

Un análisis crítico del Informe de 1993 acerca de los tratamientos empíricamente validados (TEV)

Francisco Javier CARRASCOSO LÓPEZ
UNED. Centro Asociado de Sevilla

Resumen

Cerrando el dossier sobre los tratamientos empíricamente validados, se realiza un análisis crítico del informe inicial de 1993 de la Comisión para la Promoción y Difusión de los Procedimientos Psicológicos de la *American Psychological Association*. En dicho análisis se hace énfasis en el contexto histórico y socioeconómico en el que apareció, y se critican diversas asunciones subyacentes al documento, tales como una metafísica esencialista de la ciencia, y el modelo de difusión del conocimiento que ha predominado en las relaciones entre la investigación y la práctica profesional. Se hacen diversas recomendaciones tendentes a poner de manifiesto el carácter auto-justificativo de la psicología clínica, y las tendencias futuras que pueden derivarse del énfasis en la evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos.

Palabras clave: eficacia, efectividad, eficiencia, psicología clínica, esencialismo, tratamientos empíricamente validados.

Abstract

For to close the special issue about empirically-validated treatments in *Apuntes de Psicología*, we do a critical analysis about the initial report of 1993 of the Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. This analysis do stress the historical, social and economical context in that this report was born, and they are critically appraised some underlying assumptions, like the essentialist metaphysics of science, and the prevailing model of knowledge dissemination in the relationship between research and professional practice. We do some recommendations stretching to reveal the self-vindicative character of Clinical psychology, and the future trends derived of the stress in the assessment of psychological treatments results.

Key words: Efficacy, Effectiveness, Efficiency, Clinical Psychology, Essentialism, Empirically-validated treatments.

Dirección del autor: c/ Sta. María Magdalena, nº 2, 4º D. 41008, Sevilla. *Correo electrónico:* carrascoso@correo.cop.es

Recibido: septiembre 2003. Aceptado: diciembre 2003.

La función de este artículo de cierre del dossier de *Apuntes de Psicología* sobre los denominados “tratamientos empíricamente validados”, como se apuntó en la introducción, no es otra que constituir un aparato crítico que sitúe al lector frente al contenido del informe de 1993 de la Comisión para la Promoción y Difusión de los Procedimientos Psicológicos (*The Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995), que aparece traducido al castellano en este dossier. No pretendemos revisar de modo exhaustivo la literatura sobre los resultados de los tratamientos psicológicos, ni llevar a cabo una exégesis del documento que vamos a analizar críticamente, y, ni mucho menos, arrojar un salvavidas a nadie que pueda estar acuciado por la situación generada por el *resurgimiento* de la evaluación de los tratamientos psicológicos. Más bien, deseamos hacer un comentario crítico de amplio espectro del que el lector pueda extraer sus propias conclusiones, y que al mismo tiempo le permita reflexionar sobre las tendencias recientes (y no tanto) de *nuestro campo* (que no disciplina). El *amplio espectro* al que nos referimos, la situación epistemológica actual de la psicología clínica, como el lector podrá apreciar en las páginas que siguen, tiene mucho que ver no ya con el contenido del informe de 1993 sino también con las reacciones y polémicas a que ha dado lugar. En este sentido, no está de más que explicitemos los supuestos de partida que han dirigido nuestro esfuerzo, lo que servirá al lector para calibrar la posible utilidad de este análisis y valorar el texto que pretendemos comentar.

En primer lugar, debe quedar claro que entendemos que nos encontramos ante un documento cuyo objetivo es ante todo

pragmático: desarrollar un programa de trabajo que permita difundir la base de datos disponible sobre los resultados de los tratamientos psicológicos, y, utilizando ésta, formar a todas las partes implicadas en los tratamientos psicológicos, evitando que éstos queden excluidos de las prestaciones financiadas por el sistema sanitario de los Estados Unidos. Por consiguiente, creemos que no tiene sentido aproximarse al documento bajo análisis en base a su valor de verdad. Muchas aproximaciones recientes al contenido y a las implicaciones de este texto adolecen, precisamente, de darle un valor de verdad que no tiene. Afirmar su verdad o falsedad es una afirmación ontológica que, dado su carácter coyuntural (como se verá a lo largo de estas páginas), nos parece un severo error, cuando no un claro malentendido. En este sentido, muchos comentaristas se han centrado en discutir alrededor de sus aspectos más accesorios: tiene un sesgo marcadamente cognitivo-conductual, la lista de tratamientos que ofrece no es completa, maltrata a las tendencias psicoanalíticas, etc. Estos comentarios y reacciones, lejos de clarificar el panorama sobre los resultados de los tratamientos psicológicos, contribuyen a potenciar, entre otros, el paradójico efecto (por emplear una expresión del propio informe) de “esculpir en piedra” u osificar diversos detalles accesorios como la famosa lista de tratamientos empíricamente validados. En otras palabras, a crear un nuevo mito, de los que la psicología en general, y la psicología clínica en particular, ya van sobradas.

En segundo lugar, por muy pragmático que pueda ser el documento bajo análisis, no deja de estar cargado de teoría. Por *teoría* entendemos aquí, en todo momento, la visión del mundo en la que *están* (en el

sentido de Ortega y Gasset) los miembros de la Comisión que elaboró el informe. En otras palabras, la *metafísica* implícita al informe. Vamos a entender aquí *metafísica* como *el fundamento verbal último de una actividad*, en nuestro caso particular, el desarrollo y evaluación de tecnologías de cambio conductual. Pero el fundamento verbal de una actividad, al que llamamos *metafísica*, como algunos filósofos nos han mostrado (Ortega y Gasset, 1940; Wittgenstein, 1969) no tiene valor de verdad intrínseco. Constituye un trasfondo institucional en el cual somos educados y vivimos. Así, contemplamos el documento que vamos a comentar como el producto final de la actividad de un grupo de individuos con un encargo preciso, que viven diariamente en el contexto que motivó dicho encargo. Por ello no lo trataremos como verdadero o falso. Simplemente trataremos de mostrar sus *efectos secundarios*, y de ver si son posibles otras alternativas metafísicas que puedan llevar a resultados diferentes.

En tercer lugar, creemos (y esta afirmación es puramente metafísica en el sentido arriba explicitado) que el esfuerzo de evaluar los resultados de los tratamientos psicológicos y difundir dicha base de datos, tiene pleno sentido. Es absurdo no reconocer el enorme esfuerzo que desde 1993 están llevando a cabo numerosos grupos independientes para revisar la literatura disponible sobre los resultados de los tratamientos psicológicos, extrayendo a menudo conclusiones muy similares pese a los diferentes criterios empleados (véase para una revisión Chambless y Ollendick, 2001). Estos esfuerzos no sólo han llevado a la aparición de una abundante literatura, de la que ejemplos muy destacables lo constituyen los textos de Seligman (1994), de Nathan y Gorman (2002a), y entre nosotros, el monográfico de

la revista *Psicothema* (2001) y las muy recientes publicaciones de Pérez Álvarez, Fernández Rodríguez, Fernández Hermida y Amigo Vázquez (2003a, 2003b, 2003c). También han contribuido a clarificar el campo de los tratamientos psicológicos, y a vislumbrar qué cosas se están haciendo hoy día en la Psicología clínica que pueden resultar beneficiosas de algún modo para los clientes de los psicólogos clínicos. Sin embargo estos esfuerzos no sólo deberían ser impulsados por imperativos económicos y la rivalidad entre profesiones (lo que parece ser el caso, tal y como se verá más adelante). Hace mucho tiempo que viene siendo un objetivo soñado en la psicología académica, formar profesionales que puedan ser competentes para realizar su trabajo diario y para evaluar sus resultados y reflexionar críticamente sobre los mismos, lo que se conoce como el *modelo Boulder* de profesional-científico. Lo que aquí se criticará no es este sueño, ni el hecho mismo de evaluar los resultados del trabajo terapéutico, sino *el modo* en que se lleva a cabo dicha evaluación, *el uso que se le da* a los resultados de dicha evaluación, *y la metafísica implícita* a esta forma de entender las cosas que se hacen diariamente. Las metafísicas no son simplemente verbo: son auténticas instituciones en las que los investigadores, los profesionales, y sus sujetos experimentales y clientes son formados. Constituyen, al decir de Fleck (1935), Ortega y Gasset (1940), Wittgenstein (1969) y Berger y Luckmann (1968) entre otros, auténticas formas de vida. Y junto a Pérez Álvarez (2003), creemos en la necesidad de explicitar estas metafísicas, no vaya ser que los psicólogos clínicos queden atrapados en un círculo autoconfirmatorio en el que se topan justo con lo que pusieron al principio: trastornos a los que, como si de un libro de cocina se tratase, corresponden unos tratamientos diseñados y

presentados al modo médico que, sin ser malo en sí, no es Psicología.

En cuarto lugar, desde nuestro punto de vista la Psicología clínica no constituye una ciencia básica independiente, sino una empresa tecnológica desarrollada para la resolución de determinados problemas socialmente definidos (determinados modos de sufrir, a los que la sociedad occidental denomina “trastornos mentales”), cuyo objetivo es realizar una síntesis del conocimiento básico para describir, comprender, predecir e influenciar el comportamiento humano. El supuesto de la independencia *como disciplina básica* de la Psicología clínica ha dado como resultado (desde nuestro punto de vista), que la multitud de teorías sobre la psicopatología y los fundamentos de los diferentes enfoques de tratamiento, que constituyen un fundamento verbal con una función de auto-justificación, han institucionalizado la formación en Psicología clínica de tal manera que, paradójicamente, hacen casi imposible la misma implantación del *modelo Boulder* del científico-profesional, al divorciar a la Psicología clínica del conocimiento básico. En este sentido, el análisis crítico del documento que nos ocupa no pasa en exclusiva por los parámetros propios de la Psicología clínica actual. Por ello no realizaremos aquí una revisión de la vasta literatura sobre los resultados de los tratamientos psicológicos, sino que, recurriendo (más bien como influencia lejana o fondo) al sugerente concepto de *dialogicidad* de Mijail Bajtin, trataremos de poner de manifiesto las múltiples voces que hemos leído entre líneas en el texto que nos ocupa. La Psicología clínica no es sólo clínica. También es su contexto económico, social, político, su historia interna, y el resto de la Psicología. Así, trataremos de conjugar múltiples materiales de este tipo en nuestro análisis crítico, poniendo de manifiesto las diversas

facetas del documento que nos ocupa. Somos conscientes de que esta estrategia da lugar a un texto abigarrado o difícil. Como disculpa argumentaremos que el problema que nos ocupa es complejo y merece por tanto, una reflexión pública igualmente compleja.

En quinto lugar, y como consecuencia de lo anterior, el proceso continuo de evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos no es una empresa descontextualizada. Los datos arrojados por un ensayo clínico con asignación al azar de los sujetos y varios grupos de control, no son neutros ni necesariamente *reflejan* los procesos de cambio que puedan explicarlos. Los datos no constituyen sino el producto final de un proceso de toma de decisiones que implica descartar variables y tipos de datos, entre otras muchas (políticas, económicas, elección de trayectoria profesional, etc.), y por ello, están profunda e inseparablemente enraizados en el contexto en el que tiene lugar el proceso mismo de su producción: los mencionados contextos y procesos de decisión se encuentran plenamente *institucionalizados*. Por ello, nuestro análisis crítico requiere en primer lugar, explicitar el contexto histórico y social en el que surgió en 1993 el informe de la Comisión para la Difusión y Promoción de los Procedimientos Psicológicos.

El contexto histórico y económico-profesional del Informe

El contexto histórico

La preocupación moderna por evaluar la eficacia de los tratamientos en el campo de la salud mental cuenta al menos con 200 años de historia, con un punto de partida el s. XIX Pinel (1800, 1809) y Esquirol

(1838) enfatizaron el uso de estadísticas en los asilos de alienados, como manera de documentar que ciertas formas de alienación mental eran susceptibles de curación por la administración de un tratamiento adecuado. En aquel tiempo se consideraba que un tratamiento era adecuado y racional, si guardaba coherencia con unos principios teóricos. Así, el concepto de *alienación mental*, considerada una enfermedad unitaria con diversas variedades o formas de manifestación (manía, melancolía, monomanía, demencia o idiotismo), y desencadenada por causas físicas y morales, daba lugar a la aplicación de terapéuticas inespecíficas en un doble sentido: el plan de tratamiento debía necesariamente individualizarse, y un tratamiento podía mostrar una eficacia generalizada sobre *la alienación mental*, independientemente de la especie que fuera diagnosticada. Es decir, no se consideraba útil un tratamiento estándar aplicado a cualquier caso. En este sentido, la idea de que el tratamiento debe elegirse en función de las características *del caso*, se abrió camino con relativa rapidez (Leuret, 1840, 1845), y encontró un eco duradero en la literatura especializada (Magnan y Pécharman, 1898).

Conceptualmente hablando, e independientemente de los resultados obtenidos y de la evolución posterior del alienismo, estos primeros intentos modernos de tratamiento de los problemas de salud mental y de evaluación de sus resultados, se basaron en un amplio conjunto de observaciones clínicas dispersas, sistematizadas como un grupo de relaciones entre variables que pudieran ser fácilmente aprehensibles por un profesional. Se relacionaban variables como el diagnóstico, el curso, el pronóstico o los factores de complicación y facilitación, que pudieran identificarse

mediante la observación directa e intensiva del caso, cuya configuración determinaría la elección del tratamiento adecuado. Al mismo tiempo, los resultados del tratamiento, considerado como un conjunto de principios y de procedimientos *generales* (y por tanto de amplia validez e inespecíficos) que podían y debían individualizarse, fueron tratados como datos importantes en apoyo de la teoría particular de la que el tratamiento se derivase. Esta lógica, unida a diversos principios metodológicos (la observación directa e intensiva del caso individual, y los rudimentos de la estrategia del sujeto como propio control), que configuraron la metodología del caso individual, pervivió sin alteraciones largo tiempo hasta bien entrado el s. XX, al menos hasta la década de 1950, a pesar de la introducción del psicoanálisis, que no alteró en lo esencial la lógica de este procedimiento.

En el pasado siglo, la llegada de la terapia de conducta y los ensayos clínicos con asignación aleatoria en la medicina, introdujeron numerosos y radicales cambios en la forma de evaluar los resultados de un tratamiento. Eysenck (1952) cuestionó severamente la corrección metodológica de los estudios retrospectivos realizados en ausencia de *comparaciones* adecuadas. Controles de lista de espera, otros tratamientos de comparación, la administración de un placebo, o el empleo de medidas estandarizadas, entendidos como procedimientos que permiten una evaluación *independiente* de resultados, no eran exigencias metodológicas en los estudios de resultado del tratamiento en aquella época, ni tampoco lo fueron durante el s. XIX (a pesar del notable trabajo experimental de Claude Bernard). Si bien es de notar que el artículo de Eysenck no cuestionó la ade-

cuación de principios como la observación directa e intensiva del caso individual, o el sujeto como propio control, sí inauguró una mayor preocupación *por los aspectos metodológicos* en la investigación sobre los resultados de los tratamientos psicológicos. El espaldarazo definitivo a estas exigencias de mayor rigor metodológico, lo proporcionó la naciente terapia de conducta (véase O'Donohue, Henderson, Hayes, Fisher y Hayes, 2001), una de cuyas características ha sido siempre la de proporcionar evidencia de los resultados de sus procedimientos. La estimación de la fiabilidad de las observaciones, el énfasis en la cuantificación de la variable dependiente, los grupos control, la definición operacional y estandarizada de las conductas objetivo de intervención y de los procedimientos de cambio empleados, etc., fueron refinamientos metodológicos que comenzaron a incorporarse sistemáticamente en la investigación sobre los resultados del tratamiento, al vislumbrarse la posibilidad de aplicación en este terreno de los principios básicos de la experimentación: la evaluación por fuentes lo más independientes posibles del experimentador, y contar con términos de comparación adecuados. Si bien estos avances metodológicos se fueron incorporando de modo progresivo y lentamente durante, al menos, tres décadas.

Pero previamente, ya se había preparado el contexto para la acogida de estas novedades metodológicas, y para enfatizar la necesidad de la evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos. La *Conferencia de Boulder* en 1949, había definido la necesidad de proporcionar a los futuros profesionales, una formación que hiciera énfasis en la investigación y en la práctica clínica, tratando de conseguir pro-

fesionales dedicados a la práctica que pudieran pensar y evaluar sistemáticamente su trabajo (Hayes, Barlow y Nelson-Gray, 1999), justamente lo que intentaron acometer los pioneros de la terapia de conducta pocos años después. En dicha conferencia se hizo evidente que podía abrirse una brecha entre la práctica clínica y las cuestiones de investigación y la metodología, de no unificarse ambos aspectos como caras de una misma moneda en los programas de formación, no de forma verbal, sino como una práctica supervisada y continua que exigiera diversos grados de competencia final. El futuro no hizo más que confirmar esta premonición. A pesar del énfasis en la evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos, la formación y la práctica clínica no parecen haber sido excesivamente influenciadas por el modelo del profesional-científico diseñado en la *Conferencia de Boulder*.

De estos apuntes históricos, se desprende una conclusión: el interés en la evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos no es estrictamente hablando una cuestión nueva. De una u otra manera, bien sea como instrumento para confirmar la bondad de un principio, o como interés por el resultado en sí mismo, la cuestión ha estado siempre presente en el amplio campo de la salud mental. Hasta la década de 1990 del pasado siglo ha sido un gigante dormido al que, sin embargo, todos invocaban, bien por razones lógicas, bien para ganar premios ¿Por qué entonces un despertar tan brusco en la última década? ¿Por qué, si la evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos ha sido enfatizada desde hace tiempo por diversos modelos teóricos y en los programas de formación, nos encontramos con una brecha tan grande entre la práctica pro-

fesional y la investigación y la evaluación? La historia de las reformas modernas de la atención a la salud mental durante los últimos 200 años, nos muestra que, incluso contando con datos favorables (teniendo en cuenta que la definición de lo que constituye un "buen dato" ha variado considerablemente durante este intervalo de dos siglos), muchas reformas y novedades han sido muy lentas en imponerse y, a menudo, sólo lo han hecho parcialmente (por ejemplo, véanse O'Donohue, Henderson, Hayes, Fisher y Hayes, 2001; Porter, 2002; *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, 1995).

El contexto económico-profesional

Durante la primera mitad del s. XIX, el tratamiento de los problemas de salud mental tenía como uno de sus principales objetivos demostrar en la práctica que eran susceptibles de curación. Una lectura atenta de los textos pioneros de Pinel (1800, 1809) y de Esquirol (1838), nos muestra que era necesario demostrar de algún modo que la alienación mental era una enfermedad más (aunque especial) en el sentido médico y que, como tal, era susceptible de curación si se aplicaban tratamientos adecuados a sus peculiaridades. En este sentido, la evaluación de los resultados de los tratamientos constituía una cuestión teórica y de relaciones públicas, sin olvidarnos de su dimensión práctica, uno de cuyos aspectos era mostrar que la aparición de la nueva profesión de médico alienista era socialmente viable (especialmente en el caso de Esquirol). En el s. XIX, aunque la aparición de los sistemas sanitarios públicos conllevaba una innegable dimensión económica, la evaluación de los resultados de los tratamientos en salud mental quizás no fue di-

rectamente afectada por la cuestión de los costes. Los asilos y otras unidades asistenciales a menudo costeaban parcialmente sus presupuestos con los ingresos derivados de la terapia ocupacional, ingresos a los que se unían aportaciones de las autoridades estatales y locales y de particulares. A menudo, la misma construcción de asilos podía resultar barata y tener escaso impacto sobre los costos globales de la atención sanitaria a la salud mental, dado que con frecuencia, entre otras estrategias, se responsabilizaba a las autoridades locales de la gestión y los presupuestos necesarios para abrir una nueva unidad (Berner, 1994; Craplet, 1994). Además algunos estudios históricos (por ejemplo, el de Healy, 2000) muestran que los agentes farmacológicos empleados no estaban sujetos a leyes reguladoras de privilegios de prescripción y estaban libremente disponibles en el mercado o se podían elaborar fácilmente mediante procedimientos químicos de bajo coste que no requerían instalaciones y tecnología especializada, por lo que los presupuestos en farmacia y otras intervenciones podían fluctuar considerablemente dentro de márgenes tolerables para los grandes internados. En este sentido, la presión económica más importante que sufría el sistema de asistencia sanitaria en salud mental provenía del progresivo aumento de los gastos en concepto de alojamiento y manutención de los enfermos, y de ampliación y mejora de unas edificaciones cada vez más pobladas.

El concepto de *cronicidad* surgió a mediados del s. XIX, como respuesta al fracaso del tratamiento moral para incidir de modo significativo en las tasas de curación y a la acumulación de casos de larga duración. Si bien los ingresos en los asilos inicialmente eran breves y su mayor por-

centaje lo constituían casos agudos o recaídas, la acumulación de casos de larga duración, como los debidos a parálisis general progresiva (Hare, 1998), incrementó paralelamente los gastos de alojamiento y manutención de enfermos y motivó (si bien parcialmente) la necesidad de aumentar el número de camas disponibles. No pareció que estas presiones económicas condujeran de algún modo a la evaluación de los resultados de los tratamientos, cuyos principios y metodología (si bien, no su número y diversidad) se mantuvieron considerablemente estables hasta principios del s. XX (véase Magnan y Pécharman, 1998).

El gran revulsivo económico para la evaluación de los resultados de los tratamientos llegó de la mano de la crisis de los sistemas públicos de salud y de los avances en la psicofarmacología, aunque en Occidente, los efectos hayan sido diferentes en Europa y en los Estados Unidos. En Europa, la crisis de los sistemas sanitarios públicos se ha traducido en esfuerzos de contención de los costes económicos que, a menudo se han basado en el recorte de prestaciones sanitarias, o en la potenciación de la atención primaria. En Estados Unidos, al no contar con un sistema sanitario público (salvo la asistencia benéfica) que pudiera absorber sus propios costes a cuenta de los presupuestos del Estado, se ha tendido a buscar nuevos sistemas de gestión basados en la contención de los costes reales, siendo los recortes de prestaciones sólo una medida más (y no necesariamente la más extendida) adoptada por las compañías. Así, según nos ilustran Hayes, Barlow y Nelson-Gray (1999), se ha pasado de un modelo de gestión económica basado en los pagos por los servicios realizados a los profesionales, a otro modelo en el que estos pagos están supeditados

a cumplir varios requisitos: documentar que el tratamiento aplicado fue eficaz y permite explicar los cambios en el estado del cliente, una duración breve del tratamiento, y el empleo de guías de práctica que, con frecuencia, están elaboradas ex profeso por la propia compañía que va a pagar al profesional.

La industria farmacéutica también ha contribuido en cierto grado al disparo de los costes. Los enormes presupuestos en I + D necesarios para investigar nuevas moléculas y lanzarlas al mercado, junto a la adquisición de patentes y la legislación sobre los privilegios de prescripción (Healy, 1997, 2000), han explicado parcialmente el enorme incremento de los costes de la terapia farmacológica. En los Estados Unidos, junto a la nueva era de gestión económica del sistema sanitario, concentrada en el ahorro de costes, se ha primado fundamentalmente el empleo de terapias farmacológicas que, más probablemente, pueden ser costeadas por las compañías aseguradoras. Un argumento favorable al empleo generalizado de estas terapéuticas, lo proporciona sin duda, el gran número de ensayos controlados empleando la asignación al azar de sujetos y el doble ciego para la evaluación de los resultados, que muestran que numerosos psicofármacos son tratamientos eficaces en salud mental. Esta metodología se ha transformado en el estándar de oro para la evaluación de los resultados de un tratamiento en la administración federal de los Estados Unidos y en muchos otros lugares. La década de 1990, conocida como la *década del cerebro*, reflejó sin lugar a dudas estas cuestiones, situando en franca desventaja a los tratamientos psicológicos, pese a la presencia de una gran base de datos (aunque con múltiples limitaciones conceptuales y me-

todológicas) que muestran que son tratamientos *eficaces, efectivos y eficientes* en múltiples problemas. En especial a nivel económico, el puesto de trabajo de muchos psicólogos clínicos en los Estados Unidos se ha visto amenazado, y, como mínimo, ha conllevado una apreciable disminución de sus ingresos. Adicionalmente, y como parte de la estrategia de contención de los costes, se ha promovido la contratación de terapeutas formados en escuelas profesionales (enfermeros, trabajadores sociales, etc.) o de grado máster, en detrimento de la contratación de profesionales con formación doctoral y de internado, cuyos elevados honorarios encarecen los costes por tratamiento (Hayes, Barlow y Nelson-Gray, 1999).

Puede observarse una fuerte interdependencia entre los factores económicos y profesionales en los Estados Unidos. Durante el gran boom de la psicoterapia en las décadas de 1950 y 1960, el psicólogo clínico se ha centrado casi en exclusiva en la administración de tratamientos psicológicos, y en menor medida, en la evaluación (y ésta concentrada ante todo en la evaluación diagnóstica). Tareas como la dirección, organización, supervisión, formación, diseño y evaluación de programas han sido descuidadas y en el mejor de los casos, claramente contempladas como secundarias. A fin de cuentas, las compañías aseguradoras pagaban puntualmente generosos cheques por los servicios profesionales de diagnóstico clínico y psicoterapia, y la psicología clínica tenía un lugar reconocido en este mercado. La llegada de la nueva era de control de los costes sanitarios, con sus exigencias de seguimiento y evaluación de los resultados de los tratamientos, ha traído la necesidad de redefinir el rol profesional del psicólogo clínico, y

ampliar su horizonte de tareas más allá de las tradicionales en un intento de hacer que el profesional de la psicología clínica sea competitivo en el mercado de trabajo (Hayes y Blackledge, 1998; Strosahl, 1998). Como parte de esta estrategia global de redefinición de los perfiles profesionales en los Estados Unidos, paralelamente a la creación de la Comisión para la Promoción y Difusión de los Procedimientos Psicológicos, miembros prominentes de la División 12 de la APA, han defendido y promocionado de forma activa los intentos para que los estados de la Unión concedieran legalmente el privilegio de prescripción de psicofármacos a los psicólogos clínicos (Sanua, 1998). Actualmente directiva de la División 12 de la APA está respaldando abiertamente que se conceda a los psicólogos clínicos este privilegio de prescripción (Willis, 2003). Las polémicas generadas por la cuestión de los privilegios de prescripción, aún no resueltas, han producido fuertes escisiones en el seno de las asociaciones profesionales que aglutinan a los psicólogos clínicos en los Estados Unidos (véase Hayes y Heiby, 1998). No deja de resultarnos contradictorio que al mismo tiempo que se defiende que disponemos de tratamientos psicológicos eficaces para múltiples problemas (y esto se pretende divulgar donde más interesa), con frecuencia mucho más eficaces que los fármacos, se defiende que los psicólogos clínicos también prescriban medicación farmacológica. En este contexto económico y profesional, apareció en 1993 el Informe que aquí estamos comentando.

De esta descripción del contexto económico-profesional en que apareció en 1993 el Informe de la Comisión para la Promoción y Difusión de los Procedimientos Psicológicos, se desprende que tal in-

forme fue contingente a una coyuntura económica, cuyo impacto se acentuó: a) por la presencia de un perfil profesional escasamente flexible, centrado casi en exclusiva en la evaluación diagnóstica y en la administración de psicoterapias; y b) por el éxito social y económico de la moderna psicofarmacología. Aunque en la psicología clínica se ha hecho cada vez más énfasis en la evaluación *independiente* de los resultados de los tratamientos psicológicos y, muy especialmente la de orientación conductual, se ha perfilado un rol profesional muy diferente al tradicional, los factores económicos han jugado un papel importante en el descuido de este énfasis. La llegada del informe de 1993, teniendo en cuenta el contexto histórico y económico-profesional en que apareció era, en cierto sentido, predecible.

El contenido del Informe de 1993

La línea argumental

El documento que estamos comentando en su primera página afirma explícitamente que su propósito es "(...) *la valoración de la formación de los psicólogos clínicos, de las aseguradoras y del público, en psicoterapias eficaces*" (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995, pág. 1). Una tarea necesaria y urgente, teniendo en cuenta el auge de la psiquiatría neurobiológica, el enorme poder económico de la industria farmacéutica y la escasa difusión entre los profesionales, el público, y las empresas sanitarias y las agencias federales, de la base de datos sobre los resultados obtenidos con los tratamientos psicológicos. Este es el contexto explicitado por la Comisión en el que apareció su Informe.

El texto del Informe no entra en mayores consideraciones sobre la filosofía rectora de la Comisión que lo elaboró; la Comisión era un grupo heterogéneo doctrinalmente, de proveniencias diversas (la enseñanza universitaria, la investigación y la práctica clínica privada), que trataba de alcanzar un cierto grado de *consenso* para iniciar un extenso trabajo de revisión de la literatura sobre los resultados de los tratamientos psicológicos. De este modo, el texto va directamente al grano, tras la presentación de los criterios definitorios de lo que dicha comisión denominó *tratamientos empíricamente validados*. La comisión reconoce expresamente el carácter *arbitrario* de dichos criterios, cuyo objetivo es permitir identificar *cualquier tratamiento*, independientemente de su teoría subyacente, que cuente con datos que demuestren su eficacia. A partir de ahí, el informe se centra en documentar y realizar una serie de recomendaciones para la formación de todas las partes implicadas en los Estados Unidos –los psicólogos en formación y los profesionales de la psicología, el público, las compañías aseguradoras, las agencias federales, etc.– en la práctica y la investigación de los tratamientos psicológicos, así como en diseñar un programa de trabajo y de relaciones públicas de cara a promocionar y difundir los datos sobre su *eficacia*. Para ello se presentan los resultados de dos estudios que realizó la Comisión, poniendo de manifiesto diversas carencias de los programas de formación en psicología clínica en los Estados Unidos (falta de énfasis en la práctica supervisada, escasa atención a la literatura científica y a los fundamentos empíricos de los tratamientos, etc.). Como parte de la descripción de dichos estudios, se incluye una lista preliminar de tratamientos empíricamente valida-

dos rápidamente identificados por los miembros de la Comisión, que se empleó para elaborar el cuestionario utilizado. Esta lista de tratamientos empíricamente validados fue concebida originalmente como un punto de partida para realizar estudios sobre el estado de la formación de graduados, doctores, internos, y profesionales, en los Estados Unidos. Un punto de partida que, obviamente, depende de los criterios definitorios de lo que constituye un tratamiento empíricamente validado, que, desde nuestro punto de vista, constituye la parte más importante de este documento.

La línea argumental del informe es claramente visible desde el comienzo. Ante el auge de la psiquiatría neurobiológica, con el apoyo económico de la industria farmacéutica y los numerosos ensayos controlados a doble ciego que muestran cuantitativamente la eficacia de múltiples psicofármacos, la Psicología debe contraatacar con los mismos argumentos, haciendo pública, promocionando y difundiendo su base de datos sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos, sin que su fundamento teórico sea un obstáculo. Para identificar los datos relevantes, es fundamental definir de entrada qué se considera un tratamiento psicológico eficaz. Sobre esta base, el informe se organiza en torno a diversas líneas argumentales: el énfasis en la *eficacia* de los tratamientos psicológicos (independientemente de la teoría que sustente a un tratamiento particular), los criterios de definición de un tratamiento psicológico eficaz, la especificidad de la eficacia de un tratamiento psicológico, el énfasis en los manuales de tratamiento, y las estrategias de formación en los tratamientos empíricamente validados. Tras estos argumentos encontramos dos grandes temas de fondo:

qué se considera una evidencia científica (en cierto modo, sinónimo a qué consideramos un proceder científico), y el abismo existente entre el laboratorio y la práctica profesional cotidiana (el fracaso del *modelo Boulder* del profesional-científico). Estos temas de fondo serán el eje de nuestro análisis crítico en los próximos epígrafes. Pero antes veamos aunque sea brevemente la *retórica* empleada en el Informe.

La retórica

La retórica del informe no puede ser más coherente con su línea argumental. Constantemente nos encontramos con la expresión *tratamientos empíricamente validados* y con argumentaciones basadas en los datos, de las que las contenidas en la sección VII (Formación de las aseguradoras) son un buen ejemplo. Un buen dato es tan elocuente que por sí mismo y bien presentado, puede ser muy convincente. Nos basta con tener buenos datos y estrategias de presentación de los mismos. Asimismo, la sección V (Informar a los clínicos sobre los tratamientos empíricamente validados) es otra muestra importante de la retórica del Informe. Se deplora el modelo de difusión del conocimiento (los clínicos deben consumir los productos de los investigadores pero no viceversa) adoptado hasta ahora en las relaciones entre la investigación y el ejercicio profesional, y se aboga en dicha sección por un modelo de relación fundamentado en el intercambio de conocimiento. Dicho modelo implica que investigadores y clínicos sean tratados como iguales y puedan contar con foros especialmente diseñados para el intercambio de conocimiento. En cierto sentido este modelo de relación basado en el intercambio de conocimiento, implica dejar las cosas

como están: investigadores y clínicos son diferentes y trabajan en cosas radicalmente distintas. Pero los investigadores han fracasado en su esfuerzo por “vender” a los clínicos sus productos; ahora de lo que se trata es de refinar su estrategia de marketing, y considerar a los clínicos como iguales. El mismo título de la sección V es elocuente (*Informar a...*), parece acogerse a la tercera acepción que en castellano recoge el *Diccionario de uso del español* de María Moliner (1998): “Dar a alguien datos o noticias sobre algo que *le interesa*” (a los clínicos, en este caso).

Otro guiño retórico importante, situado en la sección I (Definición de tratamiento empíricamente validado) tiene lugar cuando los autores escriben “*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.*” (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995, pág. 4). Sin embargo, en la misma sección I, justo antes del fragmento citado, se escribe que “*(...) sugerimos que las psicoterapias pueden ser establecidas como eficaces para un problema particular*” (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995, pág.4), entendiendo aquí *problema particular*, como uno cualquiera de los síndromes definidos por el sistema DSM. Obviamente, un matrimonio puede serlo por pura conveniencia, y es conocida la relación de la APA con el sistema DSM (Follette y Houts, 1996).

Especialmente en las secciones II, III y IV del Informe, la Comisión se lamenta

continuamente por la falta de énfasis en los fundamentos empíricos de diversos enfoques de tratamiento que puede detectarse en los Estados Unidos en los programas de formación predoctoral, de internado y de formación continuada. Este lamento, sin embargo, en el contexto textual del Informe, se hace siempre en contraste con la situación de la psiquiatría y la industria farmacéutica. Y ello pese a que se afirma continuamente que los psicólogos clínicos han sido protagonistas en la evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos. En este sentido, también en el Informe se hacen alusiones al beneficio del público, y a la amenaza de que los tratamientos psicológicos (la psicoterapia) sean eliminados de las prestaciones ofrecidas por las compañías de seguros de salud estadounidenses. Estas afirmaciones se hacen también en el contexto de los riesgos que implica para el ejercicio profesional de la psicología clínica la política de contención del gasto sanitario, de tal modo que a veces se tiene la impresión de que el interés público y las dificultades de la profesión se encuentran inexorablemente unidos, en una suerte de dialéctica oferta-demanda de naturaleza autoconfirmatoria.

También resulta llamativa la misma expresión *tratamientos empíricamente validados*. En la revisión de 1996 (Chambless, Sanderson, Shoham, Bennet-Johnson, Pope, Crits-Cristoph, Baker, Johnson, Woody, Sue, Beutler, Williams, y McCurry, 1996), se afirma en una nota al pie de página que es preferible el término *tratamientos empíricamente apoyados*, para evitar la impresión de que el proceso de validación de un tratamiento ha finalizado. Téngase en cuenta que la Comisión, en la sección I del Informe de 1993 afirmaba que el proceso de validación es continuado: “*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" (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995, págs. 3-4).

Estas muestras de la retórica del Informe que estamos comentando, nos permiten extraer varias conclusiones: a) la Comisión opta por un modelo de ciencia *esencialista*, visible en el discurso de la persuasión por los datos; b) no puede liberarse de las ambigüedades propias del modelo esencialista de ciencia, cuando proponen sustituir la difusión de conocimientos por el intercambio en las relaciones entre los investigadores y los profesionales; c) es obvio que en el texto bajo análisis, la comparación de la psicología clínica con la psiquiatría neurobiológica se está basando fundamentalmente en el éxito social y económico de esta última; d) en ocasiones parece que el bien público está definido por los avatares del ejercicio profesional de la psicología clínica. La retórica del Informe dado el contexto en el que apareció es razonable, pero desde nuestro punto de vista deja sin responder una pregunta importante (si bien ésta no es objeto del informe): ¿por qué se abandonó tempranamente el énfasis en la evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos, en la difusión

de la base de datos disponible en los programas de formación, y lo más importante, en el aprendizaje práctico de estas habilidades? Volveremos más adelante sobre esta cuestión en el apartado de conclusiones.

El modelo de ciencia implícito del Informe

La metafísica esencialista de la ciencia

En el anterior párrafo se ha escrito que la Comisión está optando por un modelo *esencialista* de ciencia. Según Woolgar (1988), esta concepción de la actividad científica (denominada por él *concepción heredada*) supone una realidad preexistente a los esfuerzos individuales por aprehenderla. Así, la ciencia no es más que el esfuerzo de ciertos individuos por *reflejar* del modo más fidedigno posible la actividad de un objeto real independiente de la actividad observacional, cuya existencia misma es previa al observador. En este sentido, todo producto científico constituye una *representación* (o reflejo) que cumple la doble función de, por un lado, permitirnos conocer el objeto que nos interesa, y por el otro, modificarlo. Así, la representación del objeto independiente al observador debe tener un doble valor de verdad (debe describir dicho objeto como tal objeto) y pragmático (debe permitirnos modificar a voluntad el objeto). Veamos cómo esta metafísica se hace efectiva en el documento que nos ocupa.

La Comisión que elaboró el Informe, como se ha dicho en los párrafos de introducción, no explicitó su filosofía rectora. Sin embargo, los objetivos pragmáticos del Informe están orientados por unos supuestos de partida, y en este sentido no pueden ser filosóficamente neutros. Si lo fueran,

cognitivamente hablando el Informe sería ininteligible para cualquier lector; sonaría literalmente “a chino”. Una lectura atenta del texto nos permite identificar expresiones reveladoras del modelo de ciencia y de lo que se considera como evidencia válida por la Comisión, teniendo en cuenta que ésta *no era sino un grupo de expertos trabajando en un contexto determinado*. Expresiones como “*El Informe se basa en nuestro compromiso con el empirismo (...)*” (pág. 31), y el término “tratamiento empíricamente validado”, que aparece por primera vez en el título del epígrafe 1 del informe, nos parecen claves.

¿Qué quiere decir la Comisión al usar la frase “nuestro compromiso *con el empirismo*”? Empirismo no parece un término empleado aquí, al menos en apariencia, en su acepción filosófica técnica. Más bien parece indicar que la Comisión considera razonable un modelo de ciencia basado en la acumulación de datos que *reflejan* directamente la realidad que se manipula bajo condiciones controladas, y que como tal reflejo, dichos datos son una muestra representativa de la realidad bajo análisis. Es decir, los datos (una relación entre la variable independiente y la variable dependiente *seleccionadas* a priori por el investigador) poseen una amplia generalidad y no están influenciados de un modo significativo por el contexto en el que son producidos. Por tanto, el habla científica (los datos, las afirmaciones descriptivas de relaciones entre variables, las descripciones de los procedimientos empleados, etc.) a su vez es contextualmente neutra y posee siempre un significado preciso en su condición de reflejo de la realidad. A su vez, si el habla científica es contextualmente neutra, y dada su naturaleza de *representación* (o reflejo) de una realidad independiente

del observador, contar con datos abundantes para defender una posición es la mejor herramienta persuasiva que pueda imaginarse. De hecho, la persuasión como tal no puede existir dado que los datos son simples reflejos o representaciones de la realidad independiente de los observadores.

Como consecuencia directa, surge el término “tratamiento empíricamente validado”. Literalmente en el lenguaje cotidiano, dicho término viene a decir que mediante la experiencia, podemos considerar que los resultados de un tratamiento tienen fuerza o son robustos. En el habla científica, sin embargo, se tiende a considerar que una afirmación válida tiene valor de verdad. Así, si una hipótesis A y su conjunto de deducciones A', parecen describir adecuadamente un conjunto de datos (relaciones entre la variable independiente y la variable dependiente), tendemos a declarar que dicha hipótesis es verdadera, por lo que podemos descartar con un cierto margen de confianza otras hipótesis rivales, y declarar con tranquilidad que la teoría de la que surgió la hipótesis A y su conjunto de deducciones A' es algo más verdadera que las rivales. El proceso de validación, como reconoce la Comisión, es continuo: nuevos datos pueden contribuir a descartar la hipótesis A y a su sustitución por la hipótesis B como más verdadera y/o ajustada a los datos que permite describir. En este sentido, un tratamiento psicológico nunca puede estar completamente validado. Por ello, el valor de verdad de una hipótesis nunca puede ser categórico (es verdadera o es falsa); más bien, el valor de verdad de una hipótesis es continuo: puede ser más o menos verdadera, pero nunca totalmente verdadera o totalmente falsa. Consciente de esto, la Comisión clasificó los tratamientos psicológicos en un sistema de tres

categorías (tratamientos bien establecidos, tratamientos probablemente eficaces y tratamientos experimentales) en el informe de 1993, y reconoció en una nota a pie de página de la actualización de 1996 (Chambless, Sanderson, Shoham, Bennet-Johnson, Pope, Crits-Cristoph, Baker, Johnson, Woody, Sue, Beutler, Williams, y McCurry, 1996), que el término *tratamiento empíricamente apoyado* era preferible a *tratamiento empíricamente validado*, aunque este cambio retórico no afecta a lo que la Comisión parece entender como modelo razonable de ciencia.

La metafísica esencialista en la práctica: el estándar metodológico y sus problemas

Desde el principio, el documento que nos ocupa hace un fuerte énfasis sobre la *eficacia* de los tratamientos psicológicos, algo que se explicitó posteriormente en la revisión de 1998 (Chambless, Baker, Baucum, Beutler, Calhoun, Crits-Christoph, Daiuto, DeRubeis, Detweiler, Haaga, Bennett Johnson, McCurry, Mueser, Pope, Sanderson, Shoham, Stickle, Williams y Woody, 1998). En la sección I (Definición de tratamiento empíricamente validado) aparecen ya algunos de los rasgos distintivos de la investigación sobre la eficacia: el uso de manuales de tratamiento, la descripción de las muestras de sujetos en base a criterios diagnósticos operacionales (el sistema DSM), la asignación al azar de los sujetos a distintos grupos, y los grupos de control adecuados (a ser posible, formados por otros tratamientos de comparación). Rasgos que se enfatizan a lo largo de todo el documento en mayor o menor medida.

La investigación centrada en la eficacia persigue varios objetivos:

- a) Minimizar en la medida de lo posible las fuentes de varianza que puedan deberse a variables diferentes al tratamiento, como la variabilidad entre terapeutas, las instrucciones del tratamiento, la variabilidad de los clientes, etc..
- b) Obtener un conjunto de datos promedio en condiciones constantes que, se supone, por el uso de grupos de sujetos asignados al azar y cuidadosamente descritos según criterios operacionales, poseen una amplia generalidad dentro del universo poblacional escogido (por ejemplo, la población que cumpla los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor unipolar)
- c) Contando con una base de datos amplia, difundir el conocimiento obtenido que, se supone, debe orientar la práctica al aportar información sobre el comportamiento de un procedimiento terapéutico en unas condiciones estándar (por ejemplo, la terapia cognitiva de Beck aplicada a los casos con diagnóstico de trastorno depresivo mayor unipolar).

Esta estrategia es precisamente la empleada en los ensayos clínicos a doble ciego de nuevos psicofármacos. La estrategia de comparación de grupos, fundamento de la investigación sobre la eficacia, descansa sobre el supuesto de que los datos obtenidos, si se han respetado varias condiciones (asignación al azar, estandarización de procedimientos, y especificación de las características relevantes de la muestra), son *representativos* del comportamiento de una población. En este contexto la representatividad de un dato se refiere a su generalidad, y por consiguiente, al grado

en el que dicho dato *refleja y/o representa* el comportamiento *real* de la población a la que se supone se refiere. El esfuerzo por mantener constantes las fuentes de variación indeseadas que pueden impedir la obtención de datos claros, se (pre)supone que puede eliminar el riesgo de que nuestra evaluación no sea independiente del objeto de estudio.

Pese a ser una estrategia metodológicamente muy poderosa, diversos autores han señalado importantes insuficiencias de la investigación sobre la eficacia. Los diseños de investigación basados en la comparación entre puntuaciones promedio obtenidas por grupos de sujetos asignados al azar, el cánon de oro metodológico en la investigación sobre eficacia (véanse por ejemplo, los criterios I, II y III de Nathan y Gorman, 2002a) han recibido a lo largo del tiempo severas críticas (véase Bernard, 1865; Sidman, 1960; Barlow y Hersen, 1984; Hayes, Barlow y Nelson-Gray, 1999). Tales críticas han señalado la imposibilidad práctica de extraer generalizaciones válidas para *un caso* individual, la dificultad para establecer experimentalmente los límites de generalidad de un promedio, y que los diseños de comparación entre grupos no permiten aislar y conocer experimentalmente las fuentes de variabilidad ajenas a la variable independiente. Asimismo, se ha señalado la limitación de los tipos de resultados que pueden predecirse a partir de la investigación de este tipo (Follette, 1995). De hecho, es difícil que los datos promediados puedan ser de interés para los clínicos, interesados como están por casos multiproblemáticos e individuales, a menudo muy alejados de los criterios de selección definidos por los investigadores de la eficacia. Es más, ¿qué sucede con los casos que no responden al

tratamiento en un ensayo controlado? Los autores citados han propuesto como alternativa metodológica el empleo sistemático de los diseños de series temporales en la investigación sobre los resultados de los tratamientos psicológicos, o la combinación de los diseños de comparación de grupos y de series temporales en la generación de una base de datos sólida, como modo de aislar experimentalmente las fuentes de variabilidad, obtener criterios de predicción de los resultados de un tratamiento, y para perfeccionar los tratamientos.

Sin embargo, la metodología no es la única dificultad que nos encontramos aquí. Lo queramos o no, la epistemología subyacente a la investigación sobre la eficacia, y en concreto, al texto que estamos comentando, impone diversas limitaciones a la práctica investigadora, clínica y a la formación. El supuesto de una realidad preexistente al observador que puede ser evaluada de forma independiente a éste, propia de la metafísica esencialista de la concepción estándar de la ciencia que asume la Comisión, conlleva diversas dificultades.

En primer lugar, la realización de un ensayo controlado (un estudio de eficacia) no es una garantía de obtener unos datos de amplia generalidad que reflejen una realidad preexistente al observador. En otras palabras, no puede garantizar la *neutralidad* y/o independencia de los datos respecto al observador y al contexto de la observación. Los datos que puedan obtenerse de un estudio de eficacia bien controlado no pueden ser desgajados de su contexto de producción, so pena de perder información y de no poder calibrar su importancia real. En este sentido, todo estudio controlado está sometido a múltiples fuentes contextuales de influencia: la toma de decisiones que requieren los preparativos previos al

ensayo (el diseño metodológico, la forma de reclutamiento de los sujetos y el cronograma de procedimientos y de momentos de evaluación) es condicional a la historia del investigador como miembro de una “escuela de pensamiento” más o menos formal (en el sentido de Fleck, 1935), o a influencias institucionales y económicas.

Los preparativos previos a la realización de un ensayo clínico implican la toma de numerosas decisiones, como los procedimientos de evaluación y tratamiento a emplear, los criterios que definirán qué sujetos incluir y descartar del estudio, el número de sesiones que se llevarán a cabo o la selección de terapeutas participantes, están ya implicando ciertos sesgos. La definición del universo poblacional del que se extraerá una muestra siempre es una decisión arbitraria. Desde 1980 aproximadamente los criterios diagnósticos operacionales del sistema DSM se han convertido en el estándar para la definición de sujetos a reclutar, y en el marco de referencia descriptivo para el desarrollo de enfoques de tratamiento. Sin embargo un sistema diagnóstico operacional y categorial como las sucesivas ediciones del DSM no está exento de dificultades. Un diagnóstico DSM es un proceso en dos pasos: 1) la identificación de unidades básicas de información (síntomas) que no se encuentran ordenadas jerárquicamente: en principio, cualquier síntoma puede tener el mismo valor definitorio, pues lo realmente importante en el sistema DSM es si se identifica o no un síntoma determinado; y 2) el agrupamiento de los síntomas individuales en una categoría diagnóstica que contemple un gran número de dichas unidades. Un fallo en el primer paso sesga irremediablemente el segundo. Tenemos evidencia histórica de que la descripción de síntomas no

ha sido un proceso progresivo y *neutro* de mera descripción de realidades independientes al observador, sino que ha estado mucho más “cargado de teoría” de lo que pretendían sus protagonistas (Berrios, 1984, 1996, 2000), constituyendo a menudo un proceso circular en el que el investigador presupone lo que encuentra y al encontrarlo, confirma la realidad independiente del objeto que observó (Pérez Álvarez, 2003). Esta circularidad ha sido observada en investigaciones históricas (ver Porter, 1987), y en estudios sociológicos de la práctica clínica (ver Orr, 2000).

Un ensayo clínico controlado difícilmente puede llevarse a cabo sin financiación institucional o privada (siendo ésta a menudo proporcionada por la industria farmacéutica y sus presupuestos de I + D). En los Estados Unidos, el *Nacional Institute of Mental Health* (NIMH) es el organismo público que proporciona financiación y decide las líneas a seguir en la política de investigación sobre los problemas de salud mental. La misma Comisión reconoce en diversos lugares del informe de 1993 que el NIMH no financia investigación sobre tratamientos de más de seis meses de duración, tratamientos que pueden ser muy necesarios en diversas poblaciones (ejemplos sobresalientes siguiendo la nomenclatura DSM serían el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno depresivo mayor unipolar, los trastornos del desarrollo o de la personalidad). Cabría pensar si las líneas de investigación actuales no son condicionales a estas políticas institucionales, más que a una realidad preexistente que reclama nuestra atención. Además, algunos datos históricos (Healy, 2000) nos muestran que las presiones de mercado han influenciado en gran medida el desarrollo y la evaluación de la eficacia clínica de los

fármacos antidepresivos, y qué fármacos han sobrevivido a estas presiones. Latour y Woolgar (1986) mostraron cómo la actividad de laboratorio no es ajena a presiones sociológicas diversas.

En segundo lugar, y por consiguiente, resulta cuanto menos cuestionable que los estudios de eficacia estén “reflejando” de algún modo la práctica clínica real, y en este sentido puedan interesar a los clínicos. Recientemente Seligman (1995) y Nathan y Gorman (2002b) enfatizaron este punto. De hecho, en las dos últimas décadas se está incidiendo especialmente en la *efectividad* y la *eficiencia* como estrategias alternativas de investigación de los resultados de los tratamientos psicológicos. Aunque los términos *eficacia*, *efectividad* y *eficiencia* son empleados a menudo como sinónimos en el habla cotidiana, la investigación sobre los resultados de los tratamientos psicológicos los separa nítidamente. Por *eficacia* se entiende la consecución de los objetivos terapéuticos de un tratamiento determinado en condiciones de control óptimo (asignación al azar de los sujetos, evaluación y tratamiento estandarizados en un manual de procedimiento, criterios estrictos de selección de sujetos, etc.), por lo que la investigación sobre la eficacia suele centrarse en obtener el máximo grado posible de validez interna. Por *efectividad* se entiende el grado o facilidad con la que un tratamiento alcanza los objetivos terapéuticos en un entorno clínico de práctica diaria (en nuestro medio, una consulta privada o un Equipo de Salud Mental de Distrito), lo que conlleva el análisis de si las adaptaciones realizadas por los terapeutas, con estilos personales muy diferentes, no afecta en exceso a los resultados *promedio* obtenidos con el tratamiento en condiciones controladas (estándar). Asi-

mismo, la investigación sobre la efectividad puede considerarse como una variable importante la satisfacción de los clientes con el tratamiento proporcionado, y la satisfacción de los terapeutas con la administración del tratamiento. Por *eficiencia* se entiende la consecución de los objetivos propuestos por un tratamiento al menor coste posible, tanto económico como de otro tipo (por ejemplo, el esfuerzo que implica para el cliente y el terapeuta).

Los puntos de vista de la *efectividad* y la *eficiencia* son necesarios en todo esfuerzo de evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos. La investigación sobre la eficacia sólo puede mostrarnos, al menos tal y como se ejecuta hoy en día mayoritariamente (con los diseños de comparación de grupos de sujetos asignados al azar), que una intervención determinada, *como promedio*, es más, menos o igual de eficaz que otra, y difícilmente el promedio puede generalizarse a los casos individuales. Un determinado tratamiento puede ser muy eficaz, pero puede darse el caso de que sea poco efectivo y poco eficiente. O bien puede ser escasamente eficaz y muy efectivo y eficiente (y entremedias podemos encontrarnos otras posibilidades combinatorias). Estas posibilidades, si bien con diversas limitaciones metodológicas, fueron vislumbradas por el conocido estudio del *Consumer Reports*, detalladamente comentado por Seligman (1995).

Con todas sus virtudes y defectos metodológicamente hablando, el estudio del *Consumer Reports* puso un dedo en la llaga: las importantes limitaciones de la investigación sobre la eficacia que, a menudo, no representa la práctica de los tratamientos psicológicos que tiene lugar cotidianamente. No vamos a comentar aquí mucho más sobre este estudio, salvo que pone de manifiesto una cuestión importan-

te: un estudio de eficacia aisladamente considerado no produce datos que puedan ser interesantes excepto *en un sentido exploratorio*. Es decir, los datos de un estudio de eficacia nos dicen que *como promedio*, el tratamiento A funciona mejor, peor o igual que los tratamientos B, C, D y E, pero no nos dice nada sobre por qué funcionó de ese modo, ni nos permitió manipular experimentalmente (que no estadísticamente) variables como la expectativa de mejoría, etc. Las respuestas a estas preguntas pueden ser proporcionadas mucho mejor por análisis experimentales empleando diseños de series temporales, y por estudios de efectividad y eficiencia. Imaginemos por ejemplo un tratamiento cualquiera que se mostró muy eficaz respecto a la medicación, a otra psicoterapia, y al placebo. Puede ser que este tratamiento sea difícilmente adaptable a la práctica clínica cotidiana en diversos entornos, y que requiera amplios costes en términos de dinero y esfuerzo para terapeutas y clientes. ¿Será este un tratamiento considerado de elección, en presencia de otras alternativas menos eficaces, pero de fácil implementación? Además, los estudios como los de eficiencia y efectividad, menos interesados en la validez interna que en la externa, contribuyen, desde nuestro punto de vista, a contextualizar los datos obtenidos en los estudios de eficacia. Precisamente este tipo de estudios no hace sino cuestionar la metafísica esencialista de la ciencia. Si los datos son tan elocuentes y hablan por sí solos, ¿cómo es que todavía son populares hasta cierto punto las intervenciones basadas en el psicoanálisis, al menos en ciertos contextos?; ¿cómo es que los psicofármacos parecen tener mayor éxito económico y social que los tratamientos psicológicos? Estas preguntas, de naturaleza hondamente

contextual, no pueden ser respondidas por los estudios de eficacia.

En tercer lugar, la metafísica esencialista llevada a la práctica tiene otra importante consecuencia: la asunción de la especificidad de los efectos de los tratamientos psicológicos. Es decir, que los tratamientos psicológicos, lejos de ser procedimientos de amplia generalidad y validez, son eficaces según la categoría diagnóstica de que se trate. Como puede verse en el informe que nos ocupa, especialmente en la sección I, de lo que se trata es de “validar empíricamente” los tratamientos, no en función de su teoría subyacente, sino de la categoría diagnóstica en la que sean aplicados. La idea que subyace a esta asunción es una vez más que los datos obtenidos tratan sobre una realidad independiente del observador y de su punto de vista. Los procedimientos testados en los estudios de eficacia fueron diseñados por una teoría de partida que contribuye en cierta medida a crear la misma realidad clínica que se pretende reflejar y/o representar de forma neutra y precisa. Incluso las mismas categorías diagnósticas empleadas como marco de referencia de la validación empírica están cargadas de teoría y de historia. Nunca pueden ser tratadas como objetos independientes del observador (Berrios, 1984; Pérez Álvarez, 2003). En este sentido, al descansar los datos de eficacia sobre la referencia de las categorías diagnósticas, se convierten en una base de datos continuamente inestable. El recurso a las definiciones operacionales basadas en las topografías de comportamientos concretos sólo es una solución engañosa: basta con variar ligeramente la definición operacional para que los datos basados en dos definiciones operacionales diferentes dejen de ser comparables.

Adicionalmente, un serio esfuerzo por revisar la base de datos de que disponemos sobre los resultados de los tratamientos psicológicos, como el que supone el esfuerzo de la Comisión y de otros grupos de trabajo (véase Chambless y Ollendick, 2001), puede verse lastrado por otros problemas: como apuntan Rosen y Davison (2003) es suficiente con que una intervención cuente con algunos datos de eficacia en ensayos relativamente controlados para que se la pueda considerar como probablemente eficaz, como es el caso de la controvertida Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares (véase el apéndice de este dossier; Chambless, Baker, Baucom, Beutler, Calhoun, Crits-Christoph, Daiuto, DeRubeis, Detweiler, Haaga, Bennett Johnson, McCurry, Mueser, Pope, Sanderson, Shoham, Stickle, Williams y Woody, 1998). Un tratamiento como este es marca registrada, y por ello sujeto a legislación sobre el comercio y derechos de autor, aparte de las controversias teóricas, empíricas y éticas que ha levantado. De modo inadvertido, una actividad “científica” en apariencia neutra y basada en datos obtenidos de forma independiente, como puede serlo la evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos puede acabar transformándose en una cuestión económica y empresarial. No en vano, que un tratamiento entre en las categorías de tratamiento bien establecido o tratamiento probablemente eficaz, puede ser considerado en el actual estado de cosas como un premio.

Para enredar aún más las cosas, si se observa la tabla 3 del informe de 1993 (en este dossier) y las tablas de los apéndices conteniendo los ejemplos de tratamientos empíricamente validados de las actualizaciones de 1996 y 1998, observamos que los programas de economía de fichas han des-

aparecido en las versiones actualizadas. La Comisión alegó (Chambless, Baker, Baucom, Beutler, Calhoun, Crits-Christoph, Daiuto, DeRubeis, Detweiler, Haaga, Bennett Johnson, McCurry, Mueser, Pope, Sanderson, Shoham, Stickle, Williams y Woody, 1998). que la economía de fichas no ha identificado problemas concretos (por ejemplo, esquizofrenia) con los que se haya mostrado eficaz. Los datos indican que puede ser muy eficaz ante múltiples conductas problemáticas. Un argumento similar se aplica a tratamientos como el análisis funcional de Iwata en los trastornos del desarrollo, y otros procedimientos aplicados a múltiples conductas problema en los trastornos del desarrollo. Obviamente, los criterios empleados por la Comisión para la identificación de tratamientos empíricamente validados están basados en topografías de respuesta concretas, y no en los principios de cambio que parecen sustentar la eficacia de los procedimientos identificados. No deja de ser contradictorio que la Comisión afirme en la página 4 del informe que estamos comentando que “no nos hemos casado con el sistema DSM” (sic). Los criterios para la identificación de un tratamiento empíricamente validado propuestos por la Comisión, de hecho tienen dificultades para identificar tratamientos basados en los principios conductuales cuyo diseño no estuviera supeditado a una categoría diagnóstica concreta: el criterio adicional IV del informe de 1993 sólo indica que “Las características de las muestras de clientes deben estar claramente especificadas” (véase tabla 1, este dossier). La forma empleada posteriormente para llevar a la práctica este criterio ha sido emplear las categorías del DSM. A fin de cuentas han sido aceptadas (no sin cierta resignación) por la comunidad profesional, y han sido im-

puestos por el NIMH y otras instituciones en todo el mundo para financiar proyectos de investigación y la asistencia sanitaria.

Se han propuesto algunas alternativas a este problema. Por ejemplo, Rosen y Davison (2003), han propuesto que lo que debe identificarse no deben ser paquetes de tratamiento topográficamente definidos, sino *principios de cambio*. Estos autores se están refiriendo a la identificación de modos de proceder por parte de un terapeuta que puedan ser eficaces para inducir cambios conductuales relevantes para el cliente, *sintetizados* a partir de los principios conductuales generales aislados en el laboratorio mediante la influencia (o control) de la conducta. Como alternativa no es precisamente nueva, pues descansa sobre los argumentos que dieron origen a la terapia de conducta; pero tiene el mérito de obligarnos a volver sobre nuestros pasos y compilar lo que, en teoría, deberíamos de saber. Aunque no exento de problemas (Rosen y Davison, 2003, pasan revista a algunos), este enfoque orientado hacia los principios de cambio reviste la ventaja de que permite identificar comportamientos del terapeuta que pueden maximizar la eficacia de sus intervenciones en sesión, y obliga a dirigir el foco de la investigación hacia los procesos de cambio mientras, simultáneamente, ofrece datos sobre sus resultados, sin descuidar los estudios de eficiencia y efectividad. Además, aunque sólo hasta cierto punto, puede impedir que se cuelen por la puerta trasera las marcas registradas.

Las relaciones entre la investigación básica y el ejercicio profesional

Una dificultad especial e importante de la metafísica esencialista de la ciencia

implícita al Informe de 1993, es la solución que ofrece al viejo problema de las relaciones entre la investigación básica y el ejercicio profesional. El problema es especialmente importante para la Comisión, y tiñe todo el informe, especialmente en las secciones II, III y IV, dedicadas a presentar los resultados de dos estudios sobre la formación predoctoral y en régimen de internado en los Estados Unidos, y a hacer diversas recomendaciones sobre la formación continuada de los profesionales en ejercicio. Desde la perspectiva del *modelo Boulder*, los resultados de los dos estudios son especialmente preocupantes, al poner de manifiesto el escaso énfasis que se hace en la formación en enfoques de tratamiento basados en los datos.

La Comisión es muy sensible a un problema subyacente a la cuestión de las relaciones entre la investigación básica y el ejercicio profesional: ¿es adecuado el modelo de difusión de la información empírica empleado en la formación? Por modelo de difusión, lo que se quiere decir es simplemente esto: los clínicos deben estar interesados en leer información procedente de entornos de investigación básica, bien sean análisis experimentales de procesos psicológicos, bien datos cuantitativos promedio de los resultados de los tratamientos que aplican. Siguiendo la interpretación mayoritaria del *modelo Boulder*, la formación en psicología clínica ha seguido una lógica de extrapolación directa (difusión) de los hallazgos de investigación a la práctica profesional. Esta estrategia de extrapolación directa o difusión del conocimiento ha dado a los profesionales un papel secundario como meros consumidores de datos, que, como reflejos de una realidad preexistente al observador tienen valores de verdad y pragmáticos incuestiona-

bles. Sin embargo es fácilmente constatable el creciente divorcio entre la investigación básica y el ejercicio profesional, una cuestión a la que los terapeutas de conducta han sido especialmente sensibles. La solución propuesta por la Comisión (especialmente en la sección V del Informe) ha sido abandonar el modelo de difusión del conocimiento y sustituirlo por una relación en pie de igualdad entre clínicos e investigadores. Sin embargo el texto del informe nos resulta muy contradictorio a este respecto. Las estrategias propuestas para enfatizar el conocimiento de los fundamentos empíricos (entendidos en este contexto como los datos sobre eficacia de los tratamientos psicológicos) de la psicología clínica, consisten en lo fundamental en: 1) recomendar a la APA que fije como estándar para conceder acreditación a los programas de formación, especificar los fundamentos empíricos de un tratamiento; 2) que dichos fundamentos sean empleados por los candidatos a la formación de postgrado en psicología clínica como guía para seleccionar programas de formación; 3) que se realicen conferencias donde los clínicos y los investigadores participen en pie de igualdad para buscar respuestas en común a los interrogantes clínicos. Todas estas estrategias, francamente sensatas en principio, sin embargo creemos que no solucionan las cuestiones fundamentales. En realidad la Comisión está optando por un modelo de difusión del conocimiento, pero llevado a la práctica de un modo mucho más incisivo y/o activo.

Desde nuestro punto de vista, el problema radica en otra parte. Por un lado, en las tendencias de desarrollo de la propia psicología clínica, y por otro lado, en la asunción propia de la metafísica esencialista de la ciencia de que sólo es posible y factible un

único modo de conocimiento. Ambos problemas a nuestro modo de ver guardan relación entre sí, pero los trataremos por separado a continuación.

Las tendencias de desarrollo de la psicología clínica

Desde su inicio la psicología clínica ha sido el vórtice de numerosas tensiones. Por un lado la presión social por identificar, prevenir y solucionar diversos problemas conductuales, que se tradujo en la creación a principios del s. XIX del alienismo como profesión, y del asilo como institución terapéutica. Los intereses prácticos e investigadores de los alienistas, más tarde psiquiatras, hicieron que algunos de ellos fueran identificados como "psicólogos" pese a su formación médica. Diversos avatares del devenir histórico y social acabaron por sancionar socialmente la aparición de la Psicología como disciplina académica que, en principio, no poseía una subespecialidad dedicada al ejercicio profesional. Es una creación de la primera mitad del s. XX la aparición del psicólogo como figura profesional en el mercado de trabajo, una creación paulatina y no exenta de problemas. La creciente especialización del ejercicio profesional del psicólogo y su presencia pública cada vez mayor (siempre de manos de la psiquiatría y la medicina), motivaron el inicio de programas de formación propios cuyo objetivo era la formación de psicólogos clínicos. Un ejemplo sobresaliente de estos esfuerzos por diseñar programas de formación *específicos*, lo constituye el informe de la *Comisión Shakow* (Hilgard, Lowell Kelly, Luckey, Nevitt Sanford, Shaffer, y Shakow, 1947), el antecedente directo de la Conferencia de Boulder.

Por otro lado, como ejercicio profesional, la psicología clínica también sufrió presiones internas. El compromiso con la experimentación en la psicología académica hacía sus propias demandas a la psicología clínica, especialmente cuando a finales de la primera mitad del s. XX la formación específica en psicología clínica entró en las universidades norteamericanas con el beneplácito de la APA. Desde su origen *académico* la Psicología clínica ha tendido a considerarse a sí misma como una disciplina especial e independiente, que generaba su propia base de datos y de conocimiento. Con la progresiva asunción de responsabilidades terapéuticas por parte de los psicólogos a partir de la II Guerra Mundial, la tendencia a considerarse una disciplina especial e independiente se ha acentuado. Entre los años finales de la cuarta década del siglo pasado y los años 50, apareció una plétora de nuevos enfoques de psicoterapia a menudo (aunque no sólo) creadas por psicólogos clínicos con formación psicoanalítica. Cada enfoque de tratamiento conllevaba su propio lenguaje de datos (definiciones y conceptos de psicopatología) y sus propios mecanismos explicativos que daban cuenta de sus efectos. Muchos de ellos no son sino variaciones sobre el mismo tema; meras diferencias de énfasis en la importancia concedida a algún constructo teórico y en los procedimientos que se supone se derivaron lógicamente de dicho constructo. Habitualmente los constructos teóricos se han basado en los términos y conceptos mentales del lenguaje cotidiano. Así, conceptos como el popular de "autoestima" fueron incorporados de lleno en los sistemas de psicoterapia, en una suerte de mecanismo de retroalimentación entre las culturas lega y académica (lo que por sí solo constituiría materia para un estudio aparte). Sin embargo este gran énfasis en el sustento verbal de los sistemas de

psicoterapia no se acompañó de igual hincapié en el conocimiento de los procesos del sufrir humano (la psicopatología), considerados (al menos formalmente) como la verdadera razón de ser de la psicología clínica y la psiquiatría.

Esta tendencia de desarrollo ha venido considerando de modo más o menos explícito, que la psicología clínica como disciplina especial e independiente, es un *conocimiento aplicado* con sus propios procedimientos y objeto de estudio independiente y preexistente. Pero como puede verse, la psicología clínica en realidad se ha centrado en desarrollar un conocimiento de tipo *tecnológico*. En el momento actual en realidad constituye una colección variopinta de tecnologías de cambio psicológico o conductual, muy aislada de otras disciplinas como la propia Psicología, la Filosofía, la Lingüística, la Antropología, la Sociología, o la Biología, por citar algunas. El conocimiento tecnológico, por definición requiere un fundamento conceptual y empírico previo que sólo puede proporcionarlo una o más disciplinas básicas. En este sentido, el conocimiento tecnológico sólo puede ser por definición *conocimiento aplicable* (Ribes Iñesta, 1982). Ahora bien, ¿cómo podemos considerar la psicología clínica como un conocimiento aplicable, y anclarla con relativa solidez al fundamento conceptual y empírico de la psicología básica? Desde nuestro punto de vista, considerando como posibles y legítimos más de un modo de conocimiento. Desarrollemos este punto con mayor detenimiento.

Los modos de conocimiento de la Psicología

Una de las consecuencias de la metafísica esencialista es que sólo considera legítimos

timo como modo de obtener conocimiento válido al conocimiento científico. Como ya se ha dicho arriba, el conocimiento científico ha sido caracterizado como el descubrimiento de las propiedades de una realidad preexistente al observador, y sus productos (enunciados tipo ley, datos, registros, etc.) como reflejo y/o representación de dicha realidad objetiva, en el sentido de independiente y previa al observador. De este modo se ha rodeado al conocimiento científico de un halo de misterio, favorecido por las descripciones al uso de su práctica, empleando para ello el vocabulario especializado de las diferentes disciplinas. Esta caracterización de naturaleza formal, sin embargo, ha obviado el hecho de que el quehacer científico en realidad se encuentra institucionalizado y, en este sentido, contribuye a construir socialmente nuestra realidad (Fleck, 1935; Latour y Woolgar, 1986; Woolgar, 1988). El conocimiento científico y sus productos no son sino conducta verbal (Kantor, 1959; Hayes, 1991), teniendo en cuenta que el mismo lenguaje constituye el vehículo de creación y mantenimiento de las propias instituciones (Berger y Luckmann, 1968; Wittgenstein, 1969).

El hecho mismo de la institucionalización permite un amplio rango de variabilidad, y por ello, son posibles otras instituciones productoras de conocimiento (considerado como producto –verbal– sometido a las leyes de la oferta y la demanda). Arbitrariamente puede valorarse más una u otra de estas instituciones dentro de las coordenadas de un momento dado del devenir histórico y social. Por ejemplo, hoy día tendemos a sonreírnos cuando leemos un texto de psicopatología o un manual de tratamiento del s. XIX. Nos resulta ingenua la evidencia que en aquel tiempo se

consideraba válida y fiable en apoyo de alguna tesis. Por el contrario, cuando leemos un manual o un artículo reciente, en una discusión con otros colegas tendemos a enfatizar la validez de nuestros argumentos empleando datos obtenidos bajo condiciones muy rigurosas, como si esto fuera a convencer a nuestro oponente de la veracidad intrínseca de nuestras convicciones. Asimismo, los investigadores y los profesionales clínicos parecen vivir en universos de discurso completamente contrapuestos: los primeros acusan a los segundos de ser poco rigurosos en sus observaciones, y los segundos a los primeros de “vivir ajenos a la realidad”. Tanto los investigadores como los profesionales clínicos se entienden perfectamente dentro de sus universos especializados de discurso, ajenos a los demás discursos. En estos ejemplos parece obvio que ha cambiado lo que se considera como evidencia válida, y al mismo tiempo, parece que contamos con otras instituciones productoras de conocimiento, cada una con sus propios universos y prácticas de discurso, y sus reglas de aplicación.

El conocimiento considerado como mero reflejo o representación de una realidad preexistente no puede caracterizar adecuadamente esta variabilidad, a no ser que establezca un límite arbitrario entre tipos de conocimiento y considere que uno en particular debe ser considerado válido y fiable. Y precisamente la propia naturaleza arbitraria de esta *valoración* acaba llevando como consecuencia al relativismo ante la imposibilidad de identificar *el tipo* de conocimiento por excelencia. El relativismo ontológico no es entonces sino la consecuencia de descontextualizar el conocimiento al considerarlo como mera representación.

Por el contrario, si concebimos el conocimiento como conducta verbal en contexto, la posibilidad misma de diversos *modos* (que no *tipos*) de conocimiento salta a la vista. *Modos de conocimiento* es una expresión que se refiere a formas especiales de proceder en la formulación, sistematización y validación de conceptos, que se distinguen de sus contenidos específicos o productos. Hace algún tiempo Ribes Ñeña (1989) y Carrascoso López (1998) propusieron que en la psicología académica son posibles al menos tres modos de conocimiento: el modo de conocimiento *científico*, el modo de conocimiento *tecnológico*, y el modo de conocimiento *práctico*. El modo de conocimiento científico se interesa por lo abstracto, lo general, y caracteriza sus modos de proceder y productos de conocimiento con proposiciones especiales que le permiten elaborar los hechos que constituyen sus productos. En este sentido, el objetivo último del modo de conocimiento científico lo constituye el lograr enunciados que puedan describir una amplia generalidad de eventos. El modo de conocimiento tecnológico se caracteriza por su interés en la eficacia *promedio* de procedimientos sintetizados en base a los productos del conocimiento científico. Su objetivo último lo constituye el lograr sistematizar modos de proceder que puedan producir un determinado conjunto de efectos previamente considerados. El modo de conocimiento práctico se centra en lo individual, lo único e irrepetible, procediendo a menudo de un modo relativamente estereotipado al concentrarse sobre las circunstancias concretas en que tienen lugar un conjunto irrepetible de eventos. Su objetivo último lo constituye la modificación de esas circunstancias únicas.

Cada uno de estos modos de conocimiento es relativamente autónomo e independiente de los demás en el triple sentido

de que se ocupan de universos de generalidad conceptual y empírica distintas, son condicionales a intereses y criterios sociales de índole distinta, y poseen sus propios criterios de validación respecto a lo que es útil y verdadero. Lejos de constituir islotes absolutamente estancos, los tres modos de conocimiento pueden interactuar entre sí mediante el lenguaje cotidiano, y funcionalmente hablando sus agendas de trabajo son similares: alguien ocupado en cualquiera de estos tres modos de conocimiento busca describir, comprender, predecir y controlar los eventos de su interés. Los eventos de interés y su generalidad empírica, entendidos como parte de los contenidos propios de cada modo de conocimiento sin embargo son diferentes, y como se ha dicho arriba, condicionales a intereses y criterios sociales distintos.

Desde nuestro punto de vista, la ventaja que pueda tener el considerar tres posibles modos de conocimiento dentro de la psicología académica, radica en que al mismo tiempo que se reconocen abiertamente las diferencias contextuales de los tres modos de conocimiento, se considera que las formas concretas de proceder y/o comportarse de los individuos concretos que operan dentro de cada modo de conocimiento, funcionalmente hablando son idénticas, con la excepción del contenido verbal empleado. No existe nada misterioso en el conocimiento salvo el manto verbal que se le ha impuesto al considerarlo una operación mental trascendental, como parecen mostrar algunos hallazgos de la psicología cognitiva (por ejemplo, Lave, 1988). Así, aun cuando emplean *vocabularios* especializados muy distintos, un investigador básico, un investigador interesado en el desarrollo de tecnologías de cambio conductual, y un profesional clíni-

co, buscan funcionalmente cubrir los mismos cuatro objetivos: describir, comprender, predecir y controlar una conducta determinada. Aunque teniendo en cuenta que la generalidad conceptual y empírica de cada modo de conocimiento es distinta, y condicional a intereses y criterios sociales diferentes.

Una implicación pragmática importante de considerar que son posibles tres modos de conocimiento distintos en la psicología académica es que la formación en los fundamentos empíricos de la psicología clínica no pasa sólo por conocer y considerar la literatura relevante. Esto no es más que el modelo de difusión propio de la metafísica esencialista de la ciencia. Si el conocimiento es considerado conducta verbal contextualizada, entonces y de modo fundamental es práctica, conducta. Por ello, la formación de un clínico no pasa en exclusiva por el conocimiento de los fundamentos verbales, sino también por *la práctica competente* en la implementación de procedimientos propios del ejercicio clínico y de otros comportamientos implicados en el diseño y selección de un control apropiado y su empleo, en describir conductas, y en cómo organizar un plan de evaluación y su temporización. No debería de exigirse (entre otras cosas porque no es lo que socialmente se le exige) que un clínico sea todo un experto en el diseño y la realización de experimentos, pero sí debería exigirse que comprenda, en el sentido de que emplee de forma competente, una lógica de proceder mucho más amplia de la habitual. En este sentido, no sólo se debe insistir en la formación práctica en procedimientos clínicos, como hace la Comisión en su Informe; también deberían dominarse *como práctica*, unos principios metodológicos fundamentales. En el presente,

contenidos como los diseños experimentales, las técnicas de análisis de datos, etc., son enseñados de forma verbal y libresa en los estudios de licenciatura, sin que se exija al alumno una competencia terminal. Si, como aquí se defiende, el conocimiento es una forma de práctica, debe enseñarse *prácticamente*, y no como mera difusión verbal de productos muertos de conocimiento (manuales y artículos). Tratar a los investigadores básicos y tecnológicos y a los clínicos en pie de igualdad no cambia nada. El modelo de difusión (y su metafísica esencialista subyacente) se sigue reproduciendo en esencia, aunque empleando una estrategia de marketing distinta.

Conclusiones: algunas tareas pendientes de la psicología clínica

Antes de finalizar deseamos insistir en una cuestión importante que ha guiado nuestro análisis crítico: en el momento actual el esfuerzo de revisión y sistematización de la literatura sobre los resultados de los tratamientos psicológicos es prácticamente una obligación para la psicología clínica. Este esfuerzo en sí mismo permite clarificar nuestro campo y promocionar ante el público y los gestores de los sistemas sanitarios lo que puede ofrecer la psicología clínica. Como proyecto de disciplina tecnológica que es, la psicología clínica está sometida a múltiples tensiones internas y externas que inevitablemente contribuyen a su configuración y desarrollo. En este sentido no podemos llamarnos a engaño, pues como justamente expresan Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez (2003d), la edad de la inocencia ha terminado en los tratamientos psicológicos. Máxime en una época en la que existen múltiples trata-

mientos psicológicos y farmacológicos eficaces y eficientes para un mismo conjunto de problemas, compitiendo al mismo tiempo por unos recursos económicos limitados. A partir de ahora la psicología clínica debe acostumbrarse a competir en un mercado y a hacerse a la idea de que sin evaluación rigurosa de sus resultados, difícilmente podrá sobrevivir. Pero por importante que sea la evaluación de los resultados de los tratamientos psicológicos (que lo es), no creemos sin embargo que sea bueno hacerlo de cualquier manera, y menos aún, a remolque de la medicina y la psiquiatría (¿o más bien de la farmacología?). Dicho de modo simple este ha sido uno de los ejes fundamentales de nuestro análisis crítico en todo momento. ¿A dónde de nos lleva? Vamos a explicitarlo a continuación.

1. El Informe que se ha comentado críticamente no es un producto aislado del contexto en que se publicó. Externamente, el éxito económico y social de la psiquiatría neurobiológica y de los psicofármacos, y la tendencia creciente de control del gasto sanitario impulsaron su desarrollo. Internamente, el Informe es producto de una situación epistemológica de la psicología clínica, caracterizada entre otras cosas, por una metafísica esencialista del conocimiento científico que no resulta ajena a tradiciones diferentes a la terapia de conducta; de un modo u otro, cualquier corriente dentro de la psicología clínica acaba reivindicando su científicidad. Incluso los individuos que se ganan la vida dentro de uno de los tres modos de conocimiento descritos más arriba, caen de una u otra manera en esta metafísica esencialista.

El problema de esta tendencia epistemológica radica en que limita severamen-

te el rango de información de interés para la validación de los tratamientos psicológicos. Al considerar que el observador se limita a registrar datos procedentes de objetos preexistentes a él, se pierde de vista que el contexto en el que se registraron forma parte del propio proceso de producción de los mismos. Un dato no es un mero reflejo y/o representación de una realidad externa e independiente, sino que está cargado de teoría. El diseño de un estudio ya está presuponiendo cosas como las variables de interés, cómo se medirán, qué sujetos participarán, etc., siendo todo ello una función del contexto social y de la historia personal del investigador, y las historias del grupo de investigación y la institución a las que se encuentra adscrito. Entonces, y para no perder de vista el contexto en el que los datos son producidos, necesitamos considerar múltiples fuentes de información. Los estudios de eficacia, efectividad y eficiencia, constituyen el mínimo imprescindible en cualquier caso. Algunos trabajos preliminares de revisión muestran que los datos de eficacia y de efectividad al menos no resultan necesariamente incompatibles (Chambless y Ollendick, 2001). Asimismo otros trabajos clásicos sobre efectividad (Seligman, 1995) proporcionan datos muy a considerar sobre lo que tiene lugar en la práctica cotidiana de los tratamientos psicológicos (y también psicofarmacológicos) al menos con ciertas poblaciones, que merecen la pena ser indagados con metodologías más potentes que la del estudio retrospectivo mediante cuestionarios a vuelta de correo. Además, análisis experimentales más finos son posibles, como nos muestra la propuesta de Follette (1995) y, por supuesto, no debe olvidarse la investigación sobre los procesos de cambio. Asimismo, los estudios de eficiencia como los

editados por Cummings, O'Donohue y Ferguson (2002) nos permiten no sólo ofrecer datos sobre los costos relativos de los tratamientos psicológicos respecto a los gastos totales en concepto de asistencia sanitaria, sino también generar situaciones que permitan estudiar la posibilidad de crear modelos de prestación de servicios integrales y tipos de organización que respeten la especificidad de la psicología clínica en particular, y de la conducta humana en general, dentro del contexto sanitario. En la actualidad, el informe de 1993 y sus sucesores, no son sino el comienzo de una nueva tendencia dentro de la psicología clínica que el tiempo dirá a dónde nos lleva y en qué medida fue para bien o para mal.

Una importante fuente de evidencia que no puede descuidarse en absoluto en el futuro proceso de validación de los tratamientos psicológicos, es la proporcionada por los estudios históricos. Como bien comenta Berrios (1996, 2000), la información histórica es tan importante para el clínico como la empírica, teniendo en cuenta que sólo con la información histórica podemos calibrar si la psicopatología actualmente utilizada es útil para cumplir nuestros objetivos de describir, comprender, predecir y controlar el sufrir humano. Esta información histórica debe informarnos no sólo sobre la psicopatología, sino también sobre las formas de tratarla, y el contexto social e histórico en el que surgen las diversas formas de entender y relacionarse con el malestar psicológico y la subjetividad. Tengamos en cuenta que actualmente se asume (aunque quizás sólo sea una manifestación del pensamiento políticamente correcto) que el contenido de los trastornos varía en buena medida como función de factores socioculturales que, por definición deben ser captados en su dimensión

temporal. Es la información histórica la que nos permite considerar el contexto interno y externo de las instituciones socioculturales en las que tiene lugar a diario la investigación y la práctica de los tratamientos psicológicos y de su rival inmediato, la psicofarmacología. En otras palabras, controlar las fuentes de sesgo de nuestras asunciones (socioculturales), clarificándolas y, al mismo tiempo, evitar asumir acríticamente nuevos datos (Kantor, 1959).

2. Si somos conscientes de las limitaciones de la metafísica esencialista, y del contexto histórico en el que surgió, podemos también reparar en que la psicología clínica opera en buena medida mimetizándose con la práctica de la medicina y de la psiquiatría. En primer lugar, la psicología clínica surgió como "subespecialidad" (sin reconocimiento académico oficial) de la psiquiatría y la neurología de las postrimerías del s. XIX, y obtuvo un reconocimiento académico tardío desde finales de la primera mitad del siglo pasado. En segundo lugar, la dependencia de los sistemas diagnósticos actuales y la importación y uso de las metodologías provenientes de la investigación biomédica actual son tendencias muy acusadas: constituyen el estándar de oro de la metodología (y de la obtención de premios) en nuestro campo. Además el éxito económico y social de la psicofarmacología y su extensión profesional, la Psiquiatría biológica, han constituido el rase-ro desde el que se comienza a realizar el esfuerzo de determinar qué es lo que funciona en el campo de los tratamientos psicológicos, y también a redefinir las funciones y la definición profesional del rol de los psicólogos clínicos (vía privilegios de prescripción). El Informe que hemos comentado no es sino un corolario en el que confluyen todas estas tensiones.

Es absolutamente necesario en el momento actual desmedicalizar la psicología clínica, como muy bien reivindican Pérez Álvarez (2003) y Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez (2003d, 2003e) y reparar en su carácter auto-justificatorio. En este sentido cabría decir que la psicología clínica se encuentra a la búsqueda de su propio paradigma y su propio modelo de ejercicio profesional en una situación contradictoria como la actual en la que por ejemplo en nuestro país se crea la *Especialidad de Psicología Clínica* a imagen y semejanza institucional de la formación médica, y donde la profesión se ejerce con frecuencia en dispositivos sanitarios definidos también al modo médico, y a la manera médica. Cabría decir que la psicología clínica, más que nunca, necesita salir al encuentro de la psicología académica y establecer un diálogo permanente con ella, no porque ésta le vaya a proporcionar su cánón a aquella, sino para retomar de forma decidida nuestro objeto de estudio: la conducta humana o acto en contexto, que implica forzosamente una óptica de causalidad final (entre otros tipos). Lo deseable es que el psicólogo clínico no sólo sepa de psicología clínica; entonces creemos que ni siquiera sabría de Psicología. El *modelo Boulder* del profesional-científico es un viejo sueño irrealizado de nuestro campo que aún está a la búsqueda de su puesta en práctica. Necesitamos enseñar *en la práctica* no sólo a ejecutar procedimientos clínicos, sino también a evaluar, a poner en marcha una investigación, a reflexionar críticamente, a interesarnos por el contexto en el que tiene lugar nuestra práctica profesional. Y es la enseñanza *en la práctica* una de las grandes asignaturas pendientes de nuestra formación reglada.

Por fortuna ya existen ejemplos de qué sería esta práctica de crítica radical del saber clínico establecido. Aunque con lentitud, alternativas a viejos conceptos como el de esquizofrenia, depresión, alucinación o la lógica de clasificación del sistema DSM comienzan a aparecer y a ser investigadas de modo sistemático. Baste citar como ejemplos relevantes de una literatura cada vez más numerosa (y quizás muy poco atendida entre los psicólogos clínicos) a Bentall, Jackson y Pilgrim (1988), Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl (1996), Pilgrim y Bentall (1999), Leudar y Thomas (2001), Luciano Soriano y Hayes (2001), y Pérez Álvarez (2003). Asimismo, formas distintas de proceder en la construcción de un tratamiento psicológico como las que aquí se han sugerido, tales como vincular a la Psicología clínica con la Psicología básica en forma de síntesis entendida como conocimiento aplicable (que no aplicado) ya son una incipiente realidad, al menos en la terapia de conducta (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano Soriano, 2002), aunque todavía no muy extendida.

Al final del epígrafe 2.2 de este trabajo nos preguntábamos por qué la psicología clínica había abandonado prematuramente el esfuerzo de evaluar sistemáticamente los resultados de los tratamientos psicológicos. El informe que hemos analizado críticamente no estaba diseñado para responderla y, por otro lado, su énfasis en la evaluación de los resultados tampoco es algo nuevo. La terapia de conducta constituye su antecedente más cercano. Es difícil aventurar una respuesta completa a esta pregunta y aquí sólo ensayaremos un bosquejo muy aproximado: las presiones internas y externas que confluyen en la psicología clínica motivaron que se abando-

nara el énfasis en la evaluación de resultados. La producción de conocimiento no está descontextualizada de los intereses sociales que la hacen posible e interesante. Por ejemplo, no deja de ser un mito más difundido por la historiografía oficial de la psicología lo que se conoce como el “dominio imperial conductista”. Ni siquiera en el mundo académico fue efectivo este dominio. Los relatos autobiográficos de muchos pioneros de la terapia de conducta no dejan de ser ilustrativos en este sentido (véase O’Donohue, Henderson, Hayes, Fisher y Hayes, 2001). El gigante dormido de la evaluación de los tratamientos psicológicos (que está desperezándose en estos momentos) no es más que una muestra de lo que podría ser una psicología clínica concebida y practicada como un conocimiento aplicable (que no aplicado). En este sentido, no está de más que seamos conscientes de que fueron los imperativos económicos el agujijón que está despertando al gigante. A fin de cuentas, es un condicionante más de toda empresa humana. No pretendemos caer en el cinismo aquí: una de las lecciones que podemos extraer de la historia (por desgracia), es identificar lo que “nunca más” debería repetirse.

3. Ya para concluir, el informe que hemos criticado no es más que el inicio de una tendencia (¿más bien su retorno?) que tiene todas las trazas de proseguir en el futuro inmediato. Sin embargo, las listas de tratamientos empíricamente validados, sean las que sean, sólo constituyen un punto de partida para la sistematización de datos y la revisión de la literatura relevante. Los criterios empleados para generar estas listas parecen funcionar bien pese a su relativa diversidad, produciendo resultados bastante comparables (Chambless y Ollendick, 2001), pero

por lo dicho, tengamos en cuenta que son incompletos, dado que aún no permiten conjugar información proveniente de la investigación sobre la eficacia, la efectividad, la eficiencia, los estudios de proceso, la información histórica, y el análisis experimental de los casos que no responden a nuestros tratamientos. Las listas de tratamientos empíricamente validados están sujetos a revisión permanente. Ni siquiera sabemos, tal y como están las cosas, si serán sustituidas más o menos pronto, por listas de procesos de cambio empíricamente validados u otras alternativas. Es pronto para decirlo aún. En este sentido, se reitera lo dicho en la introducción a este dossier: las listas de tratamientos no son lo más importante de la cuestión que supone la evaluación sistemática de los resultados de los tratamientos psicológicos. Sólo constituyen un punto de partida arbitrario para empezar a poner un cierto orden en casa, y comenzar a cuestionar viejos mitos. El orden auténtico vendrá después. Por ello no tiene ningún sentido tratar la famosa lista como algo verdadero y ya cerrado: no es más que un ejemplo de pura contingencia.

Esta tendencia nos compete a todos. No es sólo una cuestión de los terapeutas de conducta y otros especímenes poco sabrosos a los ojos del psicoanálisis, siempre presto a interpretar las resistencias que construye o a considerar inhumano todo aquello que no ha pasado por el diván. La Psicología en general, y la rama clínica en particular, es un edificio al que todos/as los psicólogos/as contribuimos de algún modo. Y si en el proceso se discuten ideas (sean las de Freud, las de Skinner, o las de cualquier otro), entonces vamos bien. Como Skinner mismo dijo en una ocasión, el mayor éxito (en su caso, el del conductismo radical) es desaparecer porque se hizo una contribución significativa que ya no resulta necesaria.

No podemos seguir mirándonos el ombligo y dedicándonos a erigir textos sagrados donde sólo hay palabras que compiten por convertirse en reglas de práctica efectiva. Nuestra conducta verbal (datos, formulaciones clínicas, etc.) sólo son modos de conseguir algún fin que ella misma selecciona previamente, no verdades absolutas.

En este sentido no sólo debemos de abandonar la edad de la inocencia respecto a los datos. También debemos de ser conscientes que aún estamos en una edad de la inocencia epistemológica, se sea o no partidario de la evaluación de resultados de los tratamientos psicológicos. Lejos de ser un pensamiento inútil, la reflexión sobre los fundamentos conceptuales y epistemológicos de la psicología clínica (entendida como conjunto) nos permite saber si los hombros de los gigantes sobre los que estamos subidos, son tan altos como parecía.

Referencias

- Barlow, D.H. y Hersen, M. (1984). *Diseños experimentales de caso único. Estrategias para el estudio del cambio conductual*. Barcelona: Martínez Roca, 1988.
- Bentall, R.P., Jackson, H.F. y Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of schizophrenia: some implications of validity argument for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-324.
- Berger, P.L. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu editores (decimosexta reimpresión, 1999).
- Bernard, C. (1865). *Introducción a la medicina experimental*. Barcelona: Fontanella, 1970.
- Berner, P. (1994). Alemania. En J. Postel y C. Quérel (Coords.), *Nueva historia de la Psiquiatría* (págs. 425-432). México DF: FCE, 2000.
- Berrios, G.E. (1994). Descriptive psychopathology: Conceptual and historical aspects. *Psychological Medicine*, 14, 303-313.
- Berrios, G.E. (1996). *The history of mental symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berrios, G.E. (2000). Concepto de psicopatología descriptiva. En R. Luque y J.M. Villagrán (Eds.), *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias* (págs. 109-146). Madrid: Editorial Trotta.
- Carrascoso López, F.J. (1998). Un análisis conceptual del problema de las relaciones entre la investigación básica y el trabajo aplicado en psicología: los ejemplos del análisis experimental y aplicado de la conducta. *Apuntes de Psicología*, 16 (1-2), 81-114.
- 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 (1), 3-16.
- Chambless, D.L. y Ollendick, T.H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- 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.
- Craplet, M. (1994). La construcción de asilos. En J. Postel y C. Quérel (Coords.), *Nueva historia de la Psiquiatría* (págs. 189-196). México DF: FCE, 2000.
- Cummings, N.A., O'Donohue, W.T. y Ferguson, K.E. (Eds.) (2002). *The impact of medical cost offset on practice and research: Making it work for you*. Reno: Context Press.
- Esquirol, J.E.D. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal (deux tomes)*. París : J.B. Baillière.
- Eysenck, H.J. (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fleck, L. (1935). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza, 1986.
- Follette, W.C. (1995). Correcting methodological weaknesses in the knowledge base used to derive practice standards. En S.C. Hayes, V.M. Follette, R.M. Dawes y K.E. Grady (Eds.), *Scientific Standards of Psychological Practice: Issues and Recommendations* (págs. 229-247). Reno: Context Press.
- Follette, W.C. y Houts, A.C. (1996). Models of scientific progress and the role of theory in taxonomy development: A case study of the DSM. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1120-1132.
- Hare, E.H. (1998). *El origen de las enfermedades mentales*. Madrid: Triacastela, 2002.
- Hayes, S.C. (1991). The limits of technological talk. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24 (3), 417-420.
- Hayes, S.C., Barlow, D.H. y Nelson-Gray, R. (1999). *The scientist practitioner. Research and accountability in the age of manager care (second edition)*. Boston: Allyn and Bacon.
- Hayes, S.C. y Blackledge, J.T. (1998). Creating an honorable alternative to prescription privileges in the era of managed care. En S.C. Hayes y E.M. Heiby (Eds.), *Prescription privileges for psychologists: A critical appraisal* (págs. 261-278). Reno: Context Press.
- Hayes, S.C. y Heiby, E.M. (Eds.) (1998). *Prescription privileges for psychologists: A critical appraisal*. Reno: Context Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Follette, V.M. y Strosahl, K.D. (1996). Experiential avoidance and behaviour disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1152-1168.
- Healy, D. (1997). *The antidepressant era*. Cambridge: Harvard University Press.
- Healy, D. (2000). Some continuities and discontinuities in the pharmacotherapy of nervous conditions before and after chlorpromazine. *History of Psychiatry*, 11 (4), 393-412.
- Hilgard, E.R., Lowell Kelly, E., Luckey, B., Nevitt Sanford, R., Shaffer, L.F. y Shakow, D. (1947). Recommended Graduate Training Program in Clinical Psychology. Report of the Committee on Training in Clinical Psychology of the American Psychological Association. Submitted at the Detroit meeting of the American Psychological Association.

- ciation, September 9-13. *American Psychologist*, 2, 539-558.
- Kantor, J.R. (1959). *Psicología interconductual. Un ejemplo de construcción científica sistemática*. México DF: Trillas, 1979.
- Latour, B. y Woolgar, S. (1986). *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza, 1995.
- Lave, J. (1988). *La cognición en la práctica*. Barcelona: Paidós, 1991.
- Leudar, I. y Thomas, P. (2001). *Voices of reason, voices of insanity. Studies of verbal hallucinations*. Londres: Routledge.
- Leuret, F. (1840). *El tratamiento moral de la locura*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001.
- Leuret, F. (1845). *Indications à suivre dans le traitement moral de la folie*. París: L'Harmattan, 1998.
- Luciano Soriano, M.C. y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1 (1), 109-157.
- Magnan, V. y Pécharman, A. (1898). Notions de pathologie et thérapeutique générales sur les maladies mentales. En A. Robin (Dir.), *Traité de thérapeutique appliquée. Tome cinquième. Traitement des maladies mentales* (págs. 1-69). París: Rueff et C., Éditeurs.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (Eds.) (2002a). *A guide to treatments that work (second edition)*. Nueva York: Oxford University Press.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (2002b). Efficacy, effectiveness, and the clinical utility of psychotherapy research. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work (second edition)* (págs. 643-654). Nueva York: Oxford University Press.
- O'Donohue, W.J., Henderson, D.A., Hayes, S.C., Fisher, J.E. y Hayes, L.J. (Eds.) (2001). *A history of the behavioral therapies. Founders' personal histories*. Reno: Context Press.
- Orr, J. (2000). Performing methods: history, hysteria and the new science of psychiatry. En D. Fee (Ed.). *Pathology and the the postmodern. Mental illness as discourse and experience* (págs. 49-73). Londres: Sage.
- Ortega y Gasset, J. (1940). *Ideas y creencias*. Madrid: Revista de Occidente en Alianza editorial, 1995.
- Pérez Álvarez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (Coords.) (2003a). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (Coords.) (2003b). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (Coords.) (2003c). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2003d). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández

- Hermida, C. Fernández Rodríguez y I. Amigo Vázquez (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 17-34). Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2003e). Camino recorrido y tarea futura de los tratamientos psicológicos. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez y I. Amigo Vázquez (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia* (pp. 215-224). Madrid: Pirámide.
- Pilgrim, D. y Bentall, R.P. (1999). The medicalization of misery: a critical realist analysis of the concept of depression. *Journal of Mental Health*, 8 (3), 261-274.
- Pinel, P. (1800). *Tratado médico-filosófico de la enajenación mental o manía (primera edición)*. Madrid: Ediciones Nieve, 1988.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale ou manie (deuxième édition)*. París: Caille et Ravier.
- Porter, R. (1987). *Historia social de la locura*. Barcelona: Crítica, 1989.
- Porter, R. (2002). *Breve historia de la locura*. Madrid: Turner/FCE, 2003.
- Psicothema (2001). Número monográfico sobre tratamientos psicológicos eficaces. *Psicothema*, 13 (3).
- Ribes Iñesta, E. (1982). *El conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.
- Ribes Iñesta, E. (1989). *La psicología: algunas reflexiones sobre su qué, su por qué, su cómo y su para qué*. Manuscrito fotocopiado.
- Rosen, G.M. y Davison, G.C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27 (3), 300-312.
- Sanua, V.D. (1998). The political history of the prescription privilege movement within the American Psychological Association. En S.C. Hayes y E.M. Heiby (Eds.), *Prescription privileges for psychologists: A critical appraisal* (págs. 79-95). Reno: Context Press.
- Seligman, M.P. (1994). *No puedo ser más alto, pero puedo ser mejor*. Barcelona: Grijalbo, 1995.
- Seligman, M.P. (1995). The effectiveness of Psychotherapy. *The Consumer Reports Study. American Psychologist*, 50 (12), 965-974.
- Sidman, M. (1960). *Tácticas de investigación científica. Evaluación de datos experimentales en psicología*. Barcelona: Fontanella, 1978.
- Strosahl, K.D. (1998). The role of professional psychology in the era of health care reform: psychology's battle to survive in the market place. En S.C. Hayes y E.M. Heiby (Eds.), *Prescription privileges for psychologists: A critical appraisal* (págs. 245-256). Reno: Context Press.
- Task force on promotion and dissemination of psychological procedures (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48 (1), 3-23.
- Wilson, K.G. y Luciano Soriano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Willis, D.J. (2003). *A note from the President*. Consultado el 12 de Noviembre de 2003 en <http://www.apa.org/divisions/div12/homepage.shtml>

Wittgenstein, L. (1969). *Sobre la certeza*. Barcelona: Gedisa, 1988.

Woolgar, S. (1988). *Ciencia: abriendo la caja negra*. Barcelona: Anthropos, 1991.