

**TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES Y CIENCIA
BÁSICA**

Alba Elisabeth Mustaca

Instituto de Investigaciones Médicas - Psicología Experimental y Aplicada

CONICET - Universidad de Buenos Aires

Título abreviado: tratamientos eficaces y ciencia básica

Dirección postal: IIM "A.Lanari"- Psicología Experimental y Aplicada (PSEA), Ctes.de

Malvinas 3150, 1427 Bs.As. Argentina. E-Mail: mustaca@psi.uba.ar

Fecha del envío: 15-9-2003

Resumen

En los últimos años se ha puesto énfasis en el estudio de la eficacia de las intervenciones psicológicas, estableciéndose pautas rigurosas para su validación empírica que se fundamentan en el método científico. Se presenta una síntesis de cuáles son los criterios de validez y qué terapias cumplen con esos requisitos para trastornos identificables. Se halló que más del 80% de las terapias con apoyo empírico (TAE) pertenecen al enfoque comportamental o comportamental cognitivo, tanto en adultos como ancianos, niños y adolescentes. Si se agregan otro tipo de terapias que también usan en la práctica herramientas cognitivas – comportamentales, pero tienen un marco teórico diferente, el porcentaje aumenta al 96 %. Estas estrategias surgieron a partir de la investigación básica con animales no humanos y humanos, en especial del aprendizaje y del conductismo. De este modo se evidencia la importancia crucial que tiene la investigación básica para la ciencia aplicada.

Palabras claves: terapias con apoyo empírico (TAE), criterios de validez, ciencia básica y aplicada, aprendizaje, terapia comportamental, terapia cognitiva-comportamental.

Abstract

At the last years there has been much interest in studying the efficacy of psychological treatments and the rigorous precept for their empirical validations. It presents a resume of the models of validations and which are the empirically validated treatments (TAE) that it includes. Most of 88 % of TAE are of behavior therapy and cognitive – behavior therapy. These interventions were founded on the study of basic processes, especially in the learning investigations with animals. It concludes that basic and applied science are necessary for the evolution of empirically validated treatments.

Key words: empirically validated treatments (TAE), models of validations, learning, basic and applied science, behavior therapy and cognitive – behavior therapy.

“El chamán se transforma en ave y, con la ayuda de los animales auxiliares, vuela hacia el mundo oculto, fuente de conocimiento.”
(Museo del Oro, Bogotá, Colombia)

Los estudios antropológicos muestran que en casi todas las culturas el hombre trató de comprender los enigmas de la naturaleza y, sugestivamente, relacionó ese saber con las acciones para cambiarla. Los chamanes, por ejemplo, eran personajes que tenían acceso al conocimiento y, a la vez, tenían el poder de curar enfermedades y modificar condiciones desfavorables para su población. Estas dos motivaciones, conocer por el mero placer intelectual y la necesidad de mejorar las condiciones de vida, siguen vigentes en el mundo contemporáneo con la misma fuerza que otrora. La única diferencia crucial es que el pensamiento mágico de nuestros antepasados, imposible de ser contrastado empíricamente, cedió paso al pensamiento científico, que incluye métodos sistemáticos para la contrastación lógica y empírica de sus afirmaciones o hipótesis. Aún cuando el pensamiento mágico perdura nuestro siglo, a través de los horóscopos, la quiromancia, la grafología y otras prácticas pseudocientíficas, los descubrimientos científicos y las tecnologías derivadas de ellos son abrumadoramente convincentes a la hora de tomar decisiones, en especial sobre aquellas cuestiones que tienen que ver con nuestra supervivencia.

La importancia de la relación entre la ciencia básica y aplicada es un hecho innegable en disciplinas como la medicina, la ingeniería, la agronomía o la enfermería. Los médicos estudian biología, bioquímica, matemáticas y física para aplicarlas en su práctica profesional. ¿Qué ocurre con la psicología? Esta disciplina tiene, como toda ciencia, dos propósitos generales: crear leyes comprensivas sobre su objeto de estudio (ciencia básica) y tecnologías que permitan acciones eficaces (ciencia aplicada). Estas estrategias también deben tener un sustrato empírico que confirmen su eficacia mediante un proceso de investigación. Sin embargo, como en la medicina, la necesidad de los clínicos de aliviar el sufrimiento humano,

que no espera los avances del conocimiento, hizo que se utilizaran prácticas psicoterapéuticas que eran, y en muchos casos todavía son, una mezcla de intuición y sistemas especulativos. ¿Actualmente es necesario mantenerse en el uso de tales intervenciones?. ¿Pudo el método científico aportar alguna luz para enfrentar los problemas psicológicos con estrategias menos “artesanales”? En este artículo me propongo mostrar que, si bien desde fines del siglo XIX la ciencia básica y aplicada se relacionaron, recién alrededor de 1950 comenzaron a aparecer técnicas terapéuticas validadas empíricamente que, no por casualidad, se fundamentan en el conocimiento de los principios de la conducta. Esto ocurrió más intensamente desde el advenimiento de la Terapia de la Conducta (TC), término introducido por primera vez por Skinner y Lindsley (1954) y de la primera edición del libro de Wolpe (1958). Tal es así que, como lo pondré en evidencia a lo largo de este artículo, actualmente un psicólogo aplicado tendrá dudosa ética si no posee conocimientos de las leyes de la conducta y de las tecnologías derivadas de ellas,

Tratamientos eficaces para los trastornos psicológicos

Desde principios del siglo XX, Pavlov, Watson y Skinner, entre otros, insistieron sobre la importancia de utilizar en psicología y sus prácticas clínicas el método de las ciencias naturales, establecido por Galileo Galilei y Leonardo Da Vinci en el Siglo XVI. Uno de los hechos más contundentes en el área clínica fue la publicación de Eysenck, en 1952, sobre la ineficacia de los tratamientos psicológicos de la época. En el Hospital de Mausley, Inglaterra, comparó una muestra de pacientes que recibían distintos tratamientos con aquellos que estaban en una lista de espera y mostró que el porcentaje de curación entre tratados y no tratados no era significativo al cabo de 6 meses, con un pequeño sesgo a favor de los no tratados. Independientemente de las críticas metodológicas que posteriormente se le hicieron, ese trabajo provocó bastante inquietud en el mundo científico, en especial en profesionales que seriamente

querían hallar métodos más eficaces que el mero paso del tiempo, como sugería la investigación. Eysenck, junto con otros investigadores de la época, bregaron para que se hicieran estudios sobre la eficacia de los tratamientos y, con una visión científica de la psicología y de la psicopatología, consideró que la investigación básica y aplicada debía ser el sustrato fundamental para una práctica clínica eficaz. Con ese criterio, creó un laboratorio de comportamiento animal no humano y humano en el hospital psiquiátrico que dirigía, y allí desarrolló investigaciones que aún continúan.

Modelos de investigación clínica

Más adelante, Gelder, Marks y Meyer, en la década del 60, hicieron estudios más sistemáticos sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos. Agras y Berkowitz (1980) establecieron un modelo de investigación clínica, inspirados en los métodos farmacológicos, que se resume en las siguientes etapas:

1. Evaluar el estado de las intervenciones de un trastorno específico y examinar la variedad de procedimientos existentes. Esto incluye estudios exploratorios, de investigación básica, desarrollos teóricos nuevos, etc.
2. Cuando un procedimiento parece potencialmente útil, hacer ensayos clínicos con diseños sencillos con y sin grupos de comparación con otras técnicas o sin tratamiento. Este método se asemeja a los de “etiqueta abierta” en farmacología.
3. Si los resultados de las investigaciones anteriores son positivos, detectar los distintos componentes del tratamiento y hacer comparaciones con otros alternativos, con mayores controles que en la etapa anterior. Esto incluye estudios de grupos experimentales vs. control-placebo y evaluación a ciego o doble ciego de los resultados de los tratamientos. El estudio a ciego significa que los que evalúan un resultado clínico desconocen a qué grupo pertenecen los

datos del paciente (si al experimental o al control). En el estudio a doble ciego, ni los terapeutas ni los evaluadores conocen a qué grupo pertenece la persona que está sometida a tratamiento. Estos controles son indispensables para el control de los sesgos que se pueden producir en la interpretación de los resultados debidos a la subjetividad del terapeuta, del evaluador y del propio paciente.

4. Estudiar los efectos a largo plazo del tratamiento y la forma más eficiente de difundirlo y practicarlo.

5. Finalmente se determina la *eficacia de campo*, que estudia la factibilidad y generalidad de los tratamientos cuando se aplican a encuadres clínicos típicos y a distintas situaciones.

Incluye estudios del costo del tratamiento, la posibilidad de aplicarlo en distintos medios y comunidades, etc.

Más recientemente, el congreso de los Estados Unidos creó la *Agencia para la investigación y cuidado de la salud* cuyo objetivo es determinar la efectividad de los tratamientos para trastornos específicos y promulgar pautas de sus prácticas adecuadas. Estos estudios incluyen no solamente a las intervenciones clínicas para la salud física sino también para las psicológicas.

En 1993, en la División 12 de Psicología Clínica de la Asociación Psicológica Americana (APA), se formó el grupo Tarea, sobre la Promoción y Difusión de Procedimientos Psicológicos. Su objetivo es estudiar cuáles son los tratamientos con apoyo empírico (TAE). Chambless y Ollendick (2001) muestran los principales logros del grupo Tarea presentando los TAE en una lista. Además incluyeron una introducción sobre la historia reciente del grupo Tarea, que paso a resumir. El grupo Tarea determinó las dos características fundamentales para establecer la excelencia de los métodos para la atención de la *salud comportamental* o *salud mental*, que resume los presentados en el anterior modelo de investigación: 1. rigurosa evaluación de las evidencias científicas que indiquen su eficacia (validez interna de los

tratamientos) y 2. aplicabilidad y factibilidad de esos tratamientos (validez externa).

Chambless y col. (1998) informaron que el grupo Tarea estableció los siguientes criterios y niveles de validez de los TAE:

I. Tratamientos bien establecidos

1. Al menos dos experimentos con diseños inter-grupo deben demostrar eficacia en una o más de las siguientes maneras: (A) superioridad al placebo o a otro tratamiento, (B) equivalencia con un tratamiento ya establecido, con tamaños de la muestra adecuados, o
2. gran cantidad de experimentos con diseños de caso único. Deben demostrar eficacia con: (A) uso de un buen diseño experimental, (B) comparación de la intervención con otro tratamiento,
3. los experimentos deben ser realizados con manuales claros y comprensibles de los tratamientos o descripciones definidas del mismo,
4. se deben especificar las características de las muestras de pacientes que se usaron,
5. los efectos de un determinado tratamiento se deben demostrar por un mínimo de dos investigadores o equipos independientes.

II. Tratamientos probablemente eficaces

1. Deben existir al menos dos experimentos que muestren que el tratamiento es superior al grupo control de lista de espera o
2. deben existir uno o más experimentos que cumplan los criterios de tratamiento bien establecido I.1 o I.2, I.3 y I. 4, pero no se cumple el criterio 5, o bien
3. debe existir una pequeña cantidad de experimentos de diseño de caso único que cumplan los criterios de tratamiento bien establecido.

III. Tratamientos experimentales: el tratamiento aún no cumple los criterios metodológicos del grupo Tarea, pero son prometedores.

Más adelante, la División 12 formó un segundo grupo con énfasis en TAE y programas de prevención para niños y otro sobre *Intervenciones Psicosociales Efectivas: una perspectiva del transcurso de la vida*. Algunos informes ya se publicaron (ej., Spirito, 1999). La división también comisionó a otro grupo para que realice una “*Guía de los tratamientos que funcionan*”, que fue publicado por Nathan y Gorman (1998).

Además de la APA, otros autores y países emprendieron revisiones de TAE. Por ejemplo, Kendall y Chambless (1998), incluyeron publicaciones que identifican TAE en terapias de adultos, niños, pareja y familia, la revisión de Wilson y Gil (1996) para el dolor crónico y la revisión de Gatz y col.(1998) para tratamientos de ancianos. Los psicólogos de Inglaterra incluyeron la publicación *Qué funciona para quién* (Roth y 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 Tarea sobre TAE (Hunsley y col., 1999). Skauss y Kaechele (1998), en Alemania, hicieron trabajos un poco diferentes, pero relacionados con los anteriores.

En 1995, el grupo Tarea emitió el primer informe (Chambless y col., 1996, 1998) en los que identificó 25 TAE, que se presentaron en conferencias, artículos de revistas y en secciones especiales de revistas especializadas (por ej., Kendall y Chambless, 1998; Elliott, 1998 y Kazdin, 1996).

En el año 1998, la lista del grupo Tarea aumentó a 71 TAE y en 2001, Chambless y Ollendick (2001) informaron sobre 108 para trastornos identificables en adultos y gerontes y 37 en niños y adolescentes. Esto refleja un considerable progreso de esas investigaciones.

Además, el Comité de Acreditación de la APA estableció la necesidad de entrenamiento en TAE como parte de las pautas para acreditar los programas de doctorado y de pasantías en psicología aplicada. Una de las recomendaciones del grupo Tarea fue que la APA

se comprometa a desarrollar y mantener actualizada una lista de TAE para su distribución y que los programas de entrenamiento en psicología clínica incluyan los TAE. Esta recomendación se tomó a partir de un estudio realizado por miembros del grupo (Crits-Christoph y col., 1995) en el cual se pidió a los directores de los programas de entrenamiento clínico aprobados por la APA qué indicaran cuáles TAE de una lista preliminar armada por el grupo Tarea se incluía en el entrenamiento práctico o en los cursos didácticos de los estudiantes. Los autores definieron como mínima una cobertura que incluya el 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 no llegaron a cubrir esa cobertura mínima de TAE. Esto muestra que en la parte de difusión y entrenamiento de TAE aun no se ha llegado a un desarrollo óptimo.

Ejemplos de TAE

La TC (incluiré con este término a las también llamadas terapias cognitivo-comportamentales) utilizó estrategias experimentales para validar sus tratamientos desde sus comienzos. Sólo para mencionar alguno de ellos, Barlow y Hersen (1984), en su libro *Análisis Aplicado de la Conducta (ACA)*, publicaron una tabla sobre replicaciones sistemáticas del tratamiento de la *atención diferenciada* a niños. Este tipo de intervención se basa en los programas de reforzamiento, iniciado por Skinner (1953), llamado en el *Análisis Experimental de la Conducta*, *omisión o reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO)*. El procedimiento consiste en dejar de reforzar una respuesta previamente aprendida (por ej. el picoteo de una paloma en una tecla) y reforzar simultáneamente otra respuesta (por ej. el no picoteo). En estos estudios se había mostrado que la omisión hacía disminuir rápidamente respuestas que se extinguían y aumentaban la frecuencia de las reforzadas sin que aparezcan los efectos emocionales indeseables de la extinción. En TC esta estrategia se denomina

también *reforzamiento de respuestas incompatibles*. La *atención diferenciada* es una técnica derivada de estos conceptos, que consiste en reforzar con atención a los comportamientos adecuados y dejar de hacerlo a los inadecuados. Se supone que la atención es un potente reforzador social que puede incrementar conductas adecuadas definidas por el terapeuta. Además, no prestar atención a las respuestas inadecuadas, cuando no son lesivas para el sujeto o para otros, puede producir un proceso de extinción de dichas conductas. Barlow y Hersen (1984) mencionaron 76 investigaciones que probaron la eficacia de esa intervención. Los estudios se extienden al tratamiento de niños de 20 semanas a 14 años, en distintos ámbitos (escuelas, hospitales, hogares, centros de rehabilitación, guarderías, etc.), con distintos terapeutas (psicólogos, psiquiatras, padres, maestros, enfermeras, etc.) y aplicada a diversos trastornos (conducta perturbadora, oposición, autolesión, agresividad, delincuencia, enuresis, falta de atención en clase, succión del pulgar, tos, autismo, etc.). Estos datos sugieren fuertemente que la atención diferenciada está suficientemente validada como para ser aplicada con éxito. Esta estrategia probablemente no se habría desarrollado sin los resultados de la psicología experimental, ya que es un tratamiento contra intuitivo.

Más recientemente, Barlow y Hofmann (1997) publicaron una tabla con algunos ejemplos de intervenciones validadas empíricamente, según los criterios establecidos por la APA. La Tabla 1 (Adultos*) resume estos datos con los trastornos más frecuentes para cada tipo de terapia. En esta tabla definí como TC a todas las intervenciones que usan herramientas basadas en el marco teórico de la TC y de la terapia cognitiva-comportamental aún cuando no la mencionen como tal en forma específica (ej., curso de enfrentamiento de la depresión con entrenamiento en habilidades, entrenamiento a padres basado en convivir con niños, etc.). Por otro lado, no consideré como TC a la terapia sistémica, multisistémica, interpersonal y cognitiva, aun cuando es muy frecuente que usen técnicas de las TC aunque su marco teórico sea diferente. De los 19 tratamientos exitosos que mencionan Barlow y Hofmann, el 84.21 %

son de TC, el 10.53 % de terapia interpersonal (TI) y el 5.26 % de terapia cognitiva (C). El único caso que mencionan como validado de C es el tratamiento para la depresión de Beck.

Insertar la Tabla I aproximadamente acá

Más recientemente, Chambless y Ollendick (2001) presentaron unas tablas más exhaustivas y específicas de TAE para trastornos de adultos y niños, clasificándolas según las tres distintas categorías de apoyo empírico: tratamientos bien establecidos (I), probablemente eficaces (II) y prometedores (III). La lista deriva de ocho grupos de trabajo: Tarea (Chambless y col., 1998), sección especial del Journal of Pediatric Psychology (Spirito 1999), sección especial del Journal of Clinical Child Psychology (1998), sección especial del Journal of Consulting and Clinical Psychology (Kendall y Chambless, 1998), What Works for Whom? (Roth y Fonagy, 1996), A Guide to Treatments That Work (Nathan y Gorman, 1998), Gatz y col. (1998) y Wilson y Gil (1996). Debido a que las investigaciones se realizaron con pacientes diferentes (por ej., adultos jóvenes, ancianos, niños y adolescentes) y en lugares distintos, sus áreas de revisión en general no se superponen, pero cuando lo hacen, se encuentra un acuerdo considerable de juicios entre los diferentes estudios. Estos hechos hacen que los resultados tengan mayor validez y confiabilidad.

La Tabla I (Adultos** y Niños**) contiene una apretada síntesis de lo informado por Chambless y Ollendick (2001). Ellos dividieron 7 grandes grupos de trastornos de adultos y ancianos: ansiedad y estrés, dependencia y abuso químico, depresión, problemas de salud, desajustes maritales, disfunciones sexuales y otros, que comprendieron un total de 52 trastornos. En la revisión de niños y adolescentes, informan sobre TAE para 16 problemas: trastorno de hiperactividad y déficit de atención, trastornos de ansiedad, dolor crónico,

trastorno de conducta, depresión, trastornos disruptivos, malestar debido a procedimientos médicos, encopresis, enuresis, obesidad, trastorno obsesivo compulsivo, fobias, trastorno psicofisiológico, conductas no deseables en trastornos del desarrollo, dolor abdominal recurrente y dolor de cabeza recurrente. Para cada uno de los trastornos hay varios TAE propuestos, con las correspondientes categorías de apoyo empírico (I, II o III), y los grupos que trabajaron en ellos. De los 34 TAE para adultos que mencionan, el 88.82 % se tratan de intervenciones con enfoques conductual o cognitivo – conductual. Si se cuentan otro tipo de terapias que también usan en la práctica herramientas cognitivas – comportamentales, pero tienen un marco teórico diferente, (ej. terapia sistémica y terapia cognitiva), el porcentaje aumenta al 96.26 %. Un hecho curioso es en esta última lista no mencionan a la terapia cognitiva de Beck dentro de las intervenciones para la depresión.

En cuanto a los tratamientos para niños y adolescentes, los resultados fueron similares. Informan sobre 44 TAE para 16 trastornos, de los cuales el 93.18 % son de TC.

En cuanto a los criterios de validez de las TAE que presentaron Chambless y Ollendick (2001), la mayoría pertenecen al grado II. En los TAE de adultos, de 167 investigaciones, 40 (24%) están en la categoría I, 107 (64%), en la II y 20 (12 %), en la III. En los TAE de niños y adolescentes, de 56 investigaciones, 19 (34%), se incluyen en la categoría I, 27 (48%), en la II y 10 (18%), en la III. Por otra parte, hay cuadros psicopatológicos en los cuales aún no existen TAE de la categoría I. Por ejemplo, para *abuso de cocaína y dependencia de opiáceos* y para *Depresión* los TAE pertenecen a la categoría II y III. Esto indica que, si bien se avanzó mucho, aún falta bastante investigación para mejorar las técnicas de tratamiento, ya que una de las metas serían TAE de categorías I para todos los trastornos.

Otro dato que surge del análisis de la lista, es que cada grupo de trastornos suele tener varios TAE con distintos o iguales grados de validez. En esos casos, para un terapeuta que necesita saber qué tratamiento sería eficaz para un paciente en particular, debería remitirse a las

fuentes originales de investigación para poder identificar si algún grupo de pacientes coincide más con su paciente y aplicar la técnica más adecuada. O bien elegir la que más conoce o tiene más práctica dentro de las que se encuentran en la lista con la misma categoría de validez.

Un área de estudios en que se está avanzando mucho es en la comparación entre tratamientos psicológicos, farmacológicos o mixtos. La profusión de datos es enorme. Hasta la fecha no existe una conclusión unívoca y todo parece depender del tipo de trastorno que se trata, como así también de los efectos a corto y largo plazo de cada tratamiento. Por ejemplo, para los trastornos obsesivo-compulsivos, la terapia de exposición y prevención de la respuesta es más eficaz que la psicofarmacológica a largo plazo, porque se encontraron menos remisiones, aunque es más eficaz la terapia mixta (TC y fármaco) en estudios a corto plazo.

También se contrastaron los TEA aplicados con manuales vs. TEA individualizados. En la mayoría de los casos no se encuentran diferencias entre ambas clases de intervenciones, aunque en algunas investigaciones se halló que la terapia no individualizada es más corta y con resultados semejantes. Esto favorecería el uso de manuales de tratamientos bien presentados, con ejemplos concretos para su buen uso.

La superioridad de la TC sobre otros tratamientos dió lugar a algunas críticas de parte de profesionales de otros enfoques. Ellos consideraron que, debido a que la TC usa tradicionalmente herramientas metodológicas adecuadas, necesariamente debe haber un sesgo a favor de esas terapias respecto de los otros tratamientos. Sin embargo, hay que considerar al menos dos argumentos contra esa crítica. 1. Muchos de los tratamientos de TC ya se contrastaron con terapias dinámicas u otras de distintos enfoques. En la mayoría de los casos estas últimas mostraron ser menos eficaces y es por ello que no integran la lista de TAE. 2. Los criterios para las pruebas de eficacia de intervenciones están a disposición de todos. Por lo cual sólo deberían aplicarlo a sus propias intervenciones. De hecho, como se desprende de la tabla presentada, algunos TAE pertenecen a terapias dinámicas. El problema está en que la

mayoría de los terapeutas llamados genéricamente “dinámicos” niegan la posibilidad de evaluar las intervenciones psicológicas y de generar manuales o formas estandarizadas de aplicación. Con esa postura quedarían sin posibilidad de contrastar las técnicas que emplean y de que se incluyan en las listas, y lo que es peor, estarían encuadradas dentro de las prácticas no científicas. Sería beneficioso para la psicología en general y para ellos en particular que dejen esos conceptos anticientíficos, no acordes a los hechos contemporáneos, y se esfuercen en validar sus estrategias, para usarlas y darle la posibilidad para que la utilicen otros profesionales, o para abandonarlas por no ser válidas.

Conclusiones

La importancia de utilizar el método científico para estudiar la eficacia de las intervenciones psicológicas no es reciente. Como afirma Ardila (1990) “la investigación y la práctica psicoterapéutica tienen objetivos diferentes”. “La primera busca encontrar datos nuevos y formular conceptualizaciones”... “La psicoterapia intenta ayudar al consultante a solucionar sus problemas vitales...es ciencia y arte”...sin embargo...”la investigación básica es el fundamento de la psicoterapia. (p. 47). Los puntos de convergencia entre la investigación y la psicoterapia que menciona Ardila están alcanzando cada vez más relevancia.

Los psicólogos que en un pasado pregonábamos que el método científico es el más idóneo para comprender la naturaleza de la conducta y para encontrar estrategias de intervención adecuadas que alivien el dolor humano, podemos sentirnos satisfechos de los logros alcanzados, aunque sabemos que falta aún mucho más. Por un lado, las asociaciones más representativas de la psicología en el mundo establecieron criterios de validación empírica de las intervenciones psicológicas que se inspiraron en el método más tradicional: el de las ciencias naturales. La ventaja de esta casi “*universalidad*” de criterios para las prácticas profesionales en psicología es inmensa e invaluable. En la lucha contra las enfermedades

físicas, como el cáncer o el sida, existen protocolos y bases de datos de tratamientos de todo el mundo que estandarizan los tratamientos más eficaces. Esto redundará en un beneficio sustancial para las personas que padecen esas enfermedades y para los médicos que las tratan, porque se encuentran ante prescripciones claras y precisas con un fuerte basamento empírico. Esos tratamientos se actualizan constantemente en función de las investigaciones, y los médicos tienen acceso fácil a esa información, más ahora que existe la maravillosa red de Internet. La comunidad de psicólogos está en camino de realizar algo parecido, al proponer la difusión y actualización constante de listas TAE, el fomento de las publicaciones de manuales de intervención y el entrenamiento intensivo de profesionales. De esto se deriva que la acumulación de conocimiento objetivo sobre TAE aumentará exponencialmente a través de los años en cantidad y especialmente en calidad. Por otra parte, los psicólogos, al consultar periódicamente esas listas, podrán aplicar con mayor idoneidad tratamientos más específicos para cada caso particular y dejar de lado prácticas intuitivas.

En otro sentido, hay una abrumadora mayoría de TAE que avala la estrecha interacción entre la investigación básica y la tecnología derivada de ellas. Las estrategias de TC están por encima del 85 % de los TAE, sin contar otras que usan técnicas de TC aunque el marco teórico sea diferente. De acuerdo con las últimas investigaciones, no hay ningún tratamiento para trastornos identificables que no pueda ser tratado con alguna estrategia de TC. Por lo tanto, un psicólogo aplicado que conoce los principios de la conducta y su evaluación, que está actualizado en las investigaciones y entrenado en TC estaría, en principio, en mejores condiciones intelectuales para ejercer su profesión que aquellos que conocen otros enfoques y técnicas.

Las TC surgieron de los principios del aprendizaje y de experimentos realizados con animales. La forma de abordar los problemas psicológicos se inspiran en el conductismo y en la idea muy general de que se pueden lograr modificaciones adaptativas de la conducta humana

desajustada utilizando los principios generales del comportamiento, en particular del aprendizaje. De esto se deduce que la investigación básica tiene que seguir avanzando para mejorar los tratamientos ya existentes y que debe continuar el intercambio entre los investigadores en ciencia básica y aplicada.

El valor más inapreciable de la investigación básica para la ciencia aplicada es la creación de nuevas ideas y técnicas que no surgirían de otro modo. Por ejemplo, del estudio del condicionamiento clásico de la salivación en perros se desarrollaron las primeras técnicas para las fobias, ansiedad, desajustes sexuales y todos aquellos trastornos que implican un condicionamiento de evitación y escape y emociones de miedo o ansiedad. Los estudios recientes con animales no humanos ofrecen una comprensión más acabada de la tolerancia a las drogas, de la muerte por sobredosis y el estudio sobre el desarrollo neurohormonal del cerebro está ayudando a la comprensión de la naturaleza de las preferencias sexuales. Los conceptos de bloqueo y ensombrecimiento están dando lugar a tratamientos para aliviar las náuseas anticipatorias provocadas por la quimioterapia y para una mejor enseñanza de la lecto - escritura en deficientes mentales y los estudios de las relaciones entre sistema inmunológico y conducta ofrecen un conjunto de derivaciones tecnológicas para el área de la salud en general que recién ha comenzado. Los primeros estudios que intentaban estudiar la interferencia entre el condicionamiento clásico y el instrumental realizado con perros descubrieron el fenómeno de desesperanza aprendida que derivó en una relación con la depresión y técnicas específicas de abordaje. Los mismos conceptos de desesperanza aprendida dieron lugar al estudio sistemático de su opuesto, la ilusión del control, la esperanza, el optimismo y sus relaciones con la salud y la felicidad, la aspiración más genuina del hombre.

Otra consecuencia de la investigación básica es la de contribuir de manera crucial a que nuestra disciplina se aleje de amparar prácticas pseudocientíficas. Todas las ciencias pasaron

por esos procesos. La química debió diferenciarse de la alquimia, la biología del vitalismo y la astronomía de la astrología.

En resumen, los principios representados en el pasado por una minoría de psicólogos llamados “*científicos*” tienen ahora una vigencia y generalidad casi inobjetable, tanto en la metodología empleada para evaluar tratamientos eficaces, como para desarrollar tecnologías apropiadas a través de la investigación.

Desdichadamente, aún existen grupos de profesionales que desconocen o niegan estos hechos, y proponen epistemologías de confusa comprensión y más dudosa aplicación. Una buena parte de los planes de estudio de psicología de un conjunto importante de países, van a contramano de los avances del conocimiento y continúan dividiendo a la psicología en “*escuelas*” y/o “*paradigmas*”. Además, denigran al conductismo, carecen de laboratorios de investigación básica, de materias y entrenamiento en TC y encaran los temas de la psicología con bibliografías obsoletas. Pero esto sería tema para otra clase de discusión.

Reconocimientos.

Este trabajo se realizó en el marco del proyecto de Investigación P602 dirigido por la Dra. A. Mustaca y financiado por la Universidad de Buenos Aires, según resolución Nro. 1022/03 y el PIP financiado en 2003 por CONICET. Agradezco el valioso aporte de Gerardo Primero. Dirección postal: IIM "A.Lanari"- Psicología Experimental y Aplicada (PSEA), Ctes. de Malvinas 3150, 1427 Bs.As. Argentina. E-Mail: mustaca@psi.uba.ar

Referencias

Agras, W. S. y Berkowitz, R. (1980). Clinical research and behavior therapy: Half way there?. *Behavior Therapy*, 11, 472 –487.

Ardila, R.(1991). Investigación y psicoterapia. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana, (Cuba)*, 31, (1), 37-49.

Barlow, D. H. y Hofmann, S. G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatment En: D. M. Clark y C. G. Fairburn (ed.). *Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy*, Oxford, Oxford University Press, 95 –117.

Barlow,D. H. y Hersen, M. (1984). *Diseños experimentales de caso único*. Martínez Roca, Barcelona.

Crits-Christoph P., Frank E, Chambless, D. L, Brody. C.y Karp, J. F. (1995). Training in empirically- validated treatments: What are clinical Psychology students learning? *Professional Psychological Research Practice*, 26, 514-522.

Chambless, D. E. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence, *Annual Review of Psychology*, 52, 2001, 685-716.
Traducción al castellano por Gerardo Primero disponible en
<http://www.ansiedadyvinculos.com.ar/TAE>.

Chambless, D. L, Sanderson, W. C, Shoham, V., Bennett Johnson S. y Pope, K. S, (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychological*, 49, 5-18.

Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consultory Clinical Psychology*, 66, 7-18.

Chambless, D.L., Baker M., Baucom, D H, Beutler, L. E, y Calhoun, K. S. (1998). Update on empirically validated-therapies, II. *Clinical Psychological*, 51, 3-16.

Elliott, R. E. (Ed.) (1998). The empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8, 115-70. (volumen especial)

Gatz, M., Fiske, A., Fox, L. S, Kaskie, B. y Kasl-Godley, J. E. (1998). Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health Aging*, 41, 9 - 46.

Hunsley, J., Dobson, K. S., Johnston, C. y Mikail, S. F.(1999). Empirically supported treatments in Psychology: implications for Canadian professional Psychology. *Canadian Psychology*, 40, 289-302.

Kazdin, A. K., (ed). (1996). Validated treatments: multiple perspectives and issues. *Clinical Psychology Science Practice*, 3, 216-67 (volumen especial)

Kendall, P. C. y Chambless, D. L, (Eds.). (1998). Empirically supported Psychological therapies. *Journal of Consultory Clinical Psychology*, 66, 3-167. (volumen especial)

Marks, I. M., Hodgson R y Rachman, S. (1975). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure: a two-year follow-up and issues in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 127, 349-64.

Nathan, P. E. y Gonnar, M. eds.(1998). *A Guide To Treatments That Work*. New York, Oxford, University Press.

Parry, G. (1996). *NHS Psychotherapy Services in England*, Rep. 96PP0043. London, Dep. Health.

Roth, A. D., Fonagy, P. (1990). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New, York Guilford.

Skinner, B. F. (1953). *Science and Human Behavior*. Nueva York, Macmillan.

Skinner, B. F. y Lindsley, O. R. (1954). Studies in behavior therapy. Status reports II and III, *Office of Naval Research Contract N5, ori-7672*.

Spirito, A. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 87-174 (volumen especial).

Strauss, B. M y Kaechele, H. (1998). The writing on the wall: comments on the current discussion about empirically validated treatments in Germany. *Psychotherapy Research*, 8,158-177.

Wilson, J. J, Gil, K. M. (1996). The efficacy of psychological and pharmacological interventions for the treatment of chronic disease related and non-disease-related pain. *Clinical Psychological Review*, 16, 573-97.

Wolpe, J.(1958) *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford University Press.

Tabla I: Tratamientos psicológicos con apoyo empírico (TAE)

Terapias	Adultos * n (%)	Adultos ** n (%)	Niños** n (%)	Ejemplos de trastornos
TC	16 (84.21)	119 (88.82)	41 (93.18)	Esquizofrenia, demencia, trastornos de la ansiedad, enuresis y encopresis, fobias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, adicciones, cefaleas, colon irritable, disfunción orgásmica femenina y eréctil masculina, discapacidad, problemas matrimoniales.
C	1 (5.26)	5 (3.73)	1 (2.27)	Colon irritable, discordia familiar, trastorno de conducta, depresión.
TD	----	5 (3.73)	2 (4.54)	Estrés postraumático, dependencia a opiáceos, trastornos de la ansiedad.
TI	2 (10.53)	4 (2.98)	----	Trastorno por atracones, bulimia.
TS	----	1(0.74)	1 (2.27)	Discordia marital.
Totales	19 (100)	134 (100)	44 (100)	

Fuentes: Listas de: * Barlow y Hoffman (1997); ** Chambless y Ollendick (2001). n = número de veces que se mencionan los tratamientos en cada lista. Adultos: incluye a los ancianos; niños: incluye a los adolescentes. TC: terapia de la conducta y terapia cognitiva – comportamental; C: terapia cognitiva, TI: terapia interpersonal; TD: terapia psicodinámica breve, terapia psicodinámica estructurada y terapia psicodinámica; TS: terapia sistémica y terapia multisistémica.