuvieron resultados consistentes, mostrando que la TCC era más efectiva que la terapia de apoyo no directiva en adolescentes que tienen trastornos de depresión mayor. Más aún, la TCC fue marginalmente más efectiva que una intervención familiar usando técnicas de terapia familiar funcional.

La especificidad se quiebra en lo que concierne al tratamiento de adultos deprimidos. Por ejemplo, en el estudio a gran escala del National Institute of Mental Health (NIMH) que compara TCC y la terapia interpersonal (Elkin et al 1989), no se observaron diferencias significativas entre los tratamientos. Asimismo, Thompson et al (1987) no encontraron evidencias de especificidad de tratamientos en su comparación de terapias conductuales, cognitivas y dinámicas breves para ancianos deprimidos, y Jacobson et al (1996) encontraron que el paquete entero de la TCC no era más eficaz que uno solo de sus componentes, la activación conductual (por ej., asignación de actividades para construir el dominio y el ánimo positivo).

No está del todo claro por qué los patrones de hallazgos difieren entre niños y adultos deprimidos. Esto puede ser el resultado de diferencias del desarrollo.

Es también posible que la diferencia entre los hallazgos para adultos y niños tenga que ver con las terapias con las cuales se compara la TCC. En los estudios infantiles, el grupo de comparación recibió terapia de apoyo no directiva, mientras que en los estudios de adultos, los tratamientos de comparación fueron la terapia conductual y la terapia psicodinámica.

3.6. Efectividad

Uno de los argumentos más fuertes propuesto contra la diseminación de TAE es la escasez de evidencia de que los tratamientos de la investigación son beneficiosos cuando se aplican (A) en establecimientos clínicos ordinarios como prácticas privadas, centros médicos, y centros de salud mental comunitaria, y (B) a los clientes ordinarios, esto es, aquéllos que no son seleccionados según una lista extensa de criterios de exclusión y que no han aceptado ser aleatoriamente asignados a los tratamientos como parte de un programa de investigación. En la literatura de la psicoterapia, esta distinción es conocida como la diferencia entre evidencia de efectividad versus de eficacia [ver Hoagwood et al (1995) o Moras (1998) para una presentación concisa de estos conceptos]; casi siempre esta distinción se solapa mucho con el contraste entre los experimentos con alta validez interna versus alta validez externa. Es verdad que, hasta recientemente, los investigadores de la psicoterapia se concentraron casi exclusivamente en la investigación de eficacia, pero están empezando a surgir datos sobre la efectividad. Aquí describimos muestras de la investigación de efectividad en un número de tratamientos bien establecidos, incluyendo, para adultos, la TCC para la depresión y el trastorno de pánico y, para los niños, dos programas de entrenamiento parental para trastorno de conducta / trastorno oposicional desafiante.

Trastorno de pánico:

En un estudio notable por su validez externa, Wade et al (1998) reportaron la efectividad de la TCC para el trastorno de pánico con o sin agorafobia de Barlow y Craske (1994) para 110 clientes de un centro de salud mental comunitaria. Los terapeutas eran miembros del staff entrenado para administrar un protocolo estándar de 15 sesiones. Se emplearon criterios de exclusión mínimos. Los clientes mostraron cambios significativos pretest-posttest en todas las medidas de resultado, y las mejorías fueron comparables en tamaño de efecto a los cambios observados con el mismo programa de tratamiento en los estudios de eficacia. Sin embargo, los autores reportaron que la proporción

de abandono fue mayor que en los estudios de eficacia, aunque de todas maneras fue considerablemente menor que la proporción de abandono usualmente observada en las muestras de centros de salud mental comunitaria.

Un significativo desafío para la validez externa de los estudios de eficacia es el rango limitado de grupos étnicos incluido en las muestras de investigación. Lo típico es que la mayoría de los sujetos sean blancos, o que las características étnicas de las muestras no se especifiquen. Sanderson et al (1998) reportaron los resultados de 12 sesiones de la TCC para el trastorno de pánico de Barlow y Craske (1994) al ser aplicadas a una muestra clínica de un centro médico de pacientes ambulatorios conformada por 30 clientes urbanos de bajos ingresos, la mayoría de los cuales eran latinos. Se observó una mejoría estadísticamente significativa, aunque los clientes no mejoraban tanto como los del estudio de referencia.

Depresión:

Hemos localizado cinco estudios de efectividad de la TCC para la depresión, todos con resultados positivos. Peterson y Halstead (1998) examinaron el resultado de una forma abreviada de la TCC estandarizada (6 sesiones versus las 20 sesiones típicas) administradas en un formato grupal. Los clientes fueron 210 pacientes remitidos a un programa de manejo de la depresión en clínicas militares. Se aplicaron criterios de exclusión mínimos. Se observaron significativas reducciones pretest-posttest en el Inventario de Depresión de Beck, sin importar el nivel inicial de severidad de la depresión. Los autores señalaron que la reducción promedio en los síntomas depresivos (37%) fue menor que la que usualmente reportan los estudios de eficacia (57%), pero también señalaron que su tratamiento era considerablemente más breve por razones prácticas (reducción de costos y prevención del desgaste).

Persons y sus colegas han publicado los resultados de dos investigaciones de la TCC para la depresión en muestras de práctica privada (Persons et al 1988, 1999). El tratamiento se aplicó en forma flexible de acuerdo a formulaciones individuales de caso a clientes con una variedad de trastornos depresivos sin importar sus comorbilidades. Se observó una mejoría significativa, y los resultados de intención para el tratamiento (incluyendo todos los clientes, sin importar si completaron el tratamiento) fueron comparables a los de los estudios de eficacia de referencia. Sin embargo, los clientes de práctica privada recibieron, en promedio, más sesiones que los de los estudios de eficacia. A partir de estos datos no se podría determinar si la mejoría habría sido comparable de no haber existido diferencia en la cantidad de sesiones.

En dos muestras separadas, Organista et al (1994) y Miranda et al (Miranda, Azocar, Organista, Dwyer, Arian, manuscrito bajo revisión) pusieron a prueba los beneficios de la TCC grupal estandarizada para la depresión en pacientes ambulatorios de bajos ingresos tratados en una clínica para la depresión. La mayoría eran miembros de grupos étnicos minoritarios (latinos o afroamericanos) y tenían problemas médicos significativos. Se observó una mejoría significativa en ambos estudios, y Miranda et al reportaron que del 62% al 80% (según el grupo étnico) dejaron de cumplir los criterios diagnósticos para la depresión luego del tratamiento. Sin embargo, en promedio los clientes permanecieron dentro del rango de depresión, según los puntajes de los cuestionarios. La proporción de abandono fue mayor con esta población perjudicada (40% a 60%) que en los estudios de eficacia [por ej. 32% (Elkin et al 1989)], pero el cambio fue significativo para la muestra con intención de tratamiento (es decir, la muestra de todos los clientes que comenzaron el tratamiento, incluyendo quienes abandonaron). Miranda et al encontraron que al agregar servicios de manejo de caso los abandonos se reducían significativamente.

Trastorno desafiante-oposicional:

Se han realizado dos estudios de efectividad con niños con problemas oposicionales. En el primer estudio, Taylor et al (1998) examinaron la efectividad de las Series para Padres y Niños de Webster-Stratton (Parents and Children Series, PACS) en un centro de salud mental de niños. Los padres que buscaban ayuda para manejar las conductas de sus niños de 3 a 8 años fueron asignados aleatoriamente a una de tres condiciones: PACS, tratamiento usual (TU) o un grupo control de lista de espera. TU fue definido por cada terapeuta, e incluía los abordajes ecológicos, focalizados en la solución, sistémicos familiares y destrezas parentales popularizadas por la prensa (popular-parenting approaches). Los terapeutas estaban afiliados al centro, 7 fueron entrenados en el abordaje de Webster-Stratton y 11 no. Ambos tratamientos activos fueron superiores a la lista de espera, pero las madres en el programa PACS reportaron significativamente menos conductas problema y mayor satisfacción con el tratamiento que las madres en el programa TU. Los resultados fueron similares a los obtenidos en las pruebas de eficacia. Sin embargo, debido a que los terapeutas no se cruzaron con las condiciones de tratamiento ni se asignaron aleatoriamente a las condiciones, también es posible que la superioridad de PACS respecto a TU se deba a alguna superioridad de los terapeutas de PACS que no se relacione con el tratamiento. Una segunda prueba de efectividad, no controlada, con niños oposicionales se reportó recientemente. Utilizando entrenamiento en manejo parental y

entrenamiento en habilidades sociales infantiles, Tynan et al (1999) trataron a 55 admisiones consecutivas en una clínica psiquiátrica infantil afiliada a un hospital. Los niños tenían entre 5 y 11 años, presentaban problemas oposicionales, y la mayoría eran comórbidos con otros trastornos incluyendo trastorno de hiperactividad y déficit atencional (ADHD). Se entrenó a los terapeutas en la implementación del tratamiento manualizado. Los cambios pre-post fueron significativos y comparables a los estudios de eficacia de referencia.

3.7. Foco del tratamiento

Otra crítica dirigida a la validez externa de la investigación de TAE es la acusación de que en tales estudios los investigadores sólo hacen foco en los llamados síntomas. Según la orientación teórica, los clínicos podrían rechazar la importancia de los síntomas a favor de objetivos como la auto-trascendencia (Kovacks 1996) o la mejoría en el ajuste de vida global. Llamar "síntomas" a problemas tales como la depresión o el pánico es consistente con abordajes tales como la teoría psicodinámica, en la cual se asume que esas condiciones reflejan problemas subyacentes más centrales. En los abordajes cognitivos o conductuales, esas condiciones por lo general no se ven como síntomas sino como problemas válidos por derecho propio. Sea como sea, es legítimo cuestionar si los TAE conducen a una mejoría en la calidad de vida o en el ajuste global.

En respuesta a requerimientos de datos sobre calidad de vida, los investigadores de TAE están ahora incluyendo medidas para este constructo en sus baterías de evaluación, pero estos estudios están en su mayoría en curso, y los resultados aún no están disponibles (Gladis et al 1999). En el área de adultos, localizamos dos estudios que incluían tres TAE diferentes. En el área de niños y adolescentes no se hallaron estudios similares. En realidad, Gladis et al señalaron que aún deben desarrollarse instrumentos adecuados para evaluar la calidad de vida en niños. Para los estudios de adultos, hemos examinado los hallazgos tanto en posttest como en seguimiento, ya que los cambios en el ajuste global pueden emerger lentamente, y típicamente se retrasan respecto a los cambios en otros problemas, incluso en tratamientos que no se focalizan en los síntomas como la psicoterapia psicodinámica (por ej., Howard et al 1993).

Terapia cognitiva para la depresión: Blatt et al (2000) analizaron datos del Programa de Investigación Colaborativa para el Tratamiento de la Depresión del NIMH, en el cual dos TAE (terapia cognitiva y terapia interpersonal) se compararon con tratamientos con un antidepresivo más manejo clínico y con un

placebo más manejo clínico. Los análisis controlaron la severidad global de los síntomas y el nivel de funcionamiento en el pretest, así como otras variables que probaron servir como predictores del resultado del tratamiento. No hubo diferencias entre los tratamientos en el posttest, pero en un seguimiento a los 18 meses los clientes en ambos grupos de psicoterapia puntuaron su ajuste vital en forma significativamente más positiva que los clientes en el grupo de medicación o el placebo. Los hallazgos no se debieron a diferencias en la expectativa.

TCC para el trastorno de pánico: Telck et al (1995) compararon los efectos de 12 sesiones de TCC con un grupo control de tratamiento postergado. Las medidas de calidad de vida incluyeron la evaluación del deterioro global en actividades laborales, sociales y de ocio, y en la vida familiar. En el posttest, los clientes tratados mostraron significativamente más mejoría que los clientes en lista de espera, tanto en las medidas de ajuste global como en las subescalas. Debido a que los participantes del grupo control ingresaron al tratamiento luego del posttest, los datos de seguimiento no están controlados. Seis meses después del tratamiento, los puntajes de los clientes seguían teniendo una mejoría significativa en comparación con los puntajes pretest, sin cambio significativo del pretest al seguimiento.

4. CONCLUSION

En conclusión, resumimos los argumentos a favor y en contra de la identificación y diseminación de TAE y nuestras respuestas:

1. Argumento: los TAE deberían ser ignorados porque este esfuerzo ha sido el trabajo de un pequeño grupo de individuos con un sesgo particular de la división 12 (Sociedad para la Psicología Clínica de la American Psychological Association).

Respuesta: las tablas 2 y 3 resumen los resultados de las búsquedas realizadas por ocho grupos de revisión diferentes. Debido a que los grupos tuvieron focos diferentes (por ej., clientes geriátricos versus niños), sus áreas de revisión a menudo no se superponen. Cuando lo hacen, hay evidencia de un considerable acuerdo en el juicio de los diferentes grupos. Esto sugiere que, una vez que las decisiones se basan en supuestos comunes (por ej., el uso de RCT, muestras y tratamientos definidos con especificidad), las designaciones de TAE pueden realizarse y se han realizado en forma fiable. Este supuesto debe ser moderado por la presencia de alguna superposición entre los miembros del Grupo de Tarea y los autores de la sección especial del Journal

of Consulting and Clinical Psychology sobre este tema (grupos A y D) (Kendall y Chambless 1998).

2. Argumento: La investigación cuantitativa no es un paradigma apropiado para la investigación de la psicoterapia. La investigación cualitativa o la observación clínica deberían ser las fuentes de evidencia.

Respuesta: La evidencia que se ha revisado en este artículo no puede responder esta cuestión, que resulta de una dicotomía entre paradigmas. No importa cuán grande o consistente sea el cuerpo de evidencia hallado para identificar TAE, los hallazgos serán descartados como irrelevantes por quienes tienen perspectivas fundamentalmente diferentes, y las tales perspectivas caracterizan a varios psicólogos clínicos y teorizadores en el área de la psicoterapia.

3. Argumento: La investigación de TAE se basa en manuales del tratamiento o su equivalente, y el uso de manuales para entrenar a terapeutas llevará a deterioros en la calidad de la psicoterapia.

Respuesta: Nosotros no encontramos ningún estudio que se dirija a la cuestión de que, al trabajar fuera de un protocolo de tratamiento restringido, los terapeutas entrenados con manuales serían menos efectivos que los terapeutas entrenados sin manuales. Tal investigación sería valiosa para responder estas cuestiones. Hemos localizado dos estudios en los cuales los resultados de los terapeutas entrenados en TAE se comparaban bajo dos condiciones: una en la cual los terapeutas eran libres de diseñar tratamientos individualizados (todos dentro de un marco cognitivo conductual) y uno en el cual los terapeutas operaban bajo las pautas estándar de TAE. Los tratamientos estandarizados se mostraron equivalentes o superiores al tratamiento individualizado. Lamentablemente, ambos estudios focalizaron en tratamientos de trastornos de ansiedad. Es claramente necesario continuar la investigación con un conjunto más amplio de tratamientos y problemas.

4. Argumento: No hay ninguna diferencia de eficacia entre las varias formas de psicoterapia; por lo tanto, la identificación de TAE es innecesaria.

Respuesta: En nuestra breve revisión de trastornos de ansiedad y depresión infantil, encontramos considerable evidencia de especificidad, incluso dentro de los métodos cognitivos y conductuales. Los autores no fueron consistentes en los cuidados que tomaron para eliminar las explicaciones alternativas para las diferencias entre los tratamientos, tales como posibles discrepancias en la expectativa y la relación terapéutica que lleven a confusión. Sin embargo, en estudios en los cuales tales confusiones podrían ser desestimadas, también se obtuvieron diferencias entre los tratamientos.

A pesar de ello, la evidencia de especificidad no es uniforme, por ej. en la depresión de adultos ningún tratamiento ha demostrado ser claramente superior a otro. Estos datos y los datos de los meta-análisis indican que la cuestión de la especificidad es compleja y que puede depender del problema que se trate y de la edad del cliente (niño o adulto).

5. Argumento: La investigación de TAE debería ignorarse porque no se generalizará a la práctica clínica, definida como condiciones, clientes, terapeutas, y objetivos de tratamiento típicos.

Respuesta: Hasta ahora, la evidencia revisada indica que los TAE son efectivos en condiciones clínicas y con diversos grupos de clientes. Sin embargo, esta conclusión debe ser moderada por las siguientes consideraciones. (A) Como podría esperarse en la investigación en efectividad, estos estudios fueron algo en validez externa pero bajos en validez interna, basados típicamente en diseños no controlados pretest-posttest y en la evaluación por comparación con los resultados estándar en la literatura de eficacia. (B) Los clientes en los estudios de efectividad a menudo no mejoran tanto como los de los estudios de eficacia, o no alcanzan un nivel de funcionamiento tan positivo al final del tratamiento. (C) Los clientes en algunos estudios de efectividad recibieron más tratamiento que el típico en RCT, en la forma de un curso más largo de tratamiento o de tratamientos adjuntos tales como farmacoterapia concomitante o servicios de manejo de caso. (D) El cuerpo de la investigación de efectividad es pequeño.

Por lo tanto, aunque no encontramos evidencia de que los TAE no podrían aplicarse en forma beneficiosa a las condiciones clínicas reales por quienes se entrenen o supervisen en su uso, dependiendo de la población que se trate puede ser necesario modificar los tratamientos o incluírlos como parte de un curso de tratamiento más amplio. Claramente es una prioridad realizar más investigación sobre efectividad con el fin de que los clínicos den crédito al valor de los TAE. El NIMH está actualmente haciendo de tales estudios una prioridad dentro de su misión para la investigación de tratamientos, esto debería asegurar que los estudios de efectividad se multipliquen rápidamente. En lo que concierne a los objetivos de tratamiento, hallamos muy poca investigación respecto a si los TAE afectan la calidad de vida. Los dos estudios que encontramos han generado resultados positivos. En la medida en que los TAE hagan foco en clientes con perturbaciones psicológicas significativas, los investigadores probablemente encuentren que las mejorías en los problemas presentes estará asociada con una mejoría en la calidad de vida. Esto se sigue de las correlaciones sustanciales entre medidas de trastorno y medidas de calidad de vida. Estos tamaños de efecto son típicamente de moderados a altos (Gladis et al 1999, Telch et al 1995). Si los investigadores de TAE hicieran

foco en clientes saludables pero insatisfechos, sería esperable que las medidas de calidad de vida jueguen un rol único y que se conviertan en las medidas centrales de resultado en tales investigaciones. Claramente se precisa más investigación sobre mejoría en la calidad de vida como efecto de los TAE, y tales datos deberían estar disponibles pronto de los estudios actualmente en curso.

La tendencia de identificar y diseminar TAE tiene menos de una década. De la revisión previa, queda claro que queda mucho por aprender acerca de la aplicación de los TAE y sus beneficios en la práctica clínica. Cualquiera sea la reluctancia de algunos para adoptar los TAE, esperamos que las presiones económicas y sociales sobre los psicólogos respecto a la capacidad de dar cuenta de los tratamientos (accountability) fomentarán la atención a estos tratamientos (confrontar con Beutler 1998). A la vez, es importante señalar que la práctica efectiva de psicoterapia basada en la evidencia involucra más que el dominio de procedimientos específicos delineados en los manuales de TAE. Casi todos los TAE se basan en que los terapeutas posean buenas habilidades terapéuticas no específicas. Por ejemplo, en el Programa de Investigación Colaborativa sobre Tratamiento de la Depresión del NIMH de dos TAE (terapia interpersonal y terapia cognitiva) para la depresión, en la cual los terapeutas siguieron manuales de tratamiento elaborados, los efectos de tratamiento variaron de acuerdo a la competencia de los terapeutas (Shaw et al 1999). Las características de los clientes tales como la habilidad para formar una alianza con el terapeuta (Krupnick et al 1996) y el funcionamiento inicial (por ej. Elkin et al 1995) también probaron ser importantes para predecir el resultado del tratamiento. La investigación sobre la interacción entre características del cliente (por ej., personalidad) y los abordajes de tratamiento está en sus primeras etapas (por ej. Beutler et al 1991). Tal investigación es difícil de realizar debido a los grandes tamaños de muestra que se precisan para tener suficiente poder estadístico. Sin embargo, tal investigación tiene un gran potencial para responder las preguntas de los psicólogos clínicos acerca de cuál entre varios TAE sería mejor para un cliente particular. La práctica de psicoterapia basada en la evidencia es compleja, y los TAE son sólo una pieza del rompecabezas.

5. LITERATURA CITADA

Addis ME, Krasnow AD. 2000. A national survey of practicing Psychol.ogists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. J. Consult. Clin. Psychol. 68:331-39

- Addis ME, Wade WA, Hatgis C. 1999. Barriers to dissemination of evidence-based practices: addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 4:430-41
- Am. Psychiatr. Assoc. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Am. Psychiatr. Assoc. 886 pp. 4th ed.
- Am. Psychol. Assoc. 1996. *Guidelines and Principles for Accreditation of Programs in Professional Psychology*. Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.
- Barlow DH, Craske MG. 1994. *Mastery of Your Anxiety and Panic, Vol. II*. Albany, NY: Graywind. 150 pp.
- Beutler LE. 1998. Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *J. Consult. Clin. Psychol.* 66:113-20
- Beutler LE, Clarkin J, Bongar B. 2000. *Guidelines for the Systematic Treatment of the Depressed Patient*. Oxford, UK: Oxford Univ. Press. 455 pp.
- Beutler LE, Engle D, Mohr D, Daldrup RJ, Bergan J, et al. 1991. Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self directed psychotherapeutic procedures. *J. Consult. Clin. Psychol.* 59:333-40
- Beutler LE, Kim JE, Davison E, Karno M, Fisher D. 1996. Research contributions to improving managed health care outcomes. *Psychotherapy* 33:197-206
- Blatt SJ, Zuroff DC, Bondi CM, Sanislow CA III. 2000. Short and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: further analyses of data from the NIMH TDCRP. *Psychother. Res.* 10:215-34
- Bohart AD, O'Hara M, Leitner LM. 1998. Empirically violated treatments: disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychother. Res.* 8:141-57
- Borkovec TD, Costello E. 1993. Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 61:611-19
- Brent DA, Holder D, Kolko D, Birmaher B, Baugher M, et al. 1997. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 54:877-85

Can. Psychol. 1999. Symposium: empirically supported treatments in Psychology. 40:289-327

Casey RJ, Berman JS. 1985. The outcome of psychotherapy with children. Psychol. Bull. 98:388-400

Castonguay LG, Goldfried MR, Wisner S, Raue PJ, Hayes AM. 1996. Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. J. Consult. Clin. Psychol. 64:497-504

Chambless DL, Baker M, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS, et al. 1998. Update on empirically validated-therapies, II. Clin. Psychol. 51(1):3-16

Chambless DL, Hollon SD. 1998. Defining empirically supported therapies. J. Consult. Clin. Psychol. 66:7-18

Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Bennett Johnson S, Pope KS, et al. 1996. An update on empirically validated therapies. Clin. Psychol. 49(2):5-18

Crits-Christoph P, Frank E, Chambless DL, Brody C, Karp JF. 1995. Training in empirically- validated treatments : What are clinical Psychology students learning? Prof. Psychol. Res. Pract. 26:514-22

Elkin L, Gibbons RD, Shea MT, Sotsky SM, Watkins JT, Pilkonis PA. 1995. Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J. Consult. Clin. Psychol. 63:841-47

Elkin L, Shea T, Watkins 1T, Imber SD, Sotsky SM, et al. 1989. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. Arch. Gen. Psychiatry 46:971-82

Elliott RE. 1998a. Editor's introduction: a guide to the empirically supported treatments controversy. Psychother. Res. 8:115-25

Elliott RE, ed. 1998b. The empirically supported treatments controversy. Psychother. Res. 8:115-70 (special issue)

Emmelkamp PMG, Bouman T, Blaauw E. 1994. Individualized versus standardized therapy: a comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. Clin. Psychol. Psychother. 1:95-100

Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer J. 1993. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J. Nerv. Ment. Dis.* 181:189-93

Fonagy P. 1999. Achieving evidence-based psychotherapy practice: a psychodynamic perspective on the general acceptance of treatment manuals. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 6:442-44

Fonagy P, Target M. 1996. Should we allow psychotherapy research to determine clinical practice? *Clin. Psychol. Sci Pract.* 3: 245-50

Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Comes C. 1991. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: contributing factors. *Arch. Gen. Psychiatry* 48:1053-59

Garfield SL. 1996. Some problems with "validated" forms of psychotherapy. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 3:218-29

Gatz M, Fiske A, Fox LS, Kaskie B, Kaskie B, Kasl-Godley JE, et al. 1998. Empirically validated psychological treatments for older adults. *J. Ment. Health Aging* 41:9-46

Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Christoph P. 1999. Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *J. Consult. Clin. Psychol.* 67:320-31

Henry WP. 1998. Science, politics, and the politics of science: the use and misuse of empirically validated treatments. *Psychother. Res.* 8:126-40

Hoagwood K, Hibbs E, Brent D, Jensen P. 1995. Introduction to the special section: efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 63:683-87

Hodgson R, Rachman S, Marks IM. 1972. The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis: follow-up and further findings. *Behav. Res. Ther.* 10:181-89

Horvath AO, Symonds DB. 1991. Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J. Couns. Psychol.* 38:139-49

Howard KL, Lueger RJ, Maling MS, Martinovich Z. 1993. A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *J. Consult. Clin. Psychol.* 61:678-85

Hunsley J, Dobson KS, Johnston C, Mikail SF. 1999. Empirically supported treatments in Psychology: implications for Canadian professional Psychology. *Can. Psychol.* 40:289-302

Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koaner K, et al. 1996. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J. Consult. Clin. Psychol.* 64:295-304

Jacobson NS, Schmalings KB, Holtzworth-Munroe A, Katt JL, Wood LF, et al. 1989. Research-structures vs. clinically flexible versions of social learning-based marital therapy. *Behav. Res. Ther.* 27:173-80

J. Clin. Child Psychol. 1998. Special issue: empirically supported psychosocial interventions for children. 27:138-226

Kazdin AK, ed. 1996. Validated treatments: multiple perspectives and issues. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 3:216-67 (special issue)

Kendall PC, Chambless DL, eds. 1998. Empirically supported Psychological therapies. *J. Consult. Clin. Psychol.* 66:3-167 (special issue)

Kendall PC, Chu B, Gifford A, Hayes C, Nauta M. 1998. Breathing life into a manual: flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cogn. Behav. Pract.* 5:177-98

Kovacs AL. 1996. Winter: "We have met the enemy and he is us!" *AAP Adv.*, pp. 6, 19, 20, 22

Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer L, Elkin I, et al. 1996. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J. Consult. Clin. Psychol.* 64:532-39

Lambert MJ. 1998. Manual-based treatment and clinical practice: hangman of life or promising development? *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 5:391-95

Lindsay M, Crino R, Andrews G. 1997. Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *Br. J. Psychiatry* 171:135-39

Marks IM, Hodgson R, Rachman S. 1975. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure: a two-year follow-up and issues in treatment. *Br. J. Psychiatry* 127:349-64

Moras K. 1993. The use of treatment manuals to train psychotherapists: observations and recommendations. *Psychotherapy* 30:581-86

Moras K. 1998. Internal and external validity of intervention studies. In *Comprehensive Clinical Psychology*, ed. AS Bellack, M Hersen, 3:201-24. Oxford, UK: Elsevier. 380 pp.

Nathan PE, Gonnann 1M, eds. 1998. *A Guide To Treatments That Work*. New York: Oxford Univ. Press. 594 pp.

Ollendick TH. 1995. Cognitive-behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia in adolescents: a multiple baseline design analysis. *Behav. Ther.* 26:517-31

Ollendick TH, King NJ. 1998. Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *J. Clin. Child Psychol.* 27:156-67

Ollendick TH, King N1. 2000. Empirically supported treatments for children and adolescents. In *Child and Adolescent Therapy*, ed. PC Kendall, pp. 386-425. New York Guilford. 436 pp. 2nd ed.

Organista KC, Munoz RP, Gonzalez G. 1994. Cognitive-behavioral therapy for depression in low-income and minority medical outpatients: description of a program and exploratory analyses. *Cogn. Ther. Res.* 18:241-59

Parry G. 1996. *NHS Psychotherapy Services in England*, Rep. 96PP0043. London: Dep. Health. 112 pp.

Persons JB, Bostrom A, Bertagnolli A. 1999. Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practice. *Cogn. Ther. Res.* 23:535-48

Persons JB, Burns DB, Perloff JM. 1988. Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cogn. Ther. Res.* 12:557-75

Peterson AL, Halstead TS. 1998. Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: a clinical replication series. *Behav. Ther.* 29:3-18

Roth AD, Fonagy P. 1990. *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research.* New York Guilford. 484 pp.

Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. 1997. *Evidence-Based Medicine.* New York: Churchill Livingstone. 250 pp.

Sanderson WC, Raue PJ, Wetzler S. 1998. The generalizability of cognitive behavior therapy for panic disorder. *J. Cogn. Psychother.* 12:323-30

Sanderson WC, Woody SR 1995. *Manuals for empirically validated treatments: a project of the Task Force on Psychological Interventions.* *Clin. Psychol.* 48(4):7-11

Schulte D, Kunzel R, Pepping G, Sehulte-Bahrenberg T. 1992. Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Adv. Behav. Res. Ther.* 14:67-92

Scotti JR, Morris TL, McNeil CB, Hawkins RP. 1996. DSM-IV and disorders of childhood and adolescents: Can structural criteria be functional? *J. Consult. Clin. Psychol.* 64:1177-91

Seligman MEP. 1995. The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. *Am. Psychol.* 50:965-74

Shapiro DA, Shapiro D. 1982. Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychol. Bull.* 92:581-604

Shaw BP, Elkin I, Yamaguchi J, Olmsted M, Vallis TM, et al. 1999. Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. *J. Consult. Clin. Psychol.* 67:837-46

Silverman WH. 1996. Cookbooks, manuals, and paint-by-numbers: psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy* 33:207-15

- Smith EWL. 1995. A passionate, rational response to the "manualization" of psychotherapy. *Psychother. Bull.* 30:36-40
- Spirito A, ed. 1999. Empirically supported treatments in pediatric psychology. *J. Pediatr. Psychol.* 24:87-174 (special issue)
- Stark K, Rouse L, Livingston R. 1991. Treatment of depression during childhood and adolescence: cognitive-behavioral procedures for the individual and family. In *Child and Adolescent Therapy*, ed. PC Kendall, pp. 165-206. New York: Guilford. 436 pp.
- Strauss BM, Kaechele H. 1998. The writing on the wall: comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. *Psychother. Res.* 8:158-77
- Task Force Promot. Dissem. Psychol. Procedures. 1995. Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: report and recommendations. *Clin. Psychol.* 48(1):3-23
- Taylor TK, Schmidt F, Pepler D, Hodgins C. 1998. A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children series in a children's mental health setting: a randomized controlled trial. *Behav. Ther.* 29:221-40
- Telch MJ, Schmidt NB, Jaimez L, Jacquin KM, Harrington PJ. 1995. Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *J. Consult. Clin. Psychol.* 63:823-30
- Thompson LW, Gallagherr E, Steinmetz Breckenridge J. 1987. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J. Consult. Clin. Psychol.* 55:385-90
- Tyman WD, Schuman W, Lampert N. 1999. Concurrent parent and child therapy groups for externalizing disorders: from the laboratory to the world of managed care. *Cogn. Behav. Pract* 6:3-9
- Wade WA, Treat TA, Stuart GL. 1998. Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: a benchmarking strategy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 66:731-39
- Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Stich F, Benson K, et al. 1997. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, "All must have prizes." *Psychol. Bull.* 122:203-15

Weisz JR, Weiss B, Han SS, Granger DA, Marton T. 1995. Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a metaanalysis of treatment outcome studies. *Psychol. Bull.* 117:450-68

Wilson GT. 1998. Manual-based treatment and clinical practice. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 5:363-75

Wilson JJ, Gil KM. 1996. The efficacy of psychological and pharmacological interventions for the treatment of chronic disease related and non-disease-related pain. *Clin. Psychol. Rev.* 16:573-97

Woody SR, Santerson WC. 1998. Manuals for empirically supported treatments: 1998 update. *Clin. Psychol.* 51(1):17-21

6.1. TABLA 1. Criterios de los Grupos de Trabajo para la identificación de TAE

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) una gran cantidad de experimentos con diseño de caso único 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 testado 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 descripto como base para entrenamiento, (B) hay un grupo de pacientes claramente descripto.

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 tamaño 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 ej., 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).

6.2. TABLA 2. TAE para adultos: un resumen de los grupos de trabajo

Se resumen cuáles han sido los tratamientos investigados para cada condición diagnóstica y qué categoría de apoyo empírico se asigna a cada tratamiento según la evaluación de los distintos grupos de trabajo.

Grupos de trabajo:

(A) Grupo de Tarea (Chambless et al 1998)

(B) Sección especial del Journal of Pediatric Psychology (Spirito 1999)

(C) Sección especial del Journal of Clinical Child Psychology (1998)

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

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

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

(G) Gatz et al (1998)

(H) Wilson & Gil (1996)

Signo de interrogación: significa que no está claro en la descripción del autor si el tratamiento pertenece a la categoría I o II.

Categorías de apoyo empírico:

I: tratamiento bien establecido / eficaz y específico / dos estudios tipo-1

II: tratamiento probablemente eficaz / un estudio tipo-1

III: tratamiento prometedor / estudios tipo-2 o tipo-3

Sólo los grupos B, E y F registran tratamientos en la categoría III.

1-ANSIEDAD Y ESTRES

Agorafobia/trastorno de pánico con agorafobia

-Terapia Cognitivo Conductual (TCC): I (A, E?, F), II (E?)

-Entrenamiento en comunicación de pareja + Exposición: II (E?)

-Exposición: I (A, D, E?, F), II (E?)

-TCC asistido por pareja: II (D, F)

Fobia a sangre y heridas

-Tensión aplicada: II (F), III (E)

-Exposición: III (E)

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

-Relajación aplicada: I (F), II (A, D, E)

-TCC: I (A, D, E?, F), II (E?)

Ansiedad geriátrica

-TCC: III (F, G)

-Relaxation: II (F)

Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)

-Exposición con Prevención de Respuesta (EPR): I (A,D,E?,F), II (E?)

-Terapia cognitiva: II (A, D), III (E)

-Terapia Racional Emotiva + Exposición: III (E)

-EPR asistida por familia + Relajación: II (D)

-Prevenición de recaídas: II (A)

Trastorno de pánico

-Relajación aplicada: I (F), II (A, D, E)

-TCC: I (A, D, E?, F), II (E?)

-Terapia focalizada en la emoción: III (F)

Trastorno de estrés post traumático (TEPT)

- EMDR (desensibilización y reprocesamiento con movimiento ocular): II (A, D)
- Exposición: I (F), II (A, D)
- Inoculación del estrés: I (F), II (A, D)
- Inoculación del estrés + Terapia Cognitiva + Exposición: I (E?), II (E?, F)
- Tratamiento psicodinámico estructurado: III (E)

Ansiedad al hablar en público

- Desensibilización sistemática: II (A)

Ansiedad social, fobia social

- TCC: I (E?, F), II (A, D, E?)
- Exposición: I (E?), II (A, D, E?, F)
- Desensibilización sistemática: II (A)

Fobia específica

- Exposición: I (A, E?, F), II (E?)
- Desensibilización sistemática: II (A)

Estrés

- Inoculación del estrés: I (A)

2-DEPENDENCIA Y ABUSO QUIMICO

Abuso del alcohol y dependencia

- Refuerzo de la comunidad: I (E?, F?), II (A, D, E?, F?)
- Terapia de exposición a señales: II (A, D)
- Terapia de exposición a señales + habilidades para afrontar impulsos: II (D)
- Exposición a señales con internación: II (A)
- Entrevista motivacional: I (E?), II (E?)
- Terapia marital conductual + disulfiram: I (E?, F?), II (A, D, E?, F?)
- Entrenamiento en habilidades sociales con internación: I (E?, F?), II (A, D, E?, F?)

Retiro de la benzodiacepina para ataques de pánico

- TCC: II (A)

Abuso de cocaína

- Terapia conductual: II (A)
- TCC y prevención de recaídas: II (A, D)

Dependencia de opiáceos

- Terapia conductual (reforzamiento): II (D)
- Terapia dinámica breve: II (A, D)
- Terapia cognitiva: II (A, D)

3-DEPRESION

Trastorno bipolar

- Psicoeducación: II (F)
- TCC para adherencia a la medicación: II (F)
- Terapia familiar: III (F)

Depresión geriátrica

- Terapia conductual: I (E?, F), II (E?, G)
- Terapia psicodinámica breve: I (E?, F), II (E?, G)
- TCC: I (E?, F), II (A, E?, G)
- Terapia interpersonal: II (F)
- Terapia de resolución de problemas: II (F, G)
- Psicoeducación: I (F)
- Terapia de reminiscencia (leve-moderada): I (F), II (A, G)

Depresión mayor

- Terapia conductual: I (A, F), II (D)
- Terapia marital conductual (para aquellos con conflicto marital): I (F), II (D)
- Terapia dinámica breve: II (A), III (E)
- TCC: I (A, D, E?, F), II (E?)
- Terapia interpersonal: I (A, E?, F), II (D, E?)
- Terapia de auto-control: II (A, F)
- Resolución de problemas sociales: II (A, D)

4-PROBLEMAS DE SALUD

Anorexia

- Terapia conductual: I (E?), II (E?)
- Terapia conductual de los sistemas familiares: II (F)
- Terapia cognitiva: I (E?), II (E?)
- Terapia familiar: III (F)

Trastorno por atracones

- Control de peso conductual: II (F)

- TCC: I (F), II (A)
- Terapia interpersonal: II (A, F)

Bulimia

- TCC: I (A, E?, F?), II (D, E?)
- Terapia interpersonal: I (E?), II (A, D, E?, F)

Dolor en cáncer

- TCC: III (H)

Efectos colaterales de la quimioterapia (para pacientes con cáncer)

- Relajación muscular progresiva con o sin imaginación guiada: II (D)

Dolor crónico (heterogéneo)

- TCC con terapia física: II (A, D, H)
- Biofeedback electromiográfico: II (A)
- Terapia conductual operante: II (A, D)

Dolor crónico (espalda)

- TCC: I (H), II (A, D)
- Terapia conductual operante: II (D)

Dolor de cabeza

- Terapia conductual: I (A)

Dolor idiopático

- TCC: III (H)

Síndrome de intestinos irritables

- Terapia cognitiva: II (A, D)
- Hipnoterapia: II (D)
- TCC multicomponente: II (A, D)

Migraña

- Biofeedback electromiográfico + relajación: II (D)
- Biofeedback térmico + entrenamiento en relajación: II (A, D)

Obesidad

- Hipnosis con TCC: II (A)

Raynaud

- Biofeedback térmico: II (A)

Dolor por enfermedad reumática

-TCC multicomponente: I (A, D, H)

Dolor por enfermedad de célula falciforme (sickle cell disease pain)

-Terapia cognitiva multicomponente: II (A)

Cese del hábito de fumar

-TCC grupal: II (D)

-TCC multicomponente con prevención de recaídas: I (A, D)

-Reducción programada del hábito de fumar con terapia conductual multicomponente: II (A, D)

Trastornos de dolor somatoforme

-TCC: II (F)

5-DISCORDIA MARITAL

-Terapia marital conductual: I (A, D)

-TCC: II (D)

-Terapia cognitiva: II (D)

-Terapia de pareja focalizada en la emoción: II (A: sólo malestar moderado, D)

-Terapia marital orientada al insight: II (A, D)

-Terapia sistémica: II (D)

6-DISFUNCIONES SEXUALES

Disfunción eréctil

-Terapia conductual orientada a reducir la ansiedad sexual y mejorar la comunicación: I (E?), II (E?)

-TCC orientada a reducir la ansiedad sexual y mejorar la comunicación: I (E?), II (E?)

Deseo sexual hipoactivo femenino

-Terapia combinada de Hurlbert: II (A, D)

-Terapia marital y sexual combinada de Zimmer: II (A, D)

Trastorno o disfunción orgásmica femenina

-Terapia marital conductual + terapia de Masters & Johnson: II (D)

-Terapia sexual de Masters & Johnson: II (A, D)

-Entrenamiento de habilidades sexuales: II (D)

Eyacuación precoz

-Terapia conductual: III (E)

Vaginismo

-Terapia conductual basada en la exposición: I (E?), II (E?)

7-OTROS

Trastorno de personalidad evitativa

-Exposición: II (F)

-Entrenamiento en habilidades sociales: I (E?), II (E?, F)

Trastorno dismórfico corporal

-TCC: II (F)

Trastorno de personalidad borderline

-Terapia conductual dialéctica: I (E?), II (A, E?, F)

-Terapia psicodinámica: III (F)

Demencia

-Intervenciones conductuales aplicadas a nivel ambiental para problemas conductuales: I (G)

-Reentrenamiento cognitivo y mnémico para la declinación cognitiva: II (G)

-Orientación a la realidad: II (G), III (E)

Malestar de los cuidadores geriátricos

-Psicoeducación: II (G)

-Intervenciones psicosociales: I (E?), II (E?)

Hipocondriasis

-TCC: III (F)

Parafilias/abusadores sexuales

-Terapia conductual: II (A)

-TCC: III (F)

Esquizofrenia

-Manejo asertivo de caso: III (F)

- Terapia conductual y programas de economía de fichas y aprendizaje social: I (F)
- Manejo clínico de caso: III (F)
- Terapia cognitiva (para alucinaciones): III (E, F)
- Terapia familiar conductual: I (D, E?, F), II (A, E?)
- Terapia de sistemas familiares: II (D)
- Programas de aprendizaje social: I (F)
- Entrenamiento de habilidades sociales: I (F), II (A, D)
- Terapia de apoyo grupal: II (F)
- Terapia de apoyo familiar de larga duración: I (D)
- Entrenamiento en programa de vida comunitaria: I (F)

Enfermos mentales graves

- Empleo con apoyo: II (A, F)

Trastornos del sueño

- Terapia conductual: III (F)
- TCC (para trastornos del sueño geriátricos): II (G)

Hábitos no deseados

- Reversión de hábitos y técnicas de control: II (A)

6.3. TABLA 3. TAE para niños y adolescentes: un resumen de los grupos de trabajo

ADHD (Trastorno de hiperactividad y déficit atencional)

- Entrenamiento parental conductual: I (C)
- Modificación de la conducta en la clase: I (C), III (F)
- Terapia multimodal de larga duración: III (E)

Trastornos de ansiedad (ansiedad de separación, trastorno evitativo, trastorno sobreansioso)

- TCC: II (A, C), III (E)
- TCC + entrenamiento en manejo de ansiedad familiar: II (A, C)
- Psicoterapia psicodinámica: III (E)

Dolor crónico (trastornos musculoesqueléticos)

- TCC: III (B)

Trastorno de conducta (trastorno desafiante oposicional)

- Entrenamiento en control de la ira con inoculación del estrés (adolescentes): II (C)
- Terapia de enfrentamiento de ira (niños): II (C)
- Entrenamiento en asertividad: II (C)
- TCC: I (E?), II (E?)
- Habilidades cognitivas de resolución de problemas: I (F)
- Programa de prevención de delincuencia: II (C)
- Terapia familiar funcional: I (F)
- Terapia multisistémica: I (F), II (C)
- Terapia de interacción padre-hijo: II (C)
- Entrenamiento parental basado en convivir con niños (niños): I (A, E?, F), II (C, E?)
- Entrenamiento parental basado en convivir con niños (adolescentes): I (C)
- Entrenamiento en habilidades de resolución de problemas: II (C)
- Terapia Racional emotiva: II (C)
- Tratamiento de tiempo fuera más asiento señal: II (C)
- Entrenamiento parental con modelado en video: I (C)

Depresión

- Curso de enfrentamiento de la depresión con entrenamiento en habilidades (adolescentes): II (C)
- TCC (niños): II (C)

Trastornos disruptivos

- Terapias familiares estructurales: III (E)

Malestar debido a procedimientos médicos (principalmente cáncer)

- TCC: I (B)

Encopresis

- Modificación conductual: I (E?), II (A, E?)

Enuresis

- Modificación conductual: I (A, E?), II (E)

Obesidad

- Terapia conductual: II (A)

Trastorno obsesivo compulsivo

- Exposición con prevención de respuesta: III (E)

Fobias

- TCC: II (C)
- Modelado filmado: II (C)
- Desensibilización en vivo: II (C)
- Modelado en vivo: II (C)
- Modelado participante: I (C)
- Exposición rápida (fobia a la escuela): I (E?), II (E?)
- Práctica reforzada: I (C), II (A)

Trastorno psicofisiológico

- Terapia familiar: I (E?), II (E?)
- Psicoterapia psicodinámica: III (E)

Conductas no deseables en trastornos pervasivos del desarrollo

- Manejo de contingencias: I (E?), II (E?)

Dolor abdominal recurrente

- TCC: II (D, F)

Dolor de cabeza recurrente

- Biofeedback con autohipnosis: III (B)
- Relajación/autohipnosis: I (B)
- Biofeedback térmico: II (B)