

Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica

Arturo Bados López¹, Eugeni García Grau y Adela Fusté Escolano
(*Universidad de Barcelona, España*)

(Recibido 18 marzo 2002 / Received 18 March 2002)
(Aceptado 15 abril 2002 / Accepted 15 April 2002)

RESUMEN. La eficacia y efectividad de la terapia psicológica es un tema que está generando actualmente un importante debate y que es clave tanto desde un punto de vista científico como aplicado. En este artículo se revisa críticamente la eficacia de la terapia psicológica con relación al no tratamiento y al placebo, la eficacia diferencial de las distintas orientaciones terapéuticas y los criterios para identificar las terapias que cuentan con apoyo empírico. Asimismo, se presentan, de acuerdo con este tipo de criterios, los tratamientos eficaces y específicos, y los tratamientos eficaces o posiblemente eficaces para distintos tipos de trastornos en adultos y niños/adolescentes. Se consideran también las críticas al intento de identificar tratamientos con apoyo empírico y las críticas a los criterios para identificar dichos tratamientos. Finalmente, se exponen los datos existentes sobre los distintos aspectos de la efectividad o utilidad clínica de la terapia psicológica (viabilidad de la intervención, generalizabilidad de los resultados a contextos clínicos reales y eficiencia o relación costes/beneficios).

PALABRAS CLAVE. Eficacia. Efectividad. Eficiencia. Psicoterapia.

ABSTRACT. The efficacy and effectiveness of psychological therapy is key issue from both a scientific and an applied point of view. In this paper we revise critically the efficacy of psychological therapy in comparison with no treatment and placebo, the differential efficacy of several therapeutic models, and the criteria for identify empirically

¹ Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Campus Vall d'Hebron. Paseo Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona (España). E-mail: abados@psi.ub.es

supported therapies. Moreover, in accordance with these criteria, we present the efficacious and specific treatments, and the efficacious and possibly efficacious treatments for different disorders in adults and children/adolescents. We also take into account the arguments against the intent of identify empirically supported treatments, and the criticisms of the criteria for identify those treatments. Finally, we set forth the evidence about the several aspects of the effectiveness or clinical utility of psychological therapy (feasibility of intervention, generalizability of results to real clinical settings, and efficiency or costs/benefits ratio).

KEYWORDS. Efficacy. Effectiveness. Efficiency. Psychotherapy.

RESUMO. A eficácia e o efeito da psicoterapia é um tema que, actualmente, tem gerado um debate importante e que se tornou chave quer do ponto de vista da investigação científica quer da psicologia aplicada. Neste artigo faz-se uma revisão crítica da eficácia da psicoterapia por comparação com o não tratamento e o placebo, a eficácia diferencial das distintas orientações terapêuticas e os critérios para identificar as terapias suportadas empiricamente. Assim, apresentam-se, de acordo com estes critérios, os tratamentos eficazes ou possivelmente eficazes para distintos tipos de perturbações em adultos e crianças / adolescentes. Consideram-se também as críticas dirigidas à intenção de identificar tratamentos com suporte empírico e as críticas aos critérios para identificar tais tratamentos. Finalmente, expõem-se os dados existentes sobre os distintos aspectos do efeito ou utilidade clínica da psicoterapia (viabilidade da intervenção, generalização dos resultados a contextos clínicos reais e eficiência ou relação custos / benefícios).

PALAVRAS CHAVE. Eficácia. Efeito. Eficiência. Psicoterapia.

Introducción

La investigación de la eficacia y efectividad de los diferentes tipos de intervención es un tema clave para que la Psicología adquiriera el estatus de una disciplina científica (Hamilton y Dobson, 2001). Este tema está generando actualmente un gran número de publicaciones e importantes debates tanto a nivel nacional como internacional. En España, por ejemplo, las primeras jornadas de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud Siglo XXI (SEPCyS), que tuvieron lugar en octubre de 2001, estuvieron dedicadas a los tratamientos psicológicos eficaces; asimismo, la revista *Psicothema* publicó ese mismo año un número monográfico sobre el tema. A nivel internacional, el intento de establecer criterios consensuados para identificar los tratamientos que cuentan con apoyo empírico ha abierto una notable polémica en el seno de la *American Psychological Association* y ha dado lugar a diversas publicaciones. El primer paso para abordar el tema es definir qué se entiende por intervenciones eficaces y efectivas. A partir de aquí, se revisarán los datos sobre la eficacia de la psicoterapia en general, tanto en comparación al no tratamiento como al placebo, la eficacia diferencial de las distintas orientaciones terapéuticas y la utilidad clínica de la terapia psicológica.

La eficacia de una intervención depende de la calidad de los datos empíricos que la sustentan. Los autores que defienden una línea más científica consideran sólo como claramente eficaces a los tratamientos que cumplen las siguientes condiciones: 1) han sido investigados mediante buenos diseños experimentales de grupo o de caso único, 2) han obtenido resultados superiores al no tratamiento, al placebo y/o a un tratamiento alternativo, y/o resultados equivalentes a un tratamiento ya establecido como eficaz, 3) los resultados deben haberse constatado al menos por dos grupos de investigación independientes. Además, los tratamientos deben estar bien descritos y las características de las muestras empleadas deben ser claramente especificadas. Por otra parte, el concepto de efectividad o utilidad clínica de las intervenciones implica tres aspectos: a) generalizabilidad de los resultados de los estudios realizados en condiciones artificiales a los contextos clínicos reales, lo que implica verificar que los resultados obtenidos con los sujetos y terapeutas “experimentales” y con los métodos de trabajo que se utilizan en los contextos artificiales sean reproducibles en la práctica clínica real; b) viabilidad de la intervención: aceptabilidad de la misma por parte de los clientes (coste, malestar, duración, efectos secundarios, etc.), probabilidad de cumplimiento, facilidad de difusión entre los profesionales; y c) eficiencia: relación costes/beneficios para el cliente y para la sociedad.

Las investigaciones controladas en contextos artificiales que evalúan la eficacia presentan problemas en la validez externa, ya que omiten muchos de los elementos típicos de la práctica clínica real. Por ejemplo, 1) utilizan tratamientos de duración prefijada, 2) las intervenciones se aplican de forma estándar sin adaptarlas a las características de los pacientes o sin corregirlas en función de la evolución del caso, 3) los pacientes son seleccionados para conseguir muestras con trastornos «puros» o con la menor comorbilidad posible, 4) los clientes son asignados a los grupos al azar y no pueden decidir la intervención que seguirán ni el terapeuta con el que trabajarán, 5) los estudios con frecuencia se centran más en la reducción de síntomas específicos que en la mejora del funcionamiento general y 6) los terapeutas están muy motivados y, en muchos casos, tienen poca experiencia profesional. Las investigaciones que estudian el tratamiento tal como es aplicado en la práctica real suelen fallar en validez interna: muestras sesgadas, falta de grupos control, diagnósticos a veces poco rigurosos y empleo frecuente de medidas retrospectivas. Sin embargo, nada impide estudiar amplias muestras de pacientes, emplear diversos momentos de evaluación (pre, durante, post, seguimientos) y utilizar una diversidad de medidas (entrevista, cuestionarios, juicios del terapeuta, informes de otras personas). Además, existen métodos estadísticos, como la regresión, las ecuaciones estructurales o el modelado causal, que permiten analizar a nivel probabilístico en qué medida los efectos observados son debidos al tratamiento o a otras variables. Estos recursos permiten compensar, al menos parcialmente, la falta de grupos control. En consecuencia, es importante realizar estudios tanto en condiciones artificiales controladas como en la práctica clínica real. Sólo trabajando desde ambas perspectivas, podrá superarse la poca o nula comunicación existente entre la investigación controlada y la práctica clínica.

Eficacia de la terapia psicológica

El primer paso para determinar la eficacia de la terapia psicológica es demostrar que los tratamientos son superiores a la recuperación espontánea (no tratamiento). La recuperación espontánea, sin terapia psicológica formal, ha sido cifrada en un 30-40% de los casos, aunque los datos varían según los trastornos; por ejemplo, las remisiones son frecuentes en la depresión y raras en trastornos psicóticos, dependencia de sustancias, trastornos obsesivo-compulsivos, hipocondría y agorafobia; además, la remisión espontánea se da sobre todo en los tres primeros años del trastorno. Según diversas revisiones (Botella y Feixas, 1994; Chambless y Ollendick, 2001; Elliott, Stiles y Shapiro, 1993; García, Bados y Saldaña, 1998; Giles, Neims y Prial, 1993; Lambert y Bergin, 1994; Matt y Navarro, 1997; Pérez, 1996), la terapia psicológica es más eficaz que el no tratamiento. En revisiones que han promediado los resultados de diversos metaanálisis, la media de los tamaños del efecto ha oscilado entre 0,67 y 0,85. De todos modos, es probable que esto sea una sobrestimación y que los tamaños medios del efecto se sitúen entre 0,40 y 0,60 (véase Shadish, Matt, Navarro y Phillips, 2000); es decir, la persona tratada promedio se halla mejor que el 66-73% de las personas no tratadas. Aunque todo esto es positivo, se hacen necesarios ciertos comentarios para evitar caer en la complacencia:

- La eficacia de la terapia psicológica se basa fundamentalmente en medidas de tendencia central en vez de en porcentajes de clientes clínicamente mejorados o recuperados.
- Las conclusiones sobre la eficacia de la terapia psicológica se basan generalmente en los pacientes que terminan el tratamiento; no se tiene en cuenta a los que no lo aceptan o abandonan, los cuales, según Pekarik (1993), son al menos el 50% en la práctica clínica real (25% en investigaciones).
- En la mayoría de estudios no se controla adecuadamente si los pacientes reciben otros tipos de intervención (grupos de autoayuda, manuales de autoaplicación, fármacos, terapias paralelas, etc.) durante el tratamiento o el seguimiento.
- Se excluye de los estudios a los pacientes que presentan trastornos comórbidos severos.
- No hay acuerdo sobre las variables que deben utilizarse para evaluar la eficacia de la terapia psicológica ni sobre los criterios de éxito.
- Los efectos conseguidos con la terapia psicológica son moderados. La curación total es rara; lo común en la mayoría de los trastornos es que permanezcan síntomas residuales.
- Los efectos de la terapia tienden a ser duraderos, pero los seguimientos de la mayoría de estudios no llegan al año y son pocos los que incluyen seguimientos superiores a los 3 años. Además, la mayoría de estudios están basados en intervenciones conductuales (incluidas las cognitivo-conductuales), lo que dificulta la generalización de los resultados al amplio espectro de la terapia psicológica. Por otra parte, las recaídas son frecuentes en problemas como adicciones, obesidad, depresión, trastornos psicóticos y personalidad antisocial.

Aceptando la relativa eficacia de la terapia psicológica sobre el no tratamiento, el paso siguiente es preguntarse por la especificidad de sus efectos. Aunque diversos autores parecen aceptar, con mayor o menor convicción, que la terapia psicológica es más eficaz que el placebo o los tratamientos mínimos (Botella y Feixas, 1994; Lambert y Bergin, 1994; Pérez, 1996), el tema resulta bastante controvertido. El constructo placebo tiene en el ámbito psicológico una considerable variedad de significados teóricos y, además, cada autor lo operativiza empíricamente de forma distinta. En este sentido, pensamos que una condición placebo sólo puede establecerse desde una modalidad terapéutica particular; por ejemplo, la terapia centrada en el cliente podría considerarse desde otra orientación como un grupo placebo. Estos problemas conceptuales complican y relativizan la interpretación de los resultados. Los metaanálisis revisados por Lambert y Bergin (1994) indican que los pacientes en los grupos placebo obtienen mejores resultados que los pacientes en los grupos control (tamaño medio del efecto: 0,42) y que la terapia psicológica consigue, a su vez, mejores resultados que el placebo (tamaño medio del efecto: 0,48). Sin embargo, los metaanálisis revisados incluyen una amplia variedad de trastornos y una sobrerrepresentación de problemas de ansiedad e intervenciones conductuales. Las terapias no conductuales raramente utilizan diseños de investigación que incorporen grupos placebo y, por tanto, no se sabe si son o no superiores a éste. Las conclusiones de esta revisión, que comparten otros autores como Giles *et al.* (1993) o Hollon (1996), sugieren que los datos disponibles por el momento son escasos, además de poco sólidos y, por tanto, no permiten afirmar que la terapia psicológica en general sea más eficaz que el placebo. Por otra parte, hay muy pocos estudios que hayan comparado la terapia psicológica con el placebo farmacológico y la mayoría de estas investigaciones utiliza intervenciones conductuales. Los resultados indican, aunque no siempre de modo consistente, que la terapia conductual es superior al placebo farmacológico en trastornos afectivos y de ansiedad.

Por lo que respecta a los ingredientes activos de la terapia psicológica, queda aún mucho por saber. Por ejemplo, en la terapia conductual parece que la exposición a las situaciones temidas es un elemento fundamental para el éxito del tratamiento. Sin embargo, hay datos contradictorios sobre si el efecto de la exposición se potencia cuando se combina con técnicas cognitivas (véase Méndez, Sánchez y Moreno, 2001). Tampoco está claro que los elementos cognitivos de la terapia cognitiva de Beck para la depresión aumenten la eficacia de los componentes conductuales (Gortner, Gollam, Dobson y Jacobson, 1998). Por otra parte, dentro de la orientación psicodinámica, Henry, Strupp, Schacht y Gaston (1994) señalan que las interpretaciones de la transferencia no producen una mayor respuesta afectiva ni necesariamente incrementan la profundidad de la experiencia cuando se comparan con las interpretaciones no transferenciales. Además, el hecho de que la terapia tenga un resultado positivo no depende de las interpretaciones transferenciales y contratransferenciales que se hacen, y el empleo frecuente o inapropiado de las mismas está asociado a resultados menos favorables o abandonos del tratamiento (Ogrodniczuk, Piper, Joyce y McCallum, 1999; Schaeffer, 1998). Asimismo, la orientación experiencial cuenta con pocos estudios recientes que apoyen que la empatía es inherentemente curativa y que proporcionen aval empírico para técnicas como el enfoque, el despliegue evocador o el diálogo de las dos sillas.

Finalmente, conviene señalar que, a pesar de su impacto generalmente positivo, la terapia psicológica puede tener también efectos perjudiciales en algunos casos. Así, el diagnóstico (por ejemplo, psicosis, trastornos límite) y el grado de deterioro del paciente parecen variables ligadas al empeoramiento, especialmente cuando se combinan con técnicas confrontativas dirigidas a socavar las estrategias de afrontamiento o las defensas del cliente. Según Lambert y Bergin (1994), algunos estudios indican que hasta el 10% de las personas tratadas puede empeorar tras la intervención. Sin embargo, no está claro que esto sea debido a la terapia; puede ser incluso que el tratamiento haya mitigado una trayectoria de deterioro del cliente. De todos modos, hay estudios en los que los pacientes tratados han empeorado en comparación con los no tratados o con los tratados mediante una intervención diferente.

Eficacia diferencial de las distintas orientaciones terapéuticas

El tratamiento psicológico en general es eficaz, al menos en comparación al no tratamiento. Sin embargo, existe una gran controversia sobre si las distintas terapias psicológicas son o no igualmente eficaces. En este apartado se revisarán los estudios metaanalíticos, los estudios controlados y los criterios para identificar las terapias que cuentan con apoyo empírico.

Estudios metaanalíticos

Algunos metaanálisis sugieren que las distintas terapias psicológicas más importantes (psicodinámica, conductual o humanista) son equivalentes, esto es, igualmente eficaces. Sin embargo, otros metaanálisis indican que la terapia de conducta es más eficaz, al menos en trastornos como fobias, obsesiones-compulsiones, disfunciones sexuales, trastorno de pánico, depresión, problemas de conducta en la infancia y enuresis (véase Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000). Asimismo, Weisz *et al.* (1995, citado en Chambless y Ollendick, 2001) realizaron un metaanálisis de estudios llevados a cabo con niños y adolescentes y concluyeron que los tratamientos conductuales (contrato conductual, entrenamiento de padres, modelado, etc.) fueron más eficaces que los tratamientos no conductuales (terapia dirigida al *insight* o terapia centrada en el cliente). Greenberg, Elliott y Lietaer (1994) hacen un metaanálisis de los 26 estudios que comparan las terapias experienciales con otras modalidades de tratamiento (especialmente conductuales y, en menor medida, psicodinámicas) y encuentran que existe una amplia variabilidad entre los datos, pero la diferencia media entre las distintas intervenciones es prácticamente cero y es congruente, por tanto, con la hipótesis de la equivalencia.

Por otra parte, los estudios metaanalíticos realizados por investigadores de línea dinámica encuentran resultados discordantes. Svartberg y Stiles (1991) hallan que las psicoterapias psicodinámicas breves (PPB) son superiores al no tratamiento, pero algo inferiores a las terapias conductuales en el postratamiento y muy inferiores a ellas al año de seguimiento. Por el contrario, Crits-Christoph (1992) indica que no hay diferencias entre las PPB y las terapias alternativas apoyando la hipótesis de la equivalencia. En la misma línea, Anderson y Lambert (1995) no encuentran diferencias entre los distintos tipos de intervención en el postratamiento, pero observan una ligera diferencia

a favor de las PPB en el seguimiento. Por su parte, Matt y Navarro (1997) revisan 63 metaanálisis dirigidos a evaluar la eficacia de la terapia psicológica y afirman que un tercio de los 47 estudios que aportan información sobre la relación entre tipo de intervención y tamaño del efecto encuentran efectos diferenciales en función del tipo de intervención. En general, las diferencias favorecen a los tratamientos de carácter conductual. Sin embargo, en la línea de Elliott *et al.* (1993) que se comenta más adelante, matizan que este plus de eficacia puede deberse a las características de los comportamientos que se pretenden modificar y a la forma de «medir» los resultados, de modo que la superioridad de una intervención particular desaparece cuando se controlan estos factores.

Los metaanálisis han recibido diversas críticas dirigidas en su mayor parte a la forma en que se han llevado a cabo y a defectos de las investigaciones de base que el metaanálisis no puede corregir.

- Los resultados dependen de los trabajos seleccionados y de los criterios empleados para llevar a cabo esta selección. Además, no se tienen en cuenta los estudios experimentales de $N = 1$.
- Los resultados dependen de las variables dependientes utilizadas. ¿Cuáles son las variables importantes y cuáles deben ser seleccionadas o recibir un mayor peso? ¿Tiene sentido a la hora de hacer las comparaciones mezclar variables dispares (por ejemplo, una escala de trastorno obsesivo-compulsivo y un inventario de depresión)?
- Falta de especificidad en los análisis realizados. Es complejo, y probablemente utópico, intentar determinar la eficacia de la psicoterapia en general (o de cualquiera de sus modelos) sin diferenciar, al menos, entre tipos de tratamientos, clientes y trastornos.
- Falta de control sobre cómo se aplican las terapias. La mayoría de estudios describe muy poco los programas de intervención, lo que favorece una gran variabilidad en su aplicación.
- Las características de las muestras no han sido bien definidas y no se suelen incluir ciertas poblaciones: niños, adolescentes, personas mayores o enfermos mentales crónicos.
- El número de estudios controlados de los enfoques psicodinámicos, fenomenológicos y sistémicos es muy reducido.
- Las conclusiones se basan en medidas de tendencia central y no en porcentajes de clientes clínicamente mejorados o recuperados.
- Falta de potencia estadística en las comparaciones realizadas.

Matt y Navarro (1997) indican que los metaanálisis han fracasado, o al menos han aportado muy poco, en sus dos objetivos básicos: 1) reducir los sesgos de los estudios individuales a la hora de estimar los efectos de los diferentes tipos de terapia psicológica, y 2) establecer la capacidad de generalización de los efectos de la terapia psicológica e identificar las características de tratamientos, pacientes, entornos y resultados que aumentan, reducen, no inciden o empeoran la eficacia de la intervención.

Estudios controlados sobre eficacia

Los metaanálisis comentados en el punto anterior no permiten decidir si las terapias derivadas de las distintas orientaciones son o no igualmente eficaces. El enfoque de comparar los distintos tipos de terapia psicológica de forma global parece poco apropiado. Una alternativa es analizar los resultados de los estudios controlados sobre la eficacia de diversas intervenciones específicas para diferentes problemas. En el libro editado por Giles en 1993 encontramos 14 capítulos en cada uno de los cuales se revisa una disfunción específica (por ejemplo, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, bulimia, esquizofrenia, alcoholismo y depresión). Los resultados de la revisión indican que todos los autores afirman, con varios grados de certeza, que los tratamientos de tipo conductual son eficaces y, cuando hay datos para establecer comparaciones, parecen más eficaces que las terapias psicodinámicas o fenomenológicas. Además, la mayoría de capítulos enfatiza la escasez de estudios controlados publicados por las orientaciones no conductuales.

Revisiones realizadas por otros autores parecen confirmar la eficacia de los tratamientos conductuales y la extienden a otras poblaciones como niños (Sección especial del *Journal of Child Clinical Psychology*, 1998; Spirito, 1999) y personas mayores (Gatz *et al.*, 1998) y a otros trastornos (por ejemplo, ansiedad generalizada, disfunciones sexuales, conflicto marital, dolor crónico, trastorno negativista desafiante) (Chambless *et al.*, 1998; Kendall y Chambless, 1998; Nathan y Gorman, 1998; Roth y Fonagy, 1996; Wilson y Gil, 1996). Sin embargo, como sugieren Elliott *et al.* (1993), la falta de estudios controlados procedentes de otras orientaciones no permite afirmar, por el momento, que las intervenciones conductuales sean superiores a las psicodinámicas o a las fenomenológicas. Para hacer una evaluación comparativa, deberemos esperar que estas orientaciones generen el suficiente número de investigaciones, para lo cual han tenido, desde luego, tiempo más que suficiente. La historia de la Psicología y de la Medicina está llena de terapias supuestamente eficaces que posteriormente se han mostrado inútiles (por ejemplo, la extirpación de las amígdalas para prevenir las faringitis). Una terapia más o menos reciente sin pruebas no tiene por qué ser desacreditada, pero ¿qué pasa con una terapia que se aplica desde hace años y cuya eficacia no ha sido investigada de modo controlado?

Por otra parte, Elliott *et al.* (1993) analizan los datos aportados en el libro de Giles (1993) y los someten a diversas críticas que podemos clasificar en dos tipos de efectos:

- El efecto fidelidad del investigador: el diseño y aplicación del tratamiento y la medida de su eficacia requieren cientos de decisiones que pueden estar influidas por las concepciones teóricas y personales del investigador. Así, las orientaciones conductuales utilizan medidas centradas en comportamientos específicos o síntomas, lo que tiende a generar efectos muy grandes. Elliott *et al.* (1993) destacan que cuando se controla estadísticamente el efecto investigador o los factores de medida asociados con él, desaparece la superioridad de los métodos conductuales. Además, en los pocos estudios en los que los investigadores no tienen vinculación a ningún modelo o en los que

cada tratamiento está administrado por sus propios defensores, los resultados tienden a mostrar que las diferentes intervenciones tienen una eficacia equivalente.

- El efecto revisor: los autores de revisiones, al igual que los investigadores, deben hacer muchas elecciones con relación a qué estudios utilizar, cómo evaluarlos, cómo resumirlos o cómo interpretarlos. En este sentido, Elliott *et al.* (1993) detectan numerosos «efectos revisor» como, por ejemplo, seleccionar estudios que favorecen la hipótesis del revisor, ignorar efectos contrarios a sus preferencias teóricas o desacreditar investigaciones de otras orientaciones.

En definitiva, Elliott *et al.* (1993) afirman que los efectos de fidelidad del investigador y revisor son la explicación más plausible para las amplias diferencias encontradas en la bibliografía entre los tratamientos conductuales y no conductuales.

Recientemente, diversos grupos han propuesto criterios para identificar los tratamientos que cuentan con apoyo empírico (véase Chambless y Ollendick, 2001). Unos de los más conocidos son los elaborados en 1993 por la comisión (*Task Force*) puesta en marcha por la División 12 (Psicología Clínica) de la *American Psychological Association*. Estos criterios fueron actualizados en 1998 (Chambless *et al.*, 1998). En otro artículo, Chambless y Hollon (1998) han refinado los criterios anteriores y han distinguido entre:

- Tratamientos eficaces: los que al menos dos grupos independientes de investigación que han empleado buenos diseños experimentales han encontrado superiores estadísticamente al no tratamiento o equivalentes a un tratamiento ya establecido (siempre que en este último caso la potencia estadística haya sido suficiente para detectar diferencias moderadas; esto implica 25-30 sujetos por condición); en caso de que haya varios estudios y los resultados de los mismos sean contradictorios, para decidir que un tratamiento es eficaz, deben predominar los estudios de buena calidad metodológica favorables al mismo.
- Tratamientos posiblemente eficaces: aquellos apoyados por un buen estudio experimental en ausencia de datos conflictivos; no han sido replicados todavía, al menos por otro grupo de investigación.
- Tratamientos eficaces y específicos: los que al menos dos grupos independientes de investigación han encontrado superiores estadísticamente al placebo o a un tratamiento alternativo mediante buenos diseños experimentales; en caso de que haya varios estudios y los resultados de los mismos sean contradictorios, para decidir que un tratamiento es eficaz y específico, deben predominar los estudios de buena calidad metodológica favorables al mismo.

Las Tablas 1 y 2 presentan, de acuerdo con este tipo de criterios, los tratamientos eficaces y específicos y los tratamientos eficaces o posiblemente eficaces para distintos

tipos de trastornos en adultos y niños/adolescentes respectivamente (véase Chambless y Ollendick, 2001). También pueden consultarse DeRubeis y Crits-Christoph (1998), la página web de la División 12 (<http://www.apa.org/divisions/div12/est/est.html>) –la cual ofrece también una lista de manuales para tratamientos con apoyo empírico– y, en castellano, el número 3 del volumen 13 (año 2001) de la revista *Psicothema*, dedicado a la revisión de tratamientos eficaces para diversos trastornos.

TABLA 1. Tratamientos con apoyo empírico para diferentes trastornos en adultos.

<i>Trastorno/problema</i>	<i>Tratamientos eficaces y específicos</i>	<i>Tratamientos eficaces o posiblemente eficaces (pe)</i>
Trastorno de pánico con agorafobia	- Terapia cognitivo conductual - Exposición en vivo	- Exposición+ entrenamiento en comunicación de pareja - Terapia cognitivo conductual con ayuda de compañero
Trastorno de pánico	- Terapia cognitivo conductual	- Relajación aplicada - Exposición interoceptiva
Ansiedad y fobia social		- Exposición - Terapia cognitivo conductual - Terapia cognitiva - Entrenamiento en habilidades sociales (pe) - Desensibilización sistemática (ansiedad social y miedo a hablar en público)
Fobias específicas	- Exposición en vivo	- Desensibilización sistemática - Terapia cognitivo conductual (algunas fobias) - Realidad virtual
Fobia a la sangre/dañó		- Tensión aplicada (pe) - Exposición es promisona
Trastorno de ansiedad generalizada	- Terapia cognitivo conductual	- Relajación aplicada
Trastorno de estrés postraumático	- Exposición - Terapia cognitivo conductual	- Terapia cognitiva - Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares - Inoculación de estrés (pe)
Trastorno obsesivo compulsivo	- Exposición y prevención de respuesta	- Terapia cognitiva - Exposición y prevención de respuesta asistida por familia y relajación
Estrés	- Inoculación de estrés	

Depresión mayor	- Terapia cognitivo conductual	- Terapia de conducta - Terapia interpersonal - Terapia de autocontrol - Resolución de problemas sociales - Terapia marital conductual (si hay conflicto marital) - Terapia dinámica breve
Depresión en ancianos		- Terapia cognitivo conductual - Terapia de conducta - Terapia psicodinámica breve - Terapia de solución de problemas - Educación psicológica - Terapia de reminiscencia - Terapia interpersonal (pe)
Trastorno bipolar		- Educación psicológica (pe) - Terapia cognitivo conductual para cumplir con medicación (pe) - Terapia familiar es promisoría
Conflicto marital	- Terapia marital conductual	- Terapia cognitivo conductual - Terapia cognitiva - Terapia de pareja centrada en las emociones - Terapia marital orientada al insight - Terapia sistémica
Disfunción erectil		- Terapia de conducta para reducir ansiedad sexual y mejorar comunicación - Terapia cognitivo conductual con idénticos o objetivos
Disfunción orgásmica femenina		- Terapia marital conductual + terapia de Masters y Johnson - Terapia de Masters y Johnson - Entrenamiento en habilidades sexuales
Vaginismo		- Terapia de conducta basada en exposición
Bajo deseo sexual femenino		- Terapia combinada de Hulbert - Terapia combinada de Zimmer
Parafilias/delincuentes sexuales		- Terapia de conducta - Terapia cognitivo conductual es promisoría
Abuso/dependencia del alcohol		- Reforzamiento en la comunidad - Exposición a señales incitadoras - Exposición a señales incitadoras + afrontamiento del deseo - Terapia marital conductual + disulfiram - Entrenamiento habilidades sociales + tratamiento en régimen interno
Dependencia opiáceos		- Terapia cognitiva - Terapia dinámica breve - Terapia de conducta (reforzamiento)
Abuso cocaína		- Terapia cognitivo conductual + prevención de recaídas - Terapia de conducta
Abuso del tabaco	- Terapia cognitivo conductual multicomponente con prevención de recaída	- Reducción programada del fumar + Terapia de conducta multicomponente - Terapia cognitivo conductual grupal

Retirada de benzodiazepinas en trastorno pánico		- Terapia cognitivo conductual
Anorexia		- Terapia de conducta - Terapia cognitiva - Terapia familiar sistémica conductual (pe)
Bulimia	- Terapia cognitivo conductual	- Terapia interpersonal
Sobrealimentación compulsiva		- Terapia cognitivo conductual - Terapia interpersonal - Control conductual del peso (pe)
Obesidad		- Terapia cognitivo conductual + hipnosis
Dolor de cabeza	- Terapia de conducta	
Migraña		- Biofeedback EMG + relajación - Biofeedback termal + relajación autógena
Dolor crónico (espalda)		- Terapia cognitivo conductual - Terapia de conducta operante
Dolor crónico (heterogéneo)		- Terapia cognitivo conductual + terapia física - Terapia de conducta operante - Biofeedback EMG
Dolor reumático	- Terapia cognitivo conductual multicomponente	
Dolor por anemia		- Terapia cognitiva multicomponente
Trastorno somatoforme por dolor		- Terapia cognitivo conductual (pe)
Trastorno dismórfico corporal		- Terapia cognitivo conductual (pe)
Síndrome de intestino irritable		- Terapia cognitivo conductual multicomponente - Terapia cognitiva - Hipnoterapia
Síndrome de Raynaud		- Biofeedback termal
Efectos adversos de la quimioterapia		- Relajación muscular progresiva con o sin imaginación guiada
Trastorno de personalidad evitativa		- Exposición (pe) - Entrenamiento habilidades sociales (pe)
Trastorno de personalidad límite		- Terapia conductual dialéctica - Terapia psicodinámica es promisorias
Esquizofrenia	- Terapia familiar conductual - Terapia familiar de apoyo a largo plazo	- Programas conductuales de aprendizaje social y economía de fichas - Entrenamiento en habilidades sociales - Entrenamiento para vivir en la comunidad - Terapia familiar sistémica - Terapia cognitivo conductual - Terapia grupal de apoyo (pe)
Enfermos mentales graves		- Empleo protegido
Demencia	- Intervenciones conductuales ambientales para problemas de conducta	- Reentrenamiento cognitivo y mnemónico para enfrentar declive cognitivo - Orientación hacia la realidad
Trastornos del sueño		- Terapia cognitivo conductual (en geriatría) - Terapia conductual es promisorias

Hábitos no deseados (tics, onicofagia, ticotilomanía, bruxismo)		- Inversión de hábito
Apartamiento de los cuidadores geriátricos		- Educación psicológica - Intervenciones psicosociales

TABLA 2. Tratamientos con apoyo empírico para diferentes trastornos en niños (N) y adolescentes (A).

<i>Trastorno/problema</i>	<i>Tratamientos eficaces y específicos</i>	<i>Tratamientos eficaces</i>
Trastornos de ansiedad (por separación, social, generalizada)		- Terapia cognitivo conductual - Terapia cognitivo conductual + entrenamiento de la familia en control de la ansiedad
Fobias	- Modelado participante - Práctica reforzada	- Desensibilización en vivo o en imaginación - Modelado en vivo o filmado - Terapia cognitivo conductual
Depresión		- Terapia cognitivo conductual (N) - Curso de afrontamiento de depresión + entrenamiento en habilidades (A)
Obezidad		- Terapia de conducta
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	- Entrenamiento de padres conductual - Modificación de conducta en la clase	
Trastorno negativista desafiante	- Entrenamiento de padres basado en vivir con hijos - Entrenamiento de padres mediante modelado en vídeo	- Control de la ira + inoculación de estrés (A) - Terapia de afrontamiento de la ira (N) - Entrenamiento en asertividad - Terapia cognitivo conductual - Habilidades de resolución de problemas - Programa prevención de delincuencia - Terapia familiar funcional - Terapia multisistémica - Terapia de interacción padres-hijos - Entrenamiento en resolución de problemas - Terapia racional-emotiva - Tiempo fuera + asiento señal
Enuresis	- Modificación de conducta	
Encopresis		- Modificación de conducta
Dolor de cabeza recurrente	- Relajación + autohipnosis	- Biofeedback termal
Dolor abdominal recurrente		- Terapia cognitivo conductual
Dolor por intervenciones médicas (principalmente para cáncer)	- Terapia cognitivo conductual	
Trastorno psicofisiológico		- Terapia familiar - Terapia psicodinámica es promissoria
Trastornos generalizados del desarrollo (conductas indeseables)		- Control de contingencias

Al ver las Tablas 1 y 2, hay que considerar que en el caso de que el tratamiento de elección para un trastorno sea la combinación de terapia psicológica con otras modalidades de intervención (por ejemplo, medicación para trastornos psicóticos o déficit de atención, o intervenciones médicas para el dolor), los programas psicológicos se consideran eficaces porque incrementan los efectos de esas otras intervenciones. Por otra parte, existen tratamientos promisorios (basados en pruebas menos rigurosas que los anteriores) para trastornos que aún no cuentan con tratamientos eficaces o posiblemente eficaces. Como ejemplos de estos tratamientos pueden citarse la terapia cognitivo-conductual para la hipocondría, el dolor asociado al cáncer y el dolor idiopático, en el caso de los adultos, y para el dolor crónico en niños/adolescentes; la terapia de conducta para la eyaculación precoz; y la exposición y prevención de respuesta para el trastorno obsesivo-compulsivo en niños/adolescentes (véase Chambless y Ollendick, 2001). El examen de las Tablas 1 y 2 muestra que la inmensa mayoría de los tratamientos eficaces y específicos, eficaces o posiblemente eficaces es de tipo conductual. Los escasos datos disponibles de otras orientaciones indican la eficacia o posible eficacia de la terapia interpersonal para la depresión, bulimia y sobreingesta compulsiva, y de la terapia psicodinámica breve para la depresión y la dependencia de opiáceos.

Los estudios que comparan la eficacia de las terapias psicológicas y farmacológicas muestran que las intervenciones conductuales tienen efectos más perdurables en depresión, agorafobia, pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y bulimia (Hollon, 1996). Por otra parte, estas modalidades de intervención también se han utilizado de forma complementaria o combinada. En ciertos casos (por ejemplo, trastorno bipolar), la terapia psicológica va dirigida a favorecer el cumplimiento del tratamiento farmacológico. En otros trastornos (por ejemplo, esquizofrenia, déficit de atención, quizá adicciones), los tratamientos más eficaces son los que combinan terapias psicológicas y farmacológicas. Sin embargo, la eficacia de combinar estos dos tipos de tratamiento en otros trastornos (ansiosos, afectivos, parafilias, alimentarios) ha sido muy poco investigada y no pueden extraerse conclusiones firmes por el momento (Labrador *et al.*, 2000).

Lamentablemente, los diferentes datos generados por la investigación han tenido poca trascendencia práctica; es decir: 1) no han facilitado que los tratamientos identificados como eficaces se enseñen o se difundan más y 2) no han promovido una mayor investigación de los que han sido poco o nada estudiados experimentalmente hasta el momento. En este sentido, muchos han minimizado la importancia de los ensayos clínicos controlados. Sin embargo, este planteamiento parece poco adecuado, ya que muchas de las terapias no investigadas podrían resultar eficaces. Además, parece lógico pensar que, con el tiempo, la sanidad pública y las compañías de seguros dejen de sufragar tratamientos cuya eficacia radique sólo en impresiones clínicas y no en datos contrastados; especialmente cuando existen tratamientos farmacológicos eficaces. Pensamos que es incuestionable la necesidad de identificar los tratamientos que tienen suficiente apoyo empírico para ser considerados eficaces y de publicar guías como las de la página web de la División 12 del APA. Sin embargo, la bibliografía recoge algunas críticas al intento de identificar tratamientos con apoyo empírico.

Críticas al intento de identificar tratamientos con apoyo empírico

- Todas las terapias psicológicas son igualmente eficaces, por lo que no es necesario identificar tratamientos con apoyo empírico. Esta idea se basa en revisiones metaanalíticas cuyas importantes limitaciones ya han sido señaladas. Estudios recientes indican que para algunos trastornos hay tratamientos más eficaces que otros. Así, la exposición es más eficaz que la relajación para la agorafobia y el trastorno obsesivo-compulsivo; el modelado participante es superior al modelado filmado y a la desensibilización sistemática en el tratamiento de las fobias específicas en niños; la terapia cognitiva conductual es más eficaz que la terapia de apoyo no directiva para la depresión infantil.
- No tiene sentido decir que un tratamiento es eficaz para cierto problema, porque siempre se necesita más investigación para saber, por ejemplo, qué tratamiento debe ser seleccionado o cómo debe ser modificado en función de las características del cliente. Es cierto que se requiere seguir investigando, pero pasar por alto lo que se sabe hasta el momento implica privar a los pacientes de tratamientos que pueden serles útiles y coloca a los psicólogos en una posición de desventaja respecto a los psiquiatras.
- La propuesta de identificar tratamientos eficaces refleja la intención de un grupo de terapeutas conductuales de conseguir ventaja sobre los seguidores de otras orientaciones. Esta crítica olvida que en la elaboración de los criterios, cuyo borrador inicial se debió a un investigador psicodinámico, participaron de forma equilibrada representantes de distintas orientaciones teóricas. La idea es apoyar el empirismo en psicología clínica. Que las investigaciones empíricas hayan sido realizadas principalmente hasta el momento por la orientación conductual, no quiere decir que las restantes orientaciones no puedan hacer lo mismo, como de hecho, está empezando a suceder.
- El listado de tratamientos eficaces restringirá la práctica clínica a un número limitado de tratamientos e impedirá la innovación clínica. Sin embargo, nada impide, como sucede en farmacoterapia, diseñar y someter a prueba nuevos tratamientos.
- La sanidad pública y las compañías de seguros pueden utilizar el listado de tratamientos eficaces para dejar de sufragar tratamientos que no figuren en el mismo. Esto es una posibilidad a la larga y debe llevar a una mayor investigación de los tratamientos que han sido poco o nada estudiados experimentalmente hasta el momento.
- Tener un listado de tratamientos eficaces implica que los tratamientos no incluidos son ineficaces. Esto no es cierto. Un tratamiento puede no figurar en la lista también por otras razones: no haber sido investigado, disponer a su favor sólo de datos no experimentales (tratamiento promisorio) o no haber sido localizado.
- El listado de tratamientos eficaces facilitará las demandas por mala práctica profesional contra aquellos terapeutas que utilicen terapias no incluidas en el mismo. Como se acaba de decir, un tratamiento no incluido en la lista no

quiere decir que sea ineficaz y, por tanto, su empleo no tiene por qué ser indicativo de una mala práctica.

Es conveniente identificar las terapias psicológicas que cuentan con apoyo empírico, pero también es necesario reflexionar sobre los criterios que se utilizan para ello. De hecho, actualmente están siendo revisados por un comité de la División 12 para intentar tener en cuenta las críticas recibidas, las cuales se exponen a continuación.

Críticas a los criterios para identificar tratamientos con apoyo empírico

- La investigación en psicoterapia no requiere de investigación cuantitativa, sino de observación clínica e investigación cualitativa. Esta crítica representa una filosofía radicalmente opuesta a la que subyace en los criterios que aquí se discuten.
- No basta con identificar tratamientos eficaces para problemas determinados; es necesario tener en cuenta además otras variables tales como: cuál es el tratamiento más recomendable según las características del cliente, cuáles son las características que debe tener el terapeuta o cuáles son los determinantes del problema. Desde luego, esto es cierto, pero se trata de un trabajo ingente que habrá de realizarse poco a poco.
- No se ha definido qué se entiende por buenos diseños experimentales. A pesar de los detalles dados por Chambless y Hollon (1998), no se han establecido las reglas específicas necesarias para que un estudio sea considerado bueno metodológicamente. Asimismo, tampoco hay criterios especificados para decidir, por ejemplo, cuándo dos versiones de un tratamiento para un problema deben ser consideradas una intervención similar o intervenciones distintas.
- El criterio de que dos estudios controlados sean suficientes para identificar un tratamiento como eficaz parece muy laxo, en especial si no se han empleado muestras numerosas. Debería tenderse a aumentar la cantidad de estudios necesarios o, al menos, a indicar el número de investigaciones controladas que apoyan a cada tratamiento.
- Los manuales de tratamiento no deberían utilizarse como criterio para establecer la eficacia de una intervención, ya que sólo pueden ser desarrollados para terapias conductuales. Esta crítica parte de la idea de que un manual es una descripción detallada del tratamiento sesión por sesión, cuando, en realidad, es simplemente una clara descripción de los principios y procedimientos a seguir. De hecho, también existen manuales dirigidos a problemas específicos para las terapias psicodinámica, interpersonal, rogeriana y experiencial. Los manuales son necesarios para saber en qué consiste realmente la intervención, ya que dentro de cada orientación hay diversidad de tratamientos y de forma de aplicarlos.
- El empleo de tratamientos manualizados impide actuar con flexibilidad en la práctica clínica. Ahora bien, un manual no tiene por qué marcar rígidamente los pasos a seguir, sino proporcionar guías concretas de actuación que permitan hacer las adaptaciones necesarias para cada cliente y contexto

particular. Por el momento no se ha realizado ninguna investigación para evaluar si los terapeutas entrenados con manuales de tratamiento se desenvuelven mejor o peor en la práctica clínica que los terapeutas que no han sido entrenados con ellos. Un supuesto implícito en la crítica anterior es que un tratamiento estandarizado es menos eficaz que un tratamiento elaborado específicamente para una persona en particular. Los pocos estudios realizados en el ámbito de los trastornos de ansiedad no han indicado que un tratamiento totalmente individualizado (en función de las supuestas variables mantenedoras del trastorno y/o de las características del cliente) haya sido superior a un tratamiento estandarizado (el cual suele incluir ciertas adaptaciones individuales). Elaborar tratamientos individualizados es una tarea compleja; requiere tomar muchas decisiones que se basan únicamente en el juicio clínico. Por tanto, es posible que al interpretar los datos y seleccionar las estrategias terapéuticas se cometan errores que incidan negativamente en los resultados del tratamiento.

- Los tratamientos manualizados impiden el desarrollo de las habilidades terapéuticas básicas y la formación de una buena alianza terapéutica. Sin embargo, ambas cosas no son incompatibles; incluso los manuales de tratamiento pueden incluir pautas para potenciar las habilidades del clínico. Además, especialmente para los terapeutas en formación, disponer de guías y metas terapéuticas puede reducir la ansiedad y facilitar, por tanto, la relación terapéutica.
- Hacer agrupaciones de clientes (ya sea en función del diagnóstico, problema presentado, factores de personalidad o causas de sus problemas) es imposible ya que cada caso es único. Aunque es cierto que cada cliente tiene sus propias características, es necesario buscar criterios para agruparlos en categorías (por ejemplo, depresión mayor). En caso contrario, sería imposible realizar estudios controlados y hacer generalizaciones a partir de la observación y la experimentación. En consecuencia, el clínico carecería de pautas para saber cómo enfocar el tratamiento de sus clientes y debería basar sus decisiones únicamente en el sentido común y el juicio clínico. Sin embargo, los clínicos fundamentan también sus decisiones en su experiencia con otros pacientes, lo cual implica que consideran las características comunes que comparten.
- Al identificar los tratamientos eficaces se tienen en cuenta únicamente las diferencias estadísticamente significativas entre grupos, pero no se considera la significación clínica de los resultados. Este es un aspecto muy importante que debería tenerse en cuenta pero, por el momento, es difícil hacerlo, ya que la mayoría de investigaciones no ha incluido datos sobre la significación clínica de los resultados y, las que lo han hecho, emplean una gran disparidad de criterios.
- Para considerar un tratamiento como eficaz se tienen en cuenta únicamente los resultados obtenidos en el postratamiento. Sin embargo, sería necesario verificar que las mejoras se mantienen a medio y largo plazo. Es cierto que

los datos en el seguimiento son difíciles de interpretar por las siguientes razones: 1) un porcentaje significativo de pacientes busca tratamiento adicional durante el mismo; 2) muchos pacientes no son localizados para la evaluación en el seguimiento y a veces, son los que habían obtenido peores resultados; 3) en ocasiones, el porcentaje de pacientes no localizados varía según las condiciones experimentales (mortalidad diferencial). A pesar de esto, conviene hacer seguimientos intentando controlar las variables anteriores, ya que los resultados pueden variar del postratamiento al seguimiento; por ejemplo, algunos tratamientos pueden tardar más en mostrar sus efectos y otros pueden decaer con el tiempo.

- Las variables dependientes consideradas en los estudios analizados han sido las centradas en el problema o en los síntomas presentados. Sería importante incluir también medidas de salud física, funcionamiento social y laboral, ajuste general y calidad de vida. Los pocos estudios que han evaluado variables relacionadas con el funcionamiento general de los pacientes han encontrado mejorías en dichas variables en la terapia cognitivo-conductual aplicada a la depresión y al trastorno de pánico, y en la terapia interpersonal aplicada a la depresión.
- Debería incluirse también una guía de tratamientos promisorios, al menos para aquellos problemas para los que, por el momento, no se han identificado tratamientos eficaces o posiblemente eficaces.

Finalmente, conviene resaltar que la aplicación de las terapias psicológicas con apoyo empírico no consiste simplemente en dominar las técnicas y procedimientos de tratamiento. Requiere asimismo que el terapeuta posea las habilidades terapéuticas adecuadas (por ejemplo, escucha activa, empatía, autenticidad, cordialidad, confianza, etc.).

Efectividad de la terapia psicológica

Que un tratamiento sea eficaz no significa necesariamente que sea también efectivo o clínicamente útil, esto es, viable, generalizable a los contextos clínicos reales y con una buena relación coste/beneficio.

Viabilidad

Menos del 25% de las personas con trastornos psicológicos recibe terapia psicológica; de los que la buscan, un 25-40% no acepta el tratamiento propuesto o no se presenta a la primera sesión de terapia (Garfield, 1994). Alrededor del 65-80% de los pacientes abandona el tratamiento antes de la décima sesión (aunque un 25-33% de estos dice abandonar por haber mejorado) (Berenger y Quintanilla, 1994; Castañeda y Mira, 1998; Garfield, 1994; Pekarik, 1993). Algunas de las razones que pueden explicar estos datos son la complejidad, larga duración y coste económico de los tratamientos ofrecidos y, en general, la falta de coincidencia entre lo que el paciente espera y lo que se le ofrece. Los clientes esperan recibir tratamientos breves. Según Pekarik (1993), los

estudios que evalúan las expectativas de los pacientes, antes de la terapia encuentran que alrededor del 70% cree que la duración del tratamiento será de 10 visitas o menos y aproximadamente el 50% espera que la duración será de 5 visitas o menos. Asimismo, diversos estudios indican que los clientes desean terapias que les ayuden a solucionar problemas concretos. Sin embargo, en general, los terapeutas tienen una clara preferencia por llevar a cabo intervenciones más largas (la prescripción más común oscila entre 20 y 50 visitas) y orientadas a conseguir cambios en la personalidad.

Por el momento, se han diseñado y evaluado muy pocos tratamientos breves. Sin embargo, algunos estudios sobre trastornos de ansiedad y disfunciones sexuales indican que la terapia conductual puede aplicarse en 5-10 sesiones y tener una eficacia igual o similar que intervenciones el doble de largas, siempre que se emplee material de autoayuda. De todos modos, también hay algunos datos de que intervenciones más largas (16-20 horas) obtienen mejores resultados a medio plazo que las más cortas (8-10 horas) (véase Durham *et al.*, 1999). Un paso más allá en la simplificación de los tratamientos son los programas de autoayuda basados en manuales (y, a veces, en otro material de apoyo como cintas de vídeo y magnetofónicas o programas de ordenador) y en algunos contactos telefónicos, postales o vía internet con el terapeuta. Se han obtenido resultados relativamente satisfactorios con programas de este tipo dirigidos a trastornos fóbicos, de pánico y obsesivo-compulsivo, pesadillas recurrentes y depresión (Echeburúa y de Corral, 2001). Sin embargo, no parecen funcionar los programas de autoayuda puros (biblioterapia) sin ninguna guía por parte del terapeuta (Febbraro, Clum, Roodman y Wright, 1999).

Sería necesario identificar qué tipo de pacientes puede obtener buenos resultados con terapias breves y muy breves, y qué pacientes necesitan tratamientos más largos. Según Pekarik (1993) hay muchos datos que indican que los tratamientos breves (por ejemplo, unas 10 sesiones) son, en general, tan eficaces como los de mayor duración. Por su parte, Matt y Navarro (1997) indican que 14 de los 28 metaanálisis que analizan la relación entre duración del tratamiento y resultados encuentran una relación positiva (a mayor duración mejores resultados), seis una relación negativa y ocho una relación no significativa. Shadish *et al.* (2000) también hallaron una relación positiva en su metaanálisis entre tamaño del efecto y duración de la terapia. Conviene tener en cuenta que es improbable que una mayor duración de la terapia lleve indefinidamente a mejores resultados; en algún momento se estabilizarán los resultados, lo cual puede ocurrir alrededor del año (Kopta *et al.*, 1994, citado en Shadish *et al.*, 2000). Por otra parte, una variable importante a tener en cuenta es el tipo de trastorno: problemas como la esquizofrenia, la anorexia, los trastornos de personalidad y las adicciones requieren intervenciones más largas que los trastornos de ansiedad, la depresión mayor y las disfunciones sexuales.

Finalmente, está el tema de la difusión de los tratamientos eficaces. Por muy eficaces que sean, difícilmente serán aplicados si no se enseñan a los terapeutas que se están formando y a los clínicos que ya ejercen. Desafortunadamente, esta es una cuestión en la que aún queda mucho por hacer.

Generalizabilidad

Seligman (1995) presenta los datos de un estudio a gran escala realizado por el *Consumer Reports* sobre la eficacia de la terapia psicológica en la práctica clínica real. La revista envió a 184.000 lectores un cuestionario que incluía preguntas sobre reparación de automóviles y sobre salud mental; esta última sección debía contestarse si en los últimos 3 años se había buscado ayuda (no necesariamente profesional) para problemas psicológicos. Todo el cuestionario fue respondido por 22 000 personas (el 13%), aunque sólo 6 900 respondieron la sección de salud mental; de estos, 2 900 (un 1,6% de la muestra inicial) habían acudido a profesionales de la salud mental. Las variables dependientes fueron tres subescalas retrospectivas de 5 ó 6 puntos en las que se preguntaba a los lectores por la mejora en el problema específico que les llevó a terapia, la satisfacción con el tratamiento y la mejora global. Los resultados principales fueron los siguientes: 1) la mayoría de los pacientes tratados por profesionales de la salud mental estuvieron contentos con la intervención; 2) el 54% pensó que la terapia psicológica le había ayudado mucho y el 36%, algo [el nivel de satisfacción con el trabajo y los resultados del psicólogo también es alto entre los usuarios españoles (Berenguer y Quintanilla, 1994)]; 3) funcionaron mejor los tratamientos largos (más de 6 meses) que los breves (6 meses o menos) y cuanto mayor fue la duración del tratamiento, mayor fue la mejora; 4) los profesionales de la salud mental fueron igual de eficaces que los médicos de familia con tratamientos de hasta 6 meses, pero más eficaces cuando el tratamiento fue más largo; 5) la terapia psicológica y su combinación con la farmacológica fueron igual de eficaces (no se consideraron los trastornos psicóticos ni los bipolares); 6) informaron mejores resultados los pacientes que se preocuparon por elegir bien a su terapeuta y que adoptaron una actitud activa en la terapia; y 7) las diferentes modalidades de terapia psicológica obtuvieron resultados similares en todos los problemas considerados.

Los datos del *Consumer Reports* son interesantes y ponen sobre el tapete la necesidad de investigar los resultados de la práctica clínica en el medio natural. De todos modos, el estudio presenta problemas metodológicos importantes. Por ejemplo, el porcentaje de respuesta fue muy bajo, la muestra sólo fue representativa de la clase media adulta, muchos pacientes presentaron problemas subclínicos, no existió grupo control, los datos estuvieron basados en autoinformes generales y retrospectivos, no hubo ningún tipo de comprobación externa del diagnóstico ni de la terapia recibida ni de la mejora conseguida, la superioridad de los tratamientos largos pudo ser debida a la influencia de otros factores (por ejemplo, encontrar una pareja, recuperación de una amistad, promoción en el trabajo, etc.), etc. Por otra parte, existen alternativas a la metodología seguida en el *Consumer Reports*:

- Aplicar en la práctica clínica real los tratamientos identificados como eficaces en investigaciones controladas y estudiar si los resultados obtenidos en ambos contextos son comparables. Existen estudios que muestran que la aplicación de la terapia cognitivo-conductual en contextos clínicos reales para el trastorno de pánico con o sin agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo, la depresión, el insomnio, la bulimia y el trastorno

negativista desafiante tiene efectos similares a los obtenidos en investigaciones controladas (Bados, 2001; Chambless y Ollendick, 2001).

- Comparar diferentes condiciones de tratamiento aplicadas en contextos clínicos reales. Por ejemplo, Sánchez, Elvira, Llupart, de Flores y Bados (2000) compararon tres tratamientos para la agorafobia en un hospital comarcal de Barcelona: autoexposición en vivo combinada con entrenamiento en relajación y respiración, el tratamiento anterior más exposición interoceptiva y el primer tratamiento más reestructuración cognitiva. La adición de exposición interoceptiva produjo mayores mejoras en los pensamientos distorsionados durante los ataques de pánico y en evitación, mientras que la adición de reestructuración cognitiva produjo mayores mejoras en cogniciones sobre las consecuencias físicas de la ansiedad y en evitación.

Los resultados obtenidos con estas dos metodologías de trabajo muestran la posibilidad de generalizar los tratamientos eficaces a contextos clínicos reales. Sin embargo, se requieren más estudios y con mayor validez interna. Por otra parte, los clientes en los estudios sobre efectividad pueden mejorar menos que en los estudios sobre eficacia debido a que: 1) suelen presentar comorbilidad ó 2) tienen un nivel socioeconómico más bajo. Finalmente, los clientes de algunos estudios sobre efectividad han recibido tratamientos más largos o intervenciones adicionales (farmacoterapia, asistencia social).

Shadish *et al.* (2000) llevaron a cabo un metaanálisis con 90 estudios para evaluar si las terapias psicológicas son eficaces cuando son aplicadas en contextos reales, con pacientes derivados y por terapeutas experimentados que se dedican a la clínica. La respuesta fue afirmativa. El tamaño medio del efecto fue $d = 0,41$, similar a los encontrados en metaanálisis anteriores ($d = 0,40-0,60$) realizados con mayor número de estudios, tanto clínicamente representativos como no. El tamaño del efecto fue mayor bajo dos condiciones: 1) cuando las medidas empleadas para evaluar los resultados estaban directamente relacionadas con las metas del tratamiento, y 2) cuando la terapia fue de mayor duración (la media de todas las terapias analizadas fue sólo de 16 horas).

En general, la investigación sobre tratamientos eficaces ha sido realizada con personas de clase media y raza blanca. Por el momento hay muy pocos estudios que hayan investigado cómo funcionan dichos tratamientos con personas pertenecientes a minorías étnicas.

Eficiencia

La eficiencia hace referencia a los costes y beneficios para el paciente y para la sociedad generados por la aplicación de la intervención. Los costes de la terapia psicológica deben ser contrapuestos a los beneficios que produce a nivel personal, sanitario (menor empleo de servicios médicos, reducción de costes médicos) y social (disminución del absentismo laboral, menor empleo de recursos sociales, prevención de problemas en la familia o en la comunidad). Como señalan Echeburúa y de Corral (2001), se trata de lograr los máximos beneficios con los recursos disponibles, no de reducir costes para abaratar servicios en detrimento de la calidad. Los datos disponibles indican que, en comparación al tratamiento farmacológico, la terapia psicológica tiene una mayor relación coste/beneficio y un menor coste económico. Otto, Pollack y Maki

(2000) calcularon los costes económicos reales en pacientes agorafóbicos que habían acudido a una clínica especializada. Cuando se consideraron los cuatro primeros meses de tratamiento, la terapia cognitivo-conductual en grupo fue la terapia más barata, seguida por la farmacoterapia (básicamente inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina combinados o no con benzodiacepinas de alta potencia) y después por la terapia cognitivo-conductual individual. Considerando además el tratamiento adicional que necesitaron los pacientes a lo largo de un año (visitas de mantenimiento más frecuentes en el caso de la farmacoterapia y continuación de la medicación), la terapia farmacológica resultó claramente el tratamiento más caro. El orden fue el mismo cuando se calculó la relación coste/beneficio, esto es, la relación entre el coste económico y el nivel de mejora conseguido. Los datos de Antonuccio, Thomas y Danton (1997) también indican que la terapia cognitivo-conductual es más eficiente que la fluoxetina en el tratamiento de la depresión mayor.

En general, la farmacoterapia es más barata que la terapia psicológica durante el periodo de tratamiento inicial; sin embargo, puede llegar a resultar más cara porque sus efectos suelen desaparecer cuando el paciente deja de tomar la medicación. Naturalmente, no todas las terapias psicológicas tienen el mismo coste económico. Las de larga duración y las individuales son más caras que las breves y que las grupales respectivamente y, a igualdad de otros beneficios, resultan, por tanto, menos eficientes. Los datos recogidos hasta el momento indican que, en general, la terapia cognitivo-conductual en grupo es igual de eficaz que la individual, al menos en trastornos de ansiedad y afectivos (Morrison, 2001).

Mumford, Schlesinger, Glass, Patrick y Cuerdo (1984) realizaron un metaanálisis de 58 estudios y concluyeron que la utilización de servicios médicos disminuyó después de seguir terapia psicológica. Otros estudios posteriores han confirmado que el tratamiento psicológico puede reducir la utilización de servicios médicos, los costes médicos o ambos. Por otra parte, existen datos de que la terapia psicológica prolonga algunos años la vida de pacientes con cáncer y reduce la probabilidad de sufrir un nuevo ataque al corazón en pacientes con infarto previo. Por otra parte, Gabbard, Lazar, Hornberger y Spiegel (1997) revisaron una serie de estudios que habían evaluado algunas variables relacionadas con el coste-eficacia de la terapia psicológica y concluyeron tentativamente que la terapia psicológica parece tener un impacto beneficioso en una variedad de costes médicos y laborales cuando se emplea en el tratamiento de los trastornos psiquiátricos más severos (esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno de personalidad límite). Sin embargo, como los mismos autores señalan: 1) la mayoría de estudios no evalúa el coste de la terapia psicológica; 2) la mayor parte de los que sí lo analizan, lo hacen como objetivo secundario; 3) los investigadores, en general, olvidan muchos aspectos pertinentes del binomio coste-eficacia; y, 4) finalmente, las deficiencias metodológicas de los estudios revisados hacen difícil extraer conclusiones claras.

Conclusiones

La terapia psicológica es más eficaz que el no tratamiento para una amplia variedad de trastornos, aunque en la práctica clínica real el 65-80% de los pacientes no

acepta el tratamiento o lo abandonan antes de la décima sesión. Además, existen pocos tratamientos que hayan mostrado ser claramente superiores al placebo o a un tratamiento alternativo y los conocimientos actuales sobre los ingredientes activos de los programas de intervención son casi inexistentes. Las orientaciones psicodinámica, fenomenológica y sistémica están empezando a investigar la eficacia de sus tratamientos, pero por el momento los estudios son escasos y, en consecuencia, resulta difícil evaluar tanto su eficacia como la eficacia diferencial de las distintas psicoterapias. La búsqueda de criterios consensuados para identificar tratamientos con apoyo empírico supone un avance importante hacia la psicología de la evidencia, pero es necesario revisar los criterios actuales. En este sentido: 1) no se han establecido las reglas específicas necesarias para determinar qué estudios son buenos metodológicamente; 2) el criterio de que dos estudios controlados sean suficientes parece muy laxo; 3) no se considera la significación clínica de los resultados -pensamos que, para publicar un artículo sobre eficacia, los comités editoriales de las revistas científicas deberían exigir que los estudios indicaran el porcentaje de clientes mejorados y los criterios de significación clínica utilizados-; y 4) no se exigen datos de seguimiento para verificar que las mejoras se mantienen a medio y largo plazo.

Es necesario trabajar en la elaboración de una guía consensuada sobre el tipo de variables dependientes que deben seleccionarse y sobre los criterios de éxito que deben utilizarse en cada trastorno. Asimismo, habría que realizar muchos más estudios para evaluar tanto la generalización de los resultados obtenidos en condiciones controladas a la práctica clínica como la eficiencia de las terapias psicológicas. Finalmente, es importante potenciar el trabajo conjunto de clínicos e investigadores de las diferentes orientaciones; esto permitiría evaluar la eficacia diferencial de los tratamientos derivados de los diferentes modelos mediante estudios en los que un especialista de cada orientación aplicara el correspondiente programa de intervención.

Referencias

- Anderson, E.M. y Lambert, M.J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514.
- Antonuccio, D.O., Thomas, M. y Danton, W.G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, 28, 187-210.
- Bados, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13, 453-464.
- Berenguer, G. y Quintanilla, I. (1994). La imagen de la psicología y los psicólogos en el estado español. *Papeles del Psicólogo*, 58, 41-68.
- Botella, L. y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido y J. García (comps.), *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.
- Castañeda, I. y Mira, J.J. (1998). Abandono de las consultas en salud mental: Estudio sobre los factores que determinan su interrupción prematura. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 11, 42-52.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Johnson, S.B., McCurry, S.,

- Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies: II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-15
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D.L. y Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.
- DeRubeis, R.J. y Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- Durham, R.C., Fisher, P.L., Treiving, L.R., Hau, C.M., Richard, K. y Stewart, J.B. (1999). One year follow-up of cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalised anxiety disorder: Symptom change, medication usage and attitudes to treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 19-35.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Elliott, R., Stiles, W.B. y Shapiro, D.A. (1993). Are some psychotherapies more equivalent than others? En T.R. Giles (ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 455-479). Nueva York: Plenum.
- Febbraro, G.A.R., Clum, G.A., Roodman, A.A. y Wright, J.H. (1999). The limits of bibliotherapy: A study of the differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks. *Behavior Therapy*, 30, 209-222.
- Gabbard, G.O., Lazar, S.G., Hornberger, J. y Spiegel, D. (1997). The economic impact of psychotherapy: A review. *American Journal of Psychiatry*, 154, 147-155.
- García, E., Bados, A. y Saldaña, C. (1998). La eficacia de la intervención psicoterapéutica: Una reflexión crítica. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 16, 23-48.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed.) (pp. 190-228). Nueva York: Wiley.
- Gatz, M., Fiske, A., Fox, L.S., Kaskie, B., Kasl-Godley, J.E., McCallum, T.J. y Wetherell, J.L. (1998). Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health Aging*, 41, 9-46.
- Giles, T.R. (ed.) (1993). *Handbook of effective psychotherapy*. Nueva York: Plenum.
- Giles, T.R., Neims, D.M. y Prial, E.M. (1993). The relative efficacy of prescriptive techniques. En T.R. Giles (ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 21-39). Nueva York: Plenum.
- Gortner, E.T., Gollan, J.K., Dobson, K.S. y Jacobson, N.S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384.
- Greenberg, L.S., Elliott, R. y Lietaer, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. En A. Bergin y S. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 509-539). Nueva York: Wiley.
- Hamilton, K.E. y Dobson, K.S. (2001). Empirically supported treatments in psychology: Implications for international promotion and dissemination. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 35-51.
- Henry, W.P., Strupp, H.H., Schacht, T.E. y Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. En RIPC/S/IJCHP, Vol. 2, N° 3

- A.E. Bergin y S.L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed., pp. 467-508). Nueva York: Wiley.
- Hollon, S.D. (1996). The efficacy and effectiveness of psychotherapy relative a medications. *American Psychologist*, *51*, 1025-1030.
- Journal of Child Clinical Psychology* (1998). Special issue: Empirically supported psychosocial interventions for children, *27*, 138-226.
- Kendall, P.C y Chambless, D.L. (eds.). (1998). Empirically supported psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 3-167.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson
- Lambert, M.J. y Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed.) (pp. 143-189). Nueva York: Wiley.
- Matt, G.E. y Navarro, A.M. (1997). What meta-analysis have and have not taught us about psychotherapy effects: A review and future directions. *Clinical Psychology Review*, *17*, 1-32.
- Méndez, F.X., Sánchez, J. y Moreno, P.J. (2001). Eficacia de los tratamientos psicológicos para la fobia social: Un tratamiento meta-analítico. *Psicología Conductual*, *9*, 39-59.
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*, 311-332.
- Mumford, E., Schlesinger, H.J., Glass, G.V., Patrick, C. y Cuerdon, T. (1984). A new look at evidence about reduced cost of medical utilization following mental health treatment. *American Journal of Psychiatry*, *141*, 1145-1158.
- Nathan, P. y Gorman, J. (eds.) (1998). *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S. y McCallum, M. (1999). Transference interpretation in short-term dynamic psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*, 571-578.
- Otto, M.W., Pollack, M.H. y Maki, K.M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: Costs, benefits, and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 556-563.
- Pekarik, G. (1993). Beyond effectiveness: Uses of consumer-oriented criteria en defining treatment success. En T.R. Giles (ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 409-436). Nueva York: Plenum.
- Pérez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Roth, A.D. y Fonagy, O. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Nueva York: Guilford.
- Sánchez, C., Elvira, A, Llompert, M., de Flores, T. y Bados, A. (2000, noviembre). *Terapia cognitivo-conductual en agorafobia: Análisis de componentes*. Poster presentado en el XXX Congress of the European Association for Behavioural & Cognitive Therapies. Granada, España.
- Schaeffer, J.A. (1998). Transference and countertransference interpretations: Harmful o helpful in short-term dynamic therapy? *American Journal of Psychotherapy*, *52*, 1-17.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, *50*, 965-974.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M. y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *126*, 512-529.

- Spirito, A. (ed.) (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology, 24*, 87-174.
- Svartberg, M. y Stiles, T.C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 704-714.
- Wilson, J.J. y Gil, K.M. (1996). The efficacy of psychological and pharmacological interventions for the treatment of chronic disease-related and non-disease-related pain. *Clinical Psychology Review, 51*, 17-21.