

Formación en y difusión de los tratamientos psicológicos empíricamente validados (TEV).

Informe y recomendaciones

COMISIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS PSICOLÓGICOS¹

American Psychological Association

A petición de David Barlow, Presidente de la División 12, y bajo el patrocinio de la Sección III², se constituyó esta Comisión para valorar ante los clientes y las aseguradoras³ la formación de los psicólogos clínicos en psicoterapias eficaces. A falta de los enormes presupuestos de promoción y de personal de ventas de las empresas farmacéuticas, los psicólogos clínicos trabajan en desventaja para difundir hallaz-

gos importantes sobre las innovaciones en los procedimientos psicológicos. A pesar de los grandes pasos dados en el desarrollo y la validación de tratamientos eficaces, no está claro que los beneficios de nuestro enfoque sean ampliamente apreciados, incluso por otros psicólogos clínicos.

Creemos que si el público ha de beneficiarse de la disponibilidad de psicoterapias eficaces y, si la psicología clínica ha

1. La *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* estuvo presidida por Dianne L. Chambless y formaron también parte de ella Mark Gilson, Karen Babich, Robert Montgomery, Paul Crits-Christoph, Robert Rich, Ellen Frank, Jane Steinberg y Joel Weinberger.

La Comisión reconoce y agradece la ayuda de las siguientes personas en el desarrollo de este Informe: Cindy Brody, Jordan Kart, Karen Burchhauser, Dimitrios Kiosses, Andre Eig, Leslie Lichtenstein, Rachel Ember y Jonathan Shedler. La Dra. Chambless reconoce agradecida el apoyo del *Center for Psychotherapy Research* de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pennsylvania durante la preparación de este Informe.

La Comisión da la bienvenida a comentarios y recomendaciones sobre su Informe. Dichos comentarios deben enviarse a Dianne L. Chambless, Ph.D., Dept. of Psychology, The American University, Washington, DC 20016-8062. Correo electrónico: chambless@email.unc.edu

Este texto fue originalmente publicado en *The Clinical Psychologist*, 48 (1), 3-23 (Traducción: Francisco Javier Carrascoso López. *Revisión técnica*: Francisco Dionisio Casado Cañero). Publicado con autorización de la APA.

2. La División 12 es la división de Psicología Clínica en la *American Psychological Association* (APA). La Sección III de la División 12, es la Sociedad para una Ciencia de la Psicología Clínica (N. del T.).

3. En Estados Unidos, como en España, los honorarios por sesiones de psicoterapia pueden ser costeados por un seguro o una mutua. También agencias federales como el *National Institute of Mental Health* (NIHM) y a otras instancias que pueden financiar un tratamiento individual, o proporcionar fondos para la investigación en los tratamientos psicológicos (N. del T.).

de sobrevivir en este auge de la psiquiatría biológica, la *American Psychological Association* (APA) debe actuar para enfatizar el valor de lo que tenemos que ofrecer: una amplio y variado repertorio de psicoterapias de eficacia probada. Sugerimos que los psicólogos tienen una ventaja en ser los principales científicos en el campo de la psicoterapia. Dados los limitados recursos a disposición de la APA, debemos ponernos al frente de nuestros efectivos y subrayar nuestros logros en las intervenciones psicológicas basadas en los datos.

Compuesta por psicólogos clínicos de departamentos de psicología, escuelas de medicina y de la práctica privada, junto con expertos en intercambio de conocimiento, esta Comisión consideró los siguientes asuntos: la formación de los estudiantes de niveles predoctoral e interno y de los profesionales, y la promoción de las intervenciones psicológicas entre los gestores de los servicios sanitarios y el público. La comisión incluía miembros representantes de diversas perspectivas teóricas (psicodinámica, interpersonal y cognitivo-conductual) para enfatizar nuestro compromiso en la promoción de todas las psicoterapias de valor probado, antes que aquéllas de alguna única escuela. Una versión preliminar de este informe fue presentada en la reunión de la APA en Toronto con el objeto de obtener la opinión de los miembros. Lo que sigue es el informe revisado.

Este y sus recomendaciones fueron adoptados por la Junta Directiva de la División 12 en su reunión de octubre de 1993. Cada sección contiene recomendaciones de funcionamiento para la APA.

I. Definición de tratamiento empíricamente validado

Aunque existe una vasta literatura sobre la eficacia⁴ de diferentes abordajes en psicoterapia, no toda la literatura hace referencia a conclusiones actualizadas sobre la eficacia del tratamiento. El bien conocido meta-análisis de Smith, Glass y Miller (1980), por ejemplo, convenció a muchos de que una evidencia sustancial demostraba la eficacia de los tratamientos psicosociales. Sin embargo, a pesar de los 475 estudios revisados en el meta-análisis, varios factores pesaron contra el cambio hacia la formación basada en la evidencia. Uno de ellos era que el grueso de los estudios revisados por Smith y cols., fueron realizados con sujetos que no buscaban tratamiento por problemas clínicos (Andrews y Harvey, 1981). Aunque algunos de estos estudios enfatizaban los problemas clínicos, la revisión precedió a la llegada del DSM-III en 1980, que representó un gran avance en la categorización fiable de los trastornos clínicos. Finalmente, y tal vez lo más importante, los estudios incluidos en la revisión de Smith y cols. precedieron a

4. En todo el texto empleamos *eficacia* de modo sistemático. En inglés, así como en castellano, a menudo los términos *efficacy*, *effectiveness* y *efficiency* (eficacia, efectividad y eficiencia) son empleados como sinónimos. En la literatura reciente sobre los tratamientos psicológicos, sin embargo, se los tiende a considerar términos distintos. En la actualización de 1998 del presente informe, los autores comentan explícitamente que hasta la fecha su trabajo de revisión bibliográfica se ha limitado a la *eficacia* de los tratamientos psicológicos, dejando de lado provisionalmente las cuestiones de la efectividad y la eficiencia. Este comentario, así como el propio contexto del texto, nos animó a emplear sistemáticamente *eficacia* en nuestra traducción (N. del T.).

la estandarización de los tratamientos en los estudios de investigación mediante el uso de manuales⁵.

Con la excepción de algunos tratamientos conductuales altamente específicos, que probablemente fueron descritos con suficiente detalle para permitir la replicación de los estudios y una adecuada formación de los terapeutas, el volumen de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) marcó el comienzo de la disponibilidad de un manual para la adecuada administración del tratamiento a un problema específico de un paciente. Desde aquel momento, los manuales de tratamiento se han convertido en un elemento exigido en la investigación en tratamiento psicosocial (Luborsky y DeRubeis, 1984). La evidencia de que los manuales uniformizan con éxito el tratamiento se ha ido acumulando (Crits-Cristoph y cols., 1991). Tal estandarización y definición precisa del tratamiento a través de manuales y otros procedimientos, reduce los problemas metodológicos producidos por los resultados variables del terapeuta y conducen a recomendaciones clínicas más específicas (Crits-Cristoph y Mintz, 1991). Aunque ha habido relativamente pocos estudios de eficacia de los tratamientos dirigidos por manuales para pacientes con problemas o trastornos específicos, en comparación al gran número de estudios revisados por Smith y cols. (1980), la investigación de los pasados quince años ha sustanciado la eficacia de algunos tratamientos psicosociales.

La pregunta de si la evidencia de la investigación es adecuada para autorizar la implementación de un tratamiento es especialmente relevante en el ambiente actual, en

el que grupos profesionales y de otro tipo están elaborando recomendaciones clínicas basadas en la literatura de investigación (*American Psychiatric Association*, 1993). Desde una perspectiva investigadora, ningún tratamiento está jamás totalmente validado; siempre hay más preguntas que hacer (por ejemplo, sobre efectos inespecíficos o sobre los componentes esenciales, o sobre características de los clientes que podrían hacer a este tratamiento menos eficaz que otro). Hasta cierto punto, entonces, la decisión sobre si un tratamiento particular cuenta con suficiente validación empírica para autorizar su difusión, para una extensa formación clínica y para su implementación, descansará sobre el uso de criterios que, de algún modo, son arbitrarios.

A consecuencia de la arbitrariedad de dibujar la línea de lo que constituye suficiente evidencia de la eficacia de un tratamiento, hemos propuesto dos categorías: *tratamientos bien establecidos*, y *tratamientos probablemente eficaces*. Sugerimos que los tratamientos que no hayan sido establecidos al menos como probablemente eficaces sean considerados *tratamientos experimentales*. Queremos enfatizar que nuestra intención no es declarar que el tratamiento derivado de una orientación teórica dada (por ejemplo, la terapia interpersonal) es eficaz en general. Más bien, sugerimos que las psicoterapias pueden ser establecidas como eficaces para un problema particular (por ejemplo, la terapia interpersonal de la depresión). Aunque algunos psicólogos rechazan las descripciones en base a grupos diagnósticos de las muestras de clientes, creemos que ningún

5. Para evitar redundancias aquí y en otros lugares del texto, se ha traducido *treatment manual* (en el original inglés) simplemente por *manual* (N. del T.).

tratamiento funcionará con todos los problemas, y es esencial verificar qué tratamientos funcionan para qué tipos de problemas. Advertimos que no nos hemos casado con el sistema DSM. Antes bien, urgimos a los investigadores en psicoterapia a proporcionar definiciones suficientemente claras de sus muestras para que los lectores puedan determinar los límites apropiados de generalización de sus resultados de investigación.

Nuestros criterios están resumidos en las tablas 1 y 2. Reconocemos que estos criterios son un tanto arbitrarios, y que otros criterios podrían ser igualmente importantes. Por ejemplo, es importante considerar la significación clínica (Jacobson y Revenstorf, 1988) en oposición a la significación estadística de un tratamiento. Además, en algunos casos, puede haberse demostrado mediante un ensayo abierto sin una condición de control,

que un tratamiento para un trastorno para el que ningún otro tratamiento se ha mostrado exitoso, es enormemente potente. Podría argumentarse que, incluso sin evidencia de estudios controlados de resultado, un tratamiento tal debería difundirse, pues parece muy prometedor y ningún otro tratamiento ha sido exitoso. Sin embargo, es probable que los resultados de los estudios controlados o de una gran serie de diseños de caso único se mantengan como la fuente de la mayoría de las decisiones políticas y de las recomendaciones clínicas. Más aún, creemos que establecer la eficacia en contraste con un grupo control de lista de espera no es suficiente. Confiar en tal evidencia dejaría a los psicólogos en una seria desventaja cara a cara con los psiquiatras, quienes pueden indicar numerosos ensayos con placebo a doble ciego que apoyan la validez de sus intervenciones.

Tabla 1. Criterios para los tratamientos empíricamente validados: tratamientos bien establecidos.

Un tratamiento empíricamente validado satisface uno de estos dos criterios:

Criterio I. Avalan el tratamiento al menos dos buenos estudios con diseño de grupos, realizados por diferentes investigadores, que demuestran su eficacia de uno o más de los siguientes modos:

- a) Eficacia superior al fármaco, o al placebo psicológico, o a otro tratamiento.
- b) Eficacia equivalente a un tratamiento ya establecido en estudios con adecuada potencia estadística (alrededor de 30 sujetos por grupo; cfr. Kazdin y Bass, 1989).

Criterio II. Avalan el tratamiento una gran serie de estudios con diseños de caso único que demuestran la eficacia. Estos estudios deben haber:

- a) Utilizado buenos diseños experimentales y
- b) Comparado la intervención con otro tratamiento como en el punto I.a.

Criterios adicionales tanto para I como para II:

Criterio III. Los estudios deben realizarse con manuales de tratamiento.

Criterio IV. Las características de las muestras de clientes deben estar claramente especificadas.

Tabla 2. Criterios para los tratamientos empíricamente validados: tratamientos probablemente eficaces.

Un tratamiento probablemente eficaz satisface alguno de estos cuatro criterios:

Criterio I. Dos estudios mostrando que el tratamiento es más eficaz que un grupo control de lista de espera.

Criterio II. Dos estudios que de otro modo cumplan los criterios I, III y IV para los tratamientos bien establecidos, pero están realizados por el mismo investigador. O un buen estudio que demuestre la eficacia por estos mismos criterios.

Criterio III. Al menos dos buenos estudios demostrando eficacia pero defectuosos por la heterogeneidad de las muestras de clientes.

Criterio IV. Una pequeña serie de estudios con diseño de caso único que de otro modo cumplen los criterios II, III y IV para los tratamientos bien establecidos.

Por cuestiones de tiempo, no intentamos revisar exhaustivamente la literatura para encontrar todos los tratamientos que reunieran los criterios arriba indicados. Más bien, los miembros de la Comisión generaron rápidamente una lista de tratamientos que creían empíricamente verificados y buscamos investigación que documentara estas impresiones. Esta lista se convirtió en la base para dos informes de los que se dará cuenta en posteriores secciones. Aunque nuestra lista es incompleta, proporciona documentación en un vistazo de lo que la psicología clínica científica puede ofrecer.

Recomendamos que se establezca una lista completa de tratamientos de eficacia documentada y que sea actualizada tan pronto se proporcione nueva evidencia.

Deseamos enfatizar que no debe concluirse que un tratamiento ausente de nuestra lista no se ha mostrado que sea eficaz; simplemente, podemos haberlo pasado por alto en nuestra revisión de la literatura, o

puede haber aparecido nueva literatura desde el momento de nuestra revisión.

Los tratamientos están listados en la tabla 3, junto con las citas de la demostración de su eficacia. Las citas listadas son, o de estudios específicos de eficacia, o de artículos de revisión que resumen un cuerpo de literatura sobre un tratamiento. Típicamente, la evidencia de eficacia se basó en medidas del problema de presentación (por ejemplo, medidas de autoinforme o entrevistas para la depresión), aunque algunas veces los investigadores también proporcionaron evidencias de cambio en medidas generalizadas de adaptación.

Encontramos que los tratamientos psicodinámicos fueron especialmente difíciles de categorizar empleando nuestras denominaciones. Particularmente deseamos hacer observaciones sobre este punto, porque advertimos que nuestras conclusiones podrían ser controvertidas. En una reciente revisión de estudios de terapia dinámica breve, Crits-Cristoph (1992) concluyó que existe evidencia de que estos tratamientos son superiores a la lista de espera

Tabla 3. Ejemplos de tratamientos empíricamente validados.

Tratamientos bien establecidos	Evidencia de eficacia
Terapia cognitiva de Beck para la depresión	Dobson (1989)
Modif. de cd. con individuos con problemas del desarrollo	Scotti y cols. (1981)
Modificación de conducta para la enuresis y la encopresis	Kupfersmid (1989) Wright y Walker (1978)
Terapia de conducta para la cefalea y el síndrome del intestino irritable	Blanchard y cols. (1987) Blanchard y cols. (1980)
Terapia de conducta para la disfunción orgásmica femenina y eréctil masculina	LoPiccolo y Stock (1986) Auerbach y Kilmann (1977)
Terapia marital conductual	Azrin, Bersalel y cols. (1980) Jacobson y Follette (1985)
Terapia cognitivo-conductual para el dolor crónico	Keefe y cols. (1992)
Terapia cognitivo-conductual para el trastorno de angustia con y sin agorafobia	Barlow y cols. (1989) Clark y cols. (en prensa)
Terapia cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad generalizada	Butler y cols. (1991) Borkovec y cols. (1987) Chambless y Gillis (1993)
Tratamiento de exposición para las fobias (agorafobia, fobia social, fobia simple) y el trastorno por estrés postraumático	Mattick y cols. (1990) Trull y cols. (1988) Foa y cols. (1991)
Exposición y prevención de respuesta para el trastorno obsesivo-compulsivo	Marks y O'Sullivan (1988) Steketee y cols. (1982)
Programas de educación familiar para la esquizofrenia	Hogarty y cols. (1986) Falloon y cols. (1985)
Terapia grupal cognitivo-conductual para la fobia social	Heimberg y cols. (1990) Mattick y Peters (1988)
Terapia interpersonal para la bulimia	Fairburn y cols. (1993) Wilfley y cols. (1993)
Terapia interpersonal para la depresión de Klerman y Weissman	DiMascio y cols. (1979) Elkin y cols. (1989)
Programa de entrenamiento de padres para niños con comportamiento oposicionista	Wells y Egan (1988) Walter y Gilmore (1973)
Desensibilización sistemática para la fobia simple	Kazdin y Wilcoxin (1976)
Programas de economía de fichas	Lieberman (1972)

Tratamientos probablemente eficaces	Evidencia de eficacia
Relajación aplicada al trastorno de pánico	Öst (1988) Öst y Westling (1991)
Terapias psicodinámicas breves	Piper y cols. (1990) Shefler y Dasberg (1989) Thompson y cols. (1987) Winston y cols. (1991) Woody y cols. (1990)
Modificación de conducta para delinquentes sexuales	Marshall y cols. (1991)
Terapia de conducta dialéctica para el trastorno límite de la personalidad	Linehan y cols. (1991)
Terapia de parejas enfocada en las emociones	Johnson y Greenberg (1985)
Reversión del hábito y técnicas de control	Azrin, Nunn y Frantz (1980) Azrin, Nunn y Frantz-Renshaw (1980)
Tratamiento psicoeducativo para la depresión de Lewinsohn	Lewinsohn y cols. (1989)

e iguales a otros tratamientos estándar. Aunque los siete estudios de terapia dinámica breve revisados por Crits-Cristoph (1992) emplearon guías o manuales de tratamiento, no hubo dos estudios que aplicaran el mismo modelo de tratamiento a la misma población de pacientes. Estos modelos de tratamiento, tomados individualmente, no califican como teniendo una adecuada evidencia de eficacia para nuestra categoría de *tratamientos bien establecidos*. Varios estudios, sin embargo, sugieren que los tratamientos de terapia dinámica breve son, empleando nuestros criterios, *tratamientos probablemente eficaces*. Éstos incluyen el estudio de Thompson, Gallagher y Brechenridge (1987), demostrando que la terapia dinámica breve es igual de eficaz que las terapias cognitivas y conductuales en el tratamiento de la depresión geriátrica, y el estudio de Woody, Luborsky, McLellan y O'Brien (1990), que muestra que la terapia dinámica breve añade algo a los beneficios derivados del

counseling sobre drogas en adictos a los opiáceos. Sin embargo, nuestro estudio (descrito en las secciones II y III de este Informe) no preguntaba sobre estos tratamientos particulares con estas poblaciones. Además, tres estudios (Piper y cols., 1990; Shefler y Dasberg, 1989; Winston y cols., 1991) encontraron que varias formas de terapia dinámica breve eran mejores que la lista de espera para grupos heterogéneos de pacientes. Aunque cada terapia dinámica breve debería ser evaluada por derecho propio, dado el estado de la literatura de investigación sobre estos tratamientos, decidimos considerarlas todas como una clase y con la designación de *probablemente eficaces*.

Debería advertirse también que existen otros muchos estudios de terapia dinámica que no reúnen los requisitos para proporcionar la evidencia de eficacia basada en los criterios que hemos aplicado. Estos estudios fueron principalmente realizados antes de la aparición de los manua-

les de tratamiento. Con la terapia dinámica en particular, el uso de manuales resulta crucial para lograr algún grado de especificación del tratamiento. Esto se debe a que la rúbrica *dinámica* abarca un amplio espectro de tratamientos y a que terapeutas de estilos y niveles variados de formación se caracterizan a sí mismos como orientados dinámicamente. Así, en cuanto a los estudios de terapia dinámica en los que no se utilizó manual de tratamiento alguno, hay una pregunta real acerca de qué terapia fue realmente empleada por cada terapeuta participante. A la luz del gran número de miembros de la APA que practican la psicoterapia psicodinámica, por el interés de la profesión y del público, *concluimos que es crítico que se obtenga más evidencia de la eficacia sobre los resultados de las terapias psicodinámicas en trastornos específicos si este tratamiento clínicamente verificado ha de sobrevivir en el mercado actual.*

II. Formación predoctoral en los tratamientos psicológicos empíricamente validados

La aplicación de la investigación a la práctica clínica ejemplifica el modelo del profesional-científico de la psicología clínica. De hecho, los psicólogos clínicos han estado en la vanguardia de la investigación en psicoterapia y han desarrollado un cuerpo de datos documentando la eficacia de los procedimientos psicológicos derivados de diversas perspectivas teóricas. Sin embargo, no está claro si los educadores en psicología clínica enseñan a sus doctorandos a ser conscientes de, y competentes en, la aplicación de estos tratamientos. En esta sección (1) informamos de los resultados del estudio de la comisión evaluando la actual formación predoctoral en los trata-

mientos empíricamente validados, (2) describimos nuestras recomendaciones para los procedimientos de formación y (3) hacemos recomendaciones para que la APA desempeñe un papel facilitador en la promoción de la formación predoctoral en tales tratamientos.

Fue enviado por correo una encuesta-cuestionario a los 167 directores de los programas de doctorado en Psicología Clínica, tanto Ph.D. como Psy.D. de los Estados Unidos y Canadá que están acreditados por la *American Psychological Association*. De éstos, 146 ofrecen el Ph.D. en Psicología Clínica y 21 tienen acreditación para sus programas de Psy.D. En el cuestionario estaban listadas las modalidades de tratamiento de la tabla 3. Los directores clínicos fueron instruidos para que comprobaran en la primera columna del cuestionario aquellos abordajes que se impartían didácticamente en sus programas. En la segunda columna, tenían que indicar si tenían disponible un trabajo clínico supervisado y formal durante sus programas para las distintas orientaciones de tratamiento. Se aseguró a los directores que sus respuestas se mantendrían en el anonimato. Aproximadamente un mes después del primer envío por correo, una segunda copia del cuestionario fue enviada a los directores de aquellos programas que aún no habían respondido. Nuestro intento final de recibir los cuestionarios completados se realizó un mes después del segundo envío por correo.

En conjunto, recibimos una respuesta positiva de los programas que completaron el estudio de las aproximaciones de tratamiento. De los 167 directores a los que se envió el cuestionario, respondieron 138 (una proporción de respuesta del 83%), de los cuales 135 proporcionaron datos útiles. La tabla 4 lista los tratamientos y los porcentajes de programas que ofrecen forma-

ción en ellos. Es de notar en los resultados de nuestro estudio que el porcentaje de programas que proporcionan formación en un tratamiento en forma de cursos tiende a ser similar al porcentaje de programas que ofrecen trabajo clínico supervisado. En cuanto a los tratamientos relacionados en

la tabla 4, la correlación media entre enseñar acerca de un tratamiento en un curso y ofrecer formación práctica supervisada era de 0.44. Así, existía cierta tendencia en los programas a ofrecer tanto formación didáctica como formación práctica en el tratamiento, o bien ninguna de ellas.

Tabla 4. Porcentajes de programas de doctorado aprobados por la APA que ofrecen formación en tratamientos empíricamente validados)1. formación impartida en cursos 2: trabajo clínico supervisado)

Tratamientos bien establecidos	1	2
Terapia cognitiva de Beck para la depresión	89.6	80.0
Modificación de conducta con individuos con problemas del desarrollo	34.1	36.3
Modificación de conducta para la enuresis y la encopresis	45.2	40.0
Terapia de conducta para la cefalea y el síndrome del intestino irritable	38.5	40.7
Terapia de conducta para la disfunción orgásmica femen. y eréctil mascul.	38.5	27.4
Terapia marital conductual	57.0	60.7
Terapia cognitivo-conductual para el dolor crónico	47.4	46.7
Terap. cognitivo-conductual para trastorno de angustia con y sin agorafobia	64.4	69.6
Terapia cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad generalizada	69.6	67.0
Tratamiento de exposición para las fobias (agorafobia, fobia social, fobia simple) y el trastorno por estrés postraumático	64.4	59.3
Exposición y prevención de respuesta para el trast. obsesivo-compulsivo	58.5	48.1
Programas de educación familiar para la esquizofrenia	24.4	22.2
Terapia grupal cognitivo-conductual para la fobia social	24.4	19.3
Terapia interpersonal para la bulimia	20.7	31.9
Terapia interpersonal para la depresión de Klerman y Weissman	25.9	16.3
Prog. de entrenam. de padres para niños con comportamiento oposicionista	57.8	60.0
Desensibilización sistemática para la fobia simple	68.9	62.2
Programas de economía de fichas	45.2	25.2

Tratamientos probablemente eficaces	1	2
Relajación aplicada al trastorno de pánico	65.9	72.6
Terapias psicodinámicas breves	65.9	61.5
Modificación de conducta para delinquentes sexuales	23.7	27.4
Terapia de conducta dialéctica para el trastorno límite de la personalidad	17.0	16.3
Terapia de parejas enfocada en las emociones	39.3	46.7
Reversión del hábito y técnicas de control	41.5	35.6
Tratamiento psicoeducativo para la depresión de Lewinsohn	36.3	16.3

En cuanto a los tratamientos impartidos en los cursos, el tratamiento típico se ofrecía en un 47% de los programas. Esta cifra, sin embargo, es engañosa a causa de la alta variabilidad de tratamiento a tratamiento. El tratamiento típico de nuestra lista era impartido en prácticas (trabajo clínico supervisado) en el 44% de los programas de la APA. De nuevo, había una alta variabilidad. Los programas de graduado en psicología clínica proporcionaron, como promedio, formación didáctica en un 46% de los 25 tratamientos bien establecidos y probablemente eficaces listados en el cuestionario. Los porcentajes de tratamientos que reciben cobertura en los cursos en un programa dado oscilaron del 0% al 96%. Resultados similares se encontraron en la formación clínica supervisada en los enfoques de tratamiento ofrecidos por los programas. Una media del 44% de las modalidades de tratamiento fue impartida en prácticas por cada programa, con una amplia variabilidad similar del 0% al 92%.

Estuvimos muy preocupados con cómo muchos programas podrían estar haciendo un trabajo inadecuado de introducción de los estudiantes a los tratamientos empíricamente documentados. Para examinar esta cuestión, definimos aproximadamente la cobertura mínima de tratamientos validados como estar enseñando un 25% de los tratamientos en cursos didácticos y al menos dos en prácticas. Definimos nuestro estándar a la baja porque la evidencia empírica de algunos de los tratamientos era relativamente reciente (los últimos años), y sin duda dejamos de incluir algunos tratamientos validados en nuestra lista. De acuerdo con el informe de los directores clínicos, el 22% de los programas proporcionaba cobertura didáctica de menos del 25% de los tratamientos validados, mien-

tras que cuatro programas no proporcionaban formación clínica en ninguno de los tratamientos empíricos, y uno proporcionaba formación sólo en un tratamiento. Estos hallazgos son preocupantes dado que sugieren que, en un programa aprobado por la APA de cada cinco, pueden estar pobremente enfatizados los tratamientos empíricamente validados.

Nuestros resultados indican que los programas de doctorado de la APA en psicología clínica están enseñando muchos de los tratamientos psicosociales empíricamente validados. Ésta es una constatación positiva sobre nuestros programas de formación, pues parece que existe un fuerte interés en atender la evolución de la literatura de investigación. A pesar de esta tendencia, sin embargo, existen razones para creer que los programas de la APA podrían mejorar en este área. Una de ellas es que parece posible que los programas puedan proporcionar alguna cobertura de la mayoría, si es que no de todos, los tratamientos empíricamente validados en los cursos. Haciendo que los estudiantes tomen conciencia de la literatura de investigación relevante, junto con discusiones breves de la naturaleza del tratamiento per se, los estudiantes pueden buscar formación clínica en tratamientos específicos de interés durante su internado o sus años de formación postdoctoral. Si, sin embargo, los estudiantes no reciben exposición alguna a un tratamiento y a su fundamento empírico durante sus cursos, es más probable que restrinjan sus intereses clínicos al número menor de tratamientos al que son expuestos en su formación práctica y de internado. Que más del 20% de los programas no impartan nada sobre el 75% o más de los tratamientos empíricamente validados es de particular preocupación a este respecto.

En cuanto a la formación práctica supervisada, es comprensible que los programas no puedan formar a los estudiantes en un gran número de enfoques de tratamiento. Esto podría deberse a la inaccesibilidad a ciertas poblaciones (por ejemplo, delinquentes sexuales), a la inexistencia de supervisores experimentados en el enfoque o, simplemente, a las limitaciones de tiempo del calendario de los estudiantes. Puesto que es probable que estos factores limiten severamente la amplitud de las experiencias clínicas supervisadas que los estudiantes pueden recibir, es sorprendente que no encontráramos una diferencia mayor entre los porcentajes de los programas que enseñan sobre un tratamiento en un curso, versus aquellos que proporcionan experiencia clínica supervisada. Esta falta de discrepancia podría explicarse en términos de cómo interpretaban los directores de los programas el cuestionario. En particular, las instrucciones del cuestionario no especificaban qué constituye una cantidad significativa de cobertura de un tratamiento en un curso (¿cinco minutos de discusión de un tratamiento? ¿un curso entero sobre un tratamiento?) ni especificaban una cantidad significativa de formación clínica supervisada (¿un paciente? ¿entrenamiento hasta llegar a un grado de competencia, incluyendo la evaluación objetiva del grado en que se ha aprendido el tratamiento?). Los directores probablemente respondieron al cuestionario en términos de cualquier exposición a un tratamiento, indiferentes a si la exposición era significativa. Si hubiéramos preguntado sobre la experiencia clínica supervisada que forme a los estudiantes hasta hacerles competentes, parece probable que los porcentajes de programas que proporcionan tal formación para cada tratamiento habrían sido sustan-

cialmente más bajos que los resultados que hemos presentado.

Además de recomendar que los programas de la APA proporcionen más información en los cursos sobre los tratamientos empíricamente validados, en ese caso, podemos recomendar que los programas de la APA hagan mayores esfuerzos para proporcionar experiencia clínica supervisada en un subconjunto de tratamientos (debido a las limitaciones prácticas) que hayan sido empíricamente validados. En este contexto, sin embargo, es importante asegurar de nuevo que los estudiantes sean expuestos a los datos de toda la extensión de los tratamientos empíricamente validados, de modo que no estrechen sus creencias e intereses prematuramente, basándose en el subconjunto de tratamientos para los que reciban formación práctica.

¿Qué puede hacer la APA para facilitar más formación en los tratamientos empíricamente validados a nivel predoctoral? Pueden hacerse diversas recomendaciones.

Urgimos a quienes acuden a la APA buscando la acreditación de sus programas de doctorado, dar la máxima prioridad a la formación en los tratamientos empíricamente validados.

La cantidad de cobertura de ciertos tratamientos en los cursos podría examinarse a través de una revisión de las lecturas recomendadas. En cuanto al *prácticum*, podría registrarse la cantidad de formación que se proporciona en diferentes modalidades y, en particular, investigar hasta qué punto forma parte del currículum de los estudiantes el entrenamiento en competencias en los tratamientos empíricamente validados. Esta información podría recogerse mediante entrevistas con supervisores y estudiantes.

Una vez que los programas de graduado⁶ comprendan que proporcionar formación en los tratamientos empíricamente validados es un criterio de acreditación, sería más probable que los programas buscaran supervisores con habilidades específicas en estos tratamientos cuando incorporaran nuevos supervisores para su programa. Además de los supervisores externos, la formación clínica proporcionada por el personal a tiempo completo de la Facultad también puede moldearse en esta dirección. Cuando se contratara a nuevos profesores de Facultad, un programa podría estar atento a la solvencia de un aspirante para traer un alto nivel de formación en un tratamiento empíricamente validado que no estuviera representado en ese momento en dicho programa. Más aún, la APA podría definir líneas directrices de formación continuada de los actuales profesores de la Facultad, de modo que llegaran a ser más competentes en ciertos métodos de tratamiento.

La difusión de los tratamientos empíricamente validados podría agilizarse también haciendo más fácilmente asequibles los manuales de tratamiento. Los investigadores que reciben ayuda federal para la psicoterapia desarrollan manuales de tratamiento detallados y clínicamente útiles, que son excelentes recursos para los estudiantes en formación. Sin embargo, mu-

chos manuales aún no están publicados y sólo están disponibles a través de los autores, y su misma existencia no es ampliamente conocida.

Recomendamos que los Education and Practice Directorates faciliten la formación, trabajando con los diversos Institutos Nacionales⁷ para obtener el permiso de los investigadores para la publicación informal de manuales de tratamiento una vez se hayan acumulado los datos de eficacia.

Una lista de tales manuales e instrucciones sobre cómo obtenerlos podría proporcionarse entonces a los directores de formación clínica⁸.

Aunque la comisión ha hecho diversas recomendaciones para la difusión de los tratamientos empíricamente validados, es importante indicar también que no estamos sugiriendo que toda la formación clínica se restrinja a estos tratamientos en este momento. Está claro que se necesita mucha más investigación sobre eficacia del tratamiento. Ciertamente, existen tratamientos que han ganado una aceptación clínica relativamente amplia debido a las observaciones clínicas de que son eficaces con muchos pacientes, pero para los cuales existen datos de resultado poco o nada controlados y sistemáticos. Los programas de formación pueden elegir continuar ense-

6.El equivalente formal a los estudios de licenciatura en nuestro país. Preferimos en este lugar la traducción literal ("programas de graduado"), dado que los contenidos, el diseño de los itinerarios curriculares y la capacitación profesional final obtenida de un programa de graduado en Estados Unidos, y los de la licenciatura en Psicología en nuestro país no son exactamente equivalentes (N. del T.).

7.Entre ellos el *Nacional Institute of Mental Health* (NIMH), que exige a los investigadores cuyos proyectos financie, entre otros requisitos, la elaboración de un manual detallado de todos los procedimientos a emplear en un ensayo clínico controlado, incluidos los de las condiciones de control (N. del T.).

8. Este fue el origen del documento de Sanderson, W.C. y Woody, S. (1995). *Manuals for empirically validated treatments: A project of the Task Force on Psychological Interventions*. Division of Clinical Psychology, APA. *The Clinical Psychologist*, 48 (4), 7-11, no incluido en este dossier (N. del T.).

ñando estos tratamientos además de tratamientos con fundamentos empíricos más sólidos. A largo plazo, sin embargo, los programas deberían moverse cada vez más hacia la concentración de los esfuerzos en la formación de los estudiantes en aquellos métodos que descansan sobre un apoyo empírico firme.

III. Formación de internado en los tratamientos psicológicos empíricamente validados

El 26 de marzo de 1993, enviamos por correo un cuestionario a los 428 directores de programas de internado⁹ aprobados por la APA. Indicamos que estábamos llevando a cabo un análisis de todos los programas aprobados por la APA para *determinar la amplitud de tratamientos psicosociales en los que los internos son formados hasta un nivel de competencia y/o reciben supervisión formal durante su experiencia de un año de duración*. Solicitamos que los directores de los programas devolvieran la lista en torno al 19 de abril, con objeto de facilitar la puntual realización de un informe sobre esta información. Se pidió a los directores que identificaran su programa como exclusivamente adulto, exclusivamente infantil o una combinación de adulto e infantil. Se recibieron doscientos treinta y siete cuestionarios (el 55%) (91 de adultos, 28 de infantiles, y 118 de la combinación). Las respuestas son presentadas en las tablas 5 y 6.

Estos resultados representan una historia de buenas y malas noticias. En primer lugar, deben contemplarse en el contexto de la tasa de respuestas; la tasa de respuestas sugiere que casi la mitad de los responsables de los programas no dieron mayor importancia a la cuestión de la formación que reciben sus internos en materia de tratamientos. Este hecho nos provoca consternación. Entre aquellos que respondieron, el concepto de competencias exigidas al final del programa era raro en los programas exclusivamente adultos y en los programas combinados, aunque no tanto en los programas exclusivamente infantiles. En términos de los tipos de intervenciones para los que se proporciona supervisión formal, la imagen resulta un poco más brillante. Por ejemplo, en los programas exclusivamente adultos, al menos la mitad de los programas que respondieron proporcionaban supervisión en los tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Por otra parte, casi ninguno proporcionaba formación en otro enfoque psicológico bien validado para la depresión: la terapia interpersonal. La intervención con mayor probabilidad de ser requerida para llevarla a cabo (20% de los programas) y para la que había mayor probabilidad de disponibilidad de supervisión (74%), era *otra terapia dinámica breve*, uno de los diversos tratamientos que incluimos en el estudio para los que no existen datos de eficacia que cumplieran nuestros criterios.

9. Los programas de formación en régimen de internado (*Internship training programs*) formalmente son semejantes —aunque en absoluto idénticos— a los programas de formación de especialistas sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, entre ellos el Programa de formación de Psicólogos Internos Residentes, PIR (N. del T.).

Tabla 5. Estudio de la División 12 de los programas de internado aprobados por la APA: porcentajes de tratamientos empíricamente validados en los programas de tratamiento de adultos y combinados de tratamiento de adultos e infantiles. 1: Exigido para la finalización del programa, 1: Proporciona supervisión formal.

TERAPIA	Adultos (N=91)		Adultos e infantil (N=116)	
	1	2	1	2
<i>Tratamientos bien establecidos</i>	1	2	1	2
Terapia cognitiva de Beck para la depresión	14	59	22	66
Modificación de conducta con personas con problemas del desarrollo	0	4	8	26
Modificación de conducta para la enuresis y la encopresis	0	4	7	43
Terap. de conducta para la cefalea y el síndrome del intestino irritable	3	29	6	32
T. de Cd. para la disfunción orgásmica femenina y eréctil masculina	1	20	2	23
Terapia marital conductual	3	36	10	41
Terapia cognitivo-conductual para el dolor crónico	7	49	10	54
T. cognitivo-conduct. para el trastorno de angustia con/sin agorafobia	8	54	15	66
T. cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad generalizada	16	73	24	78
Tratamiento de exposición para las fobias (agorafobia, fobia social, fobia simple) y el trastorno por estrés postraumático	4	26	7	38
Exposición y prevención de respuesta para el tr. obsesivo-compulsivo	4	22	3	36
Programas de educación familiar para la esquizofrenia	3	25	13	50
Terapia grupal cognitivo-conductual para la fobia social	2	14	5	19
Terapia interpersonal para la bulimia	3	22	7	28
Terapia interpersonal para la depresión de Klerman y Weissman	3	8	3	14
Progr. de entrenamiento de padres para niños con comp. opositorista	0	0	17	64
Desensibilización sistemática para la fobia simple	8	48	14	53
Programas de economía de fichas	2	14	9	31
<i>Tratamientos probablemente eficaces</i>	1	2	1	2
Relajación aplicada al trastorno de pánico	14	67	16	70
Terapias psicodinámicas breves: - Luborsky	1	2	2	12
- Mann	2	9	6	15
- Sifneos	0	7	6	14
- Strupp y Binder	2	11	3	9
Modificación de conducta para delinquentes sexuales	2	7	8	26
Terapia de Cd. dialéctica para el trastorno límite de la personalidad	2	11	4	15
Terapia de parejas enfocada en las emociones	7	49	11	42
Reversión del hábito y técnicas de control	4	36	5	31
Tratamiento psicoeducativo para la depresión de Lewinsohn	2	10	3	16

Tabla 6. Estudio de la División 12 de los programas de internado aprobados por la APA: porcentajes de tratamiento empíricamente validados en los programas Infantiles (n=28) (1: exigido para la finalización del programa; 2: proporciona supervisión formal).

Tratamientos bien establecidos	1	2
Terapia cognitiva de Beck para la depresión	25	29
Modificación de conducta con individuos con problemas del desarrollo	29	46
Modificación de conducta para la enuresis y la encopresis	29	61
Terapia de conducta para la cefalea y el síndrome del intestino irritable	4	29
T. de conducta para disfunción orgásmica femenina y eréctil masculina	0	0
Terapia marital conductual	0	14
Terapia cognitivo-conductual para el dolor crónico	11	36
T. cognitivo-conductual para trastorno de angustia con y sin agorafobia	7	18
Terapia cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad generalizada	14	32
Tratamiento de exposición para las fobias (agorafobia, fobia social, fobia simple) y el trastorno por estrés postraumático	4	25
Exposición y prevención de respuesta para el trast. obsesivo-compulsivo	4	18
Programas de educación familiar para la esquizofrenia	0	0
Terapia grupal cognitivo-conductual para la fobia social	4	7
Terapia interpersonal para la bulimia	11	14
Terapia interpersonal para la depresión de Klerman y Weissman	0	0
Prog. de entrenam. de padres para niños con comportamiento oposicionista	68	96
Desensibilización sistemática para la fobia simple	11	21
Programas de economía de fichas	29	43

Tratamientos probablemente eficaces	1	2
Relajación aplicada al trastorno de pánico	14	29
Terapias psicodinámicas breves: Luborsky	0	0
Mann	4	7
Sifneos	0	4
Strupp y Binder	0	0
Modificación de conducta para delinquentes sexuales	4	4
Terapia de conducta dialéctica para el trastorno límite de la personalidad	0	0
Terapia de parejas enfocada en las emociones	7	18

En los programas exclusivamente infantiles se ofreció supervisión en diversas intervenciones conductuales. Dos intervenciones que aún carecen de investigación adecuada sobre su eficacia tenían una gran probabilidad de ser demandadas para su realización: la terapia estratégica familiar (50% de los programas demandados) y la terapia sistémica familiar (50%). El énfasis dado a estos populares tratamientos en la formación clínica destaca la importancia de la realización de más investigación controlada sobre estas intervenciones. Tal como ocurre con los programas exclusivamente adultos, los programas combinados que respondían exigían pocas habilidades, pero ofrecían supervisión en muchos tratamientos con eficacia establecida.

El internado es la última experiencia importante de formación aprobada por la APA que la mayoría de psicólogos clínicos de nivel doctoral deberán recibir. Creemos que es responsabilidad de la APA ver que enviemos clínicos al mundo de la práctica que no sólo sean competentes sino que también sean competitivos. En el futuro, competente y competitivo pueden ser una y la misma cosa. Parece posible que, equivocada o acertadamente, la cobertura económica de los seguros quede pronto limitada a aquellas intervenciones con eficacia demostrada y proporcionadas por clínicos con competencia acreditada en dichas intervenciones. Creemos que la psicología clínica tiene en esto una oportunidad estupenda. Porque no sólo los psicólogos clínicos han liderado el desarrollo de intervenciones estandarizadas y basadas en manuales, sino que también han sido los principales innovadores en la formulación de procedimientos para la formación y valoración de la competencia. Necesitamos capitalizar estas fuerzas utilizándolas para asegurar que nuestros estudiantes salgan del

internado preparados para ejercer competentemente psicoterapias válidas y eficaces.

Sugerimos que la APA convierta en un criterio de acreditación de la competencia profesional la formación en los tratamientos empíricamente validados y la recomiende a los aspirantes a obtener dicha acreditación.

Específicamente, sugerimos que *al concluir su formación, todo estudiante debería ser competente en, al menos, una intervención de eficacia demostrada.* Además, sugerimos que desde la APA se proponga el uso de procedimientos validados empíricamente como un criterio de evaluación de los métodos de formación y de la competencia profesional.

IV. Formación avanzada para el profesional privado: la cuestión de la formación continuada

Todos y cada uno de los cincuenta Estados de la Unión y el Distrito de Columbia disponen de su propia licencia para regular el ejercicio profesional de los psicólogos. Las normas de concesión de licencias profesionales varían ampliamente, pero en la mayoría de los casos exigen que los psicólogos participen en algún tipo de formación continuada con el objeto de mantener su licencia. Por su parte, la *American Psychological Association* tiene un sistema para autorizar a las entidades que ofrecen esa formación continuada para los psicólogos. Nos parece que este sistema no presta una atención adecuada a la formación en los tratamientos empíricamente validados de dos maneras: estamos preocupados por *lo que* los psicólogos clínicos aprenden para cumplir el requisito de la formación continuada y por *cómo de bien* lo aprenden.

No es nuestra intención proponer un mecanismo de censura de los requisitos de la formación continuada, pero encontramos penosa la ausencia de todo énfasis en la validación empírica de los tratamientos presentados en los talleres, cursos y seminarios reconocidos por la APA. El Manual de Criterios y Procedimientos de Formación Continuada de 1993 de la APA abarca cosas tales como las instalaciones, el patrocinio, los recursos financieros adecuados para el apoyo de la programación de la formación continuada, el personal docente, la ética, y la publicidad en lenguaje muy específico. Sin embargo, las secciones sobre *Contenido del Curriculum y Selección y Desarrollo del Programa* son, en el mejor de los casos, bocetos. Aunque hay un párrafo que se refiere a la necesidad de datos empíricos en apoyo de *nuevos, innovadores y/o, rompedores tipos de hallazgos*, incluso la revisión más superficial de las ofertas de formación continuada cuyos promotores cuentan con el reconocimiento la APA revela que este requisito es obviado a menudo. Por ejemplo, existe una fuerte discusión ética acerca de la abundante oferta de formación en Desensibilización por Movimientos Oculares; incluso los que apoyan el uso de esta técnica aceptan que cuenta con poco o ningún apoyo empírico. Pues bien, pese a esto, los anuncios de los talleres de formación en dicha técnica suelen indicar que la entidad organizadora cuenta con la acreditación la APA para impartir formación continuada, pero omiten cualquier mención a la ausencia de validación empírica de su eficacia.

Como mínimo, *urgimos a la APA a hacer cumplir sus actuales líneas directrices, solicitando documentación de la eficacia de nuevos procedimientos de trata-*

miento antes de homologar como actividades de formación continuada los talleres en los que se imparten. Además, creemos que *sin tener en cuenta cuán bien establecido esté un procedimiento de tratamiento, si la APA tiene que homologar un programa de formación continuada, debería exigirse a los organizadores y promotores declarar en todos los materiales promocionales si sus técnicas están empíricamente validadas.*

Este añadido al material promocional de los talleres permitiría a los psicólogos hacer elecciones mejor informadas concernientes a la oferta de formación continuada, y animaría la investigación en los procedimientos que actualmente carecen de validez basada en los datos. Una solución añadida considerada por el grupo de trabajo, fue defender el ponderar las horas de formación continuada por la cantidad de apoyo empírico de los procedimientos de tratamiento a aprender. Tal plan animaría claramente a los psicólogos el mantenerse al día en enfoques demostrablemente eficaces, aunque sin cerrarse a la formación en procedimientos para los que haya riqueza de apoyo clínico, si no empírico.

Más allá de la cuestión de proporcionar información sobre la eficacia probada de una técnica dada, resta la de cómo desarrollar una adecuada habilidad en una nueva área de práctica. La formación clínica continuada está diseñada, ya sea para dar a conocer a los profesionales nuevos desarrollos en un campo en el que ya tienen experiencia, o para introducirles en nuevas áreas de la práctica o nuevas habilidades. El formato típico de taller puede muy bien bastar para añadirlo a un área actual de competencia. Sin embargo, si el profesional está interesado en desarrollar nuevas áreas de conocimiento para su uso con

clientes, creemos que el formato actual común de talleres de tres horas a tres días constituye una formación inadecuada para una práctica ética.

Consideramos que el trabajo clínico supervisado debe ser un requisito para la práctica ética de nuevos procedimientos y urgimos a la APA a adoptar esta posición como su estándar.

Cuando examinamos seis meses de publicidad en *The APA Monitor*, encontramos muy pocos (<10%) programas de formación continuada que exigieran una aplicación clínica supervisada previa al reconocimiento, ya fuera de los créditos de formación continuada, o de la certificación en la nueva área.

Cualquier programa de formación continuada debería incluir un componente de supervisión obligatoria. Existen modelos para tales programas de formación. De siempre, la formación de nuevos profesionales en la práctica psicoanalítica ha requerido una estrecha y prolongada supervisión clínica por parte de profesionales en ejercicio. Es típica de esta orientación la supervisión semanal y continuada del analista en formación por un analista veterano, aunque otras veces la formación incluye una amplia revisión de transcripciones, o de grabaciones en vídeo, de las sesiones, por parte de un plantel de analistas responsables de determinar el nivel de aprovechamiento del analista en formación. Otros programas, tales como los desarrollados por terapeutas cognitivos y terapeutas racional-emotivos, han integrado la supervisión clínica continuada como componente necesario de la formación, con objeto de recibir la certificación dentro de su forma de terapia. Las actuales inicia-

tivas para desarrollar una formación especializada en Psicología de la Salud (por ejemplo, la de *The Institute for Clinical Health Psychology de la Massachusetts School of Professional Psychology*) han intentado también integrar la formación didáctica y aplicada. Aunque este Informe no pretende ser exhaustivo, ni establecer unos contenidos específicos para cualquier programa formativo, algunos aspectos estructurales de estos programas pueden tomarse como ejemplo de lo que podría incluirse en todos los sistemas de formación continuada en técnicas terapéuticas.

El *Atlanta Center for Cognitive Therapy* (ACCT), tomado como ejemplo con el que estamos más familiarizados, tiene un programa de certificación y formación de psicólogos clínicos desde 1986. La estructura del programa se adaptó a partir de la originalmente desarrollada por el Dr. Arthur Freeman. Una de las cosas que hacen diferente a este programa de muchos otros programas de formación continuada es que está basado en una práctica privada que no está subvencionada por una universidad o por una escuela profesional. Aunque la formación ofrecida a menudo es copatrocinada por diferentes organizaciones profesionales, el ACCT mantiene el control sobre el contenido y la forma de todos los programas ofertados. El proceso de copatrocinio con otras entidades, tales como hospitales privados y organizaciones de asistencia, distribuye la carga financiera del desarrollo y dirección de tal formación. Esto permite a los profesionales participar con un coste directo más bajo que el que sería posible de otro modo. Este tipo de relación entre patrocinadores puede servir como modelo de cómo promocionar la psicoterapia en empresas cuyo apoyo cada vez se hace más esencial para que ésta

prosperar. La formación se dirige en primer lugar a profesionales sanitarios independientes (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, etc.) y estudiantes graduados. El contenido formativo del curso se centra en la teoría y aplicación de la terapia cognitiva en diversos contextos.

El programa de contenidos del curso tiene varios componentes esenciales, que incluyen lecturas, exámenes escritos, artículos de investigación, *role playing* y consulta de casos sobre el trabajo clínico actual del participante. Los tópicos cubiertos se centran principalmente en artículos actuales y textos sobre métodos de tratamiento empíricamente validados, ampliamente definidos como cognitivos. Hay cuatro cursos en el proceso principal de certificación. El primero, *Fundamentos de terapia cognitiva*, es impartido por psicólogos expertos del ACCT. El segundo curso, *Aplicaciones de la terapia cognitiva*, es impartido por profesionales invitados procedentes de todo el mundo (incluyendo recientemente a Aaron Beck, David Barlow, David Burns, David Clark y Arthur Freeman), centrándose en áreas de especial interés para el profesor visitante. El tercer curso incluye una consulta semanal de casos en el ACCT sobre casos clínicos actuales de la consulta, o el entorno de trabajo propio de los participantes. El curso final incluye la conceptualización y presentación de casos tanto escrita como oral. Para recibir la certificación clínica, el participante debe haber recibido experiencia directa y consulta de casos con un terapeuta cognitivo veterano.

Un aspecto importante de este programa de certificación es su flexibilidad. Los contenidos académicos se ofrecen tanto de forma presencial como a distancia (en vídeo), permitiendo así la flexibilidad del participante al equilibrar programas de trabajo y requisitos de formación. Esta opción es también valiosa para aquellos participantes que no viven cerca de una gran ciudad, en la que tales oportunidades de formación existen como rutina. De importancia central es advertir que incluso en el formato de estudio a distancia se requiere la realización de consultas clínicas para obtener la certificación. En algunos casos, la sección de consulta de casos del programa se hace por teléfono y fax. Se exigen muestras de terapia en audio y vídeo cuando se considera apropiado. Un nivel adicional de flexibilidad es ofrecido por la formación avanzada en terapia cognitiva. El foco principal de este programa de seis meses, impartido por terapeutas cognitivos bien conocidos, es la consulta de casos. El profesional es animado a trabajar sobre casos difíciles y a utilizar técnicas avanzadas. Un componente integral de estos programas lo constituyen las lecturas académicas continuadas y las tareas escritas, así como el contacto y la consulta clínica esenciales.

La psicología de la salud¹⁰ se está convirtiendo rápidamente en otra área de especialización para la que los programas de graduado pueden no haber preparado adecuadamente al profesional práctico. Otro ejemplo de un programa de formación

10. *Clinical Health Psychology* ha sido aquí traducido como *psicología de la salud* para evitar redundancias. En nuestro país, la expresión típica es *psicología clínica y de la salud*, pero dado el contexto de este documento, que separa la psicología clínica de la psicología de la salud, nos pareció más adecuada nuestra traducción (N. del T.).

continuada cuya estructura podría servir como modelo para tales programas de formación avanzada es el Programa Intensivo de Psicología de la Salud ofrecido por la *Massachusetts School of Professional Psychology*. Este programa sirve como ejemplo de formación continuada formal a través de una escuela profesional independiente. El programa ofrece semanalmente seminarios de 30 horas desde septiembre hasta mayo, más 15 sesiones de supervisión en pequeños grupos durante el mismo período. Esto parece tener un estrecho paralelismo con el programa ofrecido por el *Atlanta Center for Cognitive Therapy*, pero en este caso es ofrecido por una institución educativa. El fundamento de esta educación formal, tal como es expresado por el Instituto, es que *la formación post-graduada en Psicología de la Salud no ha estado fácilmente disponible* y que el Instituto ofrece *formación de modo comprensivo y secuencial*. El énfasis se ha situado en los fundamentos del conocimiento académico y las experiencias clínicas supervisadas, con el objeto de desarrollar y profundizar tanto el conocimiento como la habilidad de los participantes.

Muchas universidades están ahora fuertemente comprometidas en la formación para las empresas y el gobierno. La APA podría animar a los Departamentos de Psicología y a las Escuelas Profesionales a diseñar también currícula estructurados de formación continuada para los psicólogos. Alternativamente, nuestras recomendaciones para la formación organizada y el trabajo clínico supervisado en la formación continuada, podrían fácilmente incorporarse en la propuesta para el *National College of Professional Psychology*, actualmente en consideración por el Consejo de la APA.

V. Informar a los psicólogos clínicos sobre los tratamientos empíricamente validados

Los investigadores en psicoterapia asumen generalmente que los psicólogos clínicos están ansiosos por leer la literatura acerca de los desarrollos de los tratamientos eficaces y luego avanzar y aprender a administrar estas terapias. Esto presupone que los psicólogos clínicos encuentran relevante la investigación en psicoterapia, lo cual puede no ser siempre el caso. Los ensayos de investigación no están diseñados necesariamente para atender las preguntas que los clínicos desean que se responda (Backer, Liberman, y Kuehnel, 1986). Las preguntas de los psicólogos clínicos pueden versar menos sobre materias teóricas de importancia para los académicos y más sobre cuestiones prácticas que afectan a cómo uno trata a un tipo particular de cliente. La brecha entre profesionales e investigadores puede superarse mejor descartando la noción de difusión y pensando en su lugar, en términos de intercambio de conocimientos. Porque los psicólogos clínicos son expertos en lo que hacen y saben bien qué conocimiento les es útil; valorarán los hallazgos de la investigación en la medida en que sean tratados como socios en la labor investigadora.

¿Cómo pueden corregirse estos problemas? Primero, los investigadores necesitan ayuda para aprender a contextualizar en la práctica sus hallazgos, con objeto de que sean útiles y asimilables para el psicólogo en ejercicio.

Sugerimos que en el boletín de la APA (The APA Monitor on Psychology) se publique con regularidad una sección sobre enfoques de tratamiento empíricamente validados.

Segundo, los investigadores y los clínicos necesitan mantener un diálogo sobre qué información tendría un impacto significativo sobre la labor profesional del clínico. La División 12 está en una buena posición para hacer de puente que salve este desafortunado vacío.

*Sugerimos que la División patrocine discusiones en mesas redondas sobre cuestiones de tratamiento en la APA y encuentros semestrales en los que clínicos e investigadores se reúnan en pie de igualdad para identificar interrogantes relevantes para la investigación en psicoterapia.*¹¹

Tercero, sugerimos que las Administraciones responsables de la salud, en colaboración con los centros comunitarios de salud mental, así como los centros de salud mental de carácter privado, deberían proporcionar a sus profesionales la oportunidad de formarse en la aplicación de los tratamientos empíricamente validados. En este ámbito, los gestores pueden fomentar la adquisición de nuevas habilidades de tratamiento, liberando el tiempo necesario para que los profesionales participen en programas de formación como los que hemos defendido en la sección anterior, llegando así dicha formación a profesionales que de otro modo habrían permanecido desinformados acerca de estos tratamientos.

Proponemos que la APA ayude a las asociaciones psicológicas estatales a desarrollar currícula de formación en los tratamientos empíricamente validados y a

ofrecer éstos a través de las HMO¹² y otras entidades de salud mental.

Se necesita acercarse a estas organizaciones con el objetivo de convencerlas de que es en su mayor interés ayudar a sus clínicos a ser más eficaces. Debido a que es más probable que la información sea utilizada si procede de fuentes de confianza, la APA debería trabajar, a nivel de organización nacional, con las HMO locales para formar a su dirección sobre los beneficios de la puesta al día de la formación de los terapeutas empleados por sus organizaciones miembro.

En reconocimiento de la necesidad de informar a los profesionales y al público sobre los avances en investigación en la psicopatología y en el tratamiento, el *National Institute of Mental Health* ha establecido la *Office of Knowledge Exchange* y también financia a la *Office for Scientific Inquiry*.

Sugerimos que la APA trabaje con estos departamentos para fomentar la difusión de los hallazgos sobre los beneficios de las psicoterapias empíricamente validadas.

VI. Informar al público sobre los tratamientos empíricamente validados

Los investigadores asumen, a menudo erróneamente, que si sus hallazgos son importantes y válidos, serán utilizados con avidez por sus consumidores potenciales.

11. Un papel similar corresponde, en nuestro caso, a la Sección de Psicología Clínica del Colegio Oficial de Psicólogos (N. del T.).

12. HMO es la abreviatura de *Health Maintenance Organization*, son instituciones sanitarias privadas que ofrecen cobertura sanitaria integral a grandes empresas y administraciones públicas (OMS) (N. del T.).

En realidad, la investigación sobre divulgación muestra que, incluso si conseguimos informar al público sobre los avances en psicoterapia, esto no asegura que la sociedad utilice nuestros servicios cuando los necesiten. ¿Qué es lo que afecta al uso que los usuarios hacen de la información? Son factores determinantes percibir como fiable la fuente de la información, así como el formato de la misma (por ejemplo, evitar la jerga y tecnicismos, usar un formato de preguntas y respuestas, usar gráficos y tablas fáciles de leer). La información debe dirigirse a segmentos particulares de la población para la que esté expresamente formulada. Por ejemplo, sabemos que los afroamericanos con trastornos de ansiedad es improbable que vayan a ver a psicólogos especializados en trastornos de ansiedad; antes, buscan ayuda de sus sacerdotes. Para llegar a esta comunidad, el mensaje debería ser ofrecido por figuras que tengan su confianza, quizás aquellos que ejercen el sacerdocio u otras personas muy conocidas.

Proponemos que los APA Practice and Public Interest Directorates desarrollen anuncios públicos dirigidos y campañas en los medios de comunicación para segmentos de población bien definidos.

El trabajo continuado de la oficina de prensa de la APA para difundir el trabajo de los investigadores en psicoterapia también es importante.

Sugerimos que la oficina de prensa mantenga regularmente sesiones informativas para escritores científicos sobre los desarrollos en las psicoterapias empíricamente validadas, junto con otros hallazgos de la investigación psicológica.

Un segundo factor a considerarse en la estimulación del público para que haga uso de las psicoterapias empíricamente validadas, no es la ausencia de información, sino la presencia de creencias negativas sobre la psicoterapia. La investigación sobre difusión de las terapias muestra que simplemente repetir la información sobre la psicoterapia, sin identificar las preocupaciones que pueden desincentivar la búsqueda de un tratamiento psicológico, no basta; por ejemplo, la idea de que toda psicoterapia implica años de estar tendidos en un diván para conseguir algún beneficio o que los terapeutas de conducta son controladores y manipulativos.

Los Practice and Public Interest Directorates deberían dirigir una investigación para identificar las actitudes negativas sobre la psicoterapia, y diseñar una campaña dirigida a éstas.

VII. Formación de las aseguradoras

En nuestros comentarios hasta el momento, hemos considerado cómo informar a los psicólogos y a los formandos sobre los tratamientos empíricamente validados y cómo ofrecerlos. Sin embargo, existe otro ámbito al que necesitamos convencer: a las compañías de seguros y de servicios sanitarios y a las agencias gubernamentales cuyas decisiones afectan a la disponibilidad de la psicoterapia para el público. Obviamente, *es necesario que la APA continúe trabajando para hacer conocidos los beneficios empíricamente documentados de la psicoterapia de los trastornos emocionales, a las aseguradoras.* Puesto que muchas de las decisiones sobre cuidados de la salud mental se toman a nivel estatal o local, la APA podría ser más eficaz ayu-

dando a las asociaciones psicológicas estatales a informar a las empresas y agencias en sus áreas geográficas. El hecho de que muchos de nuestros tratamientos eficaces sea breves debería resultar atractivo para quienes pagan las facturas y este aspecto debería destacarse. No obstante, el tratamiento no siempre puede ser breve. Muchos de nosotros creemos que existen clientes que requieren y se benefician de un tratamiento de larga duración, pero para vender esta idea también necesitamos investigación sobre ello. Los institutos nacionales han sido reacios, en general, a proporcionar fondos para la investigación sobre tratamientos que requieran más de seis meses. *La APA debe animar a los Institutos a financiar investigación sobre tratamientos de larga duración para poblaciones que puedan requerir tales abordajes*, no sea que estos tratamientos sean declarados legalmente inexistentes por falta de documentación.

No sólo hay datos sobre la eficacia de la psicoterapia para los trastornos emocionales, sino que también disponemos de abundantes hallazgos emergentes sobre los beneficios de la psicoterapia en los trastornos físicos, que deberían ser de considerable interés para las aseguradoras, que tienden a rechazar el tratamiento psicológico como un gasto innecesario y voluntario. Revisamos a continuación algunos de estos hallazgos:

La influencia de los procesos psicológicos sobre los sistemas fisiológicos

Los psicoimmunólogos han reunido una impresionante serie de evidencias empíricas que muestran que el estado mental afecta al estado corporal a través de la mediación del sistema neuroendocrino

(Blalock, Harbour, McMenamin, y Smith, 1985; Brier, Albus, Picker, Zahn, Wolkowitz, y Paul, 1987; Gazzaniga, 1992; Guyton, 1987; McClelland, 1989). La mayor parte de esta investigación se ha centrado en el estrés. Glaser y cols. (1987) recogieron muestras de sangre de estudiantes de Medicina durante períodos de estrés alto (exámenes finales) y de estrés bajo (tras las vacaciones estivales). Encontraron una supresión general del funcionamiento inmune en el estrés alto, en comparación con las muestras de sangre durante el estrés bajo. Además, los estudiantes informaron de una mayor incidencia de enfermedades infecciosas durante el período de estrés alto. Cohen, Tyrrell, y Smith (1991) examinaron los efectos del estrés sobre la susceptibilidad al resfriado común. Sus sujetos completaron medidas psicológicas de estrés y fueron expuestos a continuación a virus de resfriado común en condiciones controladas de laboratorio. La probabilidad de que los sujetos de estrés alto sucumbieran al virus del resfriado resultó ser aproximadamente el doble de la de los sujetos de estrés bajo.

McClelland (1989) revisó una serie de estudios realizados por él mismo y sus colegas mostrando que la fuerza de la motivación, medida mediante el análisis del contenido del pensamiento asociativo, está relacionada con los resultados de salud. Algunos de estos estudios mostraban que estos efectos podrían ser a largo plazo. Peterson y Seligman (1987) también revisaron una serie de estudios que mostraban que otra condición psicológica crónica, el pesimismo, puede afectar a los resultados de la salud, incluyendo la longevidad. Más próximos a los tipos de cosas que observan los psicólogos clínicos, Luborsky (1992) encontró que la función inmune correla-

cionaba con la depresión entre pacientes que recibían terapia ambulatoria. Esto es, que la función inmune estaba más afectada cuanto más deprimido se encontraba el paciente. Finalmente, Shedler, Mayman, y Manis (en prensa) encontraron que la negación del malestar psicológico (conceptuada como actitud defensiva) estaba asociada con cambios fisiológicos que podían comprometer la resistencia corporal a la enfermedad.

Así, hay una convincente razón para la hipótesis de que los estados psicológicos pueden afectar a la salud física. Además, estas condiciones psicológicas son a menudo las mismas que se pide a los psicólogos que traten. Pero si nos detenemos en este punto, las intervenciones médicas pueden justificarse tan fácilmente como podrían serlo los métodos psicológicos. Tal vez todo lo que necesitamos hacer es manipular directamente los sistemas hormonales y prescindir de intervenciones psicológicas más costosas y largas. De hecho, esta es la idea clave de los abordajes biológicos del estrés (por ejemplo, la administración de tranquilizantes). Por consiguiente, es importante examinar la evidencia de que las prácticas que llevan a cabo los psicólogos son eficaces. Afortunadamente, esta evidencia es bastante fuerte. Pennebaker y sus colegas realizaron una serie de estudios que eran análogos de la psicoterapia en el sentido de que se pidió a los sujetos que revelaran pensamientos privados y dolorosos tan libremente como les fuera posible (véase Pennebaker, 1990). La premisa de su trabajo es que evitar o inhibir la expresión de emociones tiene un coste fisiológico que después conlleva consecuencias nocivas para la salud. La investigación de Shelder y cols. (en prensa) sobre la negación defensiva apoya esta noción. Pennebaker postula además que disipar esta inhibición, en forma de escribir o de hablar acerca de un evento traumáti-

co, puede invertir estos efectos y por ello influir positivamente en la salud. Sus estudios, en conjunto, proporcionan una poderosa evidencia de que la revelación de pensamientos privados y dolorosos puede dar como resultado un funcionamiento inmunitario mejorado y decrementos del uso de servicios sanitarios.

Psicoterapia y costes médicos

Los estudios de Pennebaker son convincentes, pero no se dirigen a la psicoterapia real y a sus efectos sobre los actuales costos reales del uso de los servicios sanitarios. En un estudio pionero, Duehrssen y Jorswick (1965) encontraron que la hospitalización de pacientes que recibieron psicoterapia psicodinámica era menos frecuente durante los cinco años estudiados que en el grupo control. Numerosos autores han informado resultados similares, pero algunos no tuvieron éxito en mostrar tales efectos. Para proporcionar conclusiones más definitivas sobre esta línea de investigación, Mumford, Schlesinger, Glass, Patrick y Cuerdo (1984) realizaron un importante resumen meta-analítico de estos datos. Su análisis de 58 estudios indicó que el empleo de servicios médicos disminuyó tras la psicoterapia. Desde los análisis de Mumford y cols., han aparecido algunos estudios más mostrando que el tratamiento psicológico puede reducir el uso de servicios médicos, los costes médicos o ambos (por ejemplo, Holder y Blose, 1992), pero todavía no se ha llevado a cabo ninguna revisión sistemática o meta-análisis de estos estudios más recientes.

Enfermedad grave

Hay también datos que muestran que la psicoterapia puede retrasar la progresión

de la enfermedad en pacientes con enfermedades de riesgo vital. Grossarth, Maticek y Eysenck (1989) informaron que pacientes con cáncer que recibieron psicoterapia vivieron más que los que no la recibieron. Friedman y cols. (1984) asignaron pacientes al azar que habían sobrevivido a un ataque cardíaco (y, así, tenían un alto riesgo de sufrir otro) a cuidados médicos estándar o cuidados más psicoterapia grupal. La proporción de segundos ataques cardíacos se redujo al 50% en el grupo de psicoterapia. Similarmente, Spiegel y cols. (1989) examinaron la supervivencia entre mujeres con metástasis de cáncer de mama. Las mujeres que recibieron psicoterapia sobrevivieron alrededor de un año y medio más que las mujeres que sólo recibieron cuidados médicos estándar.

Conclusiones

La evidencia arriba revisada proporciona una impresionante cantidad de apoyo al argumento de que los procedimientos psicológicos pueden tener un impacto importante sobre la salud física y tienen un coste adecuado a la eficacia que demuestran. Estos estudios pueden muy bien subestimar los ahorros potenciales. ¿Cuánto podríamos ahorrar, si los individuos recibieran ayuda psicológica antes de que manifestaran problemas físicos?

La APA necesita proseguir sus esfuerzos para formar a las aseguradoras y al público sobre los beneficios para la salud y la eficacia a un coste razonable de la psicoterapia.

Se requiere investigación adicional sobre la razón costo-beneficio de la psicoterapia, como sería un meta-análisis más

reciente que el dirigido por Mumford y cols., pero a mayor escala y con sub-análisis más finamente desgranados. Su trabajo fue publicado en 1984 y se basaba en datos más antiguos (aproximadamente hasta 1978). El *Practice Directorate* podría considerar oportuno nombrar una Comisión para realizar tal estudio y ponerlo de disposición de todos los psicólogos a través del *American Psychologist*, pero también proporcionar un resumen legible para legos. Necesitamos presentar datos actualizados a las compañías de seguros y a los funcionarios del gobierno.

VII. Resumen

Hemos subrayado en nuestras recomendaciones un ambicioso programa a ser seguido por la División 12 y por la APA. Creemos que la Psicología Clínica tiene mucho que ofrecer a los consumidores si podemos situar a los profesionales en disposición de proporcionar las psicoterapias eficaces que han sido desarrolladas, y de poder convencer al público y a las aseguradoras de lo que ya sabemos. Tenemos algo que pregonar y debemos hacerlo sonoramente. Reconocemos que algunas de nuestras recomendaciones costarán dinero y que los recursos de la APA no son infinitos. Aun así, proponemos esta agenda porque es nuestro cometido. Sin embargo, también deseamos enfatizar que muchas de nuestras recomendaciones pueden implementarse sin coste financiero y en muy poco tiempo, son las que aparecen destacadas con un asterisco:

1. Recomendamos que se establezca una lista completa de tratamientos de eficacia documentada y que se actualice a medida que aparezcan nuevas evidencias empíricas.

2. * Proponemos que a quienes soliciten de la APA la acreditación de sus programas de doctorado, se les inste a dar prioridad en sus programas la formación en los tratamientos empíricamente validados. Como mínimo, los programas deberían proporcionar alguna cobertura didáctica de la mayoría de tales tratamientos y experiencia práctica supervisada en al menos dos.

3. Para facilitar la formación en modo oportuno, recomendamos que los *Education and Practice Directorates* trabajen con los diversos Institutos Nacionales para conseguir el permiso de los investigadores para la publicación informal de manuales de tratamiento inéditos empleados en la investigación patrocinada por un Instituto, una vez se hayan acumulado los datos sobre eficacia.

4. * Recomendamos la APA sólo reconozca y acredite los internados que garanticen la formación en los tratamientos empíricamente validados. Concretamente sugerimos que, al término de su formación, todo estudiante debería ser competente en al menos una intervención de eficacia demostrada.

5. * Urgimos a la APA a aplicar sus actuales líneas directrices y, en consecuencia, a aprobar y homologar sólo las actividades de formación continuada que documenten la eficacia de las nuevas técnicas de tratamiento a impartir.

6. * Creemos que, sin prestar atención a cuán bien establecido pueda estar un procedimiento de tratamiento, si la APA ha de patrocinar un programa de formación continuada, debería requerirse a los organizadores y promotores que en todos los materiales promocionales declaren si sus técnicas están empíricamente validadas.

7. * Consideramos que la experiencia clínica supervisada es un requisito para la

práctica ética de nuevos procedimientos y urgimos a la APA a adoptar esta posición como su estándar, dejando de apoyar los talleres breves como formato adecuado para desarrollar nuevas áreas de competencia.

8. Para promocionar el desarrollo de la competencia de los psicólogos clínicos para practicar nuevos procedimientos vía programas de formación continuada, urgimos a la APA a promover programas innovadores combinando el aprendizaje didáctico estructurado con el trabajo clínico supervisado. Este modelo puede incorporarse en el *National College of Professional Psychology*, o implementado en centros privados, escuelas profesionales o universidades.

9. La APA necesita seguir trabajando para dar a conocer a las aseguradoras los beneficios empíricamente documentados de la psicoterapia en los trastornos emocionales.

10. La APA debería animar a los Institutos Nacionales a financiar la investigación sobre tratamientos de larga duración para poblaciones que puedan requerir tales abordajes, no sea que estos tratamientos sean declarados legalmente inexistentes por falta de documentación.

11. La APA necesita proseguir sus esfuerzos para formar a las aseguradoras y al público sobre los beneficios para la salud y la eficacia de la psicoterapia para compensar los costes de los cuidados médicos.

12.* Para ayudar a los psicólogos clínicos a conocer nuevas técnicas de terapia, sugerimos que se publique en el *APA Monitor* una sección regular sobre enfoques de tratamiento empíricamente validados.

13.* Para fomentar el intercambio de conocimientos entre clínicos e investigadores, sugerimos que la División 12 patrocine discusiones en mesas redondas sobre

cuestiones de tratamiento en la APA, y encuentros semestrales en los que clínicos e investigadores se reúnan en pie de igualdad para identificar interrogantes relevantes para la investigación en psicoterapia.

14. Proponemos que la APA ayude a las asociaciones psicológicas estatales a desarrollar curricula de formación en los tratamientos empíricamente validados y a ofrecer éstos a través de las HMO y otros centros de salud mental.

15. Ya que es más probable que se utilice la información si procede de fuentes de confianza, la APA debería trabajar, a nivel de organización nacional, con las organizaciones HMO nacionales para formar a su dirección sobre los beneficios de la puesta al día de la formación de los terapeutas empleados por sus organizaciones miembro.

16. Sugerimos que la APA trabaje con la *Office Knowledge Exchange* y con la *Office of Scientific Inquiry* del NIMH para fomentar la difusión de los hallazgos sobre los beneficios de las psicoterapias empíricamente validadas.

17. Proponemos que los *Practice and Public Interest Directorates* de la APA promocionen el uso de las psicoterapias empíricamente validadas, desarrollando campañas publicitarias en los medios de comunicación dirigidas a segmentos de población bien definidos.

18. Sugerimos que la oficina de prensa de la APA mantenga regularmente sesiones informativas con escritores científicos sobre los desarrollos en las psicoterapias empíricamente validadas, junto con otros hallazgos de la investigación psicológica.

19. Los *Practice and Public Interest Directorate* deberían realizar una investigación para identificar actitudes negativas

sobre la psicoterapia y diseñar una campaña dirigida a modificarlas.

Epílogo (abril de 1994)

El Informe de la Comisión ha sido ampliamente puesto en circulación en los meses siguientes a la adopción de sus recomendaciones por parte de la directiva de la División 12. Nos complace que muchas personas estén de acuerdo con nuestras sugerencias y que estén trabajando para implementar nuestras recomendaciones y no estamos sorprendidos de que muchos estén en desacuerdo con nosotros. Aunque hay razones legítimas para que personas razonables disientan de nuestras recomendaciones, nos parece que algunas objeciones recurrentes están basadas en una lectura equivocada, o un malentendido de lo que hemos dicho. Trataremos aquí algunos errores comunes de percepción:

1. *Las recomendaciones del Informe no son de recibo porque la lista de ejemplos de tratamientos empíricamente validados dejó fuera uno o más tratamientos.* Reconocemos que, trabajando con limitaciones de tiempo, no construimos una lista exhaustiva de tratamientos que reunieran nuestros criterios y sinceramente nos disculpamos si los creadores o los seguidores de un enfoque particular se sienten desairados por nuestro descuido. Sin embargo, urgimos a los lectores a mirar, más allá de esto, a las recomendaciones mismas. Éstas son lo importante del Informe y no descansan en la lista de tratamientos. Antes bien, la lista fue construida para elaborar nuestro estudio y no fue el principal foco del Informe. A instancias del actual presidente de la División 12, Martin Seligman, y presidida por Peter Nathan, se ha encargado a una

nueva Comisión elaborar un catálogo de tratamientos eficaces¹³.

2. *No nos digan lo que debemos hacer con nuestros estudiantes.* Reconocemos el deseo de cada programa en particular de moldear su curriculum formativo de acuerdo con su propia visión. Sin embargo, aquellos de nosotros que enseñan en programas clínicos aprobados por la APA han elegido buscar la acreditación de la APA y las líneas directrices de acreditación dirigen la instrucción en un grado sustancial. Creemos que es apropiado sumarse a esas líneas directrices y que la atención a la fundamentación empírica de la psicoterapia debería ser una parte inherente de convertirse en un psicólogo clínico.

3. *El Informe de la Comisión refleja la intención de un grupo de terapeutas cognitivo-conductuales de imponerse a los seguidores de otros enfoques.* Esta preocupación nos preocupa especialmente, porque entramos en considerables detalles para conseguir un equilibrio de profesionales de varias perspectivas teóricas en la Comisión. El Informe se basa en nuestro compromiso con el empirismo, lo cual definitivamente no es lo mismo que ser cognitivo-conductual. Ni dijimos que sólo funcionarían los tratamientos cognitivo-conductuales (véase la tabla 3), ni lo creemos. Reconocemos que existe una literatura más amplia que presta su apoyo a los enfoques cognitivo-conductuales empíricamente validados de acuerdo con nuestros criterios (bosquejados por un investigador psicodinámico) y creemos que la respuesta a eso es simple (ver recomendación número 2): los investigadores de perspectivas no cog-

nitivo-conductuales deben hacer progresos en los estudios de resultado. Esto está ocurriendo ya.

4. *El Informe dice que los tratamientos que no están en nuestra lista no sirven de nada y no deberían utilizarse o enseñarse.* Decididamente, no. Podríamos haber olvidado un tratamiento o puede no haber aún evidencia suficiente para evaluar ese tratamiento. Esto es bastante distinto de saber que un tratamiento es ineficaz.

5. *La Comisión no debería haber empleado los manuales de tratamiento como un criterio de investigación de la eficacia, porque los manuales sólo pueden desarrollarse para los tratamientos cognitivo-conductuales.* Sospechamos que esta creencia se basa en un malentendido sobre lo que los investigadores en las psicoterapias entienden por *manuales*. Es cierto que los tratamientos cognitivo-conductuales se prestan a sí mismos más fácilmente a resúmenes sesión a sesión. Sin embargo, los manuales de otros enfoques terapéuticos existen y parecen diferentes. Básicamente, un manual de tratamiento es una descripción clara de un tratamiento, y esto deberían poderlo proporcionar los seguidores de todos los enfoques de psicoterapia, o si no ¿cómo podría enseñarse el tratamiento? Nótese que los manuales de psicoterapia psicodinámica e interpersonal fueron publicados hace una década (Klerman, Weisman, Rounsaville, y Chevron, 1984; Luborsky, 1984; Strupp y Binder, 1984) y que manuales de tratamiento psicodinámico específicos para un trastorno están desarrollándose para proyectos de investigación en marcha. Ejemplos en la psicoterapia

13. Este es el origen del conocido texto editado por P.E. Nathan y J.M. Gorman (1998). *A guide to treatments that work*. Oxford: Oxford University Press, cuya segunda edición se publicó en el 2002 (N. del T.).

pia rogeriana y experiencial incluyen el manual que ha desarrollado Katherine Shear para el tratamiento del trastorno de angustia y los realizados por Leslie Greenberg y Laura Rice para la depresión.

6. *Todas las psicoterapias son igualmente eficaces, de modo que no hay necesidad alguna de enfatizar en particular las que poseen datos empíricos de eficacia.* Creemos que esta conclusión está basada en hallazgos meta-analíticos que han sido reemplazados por evidencias más recientes. Los estudios más tempranos se basaron en tratamientos y en muestras de sujetos que estaban pobremente definidos. Los avances en la investigación de la psicoterapia han llevado a hallazgos más claramente interpretables, con tratamientos que resultan ser superiores a otros, dependiendo del trastorno. Por ejemplo, la terapia de apoyo y la relajación han probado ser menos eficaces que los abordajes basados en la exposición o la terapia cognitiva para la agorafobia (Chambless, Foa, Goldstein, y Groves, 1978), el trastorno de angustia (Beck, Sokol, Clark, Berchick, y Wright, 1992), y el trastorno obsesivo-compulsivo (Rachman, Hodgson, y Marks, 1971). La lista de tratamientos eficaces de un trastorno dado puede ser más larga o más corta dependiendo de cuál sea el trastorno, pero sin la evidencia no podemos concluir que cualquier tipo de psicoterapia funcionaría igual de bien que una que haya demostrado ser eficaz en la investigación controlada.

7. *No tiene sentido decir que un tratamiento funciona, porque siempre hay que realizar más investigación.* Por ejemplo, ¿cómo deben cambiarse o seleccionarse los tratamientos basándonos en la personalidad del cliente? Estamos completamente de acuerdo en que es vital realizar una investigación adicional para refinar nuestro estado actual de conocimiento. Sin embargo, igno-

rar lo que conocemos mientras tanto es privar a las personas de tratamientos que tienen una fiable probabilidad de ayudarles y dejar a los psicólogos en posición desventajosa frente a la Psiquiatría.

8. *Es peligroso publicar que algunos tratamientos tienen una base empírica de apoyo. Esta lista podría esculpirse en piedra, o los psicólogos que utilizan tratamientos aún sin validar podrían encontrar difícil conseguir el pago de los gestores de los servicios sanitarios.* Cuando se haya desarrollado y publicado una lista completa (que se ha encomendado a la Comisión de Peter Nathan), estamos de acuerdo en que existe algún riesgo de que la lista podría osificarse. Es necesario que se desarrolle un mecanismo para que esto no ocurra y la División 12 está considerando actualmente la cuestión. También reconocemos la preocupación acerca de las aseguradoras. Pensamos que es muy posible que puedan empezar a limitar el tipo así como la duración de los tratamientos y que tal medida podría dañar a los profesionales de enfoques no validados. Sin embargo, pensamos que la verdadera y urgente cuestión es si la psicoterapia será incluida de alguna manera en los planes sanitarios. Creemos que minimizar la base de datos de algunos de nuestros tratamientos puede resultar en la exclusión de la psicoterapia, lo cual no sólo dañaría a nuestros profesionales, sino también, y lo que es más importante, al público, que en esa eventualidad, recibiría sólo medicación para los problemas emocionales.

Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: APA.

- American Psychiatric Association (1993). Practice guidelines for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry*, 150 (Suppl.), 1-26.
- Andrews, G. y Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefit neurotic patients? A reanalysis of the Smith, Glass, and Miller data. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1203-1208.
- Auerbach, R. y Kilmann, P.R. (1977). The effects of group systematic desensitization on secondary erectile failure. *Behavior Therapy*, 8, 330-339.
- Azrin, N.H., Bersalel, A., Bechtel, R., Michalicek, A., Mancera, M., Carroll, D., Shuford, D. y Cox, J. (1980). Comparison of reciprocity and discussion-type counseling for marital problems. *American Journal of Family Therapy*, 8, 21-28.
- Azrin, N.H., Nunn, R.G. y Frantz, S.E. (1980). Habit reversal vs. negative practice treatment of nailbiting. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 281-285.
- Azrin, N.H., Nunn, R.G. y Frantz-Renshaw, S. (1980). Habit reversal treatment of thumbsucking. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 395-399.
- Backer, T.E., Liberman, R.P. y Kuehnel, T.G. (1986). Dissemination and adoption of innovative psychological inventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 111-118.
- Barlow, D.H., Craske, M.G., Cerny, J.A. y Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, F.B. y Emery, G. (1979). *The cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Sokol, L., Clark, D.A., Berchick, B. y Wright, F. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 778-783.
- Blalock, J.E., Harbour-McNemanin, D. y Smith, E.M. (1985). Peptide hormones shared by the neuroendocrine and immunologic systems. *Journal of Immunology*, 135, 858-861.
- Blanchard, E. B., Andrasik, F., Ahles, T. A., Teders, S. J. y O'Keefe, D. (1980). Migraine and tension headache: A meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 11, 613-631.
- Blanchard, E.B., Schwarz, S. P. y Radnitz, C. (1987). Psychological assessment and treatment of irritable bowel syndrome. *Behavior Modification*, 11, 348-372.
- Borkovec, T.D., Mathews, A.M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R. y Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883-888.
- Brier, A., Albus, M., Pickar, T., Zahn, P., Wolkowitz, O.M. y Paul, S.M. (1987). Controllable and uncontrollable stress in humans: Alterations in mood and neuroendocrine and psychophysiological function. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1419-1425.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P. y Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Chambless, D.L., Foa, E.B., Groves, G.A. y Goldstein, A.J. (1978). Brevital in flooding with agoraphobics: Countere-

- ffective? *Behaviour Research and Therapy*, 17, 243-251.
- Chambless, D.L. y Gillis, M.M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackman, A., Middleton, H., Anastasiades, P. y Gelder, M. (in press). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*.
- Cohen, S., Tyrrell, D.A.G. y Smith, A.P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, 325, 606.
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J.S., Beck, A.T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., Thompson, L., Gallagher, D. y Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.
- Crits-Christoph, P. y Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20-26.
- DiMascio, A., Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Neu, C., Zwilling, M. y Klerman, G. L. (1979). Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1450-1456.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Duehrssen A. y Jorswick, E. (1965). Empirical and statistical inquiries into the therapeutic potential of psychoanalytic treatment. *Der Nervenarzt*, 36, 166-169.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D. R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J. y Parloff, M.B. (1989). *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A., y O'Conner, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Falloon, R.H., Boyd, J.L., McGill, C.W., Williamson, M., Razani, A., Moss, H.B., Giulderman, A. M. y Simpson, G. M. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 42, 887-896.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. y Murdock, T.B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Francis, M.D. y Pennebaker, J.W. (1992). Putting stress into words: The impact of writing on physiological, absentee, and self-reported emotional well-being measures. *American Journal of Health Promotion*, 6, 280-287.
- Friedman, M., Thoreson, C.E., Gill, J.J., Powell, L.H., Ulmer, D., Thompson,

- L., Price, V.A., Rabin, D.D., Breall, W.S., Dixon, T., Levy, R. y Bourg, E. (1984). Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. *American Heart Journal*, 108, 237-248.
- Gazzaniga, M.S. (1992). *Nature's mind*. Nueva York: Basic Books.
- Glaser, R. Rice, J., Sheridan, J., Fertel, R., Stout, J., Spercher, C.E., Pinsky, D., Kotur, M., Post, A., Beck, M. y Kiecolt-Glaser, J.K. (1987). Stress-related immune suppression: Health implications. *Brain, Behavior and Immunity*, 1, 7-20.
- Grossarth-Maticek, R. y Eysenck, H.J. (1989). Length of survival and lymphocyte percentage in women with mammary cancer as a function of psychotherapy. *Psychological Reports*, 65, 315-321.
- Guyton, A.C. (1987). *Basic neuroscience: Anatomy and physiology*. Philadelphia, PA.: W.B. Saunders.
- Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R. y Zollo, L.J. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S. J., Greenwald, D.P., Javna, C.D. y Madonia, M.J. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- Holder, H.D. y Blöse, J.O. (1992). The reduction of health care costs associated with alcoholism treatment: A 14-year longitudinal study. *Journal of Studies of Alcohol*, 53, 293-302.
- Jacobson, N.S. y Follette, W.C. (1985). Clinical significance of improvement resulting from two behavioral marital therapy components. *Behavior Therapy*, 16, 249-262.
- Jacobson, N.S. y Revenstorf, D. (1988). Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. *Behavioral Assessment*, 10, 133-145.
- Johnson, S.M. y Greenberg, L.S. (1985). Differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 175-184.
- Kazdin, A.E. y Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Kazdin, A.E. y Wilcoxon, L.A. (1976). Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 83, 729-758.
- Keefe, F.J., Dunsmore, J. y Burnett, R. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 528-536.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. y Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy for depression*. Nueva York: Basic Books.
- Kupfersmid, J. (1989). Treatment of nocturnal enuresis: A status report. *The Psychiatric Forum*, 14, 37-46.

- Lewinsohn, P.M., Hoberman, H.M. y Clarke, G.N. (1989). The Coping With Depression Course: Review and future directions. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21, 470-493.
- Liberman, R.P. (1972). Behavioral modification of schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 1(6), 37-48.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- LoPiccolo, J. y Stock, W.E. (1986). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 158-167.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytical psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. Nueva York: Basic Books.
- Luborsky, L. (1992, August). *Can psychotherapy make you healthier?* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Washington, D.C.
- Luborsky, L. y DeRubeis, R. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- Marks, I. y O'Sullivan, G. (1988). Drugs and psychological treatments for agoraphobia/panic and obsessive-compulsive disorders: A review. *British Journal of Psychiatry*, 153, 650-658.
- Marshall, W.L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P. y Barbaree, H.E. (1991). Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 11, 465-485.
- Mattick, R.P., Andrews, G., Hadzi-Pavlovic, D. y Christensen, H. (1990). Treatment of panic and agoraphobia: An integrative review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 567-576.
- Mattick, R.P. y Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- McClelland, D.C. (1989). Motivational factors in health and disease. *American Psychologist*, 44, 675-683.
- Moras, K. (1993). The use of treatment manuals to train psychotherapists: Observations and recommendations. *Psychotherapy*, 30, 581-586.
- 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.
- Öst, L. (1988). Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 13-22.
- Öst, L. y Westling, B.E. (1991). *Treatment of panic disorder by applied relaxation versus cognitive therapy*. Paper presented at the meeting of the European Association of Behaviour Therapy, Oslo.
- Pennebaker, J.W. (1990). *Opening up: The healing power of confiding in others*. NY: William Morrow.
- Pennebaker, J.W. y Beall, S.L. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Pennebaker, J.W., Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health im-

- plications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Pennebaker, J.W. y Heeron, R.C. (1984). Confiding in others and illness rate among spouses of suicide and accidental death victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 473-476.
- Peterson, C. y Seligman, M.E.P. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55, 237-265.
- Piper, W.E., Azim, H.F., McCallum, M. y Joyce, A.S. (1990). Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 475-481.
- Rachman, S.J., Hodgson, E. y Marks, I.M. (1971). Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 237-247.
- Scotti, J.R., Evans, I.M., Meyer, L.H. y Walker, P. (1991). A meta-analysis of intervention research with problem behavior: Treatment validity and standards of practice. *American Journal on mental Retardation*, 96, 233-256.
- Shedler, J., Mayman, M. y Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *American Psychologist*, 48, 1117-1131.
- Shefler, G. y Dasberg, H. (1989, June). A randomized controlled outcome and follow-up study of James Mann's time-limited psychotherapy in a Jerusalem community mental health center. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Toronto.
- Smith, M.L., Glass, G.V. y Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C. y Hottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, Oct. 14, 888-891.
- Steketee, G., Foa, E.B. y Grayson, J.B. (1982). Recent advances in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1365-1371.
- Strupp, H.H. y Binder, J.L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.
- Thompson, L.W., Gallagher, D. y Breckenridge, J.S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 385-390.
- Trull, T.J., Nietzel, M.T. y Main, A. (1988). The use of meta-analysis to assess the clinical significance of behavior therapy for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 19, 527-538.
- Walter, H.I. y Gilmore, S.K. (1973). Placebo versus social learning effects in parent training procedures designed to alter the behavior of aggressive boys. *Behavior Therapy*, 4, 361-377.
- Wells, K.C. y Egan, J. (1988). Social learning and systems family therapy for childhood oppositional disorder: Comparative treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 138-146.
- Wilfley, D.E., Agras, W.S., Telch, C.F., Rossiter, E.M., Schneider, J.A., Cole, A.G., Sifford, L. y Raeburn, S.D. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 296-305.
- Winston, A., Pollack, J., McCullough, L., Flegenheimer, W., Kestenbaum, R. y

- Trujillo, M. (1991). Brief dynamic psychotherapy of personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 188-193.
- Woody, G.E., Luborsky, L., McLellan, A.T. y O'Brien, C.P. (1990). Corrections and revised analyses for psychotherapy in methadone maintenance patients. *Archives of General Psychiatry*, 47, 788-789.
- Wright, L. y Walker, C.E. (1978). A simple behavioral treatment program for psychogenic encopresis. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 209-212.

Apéndices

Criterios para los tratamientos empíricamente validados (versión de 1996 y 1998)

Tratamientos bien establecidos

Criterio I. Avalados por al menos dos buenos experimentos con diseños de comparación entre grupos que demuestren la eficacia de uno o más de los siguientes modos:

- a) Eficacia superior al fármaco, o al placebo psicológico, o a otro tratamiento.
- b) Eficacia equivalente a un tratamiento ya establecido en estudios con adecuada potencia estadística (alrededor de $n=30$ por grupo; cfr. Kazdin y Bass, 1989).

Criterio II. Avalan el tratamiento una serie grande de experimentos de diseño de caso único ($n \geq 9$) que demuestren su eficacia. Estos experimentos deben haber:

- a) Usado buenos diseños experimentales y
- b) Comparado la intervención con otro tratamiento como en el punto I.a.

En ambos casos, además tendrán que cumplir con los siguientes criterios:

Criterio III. Los estudios deben realizarse con manuales de tratamiento.

Criterio IV. Las características de las muestras de clientes deben estar claramente especificadas.

Criterio V. Los efectos deben haber sido demostrados por al menos dos investigadores o equipos de investigación diferentes.

Tratamientos probablemente eficaces: deben cumplir al menos un criterio

Criterio I. Dos estudios mostrando que el tratamiento es más eficaz que un grupo control de una lista de espera.

Criterio II. Uno o más experimentos que reúnan los criterios I, III y IV, pero no V para los Tratamientos Bien Establecidos.

Criterio III. Una pequeña serie de experimentos de diseño de caso único ($n \geq 3$) que de otro modo cumplan los criterios II, III y IV para los Tratamientos Bien Establecidos.

Fuentes: Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennet-Johnson, S., Pope, K.S., Crits-Cristoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D.A., y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49 (2), 5-18.

Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Cristoph, 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), 1-10.

14. Estos apéndices han sido elaborados por Francisco Javier Carrascoso López (traductor) y Francisco Dionisio Casado Cañero (revisión técnica). Son traducciones de los originales ensambladas aquí como documentación adicional al Informe de la APA sobre TEV. Las referencias de los originales se citan al pie de cada tabla.

Ejemplos de tratamientos empíricamente validados (versión de 1996)

Tratamientos bien establecidos	Evidencia de eficacia
<i>Ansiedad y estrés</i>	
Terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico con o sin agorafobia	Barlow y cols. (1989) Clark y cols. (1994)
Terapia cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad generalizada	Butler y cols. (1991) Borkovec y cols. (1987)
Terapia de grupo cognitivo-conductual para la fobia social	Heimberg y cols. (1990) Mattick y Peters (1988)
* Tratamiento de exposición para la agorafobia	Trull y cols. (1988)
* Tratamiento de exposición para la fobia social	Feske y Chambless (1995)
Exposición/prevenición de respuesta en trastorno obsesivo-compulsivo	Balkom y cols. (1994)
* Entrenamiento en inoculación al estrés para el afrontamiento con estresores	Saunders y cols. (en prensa)
Desensibilización sistemática para la fobia simple	Kazdin y Wilcoxon (1976)
<i>Depresión</i>	
Terapia cognitiva para la depresión	Dobson (1989)
Terapia interpersonal para la depresión	DiMascio y cols. (1979) Elkin y cols. (1989)
<i>Problemas de salud</i>	
* Terapia de conducta para el dolor de cabeza	Blanchard y cols. (1987) Holroyd y Penzien (1990)
* Terapia cognitivo-conductual para el síndrome del intestino irritable	Blanchard y cols. (1980) Lynch y Zamble (1989)
* Terapia cognitivo-conductual para el dolor crónico	Keefe y cols. (1992) Turner y Clancy (1988)
* Terapia cognitivo-conductual para la bulimia	Agras y cols. (1989) Thackwray y cols. (1993)
Terapia interpersonal para la bulimia	Fairburn y cols. (1993)
<i>Problemas de la infancia</i>	
* Modificación de conducta para la enuresis	Houts y cols. (1994)
Programas de entrenamiento de padres para niños con conducta de oposición	Walter y Gilmore (1973) Wells y Egan (1988)

<i>Problemas maritales</i>	
Terapia de conducta marital	Azrin, Bersalel y cols. (1980) Jacobson y Follette (1985)
<i>Disfunción sexual</i>	
Terapia de conducta para la disfunción orgásmica femenina y la disfunción eréctil masculina	LoPiccolo y Stock (1986) Auerbach y Kilmann (1977)
<i>Otros</i>	
Programas de educación familiar para la esquizofrenia	Hogarty y cols. (1986) Falloon y cols. (1985)
Modificación de conducta para individuos evolutivamente discapacitados	Scotti y cols. (1991)
Programas de economía de fichas	Kazdin (1977) Lieberman (1972)
Tratamientos probablemente eficaces	Evidencia de eficacia
<i>Ansiedad</i>	
Relajación aplicada para el trastorno de pánico	Öst (1988)
* Relajación aplicada para el trastorno por ansiedad generalizada	Barlow y cols. (1992) Borkovec y Costello (1993)
* Tratamiento de exposición para el trastorno por estrés postraumático	Foa y cols. (1991) Keane y cols. (1989)
* Tratamiento de exposición para la fobia simple	Leitenberg y Callahan (1973) Öst y cols. (1991)
* Entrenamiento en inoculación al estrés para el trastorno por estrés postraumático	Foa y cols. (1991)
* Exposición y prevención de respuesta en grupo para el trastorno obsesivo-compulsivo	Fals-Stewart y cols. (1993)
* Programa de prevención de recaídas para el trastorno obsesivo-compulsivo	Hiss y cols. (1994)
<i>Abuso y dependencia de sustancias</i>	
* Terapia de conducta para el abuso de cocaína	Hoggins y cols. (1993)
* Ter. dinámica breve para la dependencia a los opiáceos	Woody y cols. (1990)
* Terapia cognitiva para la dependencia a los opiáceos	Woody y cols. (1990)
* Terapia cognitivo-conductual para el síndrome de abstinencia de las benzodiacepinas en pacientes con trastorno de pánico	Otto y cols. (1994) Spiegel y cols. (1993)

<i>Depresión</i>	
* Terapia dinámica breve	Gallagher-Thompson y Stefen (1994)
* Terapia cognitiva para pacientes geriátricos	Scoggin y McElreath (1994)
* Tratamiento psicoeducativo	Lewinsohn y cols. (1989)
* Terapia de reminiscencia para pacientes geriátricos	Arean y cols. (1993) Scoggin y McElreath (1994)
* Terapia de autocontrol	Fuchs y Rehm (1977) Rehm y cols. (1979)
<i>Problemas de salud</i>	
* Terapia de conducta para la obesidad infantil	Epstein y cols. (1994) Wheeler y Hess (1976)
* Terapia cognitivo-conductual en grupo para la bulimia	Mitchell y cols. (1990)
<i>Problemas maritales</i>	
Terapia de parejas emocionalmente focalizada	Johnson y Greenberg (1985)
Terapia marital orientada al <i>insight</i>	(Sneyder y cols., 1989, 1991)
<i>Problemas de la infancia</i>	
* Modificación de conducta para la encopresis	O'Brien y cols. (1986)
* Entrenamiento para el manejo de la ansiedad familiar en los trastornos de ansiedad	Barrett y cols. (en prensa)
<i>Otros</i>	
Modificación de conducta para delincuentes sexuales	Marshall y cols. (1991)
T. de C. dialéctica para el trastorno límite de la personalidad	Linehan y cols. (1991)
Reversión del hábito y técnicas de control	Azrin, Nunn y Frantz (1980) Azrin, Nunn y Frantz-Renshaw (1980)
<i>Fuente:</i> Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennet-Johnson, S., Pope, K.S., Crits-Cristoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D.A., y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. <i>The Clinical Psychologist</i> , 49(2), 5-18.	
* Los asteriscos indican un tratamiento añadido a la lista original del informe de 1993.	

Ejemplos de tratamientos empíricamente validados (versión de 1998)

Tratamientos bien establecidos	Evidencia de eficacia
<i>Ansiedad y estrés</i>	
Terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico con o sin agorafobia	Barlow y cols. (1989) Clark y cols. (1994)
Terapia Cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad generalizada	Butler y cols. (1991) Borkovec y cols. (1987)
Tratamiento de exposición para la agorafobia	Trull y cols. (1988)
* Exposición guiada por experto para la fobia específica	Bandura y cols. (1969) Öst y cols. (1991)
Exposición y prevención de respuesta para el trastorno obsesivo-compulsivo	Balkom y cols. (1994)
Entrenamiento en inoculación al estrés para el afrontamiento con estresores	Saunders y cols. (1996)
<i>Depresión</i>	
* Terapia de conducta para la depresión	Jacobson y cols. (1996) McLean y Hakstian (1979)
Terapia cognitiva para la depresión	Dobson (1989)
Terapia interpersonal para la depresión	DiMascio y cols. (1979) Elkin y cols. (1989)
<i>Problemas de salud</i>	
Terapia de conducta para el dolor de cabeza	Blanchard y cols. (1987) Holroyd y Penzien (1990)
Terapia cognitivo-conductual para la bulimia	Agras y cols. (1989) Thackwray y cols. (1993)
* Terapia cognitivo-conductual multicomponente para el dolor asociado a la enfermedad reumática	Keefe y cols. 1990a, 1990b) Parker y cols. (1988)
* Terapia cognitivo-conductual multicomponente con prevención de la recaída para dejar de fumar	Hill y cols. (1993) Stevens y Hollis (1989)
<i>Problemas de la infancia</i>	
Modificación de conducta para la enuresis	Houts y cols. (1994)
Programas de entrenamiento de padres para niños con conducta de oposición	Walter y Gilmore (1973) Wells y Egan (1988)
<i>Problemas maritales</i>	
Terapia de conducta marital	Azrin, Bersalel y cols. (1980a) Jacobson y Follette (1985)

Tratamientos probablemente eficaces	Evidencia de eficacia
<i>Ansiedad</i>	
Relajación aplicada para el trastorno de pánico	Öst (1988)
Relajación aplicada para el trastorno por ansiedad generalizada	Barlow y cols. (1992) Borkovec y Costello (1993)
* Terapia cognitivo-conductual para la fobia social	Heimberg y cols. (1990) Feske y Chambless (1995)
* Terapia cognitiva para el trastorno obsesivo-compulsivo	van Oppen y cols. (1995)
* Entrenamiento adjunto en comunicación para parejas en exposición para la agorafobia	Arnou y cols. (1985)
* Reprocesamiento y desensibilización por medio de los movimientos oculares para civiles con TEPT	Rothbaum (en prensa) Wilson y cols. (1995)
Tratamiento de exposición para el trastorno por estrés posttraumático (TPET)	Foa y cols. (1991) Keane y cols. (1989)
* Tratamiento de exposición para la fobia social	Feske y Chambless (1995)
Entrenamiento en inoculación al estrés para el TEPT	Foa y cols. (1991)
Progr. prev. de recaídas para el trast. obsesivo-compulsivo	Hiss y cols. (1994)
* Desensibilización sistemática para la fobia a los animales	Kirsch y cols. (1983) Öst (1978)
* Desensibilización sistemática para la ansiedad a hablar en público	Paul (1967) Woy y Efran (1972)
* Desensibilización sistemática para la ansiedad social	Paul y Shannon (1966)
<i>Abuso y dependencia de sustancias</i>	
Terapia de conducta para el abuso de cocaína	Hoggins y cols. (1993)
Terapia dinámica breve para la dependencia a los opiáceos	Woody y cols. (1990)
* Terapia cognitivo-conductual de prevención de la recaída para la dependencia de cocaína	Carroll y cols. (1994)
Terapia cognitiva para la dependencia a los opiáceos	Woody y cols. (1990)
Terap. Cogn.-Conduc. para el síndrome de abstinencia de las benzodiacepinas en pacientes con trastorno de pánico	Otto y cols. (1994) Spiegel y cols. (1993)
* Aproximación de reforzamiento comunitario para la dependencia del alcohol	Azrin (1976) Hunt y Azrin (1973)
* Exposición a señales como complemento del tratamiento en régimen interno para la dependencia del alcohol	Drummond y Glautier (1994)
* Proyecto CALM para el abuso y dependencia del alcohol (terapia marital conductual y disulfiram)	O'Farrell y cols. (1992)
* Entrenam. en habilidades sociales complementando el tratam. en régimen interno para la dependencia del alcohol	Eriksen y cols. (1986)

<i>Depresión</i>	
Terapia dinámica breve	Gallagher-Thompson y Steffen (1994)
Terapia cognitiva para pacientes geriátricos	Scoggin y McElreath (1994)
Terapia de reminiscencia para pacientes geriátricos	Arean y cols. (1993) Scoggin y McElreath(1994)
Terapia de autocontrol	Fuchs y Rehm (1977) Rehm y cols. (1979)
* Terapia de solución de problemas sociales	Nezu (1986) Nezu y Perri (1989)
<i>Problemas de salud</i>	
Terapia de conducta para la obesidad infantil	Epstein y cols. (1994) Wheeler y Hess (1976)
* Terapia cognitivo-conductual para el trastorno por sobreingesta compulsiva	Telch y cols. (1990) Wilfley y cols. (1993)
* Terapia cognitivo-conductual adjunta a la terapia física para el dolor crónico	Nicholas y cols. (1991)
* Terapia cognitivo-conductual para el dolor crónico de espalda	Turner y Clancy (1988)
* Hipnosis como complemento de la terapia cognitivo-conductual de la obesidad	Bolocofsky y cols. (1985)
* Terapia interpersonal para el trastorno de sobreingesta compulsiva	Wilfley y cols. (1993)
* Terapia interpersonal para la bulimia	Fairburn y cols. (1993)
* Terapia cognitiva multicomponente para el síndrome de intestino irritable	Lynch y Zamble (1989) Payne y Blanchard (1995)
* Terapia cognitivo-conductual multicomponente para el dolor en pacientes con anemia	Gil y cols. (1996)
* Terapia de conducta operante multicomponente para el dolor crónico	Turner y Clancy (1988) Turner y cols. (1990)
* Reducción programada de cigarrillos junto a terapia de conducta multicomponente para dejar de fumar	Cinciripini y cols. (1994) Cinciripini y cols. (1995)
* <i>Biofeedback</i> de temperatura para el síndrome de Raynaud	Freedman y cols. (1983)
* <i>Biofeedback</i> de temperatura más entrenamiento en relajación autógena para la migraña	Blanchard y cols. (1978) Sargent y cols. (1986)
<i>Problemas maritales</i>	
* Terapia de parejas emocionalmente focalizada para parejas moderadamente distresadas	James (1991) Jonson y Greenberg (1985)
Terapia marital orientada al <i>insight</i>	(Sneyder y cols., 1989, 1991)

<i>Problemas de la infancia</i>	
Modificación de conducta para la encopresis	O'Brien y cols. (1986)
* T. cognitivo-conductual para niños ansiosos (ansiedad elevada, ansiedad de separación y trastornos de evitación)	Kendall (1994) Kendall y cols. (1997)
* Exposición para la fobia específica	Menzies y Clarke (1993)
Entrenamiento para el manejo de la ansiedad familiar en los trastornos de ansiedad	Barrett y cols. (1996)
<i>Disfunciones sexuales</i>	
* Aproximación de tratamiento combinado de Hurlbert para el bajo deseo sexual femenino	Hurlbert y cols. (1993)
* Terapia sexual de Masters y Johnson para la disfunción orgásmica femenina	Everaerd y Dekker (1981)
* Combinación de terapia sexual y marital de Zimmer para el bajo deseo sexual femenino	Zimmer (1987)
<i>Otros</i>	
Modificación de conducta para delincuentes sexuales	Marshall y cols. (1991)
Terapia de conducta dialéctica para el trastorno límite de la personalidad	Linehan y cols. (1991)
* Intervención familiar para la esquizofrenia	Falloon y cols. (1985) Randolph y cols. (1994)
Reversión del hábito y técnicas de control	Azrin, Nunn y Frantz (1980) Azrin, Nunn y Frantz-Renshaw (1980)
* Entrenamiento en habilidades sociales para mejorar el ajuste social de los pacientes esquizofrénicos	Marder y cols. (1996)
* Apoyo al empleo para clientes enfermos mentales severos	Drake y cols. (1996)
<p><i>Fuente:</i> Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Cristoph, 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. <i>The Clinical Psychologist</i>, 51 (3), 1-10.</p> <p>* Los asteriscos indican un tratamiento añadido o una recomendación modificada desde la publicación de la actualización de 1996 (Chambless y cols., 1996).</p>	