

Mustaca, A. (2004). El ocaso de las escuelas de psicoterapia. *Revista Mejicana de Psicología*, (21), 2, 105-118. Realizado por invitación.

EL OCASO DE LAS ESCUELAS DE PSICOTERAPIAS

DECLINE PSHYCHOTERAPIES' S SCHOOLS

Alba Elisabeth Mustaca

Instituto de Investigaciones Médicas - Psicología Experimental y

Aplicada (PSEA)

CONICET - Universidad de Buenos Aires

Título abreviado: Terapias con apoyo empírico (TAEs)

Dirección postal: IIM "A.Lanari"- Psicología Experimental y Aplicada (PSEA), Ctes. de Malvinas 3150, 1427, Bs.As., Argentina.

E-Mail: mustaca@psi.uba.ar, mustaca5@hotmail.com

Fecha del envío a la Revista Mejicana de Psicología: 2 de marzo de 2004.

Resumen

Las investigaciones sobre los resultados de las intervenciones psicológicas, que estaba prácticamente restringido a la terapia conductual (TC) y cognitiva – conductual (TCC) se generalizó a través de grupos de investigadores y asociaciones de psicología que se abocaron a la tarea de identificar las terapias con apoyo empírico (TAEs), previo al establecimiento de criterios rigurosos para su validación. Otros objetivos del movimiento son difundir las TAEs por medio de listas y publicaciones, crear manuales de procedimientos y controlar el entrenamiento profesional. Se presenta una síntesis de los modelos investigación clínica, los criterios de validez determinados por la Asociación de Psicólogos Americanos que se generalizó a otras asociaciones y grupos de otros países, algunas de las críticas que recibieron y ejemplos de TAEs. Las listas de TAEs muestran la superioridad de la TC o TCC respecto de otros enfoques. Finalmente se enuncian algunas ventajas de este proceso, considerando que su principal consecuencia será la desaparición gradual y sostenida de las escuelas de psicoterapia y de psicología en general y un aumento progresivo y sólido de la calidad de los tratamientos.

Palabras claves: terapias con apoyo empírico (TAEs), criterios de validez, listas de TAEs, terapia comportamental.

Abstract

The studies about outcomes and achievements of psychological practices -which were mainly restricted to the behavioral-cognitive approach- have been widened by groups of psychological associations advocated to the work of identifying empirically validated treatments empirical (EVTs), after obtaining rigorous criteria based on the natural sciences' method. Other goals of these studies are to disseminate the EVT, to create psychotherapy procedure handbooks, and to control and improve the professional training. It presents a summary of the clinical research models, the validating criteria stated by the American Psychological Association, some critiques it has received, and some examples of the EVT, which lastly show the clear superiority of behavior therapy (BT) or cognitive-behavior therapy (TCC), relative to other psychotherapy approaches. Finally, it announces some advantages of this process, considering that one of its most important benefits will be the abolishment of the different schools of psychotherapy, and a solid and progressive increment of the treatments' quality.

Key words: empirically validated treatments (EVT), models of validations, behavior therapy and cognitive – behavior therapy.

El ocaso de las escuelas de psicoterapia

La controversia sobre los resultados de los tratamientos psicológicos es relativamente reciente si los hechos se miden con una perspectiva histórica. Uno de los

hitos más conocidos fue la investigación realizada por Eysenck en 1952. Comparó el resultado de diversos tratamientos entre pacientes neuróticos y otros que permanecieron en lista de espera sin tratamiento. Halló que el porcentaje de mejoría de ambos grupos era prácticamente el mismo al cabo de 6 meses. Otros datos de la misma época que se basaron en casos de declaraciones de incapacidad debida a “psiconeurosis”, tratados solamente por médicos clínicos en Estados Unidos, mostraron resultados similares. Teniendo en cuenta criterios explícitos de curación como volver a trabajar y no tener dificultades para las adaptaciones sociales, informaron que, de 500 casos, el 72% y el 90%, de las personas se curaron a los 2 y 5 años respectivamente (Eysenck, 1957). Todas esas investigaciones, a pesar de sus fallas metodológicas, sugerían que el mero paso del tiempo era la variable determinante de las mejorías, al menos en las psiconeurosis. La atribución que se daba a la psicoterapia como factor de curación era simplemente una conclusión post/hoc. Paralelamente a esas investigaciones comenzaba a desarrollarse la terapia de la conducta (TC, Skinner y Lindsley, 1954), actualmente también llamada terapia cognitiva – comportamental (TCC), nombre que incurre en una redundancia, ya que la TC incluye también a las cogniciones como una variable a tener en cuenta. Este enfoque se fundamenta en el método científico, por lo cual los resultados de las técnicas que desarrollan se validan desde sus comienzos mediante experimentos controlados. Antes de la década de 1960 aparece el primer libro sobre TC (Wolpe, 1958), y comienzan a editarse un conjunto de revistas científicas sobre teoría y técnicas de la TC. En la actualidad este enfoque domina el ámbito de la psicología aplicada, aunque en algunos países son aún más frecuentes otros que derivan del psicoanálisis, que se pueden llamar genéricamente psicodinámicos.

Afortunadamente el esfuerzo para evaluar los resultados de las psicoterapias dejó de estar limitada a la TC, estableciéndose criterios de validación y listas específicas

de tratamientos con apoyo empírico (TAEs). Las pautas de evidencia empírica de las TAEs, como se verá más adelante, siguen el modelo médico y farmacológico, que, a la vez, está inspirado en el método de las ciencias empíricas, fundado por Galileo Galilei y Leonardo Da Vinci. Este contundente progreso de la psicología aplicada, semejante al comienzo del desarrollo de diagnósticos psiquiátricos confiables y válidos, es lo que da el título al trabajo que se presenta. Con las TAEs continuará el desmoronamiento de los dogmas que habitualmente se utilizan para definir las psicoterapias, sin hacer ninguna mención a las investigaciones empíricas que las avala, a excepción de la TC. Aun cuando hay mucho camino por recorrer, la futura desaparición de las escuelas de psicoterapia es un acontecimiento que se deberá celebrar como uno de los acontecimientos más importantes de la última década del siglo XX y comienzos del XXI en el ámbito de la psicología aplicada. Por otra parte, las TAEs, al menos actualmente, son en su mayoría estrategias de TC. Se reafirma entonces la importancia que tiene la investigación básica y aplicada para llegar a una práctica eficiente (Mustaca, 2004). En este trabajo se presentará una breve introducción sobre el desarrollo y los objetivos del movimiento de las TAEs, las pautas de validación y categorías que se establecieron, algunas de las críticas que se le hicieron y un resumen de la última lista de TAEs. Finalmente se mencionarán las ventajas actuales y potenciales que este movimiento tiene, a juicio de la autora, para la psicología y las ciencias afines.

Criterios de validación empírica de los tratamientos psicológicos

Como se mencionó anteriormente, el interés para evaluar los resultados de las psicoterapias comenzó alrededor de 1950 con la TC y en Inglaterra, a través de un movimiento conocido como medicina basada en la evidencia (Sackett, Richardson, Rosenberg y Haynes, 1997). Más adelante, Agrad y Berkowitz (1980) desarrollaron un

modelo de investigación clínica, que se puede sintetizar en los pasos siguientes: 1. Describir y evaluar los tratamientos para distintos trastornos, incluyendo estudios con y sin grupos control con otras técnicas o sin tratamiento; 3. Detectar los componentes de cada intervención y hacer comparaciones con otros alternativos, con mayores controles que en la etapa anterior. Incluye diseños con grupos experimentales vs. control- placebo y evaluación a ciego o doble ciego de los resultados. En los estudios a ciego los que evalúan el tratamiento desconocen a qué grupo pertenecen los datos de los resultados clínicos (experimental o control). En el estudio a doble ciego, además de lo anterior, los terapeutas no saben si están aplicando el tratamiento experimental o el control, por lo cual es más difícil encontrar trabajos con ese tipo de control; 4. Estudiar los efectos del tratamiento a largo plazo; 5. Difundir y desarrollar las prácticas de esas intervenciones; 6. Determinar la factibilidad y generalidad de los tratamientos a encuadres clínicos típicos y a distintas situaciones; 7. Estudios del costo de las intervenciones, la posibilidad de aplicarlo en distintos medios y comunidades, etc.

En la década de 1990, el Congreso de los Estados Unidos creó la Agencia para investigación y cuidado de la salud cuyo objetivo es determinar la efectividad de los tratamientos para trastornos específicos y promulgar pautas de las prácticas adecuadas, incluyendo en ellas a las psicológicas. En 1993, en la División 12 de Psicología Clínica de la Asociación de Psicólogos Americanos (APA), se formó el grupo TAREA. Sus objetivos son establecer criterios de validación empírica de las intervenciones, elaboración de listas TAEs basados en estudios sistemáticos de las investigaciones publicadas de un conjunto de revistas científicas de distintos grupos de investigación, estimular su difusión, la publicación de manuales de procedimientos de las TAEs y controlar el entrenamiento profesional. Esta iniciativa se extendió a otros países, como Inglaterra, Canadá y Francia. Por otra parte, el grupo de trabajo de la División 29 de la

APA, reconociendo la importancia de la relación terapéutica para el éxito de las terapias, se está concentrando en identificar sus elementos efectivos y ajustar las técnicas terapéuticas para cada paciente en particular (Norcross, 2002).

En 1995, el grupo TAREA emitió el primer informe (Chambless y col., 1996, 1998) en los que identificó 25 TAEs; en 1998 la lista aumentó a 71 y en 2001, Chambless y Ollendick (2001) informaron sobre 108 para trastornos identificables en adultos y 37 en niños. Las listas surgieron de varios grupos de trabajo y 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 la página web de la División 12 (<http://www.apa.org/divisions/div12/est/est.html>) se encontrará información sobre las TAEs y la publicación de Chambless y Ollendick (2001) tiene una versión en castellano en: <http://www.ansiedadyvinculos.com.ar/TAE..>, traducida con autorización por Gerardo Primero.

El grupo TAREA determinó dos características para establecer la calidad de los métodos para la atención de la salud comportamental: 1. validez interna: rigurosa evaluación de las evidencias científicas que indiquen la eficacia de las intervenciones psicológicas y 2. validez externa: que los tratamientos sean factibles y se puedan aplicar en distintos ámbitos. Además estableció tres categorías de tratamientos: bien establecidos, probablemente eficaces y experimentales o prometedores. La Tabla I resume qué requisitos deben cumplir las TAEs para cada categoría según la APA.

Tabla I: CATEGORÍAS Y CRITERIOS DE TAEs

I. Tratamientos bien establecidos
1. Existencia de al menos dos experimentos con diseños inter-grupo que muestren su eficacia en una o más de las siguientes formas: (A) superioridad al placebo o

<p>a otro tratamiento, (B) equivalencia con un tratamiento ya establecido, con tamaños de la muestra adecuados, o</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 tratamientos deben estar descriptos en manuales claros y comprensibles. 4. Se deben especificar las características de las muestras de pacientes que se usaron, 5. Los efectos del tratamiento deben demostrarse con un mínimo de dos investigadores o equipos independientes.
<p>II. Tratamientos probablemente eficaces</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Existencia de al menos dos experimentos que muestren que el tratamiento es superior al grupo control de lista de espera o 2. Existencia de uno o más experimentos que cumplan los criterios de tratamientos bien establecidos I.1 o I.2, I.3, y I. 4, pero no se cumple el criterio 5, o bien 3. Existencia de una pequeña cantidad de experimentos de diseño de caso único que cumplan los criterios de tratamiento bien establecido.
<p>III. Tratamientos experimentales</p> <p>El tratamiento aún no cumple los criterios metodológicos del grupo TAREA, pero son prometedores.</p>

Nota: Criterios elaborados por el Grupo TAREA de la Tarea de la División 12, APA (Chambless y col.,1998).

Estas categorías incluyen estudios de eficacia, de efectividad y de eficiencia.

Los estudios de eficacia investigan qué tratamientos o técnicas logran mejores resultados para cada tipo de problema o trastorno. Se utilizan diseños experimentales aleatorizados (randomized controlled trials, RCT) y de caso único. En las RCT se compara un grupo con un tratamiento con al menos otro grupo control con una condición placebo o con otro tratamiento. Se seleccionan pacientes que, por ahora, cumplen criterios para un solo trastorno y se excluyen los que tienen múltiples trastornos. Los sujetos se asignan aleatoriamente a las condiciones experimentales. Puede haber grupos controles sin tratamiento o placebo. Esta es una intervención con componentes parecidos a un tratamiento, pero que no lo es. Se

utiliza para evaluar la influencia de la “sugestión”, de la relación terapéutica “per se”, las expectativas, la atención del terapeuta, etc. Los tratamientos se detallan con precisión, tienen una duración determinada previamente y se usan manuales de procedimiento para estandarizarlos. Se operacionaliza claramente el problema a tratar, se mide la condición inicial y los resultados después del tratamiento. A veces los terapeutas y los evaluadores son simple-ciegos respecto al grupo del cual viene el paciente. Se realizan seguimientos luego de la finalización del tratamiento. Estos estudios tienen alta validez interna porque hay suficiente control de variables extrañas, por lo cual se puede afirmar que si varió la condición del paciente (variable dependiente) fue porque el tratamiento (variable independiente) fue eficaz. Un trabajo de estas características suele tener, por contrapartida, menor validez externa que otros modelos de investigación clínica, pero a la larga son preferibles, porque la validez externa se puede lograr mediante replicaciones en otros ambientes o por medio de estudios meta-analíticos, que consisten en el análisis estadístico de un conjunto de múltiples investigaciones sobre un tratamiento y pacientes particulares, y se concluye el grado de efectividad de dicho tratamiento.

En los estudios de efectividad los pacientes eligen el tipo de tratamiento que desean, no son asignados aleatoriamente a otro tratamiento, ni a la condición placebo. Los pacientes suelen tener múltiples problemas, la terapia busca aliviarlos pero además mejorar su funcionamiento general. No se excluyen pacientes por el hecho de tener comorbilidades. El tratamiento es auto-correctivo: si no funciona una técnica, se prueba otra. La duración del tratamiento no está prefijada. En general son estudios correlacionales. Debido a estas características estos diseños no tienen un control muy estricto de las variables extrañas, por lo cual redundan en una baja validez interna, aunque aumente la externa, respecto de los otros diseños, ya que

son más representativos de un tratamiento más usual en las clínicas, hospitales y consultorio particular. Un ejemplo de estudio de efectividad es el Consumer Reports (Seligman, 1995), en el cual se hicieron preguntas sobre mejoría y satisfacción sobre el tratamiento a un gran número de pacientes que recibieron distintas intervenciones. El 54% consideró que la terapia psicológica les había ayudado mucho y el 36%, algo. Aunque estas opiniones son importantes, no es suficiente para considerar a una estrategia como eficiente, ya que carece de controles apropiados.

Los estudios de eficiencia investigan la relación costo-efectividad de los tratamientos. Se usan diseños de dosis-efecto y se registra el grado de mejoría de grupos de pacientes durante cierta cantidad de sesiones, tipo de terapia (individual o grupal), etc.

Aunque eficacia, efectividad y eficiencia no sólo **NO** son sinónimos sino tan parecidos fonéticamente que es casi inevitable confundirse, se podría resumir que en este contexto un tratamiento es eficaz si obtiene resultados positivos en condiciones bien controladas (validez interna), es efectivo si se puede generalizar a situaciones normales de tratamiento (validez externa), y es eficiente si lo logra con un costo menor que otras intervenciones alternativas (relación costo-beneficio).

Generalización de los criterios de validación empírica de los tratamientos

Otros autores y países emularon al grupo TAREA. Por ejemplo, Kendall y Chambless (1998) incluyeron publicaciones que identifican TAEs de adultos, niños, pareja y familia, la revisión de Wilson y Gil (1996) para el dolor crónico y la de Gatz, Fiske, Fox, Cacique y Kasl-Godley (1998) para tratamientos de ancianos. En

Inglaterra agregaron 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 (Hunsley, Dobson, Johnston y Mikail, 1999) y en Alemania, Skauss y Kaechele (1998), hicieron trabajos relacionados con los anteriores. Otros autores difundieron las listas TAEs (ej., Echeburua y Corral Paz,2001).

Por otra parte, algunas asociaciones de psicología se adhirieron a las TAEs. Por ejemplo, el Colegio Oficial de Psicólogos de España (COP) publicó un artículo especial en su página web informando sobre las TAEs y toma una postura clara a su favor y al del enfoque cognitivo-comportamental (ver <http://www.cop.es62>), la Asociación Argentina de Terapia y Modificación de la Conducta (AATYM) tiene una sección especial en su página web sobre terapias basadas en la evidencia (www.comportamental.com) y la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento (AACC) inició gestiones para emular a la COP.

Entrenamiento de las TAEs

La práctica profesional de las TAEs es aún deficiente. Por ejemplo, en un estudio realizado por Crits- Crits-Christoph, Frank, Chambless, Brody y Karp (1995) se pidió a directores de programas de entrenamiento clínico aprobados por la APA, en Estados Unidos, que indicaran cuáles TAEs de una lista preliminar elaborada por el grupo TAREA se incluía en el entrenamiento práctico o en los cursos de los estudiantes. Los autores definieron como un entrenamiento aceptable la inclusión de al menos el 25% de TAEs en cursos didácticos y entrenamiento clínico de por lo menos dos TAEs. El resultado fue que la quinta parte de programas de psicología no llegaron a cubrir esa

cobertura mínima de TAEs. Este hallazgo motivó a que el Comité de Acreditación de la APA determine la necesidad de entrenamiento en TAEs como parte de las pautas para aceptar y acreditar los programas de doctorado y de pasantías de psicología clínica. No se conocen estudios semejantes al de Christoph y col. (1995) en otros países. Sin embargo, al menos en Argentina y Uruguay, de lo que se conoce, el panorama es mucho más desalentador. En estos países no hay entrenamiento alguno de TAEs en las principales universidades y el movimiento es prácticamente desconocido. La Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires carece de cursos orientadas a las TAEs o al enfoque cognitivo-conductual. Menos aún existe un entrenamiento sistemático de dichas técnicas. Los exámenes para acceder a la carrera de residencia, en la cual las prácticas hospitalarias son esenciales, contienen en su mayoría preguntas sobre el enfoque psicodinámico y las prácticas también tienen la misma orientación.

Críticas a las TAEs

Chambless y Ollendick (2001) revisaron algunas críticas al movimiento sobre las TAEs. Algunas de ellas tienen que ver con cuestiones económicas y gremiales y otras al concepto mismo de las TAEs. Las objeciones conceptuales son las más interesantes y algunas pueden contribuir a mejorar las futuras investigaciones y tener en cuenta los actuales alcances y limitaciones de estas intervenciones. Las objeciones se concentraron en varios puntos: selección del tratamiento, descripción de las muestras, diseños de investigación y estandarización y especificidad del tratamiento. Respecto a la selección de los tratamientos, se afirma que no hace falta investigar sobre TAEs porque hay trabajos que indicaron que la psicoterapia en general es eficaz para los clientes en general (ej. Shapiro y Shapiro, 1982 y Weisz, Weiss, Han, Granger y Marton, 1995). Estos trabajos se basan, en la mayoría de los casos, en estudios

correlacionales mencionados anteriormente, por lo que tienen escasa validez interna. Las TAEs pretenden ser más específicas y probar la eficacia con mayor rigurosidad. Casi todos los profesionales coinciden que hay psicoterapias más eficientes que otras, el asunto es especificar criterios y condiciones, que es lo que pretenden los grupos de las TAEs.

Respecto de las muestras, como el grupo TAREA requirió que los diagnósticos se establezcan de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM, APA, 1994) o a trastornos identificables con algunos cuestionarios o pruebas que puedan cuantificarlos, las críticas se concentraron en no aceptar directamente esta forma de evaluación (ej., Henry, 1998), que es imposible agrupar a los pacientes porque cada caso es único, que el diagnóstico es deshumanizador (por ej. Bohart, O'Hara y Leitner, 1998) y que las muestras se deberían basar en otros sistemas de organización. Sin embargo, a pesar de los límites de las categorizaciones, cuestionarios y tests, sería imposible determinar las TAEs sin ellos. Los autores que hacen las críticas no mencionan algún método alternativo. Lamentablemente si no se pueden cuantificar los trastornos psicológicos, no se podrían evaluar los tratamientos, y quedarían entonces excluidos de cualquier tipo de validación científica. En todo caso se deberán buscar diagnósticos más precisos y mejores pruebas. En este sentido, se están haciendo grandes esfuerzos para mejorar la calidad de las evaluaciones, ya que todo psicólogo clínico conoce las limitaciones y alcances del DSM y de las evaluaciones mediante tests y cuestionarios.

Se atacaron a los diseños aleatorizados porque los tratamientos no son generalizables (Seligman, 1995) y porque favorecen a las TC respecto de otras intervenciones, ya que se pusieron a prueba desde hace muchos años (Bohart y col., 1998). Respecto del primer punto, los grupos TAEs reconocen la limitación de los

diseños al azar, pero, como en la ciencia básica, la validez externa se puede lograr con otras investigaciones. De hecho, la última lista de TAEs indica que un determinado tratamiento es contrastado por varios grupos en distintos lugares. Sin embargo, tal vez esta es una de las limitaciones más serias que tienen las TAEs, ya que en general los pacientes vienen con comorbilidades, con varios problemas a resolver, y a veces el proceso terapéutico es más dinámico en cuanto a sus objetivos terapéuticos. Se espera que las investigaciones futuras podrán establecer TAEs para trastornos complejos con comorbilidades y cuestionario o tests cada vez más abarcativos para superar estas limitaciones. En cuanto al segundo punto, que las TAEs favorecen a las TC, si bien es cierto que hay predominancia de tratamientos cognitivos – conductuales, ello se debe no solamente a la ventaja en la cantidad de investigaciones realizadas, sino a que realmente se contrastaron con otros tratamientos y mostró su superioridad con respecto a ellos. Por otra parte, los otros enfoques pueden utilizar los mismos criterios para evaluar sus intervenciones y si muestran ser válidos serán agregados a la lista, aumentando la gama de tratamientos adecuados. El problema esencial de la mayoría de las otras orientaciones es que se oponen a evaluar los resultados de sus terapias, quedando excluidos per-se de una evaluación sistemática.

Otra crítica que se le hace a las TAEs es respecto al criterio de hacer esfuerzos para estandarizar el tratamiento, definiendo con claridad y precisión la estrategia terapéutica y el uso de manuales de procedimientos. Se espera que ellos describan detalladamente pautas sesión por sesión, con muchos ejemplos de diálogos y formas de reaccionar ante eventuales problemas en el tratamiento. Se llegó a esta decisión porque hay distintos tratamientos de TC, o de psicoterapia dinámica. Algunos críticos consideran que esta pauta amenaza con la independencia del terapeuta (ej., Fonagy, 1999), promueven la mentalidad de manual de cocina (Smith 1995) o consideran que

los terapeutas no usan los manuales en la práctica cotidiana, quedando limitada a la investigación (ej., Seligman, 1995). En realidad el problema de terapias realizadas con o sin manuales se debe evaluar mediante investigación empírica. Chambless y Ollendick (2001) mencionan tres trabajos donde se contrastaron los resultados de TAEs aplicados con manuales vs. sin manuales o individualizados (Jacobson, Schmalings, Holtzworth-Munroe, Katt, Wood y col., 1989; Schulte, Kunzel, Pepping y Schulte-Bahrenberg, 1992 y Emmelkamp, Bouman y Blaauw, 1994). En todos esos trabajos los mismos terapeutas aplicaban ambos métodos, eliminándose de ese modo la variable personal de terapeuta. Ninguna de esas investigaciones mostró que el tratamiento individualizado fuera superior al estandarizado. El trabajo de Schulte y col., (1992) encontró que el tratamiento estandarizado de fobia era significativamente mejor que el basado en el juicio del terapeuta. En cambio, el trabajo de Emmelkamp y col.,(1994), que eran sobre tratamientos de pareja, halló que la intervención sin manual fue mejor después de un seguimiento de 6 meses. Este dato, sin embargo, hay que tomarlo con precaución porque el tratamiento flexible fue también más largo que el realizado con manuales. En conclusión, se deben hacer más estudios para tomar decisiones generales acerca del uso de manuales de tratamientos, aunque la tendencia es que existan y puedan ser suficientemente flexibles como para adecuarse a cada paciente. Reconociendo la importancia de esta disyuntiva y de un abordaje empírico del mismo, un grupo la división 29 de la APA está concentrado en establecer las condiciones óptimas de la relación terapéutica (Norcross, 2002). Nótese que estos estudios llegarán a estandarizar también normas de tratamiento personal para cada paciente y trastorno particular, una suerte de manual de procedimientos de los tratamientos individualizados.

Ejemplos de TAEs

En un trabajo anterior, Mustaca (2004) presentó un análisis de las listas presentadas por Barlow y Hofmann (1997) y por Chambless y Ollendick (2001). En la última de ellas se incluyen los estudios realizados por 8 grupos de trabajo que respondieron aproximadamente a los mismos criterios establecidos por el grupo TAREA. Para cada uno de los trastornos hay varios TAEs propuestos, con las correspondientes categorías de apoyo empírico (I, II y III), mencionando la base de datos y grupos que dieron origen a esos resultados, y aclarando que algunos de ellos son dudosos en cuanto a los criterios que establecieron. Se halló que el 96.26 % de las TAEs para adultos y ancianos son estrategias derivadas de TC o usan en la práctica herramientas comportamentales, aún cuando tienen un marco teórico diferente. En las TAEs para niños y adolescentes, el porcentaje de la TC fue del 93.18 %. Además, la mayoría de las intervenciones cumplen con los criterios II: TAEs de adultos = 64%, TAEs de niños = 48 (Mustaca, 2004). Estos resultados muestran por un lado la superioridad del enfoque cognitivo- comportamental en relación a los otros tratamientos, por otro, la necesidad de realizar más investigación básica y aplicada para alcanzar una mayor excelencia en la práctica clínica.

Para hacer una contribución a la difusión de las TAEs, en la Tabla II y III se dan ejemplos de ellas, de las categorías más altas según los trastornos para adultos/ancianos y niños/adolescentes respectivamente, extraídas de la lista presentada por Chambless y Ollendick (2001).

Tabla II: EJEMPLOS DE TAEs DE ADULTOS Y ANCIANOS

1- ANSIEDAD Y ESTRES

1. Agorafobia/trastorno de pánico con agorafobia

1. -TCC: I
2. -Exposición: I

2. Fobia a la sangre y las heridas

1. -Tensión aplicada: II

3. Ansiedad generalizada

1. -Relajación aplicada: I
2. -TCC: I

4. Ansiedad geriátrica

1. -Relajación: II

5. Trastorno obsesivo-compulsivo

1. -Exposición con prevención de la respuesta: I

6. Trastorno de pánico

1. -Relajación aplicada: I
2. -TCC: I

7. Trastorno de estrés post traumático

1. -Exposición: I
2. -Inoculación del estrés: I
3. -Inoculación del estrés + Terapia Cognitiva + Exposición: I

8. Ansiedad de hablar en público

1. -Desensibilización sistemática (DS): II

9. Ansiedad social, fobia social

1. -TCC: I
2. -Exposición: I

10. Fobia específica

1. -Exposición: I
2. -DS: II

11. Estrés

1. -Inoculación del estrés: I

2-DEPENDENCIA Y ABUSO QUIMICO

12. Abuso del alcohol y dependencia

1. -Refuerzo de la comunidad: I
2. -Entrevista motivacional: I
3. -Terapia marital conductual + disulfiram: I
4. -Entrenamiento en habilidades sociales con internación: I

13. Retiro de la benzodiacepina para ataques de pánico

1. -TCC: II

14. Abuso de cocaína

1. -TC: II
2. -TCC y prevención de recaídas: II

15. Dependencia de opiáceos

1. -TC (reforzamiento): II
2. -Terapia dinámica breve: II
3. -Terapia cognitiva: II

3-DEPRESION

16. Trastorno bipolar

1. -Psicoeducación: II
2. -TCC para adherencia a la medicación: II

17. Depresión geriátrica

1. -TC: I
2. -Terapia psicodinámica breve: I
3. -TCC: I
4. -Psicoeducación: I
5. -Terapia de reminiscencia (leve-moderada): I

18. Depresión mayor

1. -TC: I
 2. -TC marital (para aquellos con conflictos matrimoniales): I
 3. -TCC: I
 4. -Terapia interpersonal: I
-

4-PROBLEMAS DE SALUD

19. Anorexia

1. -TC: I
2. -Terapia cognitiva: I

20. Trastorno por atracones

1. -TCC: I

21. Bulimia

1. -TCC: I
2. -Terapia interpersonal: I

22. Dolor (para pacientes con cáncer)

1. -TCC: III

23. Efectos colaterales de la quimioterapia (para pacientes con cáncer)

1. -Relajación muscular progresiva con o sin imaginación guiada: II

24. Dolor crónico (heterogéneo)

1. -TCC con terapia física: II
2. -Biofeedback electromiográfico: II
3. -TC operante: II

25. Dolor crónico (espalda)

1. -TCC: I

26. Cefaleas

1. -TC: I

27. Dolor idiopático

1. -TCC: III

28. Síndrome de intestinos irritables

1. -Terapia cognitiva: II
2. -Hipnoterapia: II

3. -TCC multicomponente: II

29. Migraña

1. -Biofeedback electromiográfico + relajación: II
2. -Biofeedback térmico + entrenamiento en relajación: II

30. Obesidad

1. -Hipnosis con TCC: II

31. Raynaud

1. -Biofeedback térmico: II

32. Dolor por reumatismo

1. -TCC multicomponente: I

33. Dolor por enfermedad celular falciforme

1. -Terapia cognitiva multicomponente: II

34. Tabaquismo

1. -TCC multicomponente con prevención de recaídas: I

35. Dolor somatoforme

1. -TCC: II

5- DISCORDIA MARITAL

1. -TC marital: I

6-DISFUNCIONES SEXUALES

37. Disfunción eréctil

1. -TC orientada a reducir la ansiedad sexual y mejorar la comunicación: I
2. -TCC orientada a reducir la ansiedad sexual y mejorar la comunicación: I

38. Deseo sexual hipoactivo femenino

1. -Terapia combinada de Hurlbert: II
2. -Terapia marital y sexual combinada de Zimmer: II

39. Trastorno o disfunción orgásmica femenina

1. -TC marital + terapia de Masters & Johnson: II
2. -Terapia sexual de Masters & Johnson: II
3. -Entrenamiento de habilidades sexuales: II

40. Eyaculación precoz

1. -TC: III

41. Vaginismo

1. -TC basada en la exposición: I

7-OTROS

42. Trastorno de personalidad evitativa

1. -Entrenamiento en habilidades sociales: I

43. Trastorno dismórfico corporal

1. -TCC: II

44. Trastorno de personalidad borderline

1. -TC dialéctica: I
- 45. Demencia**
 1. -Intervenciones conductuales aplicadas en el ámbito social para problemas conductuales: I
- 46. Malestar de los cuidadores geriátricos**
 1. Intervenciones psicosociales: I
- 47. Hipocondriasis**
 1. -TCC: III (F)
- 48. Parafilias/abusadores sexuales**
 1. -TC: II (A)
- 49. Esquizofrenia**
 1. -TC y programas de economía de fichas y aprendizaje social: I
 2. -TC familiar: I
 3. -Programas de aprendizaje social: I
 4. -Entrenamiento de habilidades sociales: I
 5. -Terapia de apoyo familiar de larga duración: I
 6. -Entrenamiento en programa de vida comunitaria: I
- 50. Enfermos mentales graves**
 1. -Empleo con apoyo: II
- 51. Trastornos del sueño**
 1. -TCC (para trastornos del sueño geriátricos): II
- 52. Hábitos no deseados**
 1. -Reversión de hábitos y técnicas de control: II

Notas. I: TAEs bien establecidas, II. TAEs probablemente eficaces; III: TAEs prometedoras. El resumen excluye las TAEs II y III en trastornos donde existen TAEs I, y las TAEs III, cuando existen II. TC: terapia conductual; TCC: terapia cognitiva-conductual. Fuente: Chambless y Ollendick (2001).

Tabla III: EJEMPLOS DE TAEs DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

- 1. Trastorno de hiperactividad y déficit atencional**
 1. Entrenamiento parental conductual: I
 2. Modificación de la conducta en la clase: I
- 2. Trastornos de ansiedad (ansiedad de separación, trastorno evitativo, trastorno sobreansioso)**
 1. TCC + entrenamiento en manejo de ansiedad familiar: II
- 3. Dolor crónico (trastornos musculoesqueléticos)**
 1. TCC: III
- 4. Trastorno de conducta (desafiante, oposicional)**
 1. TCC: I

2. Habilidades cognitivas de resolución de problemas: I
3. Terapia familiar funcional: I
4. Terapia multisistémica: I
5. Entrenamiento parental basado en convivir con niños (niños): I
6. Entrenamiento parental basado en convivir con niños (adolescentes): I
7. Entrenamiento parental con modelado en video: I

5. Depresión

1. Curso de enfrentamiento de la depresión con entrenamiento en habilidades (adolescentes): II
2. TCC (niños): II

6. Trastornos disruptivos

1. Terapias familiares estructurales: III

7. Malestar debido a procedimientos médicos (principalmente cáncer)

1. TCC: I

8. Encopresis

1. Modificación conductual: I

9. Enuresis

1. Modificación conductual: I

10. Obesidad

1. Terapia conductual: II

11. Trastorno obsesivo compulsivo

1. Exposición con prevención de respuesta: III

12. Fobias

1. Modelado participante: I
2. Exposición rápida (fobia a la escuela): I
3. Práctica reforzada: I

3. Trastorno psicofisiológico

1. Terapia familiar: I

14. Trastornos generalizados del desarrollo

1. Manejo de contingencias: I

15. Dolor abdominal recurrente

1. TCC: II

16. Dolor de cabeza recurrente

1. Relajación/autohipnosis: I

Nota. I: TAEs bien establecidas, II. TAEs probablemente eficaces; III: TAEs prometedoras. El resumen excluye las TAEs II y III en trastornos donde existen TAEs I, y las TAEs III, cuando existen II. TCC: terapia cognitiva-comportamental. Fuente: Chambless y Ollendick (2001)

Tratamientos psicológicos, farmacológicos o mixtos

Las investigaciones sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos vs. farmacológicos o mixtos son muy numerosas. Es incuestionable que el tratamiento para los trastornos psicóticos debe ser mixto. Sin embargo, para otros trastornos, hasta la fecha no existe una conclusión unívoca y todo parece depender del tipo de trastorno que se trata, como así también de sus efectos a corto y largo plazo. Por ejemplo, en 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 los estudios a corto plazo. De todos modos las listas TAEs incluyeron pocos tratamientos farmacológicos o mixtos, quizá porque no tienen aún alta validez interna. Es posible que más adelante se agregarán estudios sistemáticos de esos tratamientos, ya que la psicofarmacología avanza rápidamente.

Ventajas de las TAEs

La necesidad de establecer pautas para dar soporte empírico a las intervenciones psicológicas, que comenzó con la TC y que a través de distintas instituciones gubernamentales y profesionales, se está generalizando a toda la psicología aplicada, implica ventajas invaluable, aunque ha recibido numerosas críticas, como se resumió en otro apartado. Se mencionarán algunos de los beneficios actuales y potenciales de este proceso, teniendo en cuenta que es un método perfectible. En primer lugar, uno de los beneficios más incuestionables, es la economía de esfuerzos que supone un trabajo serio, entre países y accesible por medio de publicaciones e Internet. Se expondrán a continuación los beneficios que supone para los distintos ámbitos de la práctica profesional.

1. Para los terapeutas. a. Gran parte del trabajo que hacían los terapeutas para buscar y resumir información sobre estrategias terapéuticas, está relativamente simplificado por la difusión de las TAEs. b. Como las listas tienen la base de datos que les da origen, los terapeutas podrán acceder con mayor facilidad a ellas para adecuar el tratamiento a cada paciente particular o para reunir más datos sobre las mismas. c. La información de la bibliografía en las cuales se basa las TAEs, les proporcionarán también alguna idea de los alcances y limitaciones cada intervención particular. d. En caso de la existencia de varias TAEs para cada trastorno, podrá aplicar con confianza la estrategia en la cual está más entrenado. e. Si el terapeuta se encuentra con un paciente cuyo problema se trata con una intervención que desconoce, podrá derivar el caso a los terapeutas apropiados, sin intentar usar otra técnica que mostró su ineficacia. f. Podrá tener claro cuáles son los puntos débiles de su formación para buscar formas de entrenamiento y tendrá la opción de especializarse en alguna técnica o trastorno particular. Ya ha comenzado la especialización de los terapeutas; probablemente, al igual que en la medicina, esta tendencia se acrecienta. g. Los terapeutas podrán abandonar prácticas obsoletas sin grandes dudas. Esta situación ya podía ocurrir con el advenimiento de la TC. Sin embargo, como éstas tenían su origen en la psicología científica y en el conductismo, los psicólogos de otros enfoques que tenían prejuicios sobre el conductismo o simplemente no compartían sus principios, se mantenían ajenos a esos avances, apartándose en la idea de que ellos aplicaban terapias pertenecientes a otra escuela. h. Los terapeutas podrán acceder a manuales de procedimientos, que pueden o no usar rigurosamente, pero igualmente les dará una visión más clara de cómo hacer el tratamiento.
2. Para los pacientes. a. Indudablemente el mayor beneficio de las TAEs redundará en los pacientes, ya que podrán tratarse con estrategias más válidas. b. Los clientes con

cierto nivel de información podrán acceder a las TAEs vía INTERNET, pudiendo entonces buscar psicólogos entrenados en las estrategias que son las adecuadas. En medicina ya se mencionan algunos cambios en la actitud de los pacientes ante el médico. Se trata de personas más activas que suelen controlar la conducta de los médicos, lo que provoca alguna irritación en no pocos profesionales. Algunos consideran que la información de los pacientes es más perjudicial que beneficiosa. Se trata de opiniones, ya que, de lo que se conoce, aun no se hicieron estudios controlados acerca de las consecuencias de este fenómeno, que se está generalizando cada vez más por la facilidad del acceso a información, aunque a veces no son tan confiables como sería deseable. El mayor conocimiento de prácticas saludables por parte de la población y de las formas de curación debería en principio considerarse como un avance, a pesar que pueda alterar la vanidad de algunos profesionales. En caso de intervenciones psicológicas ya comenzó a ocurrir y las TAEs la acrecentarán. Un ejemplo conocido por la autora de este trabajo es el esfuerzo que hicieron las familias con niños que padecen autismo en Argentina. Un grupo de padres de niños con ese trastorno se asociaron para generar tratamientos efectivos para sus hijos. No conformes con los tratamientos locales, descubrieron buscando información, que la intervención más efectiva para ese trastorno es el manejo de contingencias. Se conectaron con clínicas especializadas, prepararon terapeutas y actualmente ofrecen cursos intensivos de entrenamiento en dichas técnicas. c. Los pacientes podrán hacer juicios por mala praxis. En otro trabajo esta posibilidad fue vista como una crítica (ej., Kovacs, 1996). Sin embargo, si hay prácticas no válidas, deberían ser pasibles de una censura legal por parte de la sociedad, del mismo modo que la mala praxis de otros profesionales.

3. Para los administradores de atención psicológica. Les permitirán dar apoyo económico y/o contratar personal adiestrado en TAEs, eliminando las prácticas que carecen de sustento empírico. Paradójicamente, esta posible consecuencia fue criticada por algunos autores (ej., Silverman, 1996). Tal vez sea conveniente que algunos autores se pongan en el lugar de los pacientes cuando emiten una opinión.
4. Para la investigación aplicada. a. Con la existencia de una base de datos más accesible, los investigadores y las entidades que otorgan subsidios para investigación podrán informarse con relativa facilidad sobre varias cuestiones para orientar sus proyectos. b. Los investigadores sabrán cuáles son los trastornos que tienen TAEs dentro de las categorías III o ninguna de ellas para organizar sus planes de trabajo. c. Si quieren probar un nuevo tratamiento podrán saber con mayor facilidad que antes con qué intervención deben compararla y qué requisitos deberá tener la nueva intervención para considerarla más eficiente. d. si algún tratamiento es costoso, podrán investigar dentro de las TAEs de categorías I variaciones sobre ellas que implique un beneficio igual o mayor con menos esfuerzo. e. Se pueden detectar las TAEs que carecen de manuales claros de procedimiento para elaborarlos. f. Al tener una selección de los meta-análisis que originaron las TAEs, se podrán hacer estudios críticos sobre la metodología empleada y generar nuevas investigaciones con pruebas o diseños vez más sofisticados y efectivos. f. Algunas críticas sobre la forma de medición de la efectividad de algunas estrategias pueden originar nuevas investigaciones psicométricas con pruebas más válidas. g. a diferencia de la opinión de Elliott (1998) quien afirma que la práctica se restringirá a las TAEs, eliminándose la posibilidad de innovación clínica, se opina que la creación de nuevas estrategias podrá ser mayor y mejor orientada en función de información constantemente actualizada y concentrada.

5. Para la investigación básica. Al igual que la investigación aplicada, los estudios de los procesos básicos se benefician con las TAEs. En un trabajo anterior se enfatizó la importancia que tiene la investigación básica para la ciencia aplicada (Mustaca, 2004). Aquí se mencionarán algunos beneficios potenciales de la psicología aplicada sobre la investigación básica. a. Aunque la mayoría de las TAEs son estrategias derivadas del estudio de los procesos básicos, existen muchos interrogantes acerca de los mecanismos que actúan sobre ellas. Un ejemplo clásico es la desensibilización sistemática y la prevención de la respuesta, técnicas con indudable validez empírica, pero inciertas en cuanto a los mecanismos que actúan en ellas. La precisión con que se trabajará con las TAEs permitirá al teórico la elaboración de diseños más refinados para la confirmación de hipótesis y teorías. b. Pueden aparecer nuevas TAEs derivadas de observaciones empíricas o de principios filosóficos, con escasa base teórica. En este caso será un desafío para la investigación básica explicar sus mecanismos subyacentes. c. Los trastornos que aún carecen de TAEs dentro de la categoría I son otros de los temas que pueden encarar equipos interdisciplinarios de investigación básica y aplicada.
6. Para la elaboración de planes de estudios. Las TAEs muestran que, al igual que en medicina, los vínculos entre la ciencia básica y aplicada y una práctica profesional intensiva son indispensables para la excelencia del trabajo clínico. La acreditación de los planes de estudios de psicología y profesiones afines (psicopedagogía, terapia ocupacional, etc.) seguramente deberán tener presente las investigaciones sobre TAEs. Este movimiento pone de manifiesto la superioridad de los programas que contengan un primer nivel de enseñanza con fuertes contenidos y entrenamiento en procesos básicos, metodología de la investigación y biología, y un segundo nivel de profesionalización, que incluye la adquisición de elementos para la práctica

profesional. En este último tramo de la carrera ya se debería exigir la incorporación de entrenamiento intensivo en TAEs y el abandono de otras prácticas que se mostraron ineficaces. Por otra parte, dado que seguramente habrá cambios a lo largo de los años en las prácticas profesionales debido a la constante investigación y actualizaciones de TAEs, se deberán establecer normas de control de la calidad de la práctica profesional, quizá a través de exámenes periódicos que la garanticen.

Conclusiones

El tradicional y tantas veces atacado método de las ciencias naturales, sin prisa y sin pausa está dominando cada vez más el área de la psicología aplicada. En las asociaciones más representativas de esta disciplina del mundo se están originando grupos de trabajo para establecer pautas rigurosas de validación empírica de los resultados de las intervenciones psicológicas, que se basan en resultados cuantificables y medibles, como así también en la difusión y entrenamiento profesional de esas técnicas. Además, las TAEs, al menos actualmente, pertenecen en su mayoría al enfoque comportamental derivado del estudio de los principios de la conducta, en especial del aprendizaje. Cualquier terapeuta cognitivo conductual con un conocimiento sólido de los procesos básicos, de metodología de la investigación y de entrenamiento en las técnicas más difundidas de la TCC, está en mejores condiciones de tratar a los pacientes que profesionales de otras orientaciones (Mustaca, 2004).

En el apartado anterior se puntualizaron algunas de las ventajas que se perciben de este movimiento. Quizá la consecuencia más inevitable de las TAEs sea que la universalidad de criterios de validación arrasará tarde o temprano con las escuelas de psicoterapia, mejorando la excelencia y calidad de la labor profesional, y que se abandonen prácticas pseudocientíficas que se escudan en que pertenecen a “otro enfoque” de la psicología. Los médicos tienen acceso a protocolos y base de datos que

prescriben los tratamientos más adecuados para cada trastorno. Al igual que ellos, los psicólogos tendrán acceso a las listas de TAEs, que sin duda se renovará en función de nuevos aportes de la investigación. Los profesionales de otros enfoques, que critican las TAEs, quedarían fuera de prácticas establecidas como eficaces. Cada terapeuta debería aclarar a sus pacientes que tipo de intervención realiza, al menos para que sepa lo que elige.

Quizá la mayor limitación actual de las TAEs sea que no existen aún investigaciones para trastornos más complejos o con comorbilidades y que habría que mejorar aún más sus métodos de evaluación (cuestionarios, tests, etc.). Como las TAEs se sustentan en la investigación empírica, ello garantiza su mejoramiento, ya que es un sistema abierto, flexible y no dogmático.

Finalmente, a modo de aclaración y para evitar malos entendidos, hay que tener en cuenta que hallar una intervención con alta evidencia empírica para los problemas psicológicos, si bien debe tomarse con entusiasmo, ello no supone “per sé” la “curación” de esa enfermedad. El concepto es mucho más limitado y modesto, pero no por ello desestimable: las listas TAEs prescriben la mejor estrategia disponible para tratar un trastorno particular. Por ejemplo, la esquizofrenia tiene TAEs que cumplen con los requisitos para estar dentro de la categoría I (ver Tabla II). Sin embargo, sólo un porcentaje de personas que padecen esas enfermedades se “curan”, si el término significa “dar el alta” al paciente. Al igual que enfermedades como la diabetes, la mayoría de las personas con esquizofrenia deben estar bajo tratamiento por largos períodos de tiempo y quizá por toda la vida, y hay un porcentaje considerable de ellos que solamente alcanza a rehabilitarse. Se está aún muy lejos de un control mayor de esa enfermedad, como ocurre con muchas otras. Es posible que la “curación” de la mayoría de los trastornos psicológicos se resuelva mediante el intercambio de la investigación

básica y aplicada y de equipos interdisciplinarios que incluyan a neurobiólogos, genetistas, químicos, etc.

En conclusión, es deseable la difusión de las TAEs, (este artículo aspira a ello), sea para criticarlas o para apoyarlas. Es lamentable hallar que muchas carreras de psicología de Sudamérica y Centroamérica desconocen la existencia misma de las TAEs, y que continúen con planes curriculares ajenos a la idea de hacerlos en función de ejes troncales (procesos básicos, metodología de la investigación y biología) y de profesionalización. Dentro de este último eje, se debería dar prioridad a los estudios de investigación clínica y de las terapias basadas en la evidencia.

Referencias

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

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.

Bohart, A. D.; O'Hara, M.y Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatments: disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. Psychotherapy Research, 8,141-57.

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.

Echeburua, E. y de Corral, Paz, U. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: De la investigación a la práctica. Revista Internacional de Psicología Clinica y de la Salud, 1, 181-204.

Elliott, R. E, (Ed.) (1998). The empirically supported treatments controversy. Psychotherapy Research, 8, 115-170, (volumen especial),

Emmelkamp, P. M.G.; Bouman, T. y Blaauw, E. (1994). Individualized versus standardized therapy: a comparative evaluation with obsessive-compulsive patients. Clinical Psychological Psychotherapy, 1, 95-100.

Eysenck, H. J. (1957). Usos y abusos de la psicología. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. Cap. 10, 234-252.

Fals-Stewart, W.; Marks, A. P. y Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. Journal Nervious Mental Disordens, 181, 189-193.

Fonagy, P. (1999). Achieving evidence-based psychotherapy practice: a psychodynamic perspective on the general acceptance of treatment manuals. Clinical Psychological Science Practice, 6, 442-444.

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.

Henry, W. P. (1998). Science, politics, and the politics of science: the use and misuse of empirically validated treatments. Psychotherapy Research, 8, 126-140.

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.

Jacobson, N. S.; Schmalings, K. B.; Holtzworth-Munroe, A.; Katt, J. L.; Wood, L. F., y col., (1989). Research-structures vs. clinically flexible versions of social learning-based marital therapy. Behavioral Research Therapy, 27, 173-180.

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)

Kovacs, A. L. (1996). Winter: "We have met the enemy and he is us!" AAP Adv., 6-22

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.

Mustaca (2004). Tratamientos eficaces y ciencia básica. Revista Latinoamericana de Psicología, 1,

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

Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. 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.

Sackett, D L; Richardson, W. S; Rosenberg, W. y Haynes, R. B. (1997). Evidence-Based Medicine. New York: Churchill Livingstone. 250 pp.

Schulte, D.; Kunzel, R.; Pepping, G. y Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. Advances Behavior Research Therapy, 14, 67-92.

Seligman, M. E. P.(1995). The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. American Psychology, 50, 965-974

Shapiro, D., A y Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. Psychological Bulletin, 92, 581-604.

Silverman, W. H. (1996). Cookbooks, manuals, and paint-by-numbers: psychotherapy in the 90's. Psychotherapy, 33, 207- 215.

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.

Smith, E. W.L. (1995). A passionate, rational response to the "manualization" of psychotherapy. Psychotherapy Bulletin, 30, 36-40.

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.

Weisz, J. R.; Weiss, B., Han, S.S., Granger, D. A y Marton. T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a metaanalysis of treatment outcome studies. Psychological Bulletin, 117, 450- 468.

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.

Reconocimientos.

Este trabajo se realizó en el marco de los proyectos de Investigación P602 dirigido por la Dra. A. Mustaca y financiado por la Universidad de Buenos Aires, según resolución Nro. 1022/03 y del CONICET. Agradezco el aporte de Gerardo Primero y Esteban Freidin.

