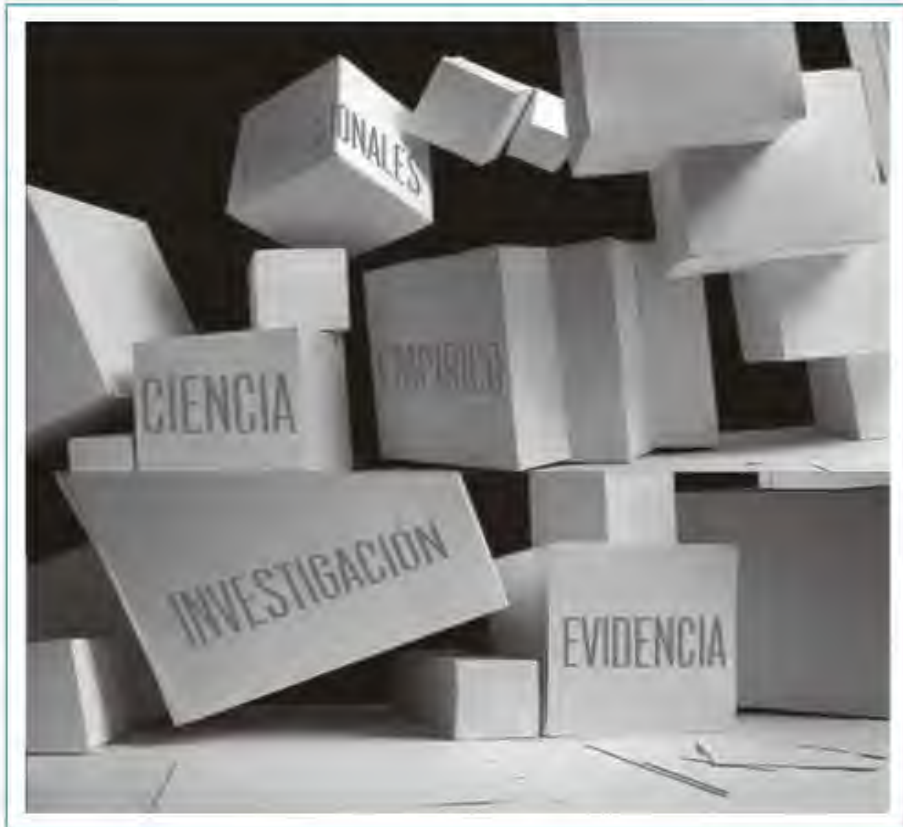


Leonardo Adrián Medrano  
Luciana Sofía Moretti  
Comp.

# Prácticas Basadas en la Evidencia

CIENCIA Y PROFESIÓN EN EL CAMPO DE LA SALUD







# **Prácticas Basadas en la Evidencia**

## **Ciencia y Profesión en el Campo de la Salud**



Leonardo Adrián Medrano  
Luciana Sofía Moretti  
(Comps.)

# Prácticas Basadas en la Evidencia

Ciencia y Profesión en el Campo de la Salud

## **Autores**

Alba Mustaca (Argentina)  
Carlos Alexis Chimpén López (España)  
Diego Desuque (Argentina)  
Ezequiel Benito (Argentina)  
Gerardo Primero (Argentina)  
Heinz-Dieter Basler (Alemania)  
Juan Antonio Moriana (España)  
Viviana Lemos (Argentina)  
M<sup>a</sup> de la Fe Rodríguez Muñoz (España)  
M<sup>a</sup> Isabel Comeche Moreno (España)  
Victor Martínez-Núñez (Argentina)  
Miguel A. Vallejo Pareja (España)  
Pablo Vera-Villaruel (Chile)  
Viviana Combina (Argentina)

UNIVERSIDAD  
SIGLO 21 

 Editorial Brujas

**Título:** *Prácticas Basadas en la Evidencia. Ciencia y Profesión en el Campo de la Salud.*

**Compiladores:** Leonardo Adrián Medrano, Luciana Sofía Moretti

**Autores:** Alba Mustaca (Argentina), Carlos Alexis Chimpén López (España), Desuque Diego (Argentina), Ezequiel Benito (Argentina), Gerardo Primero (Argentina), Heinz-Dieter Basler (Alemania), Juan Antonio Moriana (España), Lemos Viviana (Argentina), M<sup>a</sup> de la Fe Rodríguez Muñoz (España), M<sup>a</sup> Isabel Comeche Moreno (España), Martínez-Núñez, Víctor (Argentina), Miguel A. Vallejo Pareja (España), Pablo Vera-Villaruel (Chile), Viviana Combina (Argentina)

Prácticas basadas en la evidencia: Ciencia y profesión en el campo de la salud / Alba E. Mustaca ... [et al.] ; compilado por Leonardo Adrián Medrano ; Luciana Sofía Moretti. - 1a ed. - Córdoba : Brujas, 2016.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-591-763-7

1. Medicina Basada en Evidencia. 2. Psicología. I. Mustaca, Alba E. II. Medrano, Leonardo Adrián, comp. III. Moretti, Luciana Sofía, comp.

CDD 150

Es una publicación del Proyecto de investigación “Política exterior y vinculaciones comerciales de Argentina con el Sudeste de Asia, China e India” y de la Secretaría de Investigación de la Universidad Empresarial Siglo 21.

Universidad Empresarial Siglo 21 – De los Latinos 8555 – Barrio Los Bulevares, CP. 5008, Córdoba, Argentina.

Tel. (54-351) 4757579, <http://www.21.edu.ar/>

Comité científico:

Dra. Gladys Lechini (UNR – CONICET)

Dr. Jorge Malena (USAL – CARI)

Dr. Leonardo Medrano (UES 21 – UNC)

Dr. Carlos Pérez Llana (UES 21 – U. T. Di Tella)

© de todas la ediciones Universidad Siglo 21

©Editorial Brujas 2016

ISBN N° 978-987-591-763-7

Impreso en Argentina

Printed in Argentina

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

# Índice

---

Prefacio ..... 5

## Sección Teórica

Introducción a las prácticas en salud basadas en la evidencia:  
Decisiones clínicas fundadas en pruebas científicas  
*Moretti, L. y Basler, H.* ..... 9

La psicoterapia y el tratamiento psicológico basado en la  
evidencia: Alcances y limitaciones asociadas a su práctica  
*Martínez, V.A, Primero, G. y Moriana Elvira, J.A.*..... 25

La investigación de terapias basadas en la evidencia en  
iberoamérica  
*Mustaca, A. y Vera-Villaruel P.* ..... 43

## Sección Metodológica y Aplicada

Criterios para la evaluación de estudios de evidencia  
*Medrano, L y Dieter Basler. H.*..... 57

Eficacia del abordaje cognitivo conductual en el tratamiento  
de trastornos psicológicos  
*Benito, E.*..... 79

Eficacia del tratamiento psicológico del dolor crónico  
*Vallejo Pareja M. A, Rodríguez Muñoz M, Comeche Moreno, M* ... 111

Tratamiento de la artritis reumatoidea desde la perspectiva  
cognitivo- conductual: un estudio de caso  
*Moretti, L.* ..... 121



Prevenir la conducta suicida en adolescentes: un desafío posible basado en la evidencia <i>Desuque D, Lemos V y Chimpén López C</i> .....	139
Salud pública basada en la evidencia: aplicaciones en el campo de la prevención del consumo de drogas. <i>Combina, V y Medrano, L</i> .....	155
Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento para ingresantes universitarios: su impacto sobre la ansiedad ante los exámenes <i>Medrano, l. A.</i> .....	169
Referencias .....	184

En una investigación de carácter descriptiva desarrollada en nuestro país se observó que sólo un 1,3% de los estudiantes de psicología de Argentina pueden nombrar una revista científica (Medrano et al., 2011). Este dato revela un hecho preocupante: *las decisiones clínicas que tomarán los futuros profesionales solo rara vez se basarán en evidencia científica disponible*. En efecto, los pobres hábitos de lectura científica llevan a suponer que las prácticas clínicas psicológicas se basan exclusivamente en la intuición de los profesionales, llevando a un ejercicio frívolo y éticamente cuestionable de ensayo y error.

Si bien la experiencia clínica y los factores personales del terapeuta son elementos cruciales para lograr un adecuado cambio terapéutico, estos factores son necesarios pero no suficientes. El profesional de la salud no debería basar sus decisiones clínicas solamente en sus preferencias teóricas o personales, sino que debería incorporar también los saberes provenientes de la literatura científica contemporánea. Lamentablemente se observa una tendencia a mantener una visión bifronte en las ciencias de la salud, y sobre todo en la psicología. Según esta visión existiría una rama profesional y otra científica. Sin embargo el ejercicio profesional responsable exige un acercamiento entre ambas posiciones. Las Prácticas Basadas en la Evidencia surgen de éste debate, buscando un campo de encuentro entre la ciencia y la profesión.

Tal como señalan Goodheart y Kazdin (2006), las Prácticas basadas en la Evidencia constituyen un punto de encuentro entre los profesionales y los investigadores. Esta perspectiva simplemente propone generar un espacio de diálogo entre clínicos e investigadores, un trabajo en conjunto indudablemente necesario para mejorar los servicios de salud que brindamos y enriquecer nuestro quehacer profesional. Lejos de verse como polos opuestos debe reconocerse que tanto la práctica como la investigación se encuentran comprometidas en mejorar la salud y el bienestar de las personas. Cabe señalar que un dialogo entre investigadores y profesionales proporcionará una retroalimentación provechosa para el desarrollo de investigacio-

nes, la práctica clínica y la formación de los nuevos profesionales.

Aunque puede observarse en la literatura diferentes conceptos relacionados con este movimiento, como por ejemplo terapia basada en la evidencia, tratamientos basados en la evidencia, o psicoterapia basada en la evidencia, en el presente libro se ha optado por recurrir al uso del concepto englobador de Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE). De esta manera, bajo dicha denominación se hace referencia al uso de la información clínica y la evidencia científica como guías necesarias para un desarrollo adecuado del ejercicio del psicólogo. Cabe destacar que este movimiento no es privativo de los psicólogos sino que involucra a todos los profesionales de salud.

El movimiento de las PBE destaca un aspecto central del ejercicio profesional en el campo de la salud: *el proceso científico subyace a la práctica profesional*. En efecto la diferencia clave entre un profesional de la salud y un chamán, astrólogo o curandero, radica justamente en que los profesionales basan su ejercicio en conocimientos científicos. Cabe señalar que fundamentar nuestro ejercicio como profesionales de la salud en base a conocimientos generados a partir de un método científico no implica renunciar a considerar las preferencias y características particulares de cada paciente, ni desatender el criterio propio de cada profesional. Por el contrario las PBE consideran que los estudios empíricos no apuntan a reemplazar el juicio clínico sino a enriquecerlo.

Las PBE a menudo generan actitudes contradictorias igualmente perjudiciales, por un lado profesionales que desconocen y rechazan este tipo de prácticas, y por otro, profesionales que aceptan ciegamente los datos numéricos publicados sin atender a la utilidad y calidad de los mismos. Mediante el presente libro se intenta generar una actitud responsable en el quehacer profesional entendiendo que el uso de la evidencia científica es una responsabilidad ética, indispensable para garantizar el bienestar individual y social. Mediante esta publicación se pretende transmitir los conocimientos básicos necesarios para una evaluación crítica de la evidencia disponible con el objeto de seleccionar información válida y confiable para utilizar en la práctica clínica y profesional. En este libro se reúnen las contribuciones de profesionales nacionales e internacionales expertos en

el campo de la salud. Con esta obra se pretende brindar con cierta profundidad y actualidad una revisión sobre aspectos teóricos, metodológicos y aplicados vinculados al campo de los tratamientos en salud (principalmente psicológicos) que cuentan con apoyo empírico.

El libro puede descomponerse en dos apartados o secciones principales. La primera sección tiene por objetivo principal introducir al tema de las PBE, destacar algunas de sus principales controversias y brindar información sobre las características de este movimiento en el contexto Latinoamericano. La segunda sección posee un carácter más aplicado ya que se centra en los principales métodos y estudios utilizados para proporcionar evidencia. De esta manera se presenta en primera instancia una descripción general de los estudios de evidencia, para posteriormente exponer ejemplos de estudios aplicados relacionados con intervenciones en el campo de la psicología clínica y la salud pública. De esta forma se presentan revisiones sistemáticas, estudios de caso, estudios experimentales y no experimentales que analizan la evidencia científica de diferentes intervenciones en el campo de la salud.

Esta compilación está orientada a brindar una visión crítica de las PBW intentando promover una actitud científica en el quehacer de los profesionales de la salud. De esta manera se pretende comunicar a estudiantes y profesionales que las PBE no constituyen un tema académico árido, sino una forma de pensar que debería extenderse a los diferentes aspectos del ejercicio profesional. Para finalizar solo resta agradecer a la Universidad Siglo 21, quien brindó el apoyo financiero necesario para la publicación del presente libro.

*Leonardo Medrano y Luciana Moretti*



# Introducción a las prácticas en salud basadas en la evidencia: Decisiones clínicas fundadas en pruebas científicas

---

*Luciana S. Moretti\* y Heinz-Dieter Basler\*\**

*\*Universidad Siglo 21, Córdoba, Argentina.*

*\*\*Instituto de Psicología Médica,  
Universidad Philipps de Marburg, Alemania.*

## Introducción

Las prácticas en salud basadas en la evidencia han sido objeto de innumerables debates así como de un creciente interés en los últimos años (Badós López, García Grau y Fusté Escolano, 2002). Por un lado, debate en tanto a que existen grupos que defienden el uso de este tipo de intervenciones así como el uso de manuales estandarizados; mientras que, por otro lado, otro grupo de profesionales critica el uso de estos procedimientos por ir en contra de los tratamientos personalizados y ajustados al cliente individual.

No obstante, según Claxton, Cohen y Neumann (2005) la decisión del profesional de utilizar una determinada intervención radica en la evidencia empírica que apoya a ese tratamiento. Ahora bien, recolectar la evidencia necesaria puede ser dificultoso y costoso en tiempo; además, el resultado de la intervención queda incierto incluso después de que se ha recogido la evidencia. Este aspecto incierto de las prácticas en salud basadas en la evidencia hace necesario el establecimiento de estándares para decidir qué evidencia se considera adecuada para considerar la utilidad de una intervención.

En este capítulo se intentará dar luz a esta discusión y presentar algunos aspectos centrales y básicos que hacen al entendimiento de las prácticas en salud basadas en la evidencia. De este modo, se presentarán conceptos básicos que introducirán el tema en cuestión así como se intentarán clarificar cuestiones relacionadas a las prácticas en salud basadas en la evidencia.

## ¿Qué son las prácticas en salud basadas en la evidencia?

Para un profesional en salud que comienza ahora sus estudios, lo más importante sería conocer los métodos que le permitan, no sólo actualizar sus conocimientos en un período breve de tiempo, sino tenerlos en cuenta en la toma de decisiones clínicas. Esto constituye precisamente el objetivo de las prácticas basadas en la evidencia (PrBE). Se entiende el término de “evidencia” como aquellas pruebas y razonamientos lógicos que se utilizan en la toma de decisiones en las prácticas clínicas en salud.

Las PrBE representan una *ideología* y un *método*. Por un lado, *ideología* en el sentido de que se basan en el principio ético de que los usuarios merecen recibir las intervenciones más efectivas. Por otro lado, las PrBE representan un *método* en el sentido en que se descubren e implementan esas nuevas intervenciones. En suma, las PrBE representan el compromiso de los profesionales para usar todos los medios posibles para obtener la mejor evidencia posible acerca del problema que aqueja al usuario y los modos de planificar e intervenir sobre esos problemas (Bloom, Fischer y Orme, 2009).

Las PrBE son un gran desafío para los profesionales debido a que los métodos para localizar la evidencia van más allá o son más rigurosos que aquellos utilizados en las prácticas con apoyo empírico (PAE). Por ejemplo, un profesional que utilice PAE localizará dos o tres ensayos clínicos que demuestren efectividad en sus intervenciones. Por otro lado, aquellos que usen PrBE harán lo que sea por localizar todas las investigaciones que evalúen efectividad de alguna intervención y luego realizarán una evaluación crítica de esa evidencia presentada en cuanto a su validez y utilidad clínica. Lo que diferencia a las PAE de las PrBE es que estas últimas se caracterizan por el carácter comprensivo y crítico de la evaluación de los resultados empíricos. Por otro lado, el éxito de las PrBE radica en la integración exitosa de dos tipos de investigaciones: los diseños de caso único y de los diseños de grupos controlados experimentales y cuasi-experimentales (Bloom et al., 2009).

Aunque el esfuerzo por conseguir fundamentos científicos en la

toma de decisiones clínicas no resulta algo novedoso, hasta hace pocos años existían muchos impedimentos tanto para la divulgación como para la aplicación de resultados científicos relevantes para la práctica asistencial. Esto ha conducido con frecuencia a un retraso de varios años en la aplicación de cambios fundados científicamente a la asistencia de pacientes. Los medios modernos de comunicación electrónica facilitan al profesional la tarea de informarse y actualizar sus conocimientos para una asistencia óptima de sus pacientes.

### **Breve historia de las prácticas en salud basadas en la evidencia**

Las PrBE poseen su base en la medicina basada en la evidencia (MBE) la cual se considera que es el uso minucioso, explícito, cuidadoso y razonable de las mejores y más actuales evidencias o pruebas científicas en la toma de decisiones en la atención médica a pacientes (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes y Richardson, 1996). Es decir, la MBE implica un ajuste estricto en la toma de decisiones clínicas a los últimos resultados de la investigación clínica y médica. Sólo en el caso de no existir esos resultados, se podrá hacer uso de la experiencia profesional del médico.

Según Davidoff, Haynes, Sackett, y Smith (1995), la MBE está basada en los siguientes principios:

1. Las decisiones clínicas deberían basarse en la mejor evidencia científica disponible.
2. El problema clínico debería determinar el tipo de evidencia que debe buscarse.
3. Identificar la mejor evidencia significa utilizar estrategias de razonamiento estadísticas, biomédicas y epidemiológicas.
4. Las conclusiones derivadas de la evaluación de la evidencia son útiles sólo si se ponen en acción en el



manejo de pacientes o en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud.

5. El rendimiento de estas prácticas y decisiones basadas en la evidencia debería ser constantemente evaluado.

El origen del movimiento de la MBE fue a partir del intento para resolver la disociación entre el conocimiento existente y la práctica habitual del médico clínico con sus pacientes. Determinar lo que es una “intervención correcta” es el objetivo primordial de la MBE. Si bien la MBE es más antigua, es en los años 70 donde fortalece su presencia. En esta década la MBE suponía que el énfasis se centraba en intervenir con el menor coste posible (eficiencia). Más tarde, en los años 80, se le dio progresiva importancia en hacer las intervenciones de mejor calidad; y en la década del 90 comenzó una nueva línea de trabajo tendiente a utilizar las mejores prácticas posibles, ello quiere decir no sólo hacer las cosas bien, sino también hacer lo correcto (efectividad). A partir de este nuevo enfoque se creía que la medicina debía hacer correctamente aquello que es necesario hacer según la mejor evidencia empírica y de acuerdo a los estudios clínicos realizados (Vázquez y Nieto, 2003).

Para Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg y Haynes (2000), el procedimiento para la MBE abarca 5 pasos:

*Paso 1:* Formulación de una pregunta, a la cual pueda darse respuesta haciendo referencia a la mejor solución posible para el problema clínico del paciente. En este primer paso pueden tratarse cuestiones entorno a la prevención, diagnóstico, pronóstico, tratamiento o a la causa de una determinada enfermedad.

*Paso 2:* Búsqueda de la mejor evidencia que dé respuesta a esa pregunta. Aquí entran en consideración distintas fuentes de información según el planteamiento del problema y el conocimiento disponible: la propia experiencia clínica, la opinión de diferentes autoridades médicas, libros de texto o los resultados de los estudios científicos disponibles en las

bases de datos.

*Paso 3:* Evaluación crítica de la evidencia existente. La evaluación debe referirse hasta qué punto la evidencia se acerca a la verdad (es decir, cuál es su grado de validez), cuán sólida es la evidencia (mediante el cálculo del tamaño del efecto) y en qué medida el resultado tiene aplicabilidad clínica.

*Paso 4:* Ajuste de la evidencia encontrada hasta el momento a través de los pasos anteriores, con nuestros propios recursos y teniendo en cuenta la individualidad del paciente.

*Paso 5:* Evaluación crítica de nuestra propia competencia en la ejecución de los estudios basados en la evidencia, así como de su puesta en práctica, con el objetivo de lograr una mejora constante en la calidad.

## **Antecedentes de la psicología basada en la evidencia**

Uno de los trabajos más revolucionarios en psicología que dio lugar a la psicología basada en la evidencia (PBE) fue el conocido trabajo de Eysenck de 1952 sobre la eficacia de la psicoterapia. En este trabajo Eysenck puso de manifiesto que no intervenir sobre pacientes era igualmente eficaz que recibieran terapia de orientación psicodinámica. Las conclusiones extraídas de este trabajo revolucionaron el ámbito de las psicoterapias fomentando la puesta a prueba de los tratamientos psicológicos a partir de su contraste con la evidencia empírica.

Después de la II Guerra Mundial comenzaron a surgir trabajos tendientes a evaluar las intervenciones en psicología. Si bien los primeros de éstos eran cualitativos, alrededor de la década del 70 comenzaron a surgir estudios de índole cuantitativa y sistemática como el estudio de meta-análisis desarrollado por Smith y Glass en 1977. Años más tarde, la División 12 de la American Psychological Association publicó en 1995 su primer informe que identificaba veinticinco tratamientos psicológicos eficaces, generando una gran

conmoción entre los psicólogos, ya que postular 25 tratamientos como eficaces restaba a los otros no mencionados (Vázquez y Nieto, 2003).

En el estado de conflicto de concepciones, paradigmas y modos de hacer en psicología, la PBE puede convertirse en una herramienta de discernimiento no sólo de lo que funciona y de lo que no funciona, sino también de lo que se marca como científico o no. Es cada vez más claro que en la psicología clínica se aboque a una mayor protocolización, con una necesidad de evaluar las terapias utilizadas, y respaldar las decisiones clínicas con la mejor evidencia disponible (Vázquez y Nieto, 2003).

### **Eficacia, eficiencia y efectividad del proceso psicoterapéutico**

A la hora de hablar de la valoración empírica de los tratamientos psicológicos, aparece la duda o, que es peor, el uso intercambiable de las denominaciones eficacia, eficiencia y efectividad. Debido a ello, se pretende diferenciar estas tres denominaciones ya que hacen referencia a aspectos muy diferentes aunque no excluyentes entre sí.

En primer lugar, los estudios de eficacia hacen referencia a la capacidad que tiene la intervención psicoterapéutica de producir cambios psicológicos en la dirección deseada y que éstos sean significativamente superiores a la no intervención, el placebo, y, en las concepciones más exigente de la PBE, a los otros tratamientos disponibles (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001). De acuerdo con Labrador, Echeberúa y Becoña (2000, en Stevens y Méndez, 2007), se deben considerar varios puntos en relación a la mejoría del paciente: a) la especificidad (síntomas que mejoraron con el tratamiento); b) la intensidad de la mejoría; c) el plazo o tiempo en el que comenzaron las mejorías; d) la duración a corto plazo de los efectos de tratamiento mientras dure éste; e) la duración a largo plazo (si los efectos logrados se mantienen una vez finalizada la terapia); f) los costes, es decir,

rechazos y abandonos terapéuticos, los efectos secundarios de la intervención; g) las interacciones con otras terapias; y h) las ventajas y desventajas de ese tratamiento en comparación con otros disponibles. Según Badós López y colaboradores (2002), las investigaciones controladas en contextos artificiales que evalúan eficacia de un tratamiento exhiben dificultades en cuanto a la validez externa, debido a que omiten elementos típicos de la práctica clínica real. En este sentido, puede hablarse de que los estudios de eficacia:

1. Utilizan tratamientos de duración prefijada.
2. Las intervenciones se aplican de forma estandarizada, es decir, no son adaptadas a las características de los pacientes, o no se ajusta el tratamiento en función de la evolución del caso.
3. La muestra es seleccionada a partir de trastornos “puros” o con la menor co-morbilidad posible.
4. Los pacientes son asignados aleatoriamente a los grupos y no pueden decidir la intervención que recibirán, ni el terapeuta con el que trabajarán.
5. Los estudios con frecuencia se centran más en la reducción de síntomas específicos que en la mejora del funcionamiento general.
6. Los terapeutas exhiben una motivación elevada y, en muchos casos, tienen poca experiencia profesional.

En segundo lugar, con los estudios de efectividad se pretende determinar si el tratamiento evaluado produce efectos medibles en el ambiente clínico real. Éstos incluyen participantes que no son voluntarios, que presentan una sintomatología menos homogénea, que suelen pagar para recibir tratamiento, que pueden elegir el tratamiento que desean y del que reciben dosis variables en función del criterio del terapeuta (al cual eligen en función de sus preferencias) (Seligman, 1995). En este tipo de estudios no hay posibilidad de controlar una buena cantidad de factores que

pueden influir en el cambio producido en el grupo experimental. Por ello, los estudios de efectividad son trabajos con una menor validez interna, aunque se aumenta considerablemente la validez externa de los procedimientos terapéuticos (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001).

De acuerdo con lo que afirman Fernández Hermida y Pérez Álvarez (2001), se ha podido comprobar que no existe incompatibilidad entre los resultados presentados por los estudios de eficacia con los obtenidos en los de *efectividad*. En relación a ello, Chambless y Ollendick (2001) afirman que:

- a) Los resultados de estudios de eficacia han sido replicados en estudios de efectividad.
- b) A pesar de lo dicho anteriormente, los estudios de efectividad presentaron una menor validez interna. En estos últimos, los pacientes no mejoraron en la misma medida aunque recibieron más tratamiento que en los estudios de eficacia.
- c) Los estudios de efectividad son una prioridad para los psicólogos clínicos si se quiere dar valor a los estudios de eficacia.

Finalmente, los estudios relacionados a la eficiencia de una psicoterapia hacen referencia al logro de los objetivos clínicos planteados al menor coste posible (es decir, obtener el máximo beneficio posible con los recursos disponibles). En este sentido, se intenta justificar a partir de los resultados del tratamiento la inversión tanto en el nivel terapéutico como en lo sanitario y social (Stevens y Méndez, 2007).

### **¿Qué aspectos deben ser validados en la psicología basada en la evidencia?**

La psicoterapia es una empresa compleja, siendo que su éxito depende de muchos factores. Por ello, es necesario considerar todos sus factores a la hora de validar las prácticas en psicología.

De este modo, se desarrollarán brevemente aquellos aspectos que se consideran esenciales a la hora de validar una práctica psicológica.

### 1.1. *El método terapéutico*

Para comenzar es necesario definir qué se entiende por método terapéutico. Así, se considera al método terapéutico como aquellos comportamientos que realiza el terapeuta y que están diseñados para promover un beneficio terapéutico. Este tratamiento puede ser muy complejo, envolviendo componentes distintos, o puede ser una intervención específica. Lo único que es crítico es que el tratamiento puede ser descripto detalladamente y enseñado ya que para que sea de interés para la salud pública es que se puedan identificar sus principios y procedimientos.

Cuando se habla de validar el método terapéutico, se hace referencia a los principios terapéuticos, a las técnicas de tratamiento y a las conductas del terapeuta destinadas a aumentar la alianza con el paciente. Es decir, lo que se pretende es examinar la base empírica del método terapéutico, ya que se considera esencial para mejorar los resultados terapéuticos. Además, conocer la evidencia que sustenta el método terapéutico que se está utilizando versus otros tratamientos es requerido debido al principio ético básico que dice que el trabajo de los psicólogos está basado en el conocimiento científico (Chambless y Crits-Christoph, 2005).

Según Chambless y Crits-Christoph (2005), a la hora de tomar las decisiones terapéuticas, éstas deben basarse no a partir de la evaluación psicológica realizada al paciente sino a partir de los resultados de investigaciones empíricas que evalúan qué tratamientos sirven para determinados trastornos que poseen los pacientes y a partir de qué características del paciente que puedan moderar los resultados de la terapia. Aquellos terapeutas que no se basan en la evidencia empírica para tomar decisiones terapéuticas, lo hacen a partir de criterios clínicos propios (ojo clínico) y la experiencia previa, a partir de supervisiones con expertos, o en base a sus profesores. Si bien no se pretende criticar el comúnmente llamado ojo clínico, éste no es

suficiente para tomar decisiones clínicas, lo que se necesita es una evaluación empírica rigurosa de los tratamientos disponibles. Ahora bien, es necesario preguntarse por qué es importante validar el tratamiento. Esto es así debido a que de todos los componentes del proceso terapéutico, el método es el único que puede entrenarse en los psicoterapeutas, lo único que puede ser manipulado en un experimento clínico para evaluar su utilidad, y si ha demostrado ser un tratamiento valioso, es el único aspecto que puede diseminarse a otros terapeutas (Chambless y Crits-Christoph, 2005). Asimismo, si los terapeutas existen para disminuir el sufrimiento y mejorar el nivel de funcionamiento de los pacientes, deben estar informados y entrenados con los métodos efectivos de tratamiento para garantizarles la mejor intervención posible.

### 1.2. *El psicoterapeuta*

Según Wampold (2005) la validación del proceso terapéutico se desarrolla en un contexto e involucra otros factores además del método, como son las consideraciones profesionales y personales. Una fuente de variabilidad de los resultados del tratamiento que no ha sido considerada como objeto de validación es el psicoterapeuta. La evidencia indica que es una fuente esencial, sino la más importante, de variabilidad en los resultados del tratamiento. En los experimentos clínicos los análisis que se realizan desestiman al psicoterapeuta como un factor de importancia. Primero, el terapeuta no se considera ni en el diseño ni en el análisis, por lo que es imposible determinar cuánta de la variabilidad en los resultados se debe al terapeuta y no al método. Segundo, ignorar a los efectos del terapeuta es sobreestimar los efectos del tratamiento.

Siguiendo en la misma línea, al determinar los efectos del terapeuta, es necesario tratar este factor como un factor aleatorio o como un factor fijo. Si se toma como un factor fijo, los resultados se condicionan a ese psicoterapeuta particular, incluyendo al ensayo clínico completo. Por otro lado, se obtienen resultados más informativos cuando se considera al psicoterapeuta como un factor aleatorio (es decir, que se ha seleccionado aleatoriamente de toda una población de

psicoterapeutas), por lo que las conclusiones del ensayo clínico se pueden extraer para los psicoterapeutas en general (o por lo menos para psicoterapeutas similares a los utilizados en el experimento clínico). A este respecto, considerar al psicoterapeuta como un factor aleatorio necesita de un modelo estadístico apropiado. Las variaciones entre psicoterapeutas producen variaciones entre los tratamientos que no son debidas a diferencias de los tratamientos. Por ello, en los experimentos clínicos los modelos mixtos (tratamiento fijo, terapeutas aleatorios) son los correctos ya sean utilizando análisis de varianza o un modelo multinivel (multilevel model) (Wampold, 2005).

### 1.3. *La relación terapéutica*

Norcross y Lambert (2005) afirman que el movimiento de PBE es incompleto debido a que una de las razones más importantes es que deja de lado la importancia de la relación terapéutica y de los intercambios interpersonales, factor que realiza aportes sustanciales a los resultados terapéuticos. Si bien tanto el terapeuta como el paciente determinan la calidad de la relación, los pacientes atribuyen el éxito del tratamiento directamente al terapeuta y al grado en que el terapeuta le ha provisto de empatía, apoyo y respeto en el proceso terapéutico. De acuerdo a lo reportado por estos autores, la relación terapéutica explica el 10% de la varianza de los resultados terapéuticos, añadiéndose un 8% de los efectos provistos por el terapeuta, y entre un 5% y 8% del método utilizado. Por ello, adaptar la relación terapéutica a las características del paciente (además a su diagnóstico) mejora la efectividad del tratamiento.

En relación a este punto, la División de Psicoterapia de la APA recomienda animar a los psicoterapeutas para (Norcross, 2001):

- Crear y cultivar la relación terapéutica a partir de aquellos elementos que han demostrado ser efectivos para el tratamiento.



- Adaptar la relación terapéutica a las características del paciente de tal modo que se mejoren los resultados de la terapia.
- Monitorear las respuestas del paciente frente a la relación terapéutica y al tratamiento. La idea de tal monitoreo es poder reparar las rupturas producidas en la relación, mejorar ésta, modificar las estrategias técnicas y prevenir el abandono de la terapia.

#### 1.4. *El cliente*

Cuando se plantea la idea de validar el factor cliente implica considerar cómo las habilidades curativas del propio paciente son determinantes importantes para los resultados de la psicoterapia. En este sentido, se cree que cada persona posee un gran potencial para el cambio, por lo que el rol del terapeuta es liberar ese potencial para facilitar los procesos de cambio de manera natural (Bohart, 2005). Si bien se cree que es el terapeuta el responsable del cambio en el paciente, una buena cantidad de literatura afirma que para que el cambio se produzca, el paciente debe adoptar un papel activo en la psicoterapia (Bohart, 2005). La idea de que los pacientes son fuerzas generadoras de su propio cambio ha recibido poca atención en la PBE.

La idea de que los pacientes poseen un potencial auto-curativo posee dos significados principales:

- El significado que ha recibido más atención es aquel que afirma que los pacientes deben asumir un rol activo en el tratamiento. Un concepto ligado a esta definición es la idea de colaboración por parte del paciente en la terapia.
- Esta segunda concepción ubica al paciente en un lugar más central y genuinamente colaborativo: todos los pacientes poseen la capacidad de aprender acerca de sus vidas y producir modificaciones en ella.

Debido a que el terapeuta ocupa el centro en la investigación clínica es que existe poca evidencia acerca de cómo los clientes contribuyen al cambio. Sin embargo, se pueden reportar algunas conclusiones a partir de conjeturas derivadas de estudios cualitativos y cuantitativos y estudios de casos:

- Los clientes operan e interpretan creativamente la información que reciben del terapeuta (Rennie, 2000).
- Los clientes utilizan el contexto terapéutico como un espacio de trabajo en el cual pueden hablar acerca de sus problemas y tomar perspectiva de ellos (Bohart, 2005).
- Los clientes utilizan la terapia para reflejar en el terapeuta sus problemas, realizan insights profundos sin reportarlo a sus terapeutas y de manera encubierta (Rennie, 2000).
- Los clientes trabajan fuera del contexto terapéutico, por lo que el proceso de cambio terapéutico no ocurre principalmente en el consultorio del terapeuta (Bohart, 2005).

### 1.5. *Principios del cambio*

En el movimiento de la PBE se ha venido planteando un debate entre dos grupos principalmente. En primer lugar, están aquellos que defienden el hecho de que para que un tratamiento sea efectivo es importante hacer énfasis sobre las técnicas de tratamiento bajo un enfoque teórico específico. Por otro lado, se encuentran otros que afirman que el éxito del tratamiento depende de la relación terapéutica y de las habilidades del terapeuta (Beutler y Johannsen, 2005). De acuerdo con la posición de estos autores, ambos puntos de debate están en lo cierto, pero no deben verse como factores de éxito terapéutico separados, sino que contexto, relación terapéutica, el terapeuta, el método y el paciente hacen al éxito del tratamiento. El enfoque planteado recientemente asume que para representar de manera adecuada la complejidad del proceso terapéutico con el fin de lograr una práctica efectiva es necesario destacar que si bien estas variables realizan un aporte individual, también interactúan

entre ellas para resultar en el resultado terapéutico óptimo. Una forma efectiva de integrar las variables paciente, contexto, relación terapéutica y tratamiento es a través del establecimiento de principios de cambio basados en la investigación científica (Beutler y Johannsen, 2005).

Estos principios basados en investigación permiten a los terapeutas seleccionar, crear y modificar los procedimientos psicoterapéuticos a partir de la base de que cada paciente es único.

## **Comentarios finales**

La PBE hace referencia a la mejor evidencia disponible para la solución de un problema planteado por el paciente. En la práctica asistencial habitualmente existe el hecho de que estudios con un nivel metodológico considerablemente alto no se encuentran a disposición como fuente de información; pese a que a los estudios aleatorios controlados se les confiere el mayor poder de comprobación. Sin embargo, se debe buscar una solución adecuada con y para los pacientes. En este caso también se debería buscar la mejor evidencia consultando a un experto o, si esto no es posible, apoyar las decisiones clínicas en las experiencias médicas propias.

En otro orden de cosas, la PBE debe considerarse una ideología a ser incorporada por el profesional clínico debido a que responde a dos razones fundamentales: una ética y otra científico-profesional. Por un lado, en cuanto a la razón ética radica en proveer al paciente el mejor tratamiento terapéutico ya que es una obligación ética para los profesionales, por lo que desestimar el uso de tratamientos validados empíricamente es un error importante. Asimismo, Fernández Hermida y Pérez Álvarez (2001) en relación a este último punto establecen que la popularidad de un procedimiento o su sustento por razones ajenas al razonamiento científico (comodidad, familiaridad, entre otros) no son razones que se puedan utilizar en su defensa. Por otro lado, en referencia a la razón científico-profesional, el psicólogo debe desarrollar una tarea que requiere tanto de un acercamiento científico (sometido a los estándares que determine la ciencia) como

de un enfoque profesional (sólo a través de la práctica se puede aprender y perfeccionar el saber clínico) (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001). Esta perspectiva demanda la aceptación de una constante crítica de sus habilidades y recursos profesionales, desarrollada siempre mediante las herramientas metodológicas y conceptuales que establezca la ciencia y la profesión.

En base a los contenidos presentados puede decirse que la PBE es algo más que la puesta a prueba de un método, es decir, va más allá de la validación del método terapéutico, refiere a la consideración científica de una buena cantidad de factores que hacen al éxito de un tratamiento. En otras palabras, existen múltiples factores que suman al resultado terapéutico óptimo, por lo que la consideración aislada del método no hace otra cosa que hacer luz a un aspecto parcial de la problemática. Considerar todos los factores del éxito terapéutico hace que la tarea sea exhaustiva y es un desafío para los profesionales clínicos embarcarse en este camino. Asimismo, decidir qué estudios se desarrollarán (si de eficacia, eficiencia o efectividad) es otro aspecto a cuestionarse, ya que si bien los tres tipos de estudios aportan gran cantidad de información sobre la utilidad de una psicoterapia, cada uno de ellos deja sin ver aspectos considerados esenciales en la clínica.



# La psicoterapia y el tratamiento psicológico basado en la evidencia: Alcances y limitaciones asociadas a su práctica.

---

*Martinez-Núñez, Victor A. \*, Primero, Gerardo \*\*  
y Moriana, Juan Antonio \*\*\**

*\* Universidad Nacional de San Luis, Argentina.*

*\*\* Universidad de Buenos Aires, Argentina.*

*\*\*\* Universidad de Córdoba, España.*

## Introducción

La aparición y coexistencia de diferentes modelos de psicoterapia es una señal de identidad en la historia de la psicología. Cada uno de estos posicionamientos teóricos ha pretendido dar nuevas respuestas a preguntas desde una perspectiva innovadora y superadora de modelos anteriores. Desde la década de los sesenta y hasta la fecha actual se han identificado más de 250 tipos diferentes de psicoterapias con más de 400 técnicas y variantes derivadas de los modelos principales (Henrik, 1980; Kazdin, 1986). Cada una de ellas ha planteado un intento de revolución en la psicoterapia dando una nueva solución para demandas que, según quienes postulan cada modelo “revolucionario”, antes no existían. Además, cada modelo es planteado como “superador” de anteriores con un criterio a veces taxativo, “esto sirve, lo anterior, no”.

Por esta razón, como punto de partida, es necesario plantearse si el veredicto del dodo es aplicable a todos los modelos de psicoterapia. ¿Todos sirven?, ¿todos son capaces de dar cuenta de manera eficaz o eficiente a los problemas que pretenden solucionar?, ¿es posible sistematizar todos los modelos psicoterapéuticos?, ¿cuáles de estos modelos son más eficaces para cada trastorno?, ¿y qué sucede con problemáticas más complejas como las psicosociales? Según Parloff

(1982) realizar una evaluación sistemática de los 250 modelos psicoterapéuticos para todos los tipos de trastornos requeriría cerca de 47 millones de comparaciones.

La relación entre investigación y práctica en psicología ha supuesto un vínculo difícil, árido y a veces casi inexistente. Las deficiencias en la formación en investigación clínica, en la sistematización de los resultados, y en la utilización de criterios objetivos para la evaluación e intervención psicológica, entre otras cuestiones, hacen de la práctica profesional del psicólogo un ámbito de escasa rigurosidad. A estos factores se suma la búsqueda de beneficios personales por parte de profesionales, académicos, estudiantes, colegios profesionales y asociaciones de psicólogos, que tiende a legitimar modelos y posturas teóricas cerradas al debate, a la posibilidad de integración y al fracaso en el intento de demostrar, desde el punto de vista científico, sus posibles beneficios reales para la comunidad (Moriani, 2008). Estas posturas interfieren en el desarrollo de una disciplina científica cuyo objetivo es mejorar la atención prestada en los servicios psicológicos, integrar tecnologías que redunden en una mejor intervención psicológica, y acumular conocimientos que permitan la especialización de dichas intervenciones. Fue Eysenck (1952), quien puso en evidencia, en un controvertido artículo, el problema de la eficacia de las psicoterapias, poniendo en entredicho a los modelos psicoterapéuticos tradicionales, y dando inicio a la investigación sistemática de los tratamientos psicológicos.

Algunos investigadores han planteado que los diferentes enfoques de la psicoterapia tienden a producir efectos similares y que existe poca evidencia para sugerir la superioridad de un modelo sobre otro (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Smith y Glass, 1977; Smith, Glass y Miller, 1980; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Seligman, 1995; Wampold, 2007). Esta hipótesis de una equivalencia entre modelos ha sido denominada “el veredicto del pájaro Dodo” (“todos ganan y todos merecen premios”). Sin embargo, hay razones para dudar de estas conclusiones (Crits-Christoph, 1996; Beutler, 2002; Cautilli, 2006; Chambless, 2002; Hunsley y Di Giulio, 2002; Lilienfeld, 2007). En primer lugar, la mayoría de

los estudios meta-analíticos son comparaciones entre diversas formas de terapia cognitiva y conductual. La conclusión de los meta-análisis no es sorprendente: algunos tratamientos similares, para los mismos trastornos, obtienen resultados similares. Pero estos hallazgos no permiten inferir que “todos los tratamientos funcionan para todos los trastornos”. De hecho, hay evidencias para sostener lo contrario: algunos tratamientos son mejores que otros para problemas y poblaciones particulares (Chambless y Ollendick, 2001), y existen tratamientos contraindicados (Lilienfeld, 2007). En segundo lugar, algunos tratamientos de amplio uso (psicodinámicos, humanistas...) no han sido estudiados en profundidad (porque son prolongados, difícilmente manualizables, y con objetivos no asimilables a la reducción de síntomas). Pero estas dificultades no les eximen de la necesidad de evaluar los resultados y generar guías prácticas y guías de tratamiento. En tercer lugar, el término “factores inespecíficos” resulta confuso, porque algunos autores se refieren a “factores en común” entre dos o más terapias (y en este caso, los factores deben ser especificados), mientras que otros autores se refieren a “variables extrañas” en relación a las variables explicativas que propone determinada teoría. En síntesis, no es cierto que “todos ganan”: algunos ganan, otros pierden, otros empatan, y muchos no participan del juego (la mayoría de los tratamientos no han sido rigurosamente investigados).

Lo que sí puede rescatarse de esta controversia es la importancia de diversos factores que exceden el modelo teórico. Labrador, Echeburúa y Becoña (2000) sostienen que el mayor desafío en la investigación clínica consiste en identificar los mecanismos causales en cada tratamiento psicológico, y evaluar la práctica concreta de los distintos modelos (teniendo en cuenta que no siempre sus diferencias resultan tan notorias como suelen plantearse en el nivel teórico). A la diferencia de modelos habría que añadir también el perfil del paciente (algunas personas con rasgos de personalidad y creencias concretas pueden ser más “susceptibles” que otras para ser tratadas desde un modelo concreto), el perfil y habilidades del terapeuta (independientemente del modelo, hay psicólogos con más



habilidades y estilos personales que “encajan” o responden mejor a las expectativas del paciente, facilitando la adherencia y aumentando su probabilidad de cambio o mejoría) e incluso variables contextuales que pueden mediatizar la relación paciente-terapeuta, como el hecho que suponen las connotaciones o diferencias entre ser tratado en un servicio privado o público. Es importante distinguir en esta diversidad de variables cuáles son mecanismos causales y cuáles son meras correlaciones, y dentro de las variables causales, cuáles podrán ser manipuladas y cuáles escapan a nuestro control (dado que uno de los objetivos de esta investigación consiste en mejorar las actuales tecnologías de evaluación y tratamiento).

La psicología ha planteado interrogantes sobre la eficacia y efectividad en las intervenciones psicológicas, así como en otras áreas de aplicación en el ámbito educativo, sanitario, social y comunitario. El propósito principal de este trabajo es aportar algunas claves para la incorporación de una psicología basada en evidencias empíricas en sus ámbitos de actuación, particularmente en ámbitos asistenciales en salud. Para ello, en primer lugar se expondrá brevemente el surgimiento de la psicología basada en la evidencia, delimitando luego conceptos claves en lo referido a las prácticas basadas en la evidencia (en adelante, PBE) y los tratamientos psicológicos basados en la evidencia (en adelante, TBE) distinguiendo entre éstos y la psicoterapia en términos de eficacia. A continuación, se expondrán los alcances y las limitaciones de las PBE y los TBE, para abordar finalmente, a una salida al debate a partir de una metodología de trabajo en el diseño y aplicación de guías de tratamiento/clínicas y guías prácticas.

## Delimitación de conceptos

La psicología basada en la evidencia ha tomado algunos principios de la medicina basada en la evidencia (*evidence-based medicine*), y es definida como “*el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia actualizada en la toma de decisiones para atender a los*

*pacientes.*” (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes y Richardson, 1996, pp. 71-72).

En 1993, se encomienda a la *American Psychological Association* (APA) liderar un grupo para evaluar y determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos para diferentes tipos de trastornos psicológicos. También se le solicita proponer herramientas de diseño de guías de tratamiento para maximizar cualquier atención clínica determinada. La División 12, *Clinical Psychology*, de la APA crea la *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*, coordinada por Dianne Chambless y publicando varios informes sobre sus avances (Chambless *et al.*, 1995, 1996 y 1998). A partir de herramientas metodológicas como los meta-análisis (Smith y Glass, 1977; Smith, Glass y Miller, 1980) se desarrollaron criterios para intentar delimitar claramente los tratamientos empíricamente validados, y en consecuencia, recomendarlos para su utilización clínica (Mustaca, 2004).

En 1996, el término “*tratamiento empíricamente validado*” deja paulatinamente de utilizarse en beneficio de “*tratamiento con apoyo empírico*” (*empirically supported treatments, ESTs*); y en 1998 se distingue entre *eficacia* y *efectividad* en los tratamientos psicológicos. Inicialmente se identificaron 18 tratamientos con base empírica considerados a partir de criterios que incluían la evaluación de *randomized controlled trials (RCTs)* dentro de poblaciones específicas e implementados a partir de tratamientos manualizados (*American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-based Practice*, 2006).

Después de estos informes, algunas divisiones de la APA se sumaron al intento de integrar los resultados de las investigaciones. En 1999, la División 29 (*Psychotherapy*) estableció una comisión para identificar, operacionalizar y diseminar información sobre la relación terapéutica con apoyo empírico, estudiando la asociación entre resultados y aspectos de la relación y la alianza terapéutica (Norcross, 2001, *American Psychological Association*, 2006).

La División 17 (*Society of Counseling Psychology*) examinó los tratamientos empíricamente validados en el consejo psicológico

(Wampold, Lichtenberg y Waehler, 2002; APA, 2006). Finalmente, la *Society of Behavioral Medicine* publicó criterios para analizar la base de evidencia para las intervenciones en medicina conductual (Davidson, Trudeau, Ockene, Orleans y Kaplan, 2003). Incluso en otros contextos, como el ámbito educativo las intervenciones basadas en la evidencia o *evidence-based interventions (EBIs)* plantean nuevas expectativas en los investigadores para evaluar la efectividad de las intervenciones, en este caso, dentro del ámbito escolar (Kratochwill y Stoiber, 2000, 2002).

En España, la *Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud* (SEPPS) ha elaborado un documento cuyo fin es divulgar los principios de los TBE proporcionando una lista de tratamientos con base empírica para diferentes trastornos en adultos, niños y adolescentes, donde la *Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)*, en primer lugar y la *Terapia Conductual (TC)*, a continuación, fueron, sin lugar a dudas, los más presentes (Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández-Montalvo, 2003). Este dato se relaciona con un trabajo de Woody, Weisz y McLean (2005) que analizó en cuáles de los TBE, identificados por la *Task Force*, se recibía entrenamiento o formación en programas doctorales y predoctorales en Estados Unidos y Canadá entre 1993 y 2003. Los autores llegaron a la conclusión de que en dicho entrenamiento se observaban un incremento de los TBE dentro de la terapia cognitivo-conductual y terapia de conducta, sobre todo para los trastornos de ansiedad y estado de ánimo.

## Prácticas y tratamientos basados en la evidencia

Debido a las diferentes reacciones ocasionadas desde la aparición de estos listados, la preocupación por los tratamientos manualizados, la falta de apreciación en los factores comunes y la diversidad de los pacientes, se propone la definición de *práctica psicológica basada en la evidencia (evidence-based practice in psychology-EBPP)* como la “*integración de la mejor investigación disponible con la destreza clínica*

en contextos de características del paciente, cultura y preferencias” (APA, 2006, p. 273). Esta definición va en la línea de la adoptada por el *Institute of Medicine* (2001; adaptada de Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg y Haynes, 2000), que sostiene que toda práctica basada en la evidencia “es la integración de la mejor evidencia en investigación disponible con la destreza clínica y la valoración del paciente”. Kazdin (2008, p.147) introduce el término de *tratamiento basado en la evidencia (evidence-based treatment, EBT)*, definiéndolo como intervenciones o técnicas que producen un cambio terapéutico en ensayos controlados; y el de *práctica basada en la evidencia, PBE (evidence-based practice, EBP)* como toda práctica clínica que es informada a través de la evidencia de las intervenciones, la experiencia clínica, las necesidades del paciente, sus valores y preferencias, y la integración de éstos en la toma de decisiones en la atención individual; ampliando y consensuando las controversias suscitadas por este enfoque.

Existe una distinción entre los conceptos de PBE y TBE en lo que respecta a alcances. El primero es un concepto más amplio, tal como se ha descrito anteriormente respecto del de TBE, ya que estos últimos implican tratamientos específicos que han demostrado su eficacia a través de ensayos clínicos controlados. En cambio, las PBE abarcan un amplio rango de prácticas psicológicas, entre ellas, las clínicas y articulan un proceso de toma de decisiones para integrar múltiples corrientes de evidencia en investigación (las más importantes las atribuidas al valor de los RCTs). De todas maneras, entre estos conceptos, particularmente el de las PBE, no hay una clara distinción y siguen provocando debates respecto de qué se incluyen en cada uno de ellos, aunque existe una necesidad de acercamiento entre ciencia y práctica facilitando una transferencia de habilidades y conocimientos necesarios para los terapeutas (Beidas y Kendall, 2010; Herschell, Kolko, Baumann y Davis, 2010).

## Psicoterapia y tratamiento psicológico

En el ámbito clínico, la práctica psicoterapéutica con frecuencia es asemejada con el concepto de tratamiento psicológico, aunque existen muchos matices entre una y otra denominación (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

Rodríguez (2004) sostiene que el objetivo de la psicoterapia es la relación entre un terapeuta entrenado (desde un modelo en particular), utilizando un método específico, y en relación con un cliente, en dirección a establecer un cambio, dentro de un contexto social, económico y político. Por su parte, Fernández-Álvarez, Kirszman y Nieto (1994) sostienen que la psicoterapia es un conjunto de procedimientos cuyo fin principal es aliviar el sufrimiento humano partiendo de la base de cómo el paciente otorga significado a su experiencia a través de su relación terapéutica. Opazo (2001), en el mismo sentido, afirma que la psicoterapia parte de una alianza terapéutica entre paciente y terapeuta, en la cual juegan un rol central las variables relacionadas con las características del terapeuta, del paciente y de la relación. Para algunos investigadores, esta alianza terapéutica es el factor más importante de la psicoterapia (Opazo, 2001; Orlinsky, Ronnestad y Willutzki, 2004; Santibáñez, Román y Vinet, 2009). Sin embargo, no puede decirse que la alianza terapéutica sea independiente de las técnicas o posicionamiento teórico empleado, dado que cada modelo teórico puede proponer estrategias y objetivos específicos referidos a este aspecto, y tampoco puede decirse que la alianza terapéutica explique causalmente los efectos del tratamiento, ya que la mayoría de los estudios sobre esta cuestión son de tipo correlacional.

Un tratamiento psicológico, en su acepción general, puede definirse como una intervención basada en técnicas psicológicas dentro de un contexto clínico donde el psicólogo clínico tiene como objetivo eliminar el sufrimiento de otra persona facilitándole estrategias y habilidades para afrontar los problemas de la vida diaria (Labrador, et al, 2003, p. 25). Si bien esta definición tiene puntos de semejanza con las definiciones de psicoterapia planteadas arriba, supone una

diferencia en términos de eficacia y efectividad. Los mismos autores sostienen que un tratamiento psicológico es eficaz cuando *“ha pasado los controles y pruebas científicas adecuadas de tal modo que sabemos que funciona respecto a no aplicar ningún tratamiento o a otro que no muestra tener efectos o a otro menos eficaz”* (Labrador et al., 2003, p. 28), demostrando su eficacia a través de ensayos clínicos controlados (APA, 2006).

## **PBE y TBE: Alcances y limitaciones**

### **Alcances**

Debido a la multiplicidad de enfoques y a la importancia de evaluar objetivamente sus respectivos costes y beneficios, es necesario identificar y evaluar las investigaciones empíricas relevantes para poder sacar conclusiones sobre este tipo de temas. Podrían resumirse en tres las principales áreas de investigación cuyos hallazgos pueden influir en el tratamiento: básica, de proceso y de resultados.

Las investigaciones más relevantes para desarrollar una PBE son aquellas que estudian las relaciones causales entre las variables que pueden ser manipuladas (intervenciones, setting, conductas del terapeuta) y los resultados, pero otras áreas de investigación también pueden aportar información útil. La investigación de la eficacia de las PBE y los TBE requiere la adopción de una metodología científica (Pascual, Frías y Monterde, 2004), que permite complementar un pluralismo en las estrategias de investigación (p.ej. estudios de proceso y de resultados, experimentales y correlacionales, de comparación de grupos y de caso único, etc.), con una actitud crítica hacia las fortalezas y debilidades de cada abordaje metodológico y de cada estudio particular (lo cual permite un ordenamiento en niveles de evidencia). Entre algunas ventajas se encuentran:

- La utilidad de las PBE y los TBE va dirigida a dotar a profesionales de técnicas y procedimientos manualizados que puedan ser adaptados a la realidad social de cada ámbito, a través del diseño de procedimientos, guías y protocolos estandarizados, para gran parte de intervenciones psicológicas, con el objetivo de proporcionar a los profesionales técnicas de intervención efectivas adaptadas a su población diana. Asimismo es importante someter a prueba dichos procedimientos, comprobando si funcionan o no, verificando si estas adaptaciones (a objetivos, a presión asistencial, a población diana, etc.) responden, o no, a las necesidades locales.
- La posibilidad de que los procedimientos puedan ser aplicables en entornos comunitarios complejos y a situaciones con gran presión asistencial, implicando un beneficio en términos de no cronificación de usuarios, dando respuestas eficaces a problemas cotidianos utilizando técnicas de intervención psicosocial breve (*time-limited intervention/ treatment*), centradas en el asesoramiento, la información, el consejo psicológico. Los problemas que presentan los usuarios no siempre tienen una entidad tan importante y son de temas tan variados que exigen una atención diversificada, práctica, útil y sobre todo breve, para facilitar la atención del mayor número de personas en el menor tiempo posible y con el menor número de efectivos humanos por ratio de población.
- La posibilidad de ser una herramienta potente para seleccionar los TBE transfiriendo este conocimiento a otros profesionales, facilitando la atención en el sistema sanitario público en términos de coste-beneficio.
- El empleo de guías puede facilitar dar respuesta a la práctica diaria y orientar la toma de decisiones en cuestiones como la organización de servicios, la formación de profesionales, la homogeneización de servicios aplicados, etc.

## Limitaciones

Las reacciones suscitadas a partir de los informes de la Task Force para los TBE para lograr la eficacia de los tratamientos psicológicos han sido muy variadas. Por ejemplo, en los Estados Unidos y en Canadá, las críticas han girado en torno a la potencial pérdida de la autonomía profesional, la absorción de profesionales (psicólogos) en ciertos modelos teóricos, la deshumanización de los servicios psicológicos, la inadecuación de las bases de la investigación subyacente a los TBE y las PBE en psicología, la brecha entre avances de una investigación basada en evidencia en ambientes controlados y la práctica clínica concreta, y la imposibilidad de basar siempre los servicios psicológicos en la evidencia de investigación (Hunsley, 2007; Hunsley y Lee, 2007).

En muchos países (entre ellos España) están surgiendo debates sobre las formas más adecuadas de demostrar la eficacia de los tratamientos y de utilizar la evidencia en la práctica clínica. Por ejemplo, Rodríguez-Morejón (2004) afirma que no pretende cuestionar la necesidad de demostrar la eficacia de los tratamientos, sino discutir “el cómo hacerlo, el para qué y el por quién”, y proponer “argumentos para alcanzar el mismo objetivo de manera diferente” (p. 3). Puntualmente, el autor cuestiona que los listados de TBE se basan en una evidencia restringida (técnicas manualizables, orientadas a la reducción de síntomas, según las categorías del DSM), dejando de lado el estudio de otros tipos de resultados (e.g., lograr objetivos de vida, además de reducir los síntomas), otras herramientas de evaluación (e.g., explorar las características personales e interpersonales, además de recurrir a las categorías diagnósticas del DSM), y otros tipos de intervenciones (p. ej. las habilidades del terapeuta que le permiten establecer una buena relación terapéutica y generar expectativas de cambio, además de implementar técnicas puntuales). Estos argumentos no implican una oposición a las TBE, sino un conjunto de propuestas para ampliar la base de evidencia, ya que todas esas áreas de estudio son relevantes, y no hay razón para considerar que resulten excluyentes. Por otro lado, el autor también



incluye a la formación continua de los psicólogos clínicos y el uso de “entrenamientos empíricamente validados” (Henry, 1998) como parte de los componentes necesarios para resolver el problema de la eficacia de los tratamientos.

Becoña (et al., 2004) plantean algunos interrogantes como por ejemplo, cómo ha evolucionado el posicionamiento de los profesionales psicólogos clínicos frente a las guías de tratamiento y los TBE, desde resistencias hasta la adopción total del enfoque, considerando la necesidad de analizar el *coste-efectividad* (coste del tratamiento en la situación clínica en función de los casos eficaces) y el *coste-eficiencia* (cuál es el menor coste posible del tratamiento para los objetivos clínicos). Además, plantean la enorme brecha entre las discrepancias que existen entre la investigación y la práctica clínica en el tratamiento psicológico proponiendo unir lo clínico a lo científico y lo científico a lo clínico en respuesta a las exigencias sociales para que ambos enfoques trabajen en conjunto (Kazdin, 2008, Echeburúa, Corral y Salaberría, 2010, Moriana y Martínez, 2011).

Un punto de inflexión importante son las diferencias entre la práctica clínica privada y la pública. El psicólogo clínico en el ámbito público atiende a una gran cantidad de pacientes en poco tiempo, relegando un poco la calidad (número de personas atendidas, en un período corto de tiempo, que finalmente se centra en labores de contención y consejo psicológico breve), características que en el ámbito privado no se presentan.

Siguiendo a Becoña et al (2004) las críticas más importantes se pueden sintetizar en:

- a) La manualización del tratamiento.
- b) La elaboración de tratamientos concretos para trastornos específicos.
- c) No deberían incluirse estudios previos a 1980, por no adecuarse éstos a los diagnósticos establecidos en el DSM-III (sin introducir otros cuestionamientos sobre diversos diagnósticos que se ponen de manifiesto con los cambios producidos en el DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR y los futuros, algunos ya avanzados, del próximo DSM-V).

- d) No se suele incluir la variabilidad entre terapeutas, pacientes y otras variables terapéuticas en psicoterapia.
- e) Sesgo en la selección de los estudios.
- f) El tipo de evaluación de resultados.

A éstas habría que añadir que otras ya comentadas como el número de participantes y su selección, sus características sociodemográficas y la heterogeneidad diagnóstica (en busca de diagnósticos “puros” y niveles de gravedad).

Estas críticas no implican un abandono del proyecto de la PBE, ni un cuestionamiento a su importancia, sino que plantean a la comunidad de psicólogos (dedicados a la investigación, a la práctica clínica, y a otras áreas aplicadas) el desafío de superar esas limitaciones, y encontrar nuevas soluciones que permitan acumular y aplicar la evidencia sobre los costos y beneficios de los tratamientos psicológicos, no sólo en la psicología clínica, sino también en otras áreas de la psicología y en el abordaje de los problemas psicosociales que no se clasifican como trastornos clínicos.

## **Alternativas al debate. Guías de tratamiento y guías prácticas**

Si bien el debate está en su momento más intenso, es necesario poder unificar criterios a la hora de dar respuestas a las demandas y necesidades de la población con la que se trabaja. Una alternativa sería diseñar, aplicar y revisar guías, protocolos y procedimientos teniendo en cuenta las realidades locales y los entornos en los que se van a aplicar.

La APA promovió el desarrollo de criterios para diseñar y evaluar guías de tratamiento y guías prácticas, estándar, y protocolos (APA, 2002a,b) y supone una propuesta interesante para acercar la brecha entre la práctica profesional del psicólogo clínico (y de otros ámbitos de aplicación de la psicología).

Hunsley (2007) propone el entrenamiento en PBE y TBE para potenciar la asistencia de los servicios psicológicos (cabe recordar que esta propuesta, si bien se lleva a cabo en los Estados Unidos y

Canadá a nivel de programas de doctorado, data del mismo Witmer a principios del siglo XX), considerando las habilidades y destrezas del futuro profesional psicólogo apoyándolas con entrenamiento científico y profesional en PBE y TBE, entre ellas:

- Habilidades generales (conocimiento sobre la literatura científica, psicopatología, desarrollo normal y epidemiología, metodología de la investigación general y clínica, etc.).
- Habilidades de evaluación (RCTs, psicometría, análisis funcional de la conducta, estandarización, validación, utilidad psicométrica clínica, confiabilidad y fiabilidad, etc.), y
- Habilidades propias de la intervención (entrenamiento específico en diseño, evaluación y revisión de TBE y PPBE).

En líneas generales, podemos considerar que las guías de actuación o tratamiento (guidelines) son pronunciamientos, declaraciones o informes (statements) que sugieren y/o recomiendan unas líneas de intervención determinadas así como un comportamiento específico del profesional ante diversas situaciones y van orientadas a servicios de alta cualificación profesional dirigidos a la atención de múltiples cuidados o actuaciones con personas (cuidados sanitarios, sociales, educativos). Se distingue entre *guía práctica* o *practice guidelines* de *guía de tratamiento* o *treatment guidelines* (APA, 2002b; Becoña, et al., 2004, Moriana y Martínez, 2011):

- *Las guías prácticas* son recomendaciones dirigidas a profesionales sobre su conducta, problemas y principales temáticas, para ser consideradas en diversas áreas o ámbitos específicos de intervención que se recomienda a los terapeutas sobre cuál será el mejor tratamiento conveniente para esa persona con una determinada problemática. Esto incluye recomendaciones sobre tratamientos específicos o aplicaciones de procedimientos de intervención.
- *Las guías de tratamiento*, focalizan su atención en el paciente o usuario del servicio recogiendo recomendaciones sobre

cuáles son las mejores intervenciones que pueden desarrollarse y sus condiciones específicas de aplicación que se pueden ofrecer a las personas. Resulta importante especificar que el término guías *guidelines* se refiere al apoyo (*support*) o recomendaciones pero no implica una obligación de deber actuar de esa forma, solo es una recomendación.

La posibilidad de diseñar, aplicar y revisar guías de tratamiento/ clínicas y guías prácticas, posibilita utilizar la mejor evidencia científica disponible, integrándola con la experiencia del profesional, para dar respuesta a las demandas de una población determinada. No obstante, esto implica también una formación de grado y posgrado en PBE y TBE. La utilidad principal de las guías es proporcionar información sobre lo que deberíamos intentar hacer ante una situación concreta, señalando cuál es la actuación de elección (o la más acertada) para cada caso.

Protocolizar y diseñar guías implica la adopción de una metodología específica que puede adaptarse a numerosos problemas y situaciones de forma que nosotros básicamente aplicamos un método de confección de guías y protocolos y posteriormente evaluamos sus resultados. Los profesionales pueden utilizar estas guías como método para sistematizar su práctica cotidiana y para responder a las demandas de dicha práctica con un proceso de toma de decisiones basado en la evidencia científica disponible.

Vázquez y Nieto (2003) plantean varias ventajas en la utilidad de las guías clínicas, partiendo de la base de que deben incluir:

1. Especificar a qué población está dirigida basándose en una serie de criterios.
2. Identificar la evidencia disponible en la literatura científica.
3. Organizar grupos de expertos, de varias disciplinas, sobre el tema para evitar sesgos en la evaluación de la evidencia disponible.
4. Valorar la viabilidad para extrapolar y generalizar la

evidencia disponible a la población clínica a la que está dirigida.

#### 5. Actualizarla periódicamente.

En este sentido, las dos instituciones pioneras en las PBE y TBE, la APA y el NICE, han establecido criterios para el diseño y evaluación de guías de tratamiento exponiendo listados de tratamientos psicológicos eficaces por trastornos (APA, 2002a,b; 2006) y guías de tratamiento que recogen evidencia científica asociada también al tratamiento de trastornos concretos (NICE, 2009). Una comparación de estos listados puede consultarse en Moriana y Martínez, 2011).

### **Conclusiones**

El modelo de la psicología basada en la evidencia que ha servido de soporte al desarrollo y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces proviene de la medicina, de un concepto o acepción general denominado “ciencia basada en la evidencia” que defiende que este abordaje podría ser aplicado a multitud de disciplinas científicas (o para algunas, como la psicología, la educación o el trabajo social, que por sus características intrínsecas, tienen dificultades para controlar parámetros o variables que someter a los criterios científicos). Quizás la mayor expresión de este tipo de abordajes lo abanderan los estudios de validación de fármacos (como ejemplo de máximo control experimental) en contraposición al trabajo con contextos psicosociales y comportamientos, mucho más difíciles de medir, controlar, etc.

Aunque con importantes matices y algunos cuestionamientos (intereses económicos y políticos de la industria farmacéutica), actualmente, ya nadie duda que la ciencia basada en la evidencia rige, controla y supervisa todos los hallazgos, aplicaciones médico-quirúrgicas y fármacos utilizados en medicina, siendo su utilización máxima e imprescindible para esta disciplina.

Aún guardando las distancias y a pesar de sus importantes limitaciones, la adaptación de la ciencia basada en la evidencia a

la psicología supone, hoy día, la aproximación metodológica y científica más importante de la historia de la psicología y la que apunta para ser mejorada y desarrollada de forma espectacular, en los próximos años, tanto en el contexto clínico aplicado como en otros como la intervención social o en educación.

A pesar de estas limitaciones (la mayoría producidas por las dificultades para manejar, medir y modificar el comportamiento humano), todo apunta a inferir que a medida que pase el tiempo serán más las instituciones que asuman la metodología basada en la evidencia para el desarrollo de tratamientos y otras decisiones (prevención, diseño de políticas...), como la mejor alternativa posible. Todavía hay que depurar bastantes aspectos metodológicos, entre otros, el propio tratamiento que se le da a los enfoques psicoterapéuticos frente a la mera utilización de técnicas concretas (breves, dirigidas a comportamientos concretos, etc.) y a múltiples aspectos citados en este capítulo como las relaciones terapéuticas, las intervenciones breves o de tiempo limitado, las variables contextuales y ambientales, etc.

Este enfoque también ha permitido el diseño y evaluación de guías de tratamiento y guías prácticas, representando ventajas en términos de rigurosidad y aplicabilidad, en respuesta a las demandas de los servicios públicos de salud (ver Allen y Kadden, 1995; Becoña et al., 2004; Hunsley, 2007; Hunsley y Lee, 2007; Kazdin, 1996, 2008; Rodríguez, 2004; Silverman, 1996; Wampold, 2007; Martínez y Moriana, 2009; Primero, 2009). Otra de sus virtudes, aunque todavía no suficientemente desarrollada, ha permitido reducir la brecha entre la investigación y la práctica, reduciendo el coste público de los tratamientos, y mejorando los servicios psicológicos que se ofrecen a las personas (Vera-Villaroel y Mustaca, 2006).

Más aún, se propone profundizar la aplicación de este enfoque en contextos sociales y comunitarios a través de actuaciones, procedimientos y técnicas basados en la evidencia empírica de sus resultados. Es decir, diseminar las TBE y PBE en otros ámbitos de aplicación de la psicología, para reducir la brecha entre investigación y práctica mediante la acumulación sistemática de evidencia sobre

costos y beneficios de las intervenciones psicológicas (Moriana y Martínez, 2011). Thomason (2010) ha planteado que la tendencia en la utilización de las PBE y los TBE está afectando el uso del consejo psicológico y la misma psicoterapia, anticipando que las PBE generalizarán su uso en los seguros sociales y sanitarios y los modelos psicoterapéuticos buscarán adaptaciones más breves que faciliten su integración en los sistemas de salud.

# La investigación de terapias basadas en la evidencia en iberoamérica

---

*Alba Mustaca\* y Pablo Vera-Villaruel\*\**

*\*Laboratorio de Psicología Experimental y Aplicada (PSEA)-  
IDIM-CONICET-Facultad de Psicología,  
Universidad de Buenos Aires, Argentina*

*\*\*Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile, Chile.*

*Toda persona instruida debería saber cuándo una cosa está demostrada y cuándo no, cómo investigar y analizar el planteamiento que enfrenta y buscar las soluciones, cómo referirse eficazmente al mismo ante las demás personas y cómo contribuir a una discusión de problemas de interés común (W.N. Brigance, 1946).*

## Introducción

Norcross, Hedges y Prochaska (2002) evaluaron, con el uso de la metodología Delphi, las opiniones de 62 expertos en psicoterapia sobre las tendencias futuras en la psicología clínica. Predijeron que, hacia 2010, iba a aumentar el uso de las terapias cognitivo-conductuales (TCC), las referencias culturales, las teorías eclécticas, las intervenciones directivas, de auto-cambio y el uso de nuevas tecnologías, como Internet y computadoras. Además se iban expandir cada vez más las terapias con apoyo empírico (TAEs), las guías de práctica clínica, la medicina conductual y la psicofarmacología, mientras que el psicoanálisis y el análisis transaccional iban a disminuir. Una búsqueda bibliográfica con la base de datos *Psycho –Info* de 1990 a 2010 con las palabras claves “cognitive-behavior therapy”, “psychoanalytic treatment”, “transactional analysis” y “evidence-based practice”, cada búsqueda por separado, indica que parte de sus predicciones se cumplieron. El



total de publicaciones sobre “evidence-based practice” asciende a 7445, sobre “cognitive-behavior therapy” a 8747, sobre “transaccional analysis”, a 1688 y sobre “psychoanalytic treatment”, a 2554, que incluyen artículos en revistas y capítulos de libro. La Figura 1 muestra el número de publicaciones en función de cada 5 años y de la totalidad en los últimos 10 años. Se observa cómo fueron aumentando los trabajos sobre TCC y TAEs, en especial en los últimos 10 años, en detrimento de las otras dos clases de intervenciones, que se mantuvieron estables o fueron disminuyendo. Es de hacer notar que las TCC y las TAEs se solapan, ya que el 98% de estas intervenciones tienen un enfoque cognitivo-comportamental (ej., Mustaca, 2004; Vera-Villarroel, 2005).

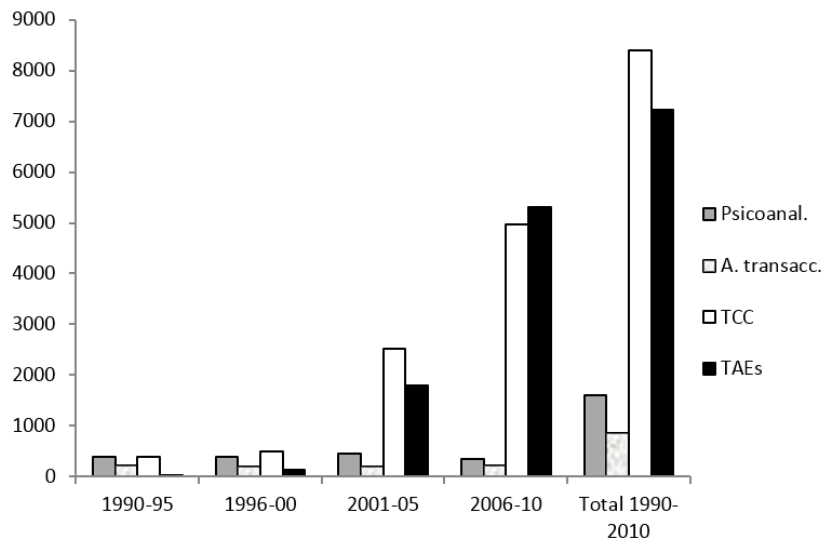


Figura 1. Número de publicaciones de 1990 a 2010, extraída de la base de datos de *Psycho-info*, usando como palabras claves *psychoanalytic treatment* (psicoanál), *transaccional analysis* (A.Transacc.), *cognitive-behavior therapy* (TCC), *evidence-based practice* (TAEs) y *evidence-based practice*, cada una por separado (diciembre de 2010).

Estas tendencias mundiales en relación a las TAEs, ¿se reflejan también en los países iberoamericanos?. Un estudio bibliométrico realizado recientemente sobre revistas de psicología argentinas y chilenas desde 1990 a 2005, mostró que, de las escasas investigaciones clínicas publicadas, ninguna de ellas cubría todos los criterios de eficacia establecidos por Chambless y Hollon (1998). Por otra parte, las investigaciones con el enfoque cognitivo-conductual fueron las que con mayor frecuencia cumplían algunos de los criterios de validez (Vera-Villarroel y Mustaca, 2006). Han pasado 5 años desde ese estudio, ya que las publicaciones se evaluaron datan desde 1990 a 2005 y estuvo reducida a una muestra de dos países latinoamericanos y de sus revistas de psicología más relevantes. Dada la expansión de las TAEs y de la TCC que se manifestaron en los últimos 10 años en el mundo, es probable que encontremos nuevas tendencias, en especial si el estudio lo ampliamos a otros países latinoamericanos y exploramos bases de datos que incluyan más revistas.

Si tomamos la base de datos anterior y hacemos un filtro de artículos en castellano con la palabra clave “evidence-based practice”, nos arroja 9 publicaciones, en las cuales hay solamente 3 de autores latinoamericanos. De esos 3 artículos, una se trata de una investigación bibliométrica sobre TAEs en revistas chilenas (Ortiz y Vera-Villarroel, 2003), otra de comentarios bibliográficos (Fabrissin, 2003) y la tercera es un artículo en una revista Argentina sobre las TAEs en relación con el psicoanálisis, en el cual defiende este último enfoque (Roussos y Vallejo, 2004). Cuando buscamos artículos en portugués hallamos 4 publicaciones, de los cuales tres pertenecen a Brasil. Dos se relacionan con prácticas de enfermería (Birelo López y Costardi, 2003; de Almeida Lopes Monteiro da Cruz, de Mattos y Andrucio, 2005) y el otro es sobre políticas brasileras para adicciones (Machado, Klein, y Farate, 2005). En resumen, sólo la investigación bibliométrica de Ortiz y Vera-Villarroel (2003) presenta una investigación empírica local sobre el tema y todos los artículos son del 2003 en adelante.

Este resultado tan exiguo nos motivó a buscar en la base de datos de “ISI web of knowledge”, incluyendo las de “the Science Citation Index Expanded”, “Social Sciences Citation Index” and “Arts y Humanities Citation Index”, que es más extensa.

## **Material y Método**

### **Unidad de Análisis**

Se utilizó la base de datos de ISI web of knowledge, incluyendo las the Science Citation Index Expanded, Social Sciences Citation Index and Arts y Humanities Citation Index) desde el año 2000 a diciembre de 2010. Se ingresaron las palabras clave “Empirically Supported Treatments”, “Evidence-based practice” y “Empirically supported psychological treatments”. Estas palabras claves se ingresaron al mismo tiempo con la alternativa “or” y se seleccionaron los artículos escritos en idioma español. Consideraremos “Iberoamérica” e “Hispanoamerica” a los países americanos de habla hispana y a España.

### **Resultados**

Los primeros resultados al ingresar las palabras clave arrojaron un total de 10446 artículos. De éstos, 68 correspondían al idioma español. El detalle de los artículos en relación al idioma utilizado en las publicaciones se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1 Cantidad de artículos e idioma de publicación

<b>IDIOMA</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
INGLÉS	10001	95.7400
ALEMÁN	221	2.1156
FRANCÉS	105	1.0052
ESPAÑOL	68	0.6510
PORTUGUÉS	12	0.1149
ITALIANO	7	0.0670
RUSO	6	0.0574
COREANO	4	0.0383
TURCO	4	0.0383
HOLANDÉS	3	0.0287

El análisis de los artículos escritos en español por año muestra una tendencia al alza en la cantidad de publicaciones como se puede observar en la Tabla 2. En 2009 ascendió a 19 y si bien se observa un número menor en 2010 (6 artículos), hay que tener presente que a la fecha de hacer la extracción de los datos aun no se terminaba el año, por lo cual es muy probable que la cantidad de artículos termine siendo mayor.

Tabla 2. Cantidad de artículos en idioma español de Intervenciones apoyadas en la evidencia desde 2000 a 2010.

<b>AÑOS</b>	<b>CANTIDAD</b>
2010	6
2009	19
2008	7
2007	6
2006	5
2005	9
2004	4
2003	3
2002	3
2001	3

Como se puede observar en la Tabla 3, la mayor cantidad de artículos publicados son de origen español. España lidera los artículos con 45 manuscritos, seguidos muy de lejos por Chile Argentina y Brasil. Los demás países muestran muy pocos artículos publicados. Se debe tener presente que la tabla expresa los países de origen de los autores y coautores que han publicado en idioma español, por lo que en casos que los artículos sean de más de un autor y algunos pertenezcan a países no iberoamericanos se ve expresado en la tabla. Por esa razón la suma final no coincide con la cantidad total de artículos en español y estén representadas otras naciones no iberoamericanas.

Tabla 3. Principales países hispanoamericanos que generan conocimiento científico en Intervenciones apoyadas en la evidencia.

PAIS	CANTIDAD	%
ESPAÑA	45	66.18
CHILE	8	11.76
ARGENTINA	4	5.88
BRASIL	3	4.41
URUGUAY	3	4.41
USA	3	4.41
CANADÁ	2	2.94
INGLATERRA	2	2.94
ALEMANIA	2	2.94
COLOMBIA	1	1.47
FRANCIA	1	1.47
ITALIA	1	1.47
MEXICO	1	1.47
HOLANDA	1	1.47
RUMANIA	1	1.47
SUIZA	1	1.47

En cuanto a las instituciones más productivas de Iberoamérica, los resultados indican que las principales corresponden a Hospitales (26 instituciones) con muy poca presencia de Universidades (7 universidades). De todas ellas, la mayoría son publi-

caciones de España. Esto refleja y coincide con el origen de esta línea de investigación, la cual se relaciona en gran medida con la necesidad, desde los servicios de salud, por mejorar la efectividad de sus intervenciones. El detalle de las instituciones que publicaron artículos de TAEs en castellano se puede observar en la Tabla 4.

Es necesario tener presente que, al igual que en la Tabla 3, la Tabla 4 expresa las instituciones de afiliación de los autores. En los casos que exista más de un autor y/o de instituciones diferentes se ve reflejada en la tabla, lo cual hace que el número total no coincida con la cantidad final de artículos en español.

Tabla 4. Instituciones que publicaron en Intervenciones apoyadas en la evidencia en Iberoamérica. Se presentan sólo las instituciones con dos o más artículos.

INSTITUCION	CANTIDAD DE ARTICULOS
HOSP UNIV CARLOS HAYA	8
HOSP UNIV REINA SOFIA	8
HOSP TORRECARDENAS	7
HOSP VALME	6
HOSP UNIV VIRGEN NIEVES	5
HOSP CLIN SAN CECILIO	4
HOSP CLIN UNIV SAN CECILIO	4
HOSP JUAN RAMON JIMENEZ	4
UNIV GRANADA	4
UNIV MIGUEL HERNANDEZ	4
HOSP UNIV MIGUEL SERVET	3
HOSP UNIV VIRGEN ROCIO	3
HOSP VIRGEN CONCHA	3
HOSP 12 OCTUBRE	2
HOSP CENT FUERZAS ARMADAS	2
HOSP GALDAKAO	2

HOSP SANTA CREU y SANT PAU	2
HOSP SON DURETA	2
MCMaster UNIV	2
UNIV AUTONOMA BARCELONA	2
UNIV CHILE	2
UNIV COMPLUTENSE MADRID	2
UNIV LA FRONTERA	2
UNIV SEVILLA	2

Como se puede observar en la Tabla 5, la mayoría de las revistas que publicaron sobre TAEs son españolas y relacionadas con ciencias de la salud en general o con las disciplinas biomédicas.

Llama la atención la ausencia de revistas de psicología. Sólo aparece en los resultados obtenidos la *Revista Argentina de Psicología Clínica*.

Tabla 5. Principales revistas Iberoamericanas que publicaron trabajos sobre Intervenciones apoyadas en la evidencia.

REVISTAS	CANTIDAD	%
REVISTA DE NEUROLOGÍA**	12	17.6471
MEDICINA CLINICA**	5	7.3529
REVISTA MÉDICA DE CHILE *	5	7.3529
ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA**	4	5.8824
NEUROLOGÍA**	3	4.4118
REVISTA CLINICA ESPAÑOLA **	3	4.4118
REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA**	3	4.4118
ACTAS UROLÓGICAS ESPAÑOLAS **	2	2.9412
NEFROLOGÍA **	2	2.9412
PROFESIONAL DE LA INFORMACIÓN**	2	2.9412
REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA *	2	2.9412
REVISTA CHILENA DE CIRUGÍA *	2	2.9412
SALUD Y CIENCIA*	2	2.9412

Nota: \*= revistas editadas en América Latina, \*\*= revistas editadas en España

## Conclusiones

Los resultados recabados de las bases de datos utilizadas muestran un aumento sostenido de publicaciones internacionales sobre TAEs, en especial a partir del año 2000. Estos trabajos están en su mayoría escritos en inglés y en revistas norteamericanas, inglesas o canadienses. Esto es coherente con la literatura internacional y el avance contundente de los aportes y aplicaciones a partir de la búsqueda de evidencia de intervenciones en general y de las psicológicas en particular.

Si bien hay un avance de trabajos sobre TAEs en Iberoamérica, éste es muy poco. Se encontraron 68 artículos en castellano comparados con 10001 en inglés. En 2009, año de mayor producción, aparecen 19 artículos, de los cuales, la mayoría se editaron en revistas españolas y provienen de instituciones relacionadas con la medicina en general, más que de universidades o vinculadas con la psicología o con intervenciones psicológicas. Esta situación puede ser esperable porque es precisamente en las ciencias biomédicas donde comenzó el movimiento de las intervenciones basadas en la evidencia, para luego generalizarse al área de la psicología. Sin embargo, es preocupante que, dado el gran interés por estudiar psicología en nuestros países y la gran cantidad de profesionales e instituciones relacionadas con esta disciplina, no se traduzca en una presencia mucho más sólida en el contexto científico.

Una de las posibles limitaciones del estudio que realizamos es que, en las bases de datos que consultamos, las revistas iberoamericanas tienen poca representación. Realizamos entonces una nueva búsqueda en la base de datos de “Redalyc”, una “Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal” introduciendo las palabras claves “terapias con apoyo empírico” o “terapias basadas en la evidencia” o “psicoterapias con apoyo empírico” con la expectativa de hallar más artículos iberoamericanos. Sin embargo, esta búsqueda solamente arroja un



artículo. Se trata de una investigación sobre la evaluación de un tratamiento grupal cognitivo-conductual aplicado a personas con depresión, realizado en Chile y publicado por la Revista Colombiana de Psicología (Vera-Villaruel, Valenzuela, Abarca y Ramos, 2005). Esta información debe considerarse como un dato que muestra sólo una tendencia, ya que contamos con información de la existencia de otros artículos en revistas iberoamericanas que al parecer el buscador no lo considera. Aun así pensamos que más allá de las posibles limitaciones de los buscadores, las publicaciones latinoamericanas sobre TAEs es baja, lo cual se confirma entonces en otras bases de datos diferentes al ISI.

Teniendo en cuenta que el 98% de las intervenciones psicológicas con apoyo empírico son de orientación cognitiva-conductual, emprendimos otra búsqueda en la base de datos de PsycINFO con artículos en castellano publicados de 1990 a 2010 y las palabras clave “cognitive-behavioral therapy”, con la esperanza que hubiera trabajos iberoamericanos sobre terapias eficientes, aunque con otra nomenclatura. Efectivamente hallamos 84 publicaciones. Sin embargo, un análisis sobre la filiación de los primeros autores, que se muestra en la Tabla 6, nos informa que 66 fueron españoles y 12, latinoamericanos.

Tabla 6. Filiación de los autores de las publicaciones en castellano

<b>Filiación</b>	<b>Cantidad</b>	<b>%</b>
España	66	78,57
Colombia	5	5,95
Argentina	3	3,57
EE UU	3	3,57
Puerto Rico	2	2,38
Alemania	1	1,19
Canadá	1	1,19
México	1	1,19
Chile	1	1,19
Inglaterra	1	1,19
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,00</b>

Nota: Datos de PsycINFO (1990 a 2010), palabra clave: “cognitive-behavioral therapy”

Es evidente que España está liderando las publicaciones en castellano sobre TAEs y sobre el enfoque cognitivo-conductual en Iberoamérica. Los países latinoamericanos están muy lejos de producir conocimiento científico, o al menos de plasmarlo en publicaciones de relevancia. Escapa a nuestro análisis saber si este estado se generaliza a las ciencias en general o se trata de una situación particular de las intervenciones en áreas de la psicología.

Estas conclusiones nos llevan a plantear específicamente un análisis sobre la enseñanza de las TAEs en las Universidades de Iberoamérica. Así por ejemplo, una búsqueda no exhaustiva a través de las páginas WEB de las facultades de psicología de las principales universidades de Iberoamérica mostró ausencia de maestrías en TAEs, aunque sí de los enfoques de TCC. Solamente la Maestría en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Los Andes, Colombia, de una duración de 4 semestres, en su programación menciona, entre otras cuestiones, “ *El programa está diseñado sobre la base de los siguientes principios: Énfasis en las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia empírica de su*

*efectividad; énfasis en el desarrollo de competencias”...*

Estos datos coinciden con nuestras impresiones como docentes e investigadores. La incorporación de información sobre terapias basadas en la evidencia en los cursos de pregrado y postgrado que dictábamos y en las presentaciones en congresos y jornadas que dábamos sobre el tema, entre los años 2000 y 2010, este enfoque aparecía como una novedad, a pesar que existe desde 1990. Este desconocimiento no sólo lo tenían la mayoría de los alumnos, sino también otros colegas e investigadores.

Los resultados de esta investigación nos llevan a preguntarnos acerca de las causas o factores que hacen que los psicólogos de los países latinoamericanos tengan tanto retraso en información científica y hagan poca investigación. Seguramente influyan variables socioeconómicas y de políticas educativas, como así también la existencia de un escaso número de profesionales que lidere investigaciones.

Las universidades deberían ser las principales instituciones que produzcan investigación y que tengan programas de enseñanza actualizados. Eso parece no ocurrir en las Universidades de Latinoamérica, al menos en el área que nos toca presentar en este artículo. Aun no han incorporado adecuadamente el interés en investigar ni en publicar. La investigación científica, tanto básica como aplicada, tiene consecuencias a largo plazo, son costosas y requiere que los alumnos se incentiven a través de una formación rigurosa en metodología, pensamiento crítico y lectura de publicaciones científicas. De lo que conocemos, en general las facultades de psicología de Latinoamérica tienden a formar psicólogos aplicados o profesionales, más que investigadores. Es más, a los psicólogos aplicados tampoco se los estimula a leer artículos de investigación aplicada que revele si las intervenciones que se les enseñan están avaladas por experimentos rigurosos. Estos hechos son preocupantes, más porque están en juego factores éticos de darle a la población las prácticas psicológicas más óptimas para lograr su bienestar.

Esta situación quizás está relacionado con lo analizado y verificado en estudios previos, en los cuales se demuestra que muchas veces las razones extracientíficas guían las elecciones y el accionar de los psicólogos clínicos. Así Norcross (2000) halló que los argumentos por los cuales un terapeuta elige una orientación teórica determinada estaban vinculados principalmente con experiencias personales, como la orientación teórica de su terapeuta o profesor y no por el estudio de su eficacia. Algo similar afirmó Garb (2000), quien planteó que cuando los descubrimientos científicos van en contra de su experiencia personal, los clínicos optan por esta última. Si bien esto ha sido hallado en contextos anglosajones, quizás estaríamos en presencia de los mismos acontecimientos en nuestros países. Por otra parte no podemos dejar de pensar que probablemente esta situación se replique a nivel institucional, ya que ellas están dirigidas por profesionales.

A pesar de estas reflexiones, vemos que en nuestros contextos la investigación científica en Psicología va creciendo lentamente. Actualmente es más económico y fácil acceder a información de primera mano a través de Internet y hay más posibilidad de hacer cursos en el exterior, como para ir introduciendo nuevas ideas en las universidades. En este sentido, creemos que en nuestros países se irán introduciendo más difusión e investigación sobre las TAEs. Este artículo es un intento para aumentar la probabilidad que esto ocurra.



# Criterios para la evaluación de estudios de evidencia

---

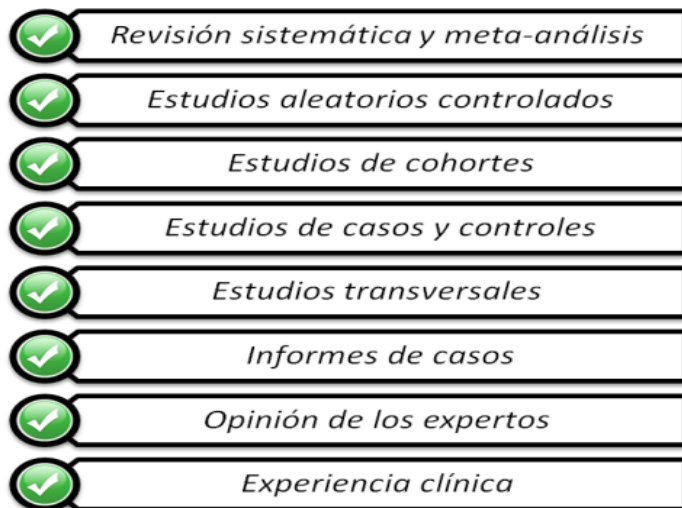
*Leonardo Medrano\* y Hainz Dieter Basler\*\**

*\*Universidad Siglo 21, Córdoba, Argentina*

*\*\*Instituto de Psicología Médica, Universidad Philipps de Marburg, Alemania.*

## Introducción

Tradicionalmente se ha conceptualizado a la medicina y la psicología como una actividad científico-profesional, en el sentido de que la práctica profesional debe verse acompañada por modelos teóricos y recursos técnicos apoyados en pruebas empíricas. Vale decir que un profesional de la salud no debería basarse exclusivamente en factores personales o intuitivos para tomar decisiones sobre su ejercicio profesional, por el contrario debe aspirar a tener en cuenta la mejor evidencia científica disponible. Sumado a ello se observa con frecuencia que los profesionales que habitualmente consultan artículos científicos comenten el error de pensar que todos los artículos publicados son fiables. Contrariamente una gran cantidad de artículos publicados y de uso común no cumplen con exigencias metodológicas mínimas, lo cual puede llevar a algunos profesionales a tomar por válidas afirmaciones que no se encuentran debidamente fundamentadas. Por ello conviene tener en consideración la solidez de la sección metodológica de los artículos científicos que se consultan (Greenhalgh, 2005). A tal efecto, a continuación se presenta una escala con diferentes métodos ordenados según la cantidad y calidad de evidencia que proporcionan para tomar decisiones relacionadas con la salud de los pacientes (Figura 1).



**Figura 1.** Métodos ordenados según la evidencia que proporcionan (adaptado de Guyatt, Sackett, Sinclair, Hayward, Cook y Cook, 1995).

La experiencia clínica, la opinión de los expertos y los informes de casos se encuentran en el escalón más bajo de la escala ya que la probabilidad de los errores sistemáticos o sesgos es más elevada en estos casos. El conocimiento adquirido aquí no se basa en un procedimiento controlado y metódico sino en la experiencia personal. Estas experiencias pueden ser también atribuidas a interpretaciones erróneas de las circunstancias. El hecho de que por ejemplo un paciente no vuelva a la consulta tras el tratamiento, puede ser debido a que se haya curado, pero también puede ser que se haya visto decepcionado por la ineficacia del tratamiento y haya decidido buscarse a otro profesional. Aún cuando el tratamiento haya sido un éxito el mismo no puede ser atribuido única y directamente al tratamiento. El éxito puede ser, por ejemplo, debido a una automedicación adicional del paciente con remedios caseros; o puede haberse tratado de una curación o remisión espontánea de los síntomas. Además es posible que otros métodos de tratamientos hubieran podido ser más eficaces en ese paciente.

## Diseños de investigación

### *El informe de caso*

Los informes o estudios de caso habitualmente describen la historia de un paciente de forma narrativa, aunque también se puede apelar al uso de gráficos o a la medición estandarizada de variables de interés. Con frecuencia son publicados como una serie de casos, en los que la historia de los pacientes sirve para ilustrar suposiciones sobre determinados aspectos de una enfermedad, de un tratamiento o de un efecto secundario. Estos los informes pueden alcanzar una gran importancia particularmente en el último caso mencionado. En este contexto cabe reseñar la publicación de McBride (1961) en la revista *The Lancet*. El médico había observado la falta de extremidades en dos recién nacidos en su clínica. La anamnesia efectuada a las dos madres había dado como resultado que ambas habían tomado un nuevo medicamento contra el insomnio (Thalidomid; comercializado en Alemania bajo el nombre de Contergan). Con la publicación, McBride quiso llamar la atención de otros facultativos médicos sobre los efectos secundarios de dicho medicamento. Este ejemplo nos muestra cómo informes de casos actuales e ilustrativos pueden generar hipótesis que podrán ser revisadas posteriormente a través de estudios sistemáticos. De esta manera los informes de caso pueden ser el inicio de una cadena de estudios que posibiliten una evidencia progresiva.

En el ámbito de la psicología los estudios de caso han aportado importante información en diferentes ramas de la disciplina. Basta con mencionar algunos casos paradigmáticos tales como el caso “Phineas Gage”, “el niño salvaje de L’Aveyron”, o cualquiera de los casos informados por Freud para visualizar el impacto que han tenido los informes de caso en el desarrollo de la psicología, y particularmente en la psicología clínica.

Según Kazdin (2001), la importante contribución de los estudios de caso puede atribuirse a diferentes factores. En primer



lugar debe considerarse que dichos estudios han servido como fuente de ideas e hipótesis para el desarrollo de investigaciones y teorías, tal es el caso de Phineas Gage que inició el desarrollo de la neurociencia afectiva (Damasio, 1994). En segundo lugar, los estudios de caso han sido con frecuencia el origen del desarrollo de técnicas terapéuticas, como por ejemplo el caso Anna O. para el desarrollo de las técnicas psicoanalíticas. En tercer lugar, los estudios de caso permiten el estudio de fenómenos extraños o poco frecuente que no son accesible a estudiarse en gran escala, en este sentido puede tomarse como ejemplo el caso del señor S. estudiado por Luria (1968), una persona que no podía olvidar y recordaba todos los detalles de cualquier actividad cotidiana. En cuarto lugar los estudios de caso son útiles para presentar contraevidencia, vale decir, proporcionar evidencia que va en contra de nociones o teorías de amplia aceptación. Un ejemplo de ello es el caso “Juan/Juana” investigado por el psicólogo Money, el cual aportó evidencia de que la identidad de género no se encuentra determinada de manera biológica. Por último debe señalarse que los estudios de caso poseen un alto valor persuasivo y motivacional, esto puede deberse a que el gran cúmulo de información “anecdótica” que se ha compilado puede resultar más convincente para los lectores que el reporte de resultados estadísticos o medidas estandarizadas.

Finalmente cabe destacar una serie de precisiones metodológicas respecto a los estudios de caso. En primera instancia debe señalarse que un estudio de caso no es lo mismo que un estudio de caso único ( $N=1$ ). En efecto los estudios de caso no presentan procedimientos de control, mientras que los estudios de  $N=1$  son un tipo de diseño experimental, por lo cual presentan como requisito indispensable la existencia de información recopilada de manera sistemática y de condiciones de control que permitan aseverar la existencia de una relación causal entre las variables observadas. Otra precisión metodológica a considerar es la existencia de diferentes tipos de estudios de caso (León y Montero,

2003). De esta manera existen los estudios de tipo intrínseco los cuales refieren a los estudios donde el caso viene dado de manera accidental, por ejemplo cuando un paciente llega al consultorio. Por otra parte existen los estudios de caso de tipo instrumental, donde el profesional de la salud busca activamente el caso por el interés teórico o el problema que representa. Por último, León y Montero (2003) señalan la existencia de estudios de caso múltiple en los que el profesional selecciona diferentes casos que ilustren diferentes situaciones extremas bajo estudio. En el presente libro se ilustra un informe de caso en el capítulo 7, se recomienda su lectura para una mayor profundización sobre el tema.

#### *Los estudios transversales como forma de evaluación de una posible relación entre variables*

Con frecuencia un profesional de la salud necesita conocer si dos variables se encuentran relacionadas entre sí. En efecto existen una multitud de problemas o interrogantes clínicos para los cuales el profesional de la salud podría estar interesado en buscar asociaciones de variables. Para citar un ejemplo, podría ser de consideración recopilar los datos sobre la estatura y la edad de los niños en la población para poder elaborar un normograma, y poder así juzgar el desarrollo del crecimiento de cada niño de forma individual. O bien se podría estar interesado en conocer si las personas que padecen un trastorno depresivo poseen mayores probabilidades de llevar a cabo intentos de suicidio que personas que no tienen este tipo de trastorno. En este tipo de situaciones resultan útiles los estudios transversales en los cuales se examina la existencia de una supuesta relación entre dos o más variables.

A pesar de ser sumamente útiles los estudios transversales poseen algunas serias limitaciones metodológicas. Supongamos por ejemplo que un profesional tiene la hipótesis de que los dolores crónicos pueden conducir a estados depresivos. Para contrastar esta hipótesis administra un inventario para evaluar depresión a todos los pacientes que acuden a una Unidad de Dolor de un hos-

pital. Al analizar los resultados se observa que, según lo esperado, los pacientes con mayor cronicidad son los que alcanzan el valor más alto en la prueba de la depresión. ¿Se prueba así la suposición? No, no se prueba; pues las asociaciones observadas no deben interpretarse de forma causal. Los resultados podrían indicar también que los dolores crónicos no son la causa de los cambios anímicos sino, al revés, que son los cambios de ánimo los que fomentan la cronicidad del dolor. No sólo deben plantearse dudas sobre la posible interpretación de los resultados obtenidos; también es posible que los resultados ya sean erróneos, por el modo de haber sido seleccionados los pacientes. Es posible que sean precisamente aquellas personas, con dolores crónicos fuertes, las que acudan preferentemente a la Unidad del Dolor, e igualmente presenten algún cambio de ánimo. Puede ser que los pacientes sin patología depresiva alguna pueden quedarse satisfechos antes con el tratamiento prescrito por el médico de cabecera consultado y no vea suficiente razón para dirigirse a una unidad especial. Un sesgo de selección podría haber distorsionado los resultados obtenidos. Este sesgo de selección no puede ser controlado por el diseño transversal.

Supongamos otro caso similar, un profesional desea evaluar la eficacia de algunos folletos gratuitos sobre una alimentación sana en las personas diabéticas, ya que ha observado que algunos pacientes, tras haberle sido diagnosticada la enfermedad en el hospital, se llevaron esos folletos a casa. Para la siguiente consulta se le ocurre realizar una prueba de conocimientos, y al mismo tiempo, preguntarles si leyeron los folletos. Constata que los pacientes que señalaron haber leído los folletos pasan el test más a menudo que aquéllos que no lo hicieron. Así, se muestra una asociación entre la lectura de los folletos y el conocimiento. Ahora bien, ¿por qué no es posible comprobar la eficacia de la intervención a través del diseño de un estudio transversal? Una de las dificultades sería que se desconoce el nivel de conocimiento de ambos grupos antes de llevarse los folletos a casa. Es probable que el grupo que cogió los

folletos ya haya estado mejor informado sobre el tema que el otro grupo. En otro orden de cosas puede ser que ambos grupos no sólo se diferencien en sus conocimientos previos sobre el tema, sino en otras variables que hayan podido influir en el resultado de la prueba. Por ejemplo, variables como la formación escolar o la disposición a cumplir con el tratamiento (“compliance”). La formación escolar y el cumplimiento del tratamiento podrían haber jugado un papel a la hora de tomar la decisión de leer los folletos. Entonces el principal factor de eficacia no sería la lectura de los folletos, sino una tercera o cuarta condición no controlada que condicionaría el resultado. A este tipo de terceras condiciones se les denomina variable o factor de confusión (*confounding variable*) o también variables enmascaradas. Para controlar dichas variables debería efectuarse una asignación aleatoria de los pacientes a un grupo experimental y control, no obstante esto implicaría utilizar un diseño metodológico diferente al estudio transversal.

Este diseño también son conocidos como diseños correlacionales (Sampieri, Collado y Lucio, 2003) o diseños ex post facto (León y Montero, 2003), dichas denominaciones se deben a que los fenómenos se analizan después de la ocurrencia de los mismos (ex post facto = después que ocurrió el hecho) y sólo permiten efectuar afirmaciones sobre la existencia o no de relaciones entre variables, pero no sobre la existencia de una relación causal entre las mismas. En el capítulo 8 del presente libro se presenta un ejemplo de un estudio transversal en el campo de la salud pública, el cual puede ser considerado para indagar con mayor claridad las características de éstos diseños de investigación.

### Los estudios de casos de control con diseño retrospectivo

Los estudios de caso control con diseño retrospectivo, o también denominados diseños ex post facto con grupo cuasi-control se caracterizan por identificar en primera instancia los pacientes con una determinada enfermedad (grupo clave) y posteriormente compararlos con pacientes que padezcan otra enfermedad o bien

sean personas sanas de la población pero similares con respecto a uno o más rasgos de forma retrospectiva. El procedimiento por el cual un grupo experimental (los casos) y un grupo de control (los no-casos) se juntan se denomina apareamiento (*matching*). Por lo general, los estudios de casos de control se realizan dentro del marco de una investigación etiológica. Este tipo de estudios es sobre todo apropiado para la investigación de la etiología de enfermedades raras. Si por ejemplo para determinar si los niños lactantes que se acostumbran a dormir boca abajo sufren con mayor frecuencia una muerte súbita, deberán recabarse casos de muerte súbita y para cada caso buscar un caso real para su comparación. De esta manera se podrá disponer de información a través de los padres de ambos grupos de la posición al dormir de los niños y comparar la frecuencia con la que los niños han dormido boca abajo en ambos grupos.

La principal dificultad en los estudios de casos de control es dar con los sujetos de control adecuados; puesto que el resultado se ve determinado por la elección de los controles. Debemos pensar muy bien cuáles son las variables que, exceptuando la posición al dormir, puedan influir en la muerte súbita y con ello hacer el papel de las variables o factores de confusión (*confounder*). Esto puede ser el sexo del niño, la edad, el número de hermanos o determinadas enfermedades precedentes. Intentaremos controlar la influencia de los factores de confusión mediante el apareamiento (*matching*); manteniendo constantes las condiciones, que podrían actuar como factores de confusión (*counfunder*), del grupo experimental o de control. Pero, ¿quién puede garantiza que no se pasaron por alto posibles “confounder” al inicio del estudio, que puedan haber repercutido de forma incontrolada en el desenlace de mi estudio (la muerte súbita)? Otra dificultad reside en la clasificación inequívoca de lo que se podría catalogar como caso. Se debería definir lo que se entiende por muerte súbita y delimitarla de otro tipo de muertes infantiles, en este sentido los criterios de inclusión y exclusión deben estar perfectamente delimitados.

Por último, una tercera dificultad característica en la recolección de datos de manera retroactiva es la existencia de lagunas en la memoria. En el caso anterior, debemos preguntarnos, por ejemplo, hasta qué punto pueden decirnos los padres la posición que adoptan sus hijos al dormir. ¿Son capaces de proporcionarnos información fiable al respecto? Esta dificultad aumentará conforme pasa el tiempo.

Este tipo de diseños también son útiles para evaluar la existencia de comorbilidad entre trastornos. En una investigación realizada por Rebuffo, Siravegna y Medrano (2011) se intentó determinar si las mujeres con Trastornos en la Conducta Alimentaria (TCA) presentaban sintomatología depresiva. Para ello se identificó en primer lugar un grupo de pacientes diagnosticadas con TCA a las cuales se les administró un inventario para medir depresión (Inventario de Depresión de Beck, BDI-II). Posteriormente se administró el mismo inventario a mujeres sin TCA con características sociodemográficas similares a las pacientes con TCA. Al comparar los grupos se observó que las mujeres con TCA presentaban mayores síntomas depresivos que mujeres sin TCA. Cabe destacar que el diseño utilizado sólo permite afirmar la existencia de una relación entre las variables en estudio pero no aporta suficiente evidencia para determinar la direccionalidad de la relación. En este caso, por ejemplo, no es posible precisar si los síntomas depresivos generan TCA, si el TCA provoca síntomas depresivos o bien, si otra variable no considerada en el estudio genera comorbilidad entre los trastornos.

### *El estudio de cohortes*

En el estudio de cohortes se eligen dos (o más) grupos de sujetos que se distinguen en su exposición en relación a una variable crítica. Por lo general, pero no exclusivamente, y al contrario que en un estudio de casos de control, se trata aquí de un diseño prospectivo. Eso significa que, se observará durante un periodo de tiempo definido previamente si el grupo expuesto muestra con

mayor frecuencia una enfermedad o un cambio interesante que el grupo no expuesto. La variable crítica puede por ejemplo un elemento nocivo, un comportamiento o un estado fisio-patológico. Al igual que los estudios de casos de control, los estudios de cohorte tratan de aclarar por lo general problemas etiológicos.

Uno de los estudios de cohortes más conocidos es el de Hill, Doll y Peto a 40.000 médicos ingleses. Se inició en el año 1951 y tuvo un periodo de observación de un total de 40 años. Al inicio del estudio, los médicos fueron divididos en cuatro cohortes: no fumadores, poco fumadores, fumadores moderados y fumadores fuertes. Como desenlace del estudio se investigó la mortalidad final (todos los fallecimientos) y la mortalidad con una causa específica (fallecimiento a consecuencia de una enfermedad determinada). Los resultados señalaron un aumento notable de los fallecimientos condicionados por cáncer de pulmón, así como un aumento de las muertes totales de los fumadores; encontrándose una relación de dosis-efecto: Cuanto más fumaban, mayor fue la probabilidad de enfermar de un carcinoma bronquial.

Frente a los estudios de casos de control, la principal ventaja de los estudios de cohortes con diseño prospectivo es que las lagunas en la memoria no son relevantes. Sin embargo, y al igual que en los estudios de casos de control, una de las mayores dificultades con la que se encuentra el investigador en este tipo de estudios es la selección de un grupo de control adecuado para la comparación. ¿Qué variables de confusión (*confounder*) pueden influir, junto a las variables críticas, en el resultado del estudio? ¿Se pueden realmente controlar todos los *confunder*, de tal manera que sean distribuidos en el grupo experimental y de control por igual?

Para visualizar con mayor claridad estas dificultades basta con considerar los resultados de un estudios de cohortes sobre consumo de alcohol y mortalidad, en los que se de una relación jotaforme. El mejor resultado (a la hora de prevenir una muerte prematura) lo obtuvieron los alcohólicos moderados. En cambio, entre las personas abstinentes, que se abstienen consecuentemen-

te, la impresión es que fallecen, de forma más significativa y con mayor frecuencia, en edad joven. A raíz de estos resultados, ¿aconsejarían usted a las personas abstinentes tomar diariamente un vaso de vino tinto? ¿O cabría la posibilidad de explicar estos resultados por la influencia de un factor de confusión sin control? ¿De qué *counfunder* se trata? Es muy probable que este resultado pueda explicarse de la siguiente manera: es probable que el estado de salud no haya sido controlado como posible factor de confusión. Con frecuencia las personas abstinentes no lo son por convicción sino por necesidad, es decir, cuando aparece una enfermedad (crónica), que les obliga a renunciar al consumo de alcohol; y a la vez aumenta simultáneamente el riesgo de mortalidad.

*El estudio aleatorio controlado como un equivalente clínico a los experimentos de laboratorio*

En un estudio aleatorio controlado (RCT = *randomized controlled trial*), los participantes son asignados al azar a un grupo de intervención y de control. Lo más importante es que cada uno de ellos posee, antes de la intervención, la misma probabilidad de ser adjudicado a uno u otro grupo. El prototipo de un procedimiento como éste es tirar una moneda al aire. Ambos grupos serán analizados durante un periodo de tiempo establecido y en relación a los criterios que fueron definidos al inicio del estudio; dándose por supuesto que la intervención influirá en el grado de expresión del desenlace.

El estudio aleatorio controlado es el equivalente clínico al experimento de laboratorio, vale decir entonces que permite atribuir de forma causal la expresión del desenlace a la intervención realizada. La posibilidad de establecer la existencia de una relación causal entre la intervención y los resultados observados obedece fundamentalmente a tres factores. En primer lugar los diseños RCT permiten determinar la existencia de una covariación entre las variables bajo estudio, es decir, que los cambios en la variable independiente coinciden de manera sistemática con los cambios en la variable dependiente. En segundo lugar los diseños RCT

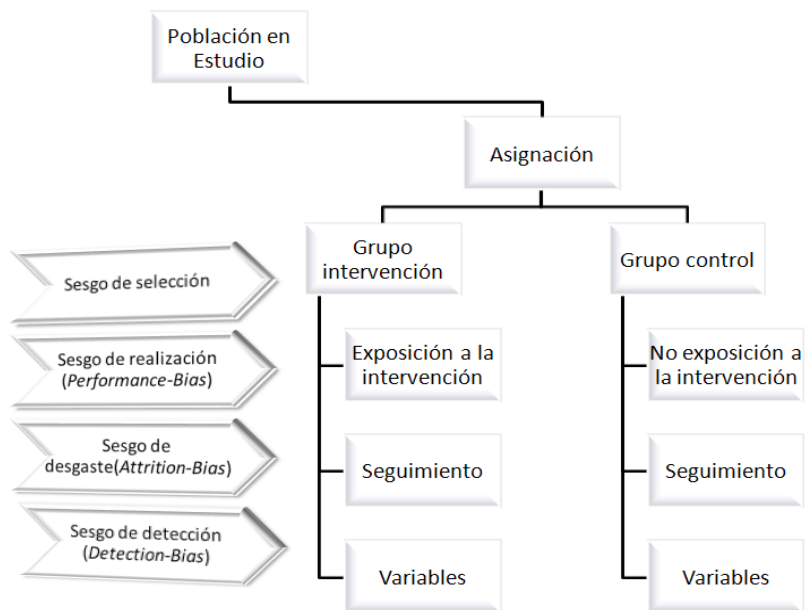


brindan garantías de que la variable independiente (por ejemplo el tratamiento) antecede temporalmente a la variable dependiente. Este tipo de garantías no se logran utilizando un los diseños transversales o en los estudios de casos de control con diseño retrospectivo. Esto se observa, por ejemplo, en el caso del estudio mencionada de las pacientes con TCA y depresión, ya que no es posible establecer que ocurrió primero si la depresión o el TCA. Finalmente los diseños RCT permiten descartar la influencia de variables enmascaradas o *counfunder* mediante el uso de la asignación aleatoria o bien mediante el emparejamiento (*matched*) de los grupos (León y Montero, 2003). Los diseños RCT permiten controlar totalmente los factores de confusión, siempre y cuando al inicio del estudio cualquiera de las posibles variables de control se dé de igual forma en el grupo experimental y en el de control. Garantizar eso, sería el verdadero objetivo de toda aleatoriedad. Si existe un número suficientemente grande de participantes podemos partir de la base que la posible combinación de *counfunder*, que pueda darse en cada uno de los sujetos de estudio, será asignada de igual forma a ambos grupos, con el procedimiento de tirar una moneda al aire. En este caso, ambos grupos se diferencian exclusivamente en la intervención; de tal manera que las diferencias entre los desenlaces analizados podrán ser interpretados inequívocamente como efecto de la intervención. En este punto cabe efectuar una aclaración, si en la fase de planificación del estudio ya se sabe qué variables o factores de confusión (*confounder*) podrían tener influencia en el desenlace, se recomienda efectuar en la randomización un reparto equitativo de controles en el grupo experimental y de control. Este método se conoce con el nombre de estratificación. Con esto se descarta que las variables de confusión (*confounder*) se hayan podido distribuir al azar en el grupo experimental y de control de forma desigual. Por ejemplo es sabido que los pacientes con una enfermedad larga y un nivel alto de cronificación están menos abiertos a alguna clase de terapia que pacientes que se hayan enfermado recientemente. En este

caso habría que fijarse en la fase de planificación del estudio que hubiera en el grupo de estudio el mismo número de sujetos que padezcan la enfermedad tanto a largo como a corto plazo.

En ocasiones no es posible mantener contar con un grupo control o bien no asignar al azar a los participantes al grupo de tratamiento y control. En este contexto surgen los diseños cuasi-experimentales. Si bien estos diseños mantienen cierta semejanza con los diseños experimentales no permiten establecer la existencia de una relación causal entre las variables y que no cumplen con el requisito de poder descartar la influencia de variables *confounder*. A pesar de dicha limitación los diseños cuasi experimentales permiten mayores posibilidades de generalizar los resultados ya que se desarrollan en condiciones semejantes a la práctica clínica. No obstante es importante señalar que a pesar de aportar información significativa y de ser muy utilizados, no cumplen con los requisitos metodológicos necesarios para garantizar que los cambios observados en los pacientes se deben exclusivamente al tratamiento brindado. Para observar un ejemplo de aplicación de un diseño experimental se sugiere la lectura del capítulo 9 del presente libro.

Más allá de la solidez metodológica de los diseños experimentales o RCT, deben tomarse en consideración un conjunto de sesgos o fuentes de error que pueden amenazar la validez de los resultados obtenidos. A continuación se presentan una serie de sesgos que habitualmente se presentan en las diferentes fases de los diseños RCT (Figura 2).



**Figura 2.** Sesgos que deben controlarse en una investigación clínica aleatoria controlada (adaptado de Greenhalgh, 2005).

El **sesgo de selección** aparece cuando la randomización no se ha hecho del todo al azar. Por ejemplo, cuando el profesional realiza las asignaciones a cada grupo según las últimas cifras de la fecha de nacimiento (números impares en el Grupo A y pares en el Grupo B), haciendo una selección secuencial (Paciente A en el Grupo 1, Paciente B en el Grupo 2, etc.); o utilizando la fecha de su estancia clínica (todos los pacientes de la primera semana en el Grupo 1, todos los de la segunda en el Grupo 2, etc.). En todos estos casos, la probabilidad de una repartición desigual de los factores variables de confusión aumenta. Por el contrario, la asignación aleatoria está garantizada cuando los sobres son enumerados en serie y contienen un número emitido al azar por ordenador para la asignación de los grupos; con ello los pacientes serán asignados a un grupo tras su inclusión en el estudio. Sólo en este caso se puede hablar de *concealed assignment*.

El **sesgo de realización** (*Performance-Bias*) hace referencia a la existencia de diferencias en la duración del tratamiento y en el modo de implementación de los mismos. En el mejor de los casos, la intensidad del tratamiento de los pacientes del grupo experimental y del grupo de control debe ser idéntica; la única diferencia sería la forma de intervención. La experiencia nos demuestra que los profesionales que conocen la condición de los grupos, prestan mayor atención a los pacientes del grupo experimental (consultas más prolongadas, un comportamiento no verbal diferente, mayor atención) que a los del grupo de control. En este caso, una diferencia en la expresión del desenlace no sería únicamente debido a la intervención sino también a la diferencia de trato existente. El **sesgo de desgaste** (*Attrition-Bias*) o **sesgo de atrición** hace referencia a una pérdida diferencial de sujetos, sobre todo durante la etapa de seguimiento. Si existe un gran número de sujetos que haya abandonado el estudio será imposible determinar la eficacia de la intervención basada en los pacientes que permanezcan en el estudio. Se ha demostrado que los sujetos que permanecen en el estudio no son igualmente representativos que los que abandonan prematuramente el tratamiento. Este tipo de sujetos son por ejemplo menos conformes en lo que se refiere al cumplimiento de la intervención (p. ej. la toma de la medicación o la ejecución de los ejercicios) que los sujetos que permanecen hasta el final del estudio. Más aún, se observa con frecuencia que los pacientes que abandonan prematuramente, se quejan de efectos no deseados de la intervención, no acuden a las citas de control y presentan mayor insatisfacción que los pacientes que permanecen. Si a la hora de analizar los resultados se ignorase al grupo que abandonó el estudio se daría lugar a una distorsión sistemática de los resultados. Por este motivo, los estudios con una reducida tasa de seguimiento (p.ej. < 70%) o con tasas de seguimiento en el grupo experimental y de control claramente diferentes, no deberían de ser considerados como concluyentes.

Para controlar el sesgo de desgaste (*Attrition-Bias*), la forma estándar sería el análisis de los resultados de estudios comparativos bajo una base de *intention-to-treat*. En este caso se incluirán los datos de todos los pacientes, independientemente si finalizaron el estudio o no. Durante el seguimiento del estudio (*follow-up*) no se siguen recolectando datos de pacientes que abandonaron el estudio, sino que se utilizan los datos relativos a mediciones anteriores. Lo peor que podría ocurrir, sería tener que aceptar que todos los pacientes que abandonan prematuramente el estudio suponen un fracaso del tratamiento. En este caso, lo más conveniente sería utilizar el valor que ha sido medido al inicio del estudio como desenlace en el análisis de seguimiento (*inicial value carried forward*). Si incluso bajo estas condiciones siguen dándose una preponderancia del grupo de intervención sobre el de control, podremos tener confianza en la validez de los resultados obtenidos.

El **sesgo de detección** (*Detection-Bias*) hace referencia a una posible diferenciación sistemática en la evaluación del desenlace entre los sujetos del grupo experimental y control. El hecho de que los profesionales encargados de evaluar el éxito del tratamiento sepan de antemano qué sujetos han recibido la intervención real y cuáles la intervención de control, puede influir inconscientemente en los resultados. Sackett y otros (1991) demostraron que la evaluación de los síntomas clínicos y la valoración de pruebas de diagnóstico (p.ej. una radiografía o un electrocardiograma) es todo menos objetivo – incluso en profesionales con experiencia – y el resultado se ve determinado por las expectativas de los médicos. En un estudio desarrollado por Medrano (2009) se compararon dos grupos controles, en el primer grupo control los experimentadores conocían la condición control del grupo, mientras que el segundo grupo control era doble ciego (*doppel-blind*) ya que ni los experimentadores ni los pacientes conocían su condición de control. Los resultados obtenidos mostraban que el tratamiento resultaba más eficaz que ambos grupos controles, sin embargo la diferencia observada era mayor en el primer grupo

que en el segundo, revelando así que los resultados no sólo reflejan la influencia del tratamiento sino también la influencia de las expectativas del investigador.

### *La revisión sistemática y el meta-análisis*

La metodología señalada hasta ahora se refiere exclusivamente a estudios primarios o trabajos originales. La revisión sistemática y el meta-análisis son estudios secundarios que tienen como objetivo resumir los estudios primarios considerando los mismos problemas o interrogantes. Para ello se sirven de la metodología expuesta y reproducida explícitamente en cada publicación, lo cual posibilita la comparación de diferentes trabajos originales. Un meta-análisis supera la revisión sistemática de la literatura en la medida en que aquélla efectúa una síntesis estadística de los resultados numéricos de varios estudios sobre la misma temática. La eficacia de una intervención puede ser descrita por medio de índices estadísticos referidos a los resultados de varios estudios y cuenta por tanto, con mayor seguridad que los de un único estudio. Éste es el motivo por el que el meta-análisis se encuentra en el escalón más alto de la pirámide de la evidencia.

Para el profesional clínico la revisión sistemática y el meta-análisis tienen distintas ventajas en comparación con los trabajos originales:

El profesional podrá asimilar más fácilmente la gran avalancha de información existente por medio de las revisiones sistemáticas que a través del estudio o análisis de cada uno de los trabajos.

Las indicaciones prefijadas en las revisiones para la elección de los trabajos originales analizados disminuyen los errores sistemáticos relacionados con la inclusión y exclusión de los estudios.

Los resultados de diferentes estudios se podrán comparar entre sí; posibilitando una afirmación sobre la consistencia y heterogeneidad de los resultados. Las conclusiones serán por lo tanto más fiables y exactas que las que se puedan extraer de cada uno de los estudios individualmente.

Las revisiones sistemáticas cuantitativas (meta-análisis) aumentan la precisión de los resultados finales.

La calidad de una revisión sistemática o de un meta-análisis depende de si los criterios descritos en el texto a cerca de la evaluación de la calidad metódica de los trabajos originales se han aplicado rigurosamente. Gracias a las revisiones, el profesional de la salud podrá ahorrarse el trabajo que tendría que invertir en evaluar la validez de cada uno de los estudios originales. Se sugiere la lectura del capítulo 6 para observar un ejemplo de revisión sistemática.

### **Cuestiones sobre la evaluación de la calidad metódica de los estudios**

A continuación se presentan una serie de criterios e interrogantes que puede resultar de utilidad para evaluar la calidad metodológica de un estudio de evidencia. Para ello se debe establecer en primer lugar, si se trata de estudios primarios u originales o bien de estudios secundarios (revisiones sistemáticas o meta-análisis).

#### **En relación a los estudios secundarios:**

¿De qué forma han garantizado los autores que realmente se hayan incluido todos los trabajos originales relevantes en el estudio? ¿Qué fuentes se han tenido en cuenta aparte de los bancos de datos médicos?

¿Cómo fue evaluada la calidad metódica de los trabajos originales? ¿Le fueron atribuidos a los estudios la debida importancia respecto a su calidad metódica?

¿Fueron los resultados alcanzados debidamente interpretados? ¿Pueden comprender las conclusiones sacadas?

En el caso de los meta-análisis se debería evaluar igualmente la metodología estadística aplicada (esto requiere conocimientos especiales no contemplados en el presente capítulo).

Si se trata de un trabajo original, deben concentrarse, en primer lugar, en el diseño. Clasifíquelo según los tipos de estudios señalados anteriormente, y pregúntense si el diseño se adecua al problema o interrogante del estudio.

En el caso de un diseño transversal pregúntense lo siguiente:

La muestra elegida, ¿es la adecuada para examinar la supuesta relación entre las dos variables? ¿O existen indicios de que otras relaciones que han sido observadas o no encontradas puedan verse confirmadas como muestras?

¿Se discute en el estudio la posibilidad de que existan terceras variables (*confounder*) que expliquen la relación obtenida o no obtenida?

¿De qué forma se interpretan las relaciones obtenidas en el estudio? ¿Quedan descartadas las interpretaciones causales?

En el caso de un diseño de casos de control pregúntense lo siguiente:

¿Ha tenido lugar un apareamiento (*matching*)?

¿Qué variables fueron incluidas en el apareamiento? ¿Fueron controlados todas las posibles variables o factores de confusión? ¿Qué *confounder* incontrolados podrían haber influido en los resultados? ¿Son tratados en la discusión de los resultados?

Los criterios que definen el caso, ¿han sido claramente descritos a través de criterios de inclusión y exclusión? ¿Se aseguró que esos criterios fueran cumplidos?

La obtención retrospectiva de los datos, ¿es fiable? ¿Cómo fue controlada si, por ejemplo, posibles lagunas en la memoria influyeron en la obtención de los datos?



En el caso de los diseños de cohortes pregúntense lo siguiente:

¿Cómo argumentan los autores la elección del grupo de comparación?

¿Cuáles son las variables de confusión tenidas en cuenta por los autores?

¿Es posible que existan otras variables de confusión que no hayan sido tenidas en cuenta por los autores? ¿Son tratadas en la discusión final?

¿Qué fuentes de sesgos, que han sido discutidas en relación con los estudios aleatorios controlados, fueron controladas por los autores?

En el caso de un diseño aleatorio controlado pregúntense lo siguiente:

¿Fueron los criterios de inclusión y exclusión claramente planteados? ¿Está claro cuál es “el caso” del que se ocupa el estudio?

¿Cuál es el método utilizado en la randomización? ¿Se garantiza así la aleatoriedad en la asignación de los grupos, o puede influir alguien en la asignación?

La persona que incluyó a los sujetos de estudio, ¿desconocía en ese momento la asignación de los sujetos a los grupos? ¿O no queda excluido un sesgo de selección?

¿Se indican posibles variables de confusión? En caso afirmativo, ¿cómo han sido tratadas?

¿Han experimentado los sujetos de ambos grupos, a excepción de las distintas intervenciones, un tratamiento completamente igual? ¿Se aseguró que el conocimiento sobre la asignación de los grupos no ha podido influir en el tratamiento como tal? ¿Ha sido con ello controlado el sesgo de rendimiento (*Performance-Bias*)?

¿Cuántos sujetos de los abandonaron el estudio antes de tiempo (*drop outs*) se dieron en el grupo experimental y en el de

control? ¿Existen razones que expliquen el fenómeno del *drop-out*?

¿Es la cifra de sujetos que abandonaron prematuramente el estudio aceptable? ¿Cómo fueron tratados los *drop outs*? ¿Se dio por ejemplo un análisis de *intention-to-treat*?

¿Cómo se medirá el éxito de la intervención? ¿Cuál es el criterio principal de valoración del estudio?

¿Se garantiza que el éxito de la intervención fue comprobado de forma objetiva? ¿Hasta qué punto dependen las variables dependientes o desenlaces del estudio de las opiniones y expectativas de aquellos que los midieron? ¿Podrían influir sus expectativas en los resultados? ¿O desconocían los investigadores la asignación de los sujetos a los grupos?

## Comentario final

Las Prácticas en Salud basadas en la Evidencia básicamente hacen referencia a considerar la mejor evidencia disponible para la solución de un problema planteado por el paciente. Tal como señalan Hermida y Álvarez (2001) las investigaciones que se desarrollan en este campo poseen como objetivos primordiales determinar la *eficacia* y la *efectividad* de los tratamientos que los profesionales de la salud utilizan.

La eficacia básicamente refiere a la capacidad de un tratamiento para provocar un cambio saludable de manera superior al no tratamiento. Las exigencias metodológicas para garantizar la validez interna, es decir que fue el tratamiento y no otros factores los que provocaron el cambio, impiden que dichos estudios se desarrollen en el ámbito clínico habitual. En efecto el investigador debe conformar grupos de pacientes semejantes, asignarlos de manera aleatoria, controlar posibles sesgos y utilizar técnicas e instrumentos estandarizados para asegurar la validez interna del estudio. No obstante cabe preguntarse qué sucede con la validez

externa de dichos estudios, en efecto la práctica profesional real se aleja considerablemente de las condiciones controladas en que se realizan los estudios de eficacia. En este sentido cabe cuestionarse si las conclusiones obtenidas en los estudios de eficacia son directamente aplicables en pacientes y en contextos reales.

Aquí toman importancia los estudios de efectividad los cuales intentan determinar si los tratamientos propuestos producen efectos medibles en el ambiente clínico real. En estos estudio se prioriza más la validez externa que la validez interna, en consecuencia no hay asignación al azar, ni criterios rígidos de inclusión o exclusión de pacientes, no se cuanta con grupos controles o se mantiene la condición de “doble ciego”. Aunque este tipo de estudio se ubicaría entre los métodos que proporcionan menor evidencia, su importancia es crucial ya que un tratamiento eficaz en condiciones controladas, pero inaplicable en el contexto clínico carece completamente de sentido. Es por ello que no basta con guiarse con los criterios estipulados al comienzo del capítulo debe atenderse a las características de cada diseño y a la información que el profesional está buscando. En determinadas circunstancias un estudio de casos de control con diseño retrospectivo puede aportar mayor evidencia que un estudio aleatorio controlado. Como señala Greenhalgh (2005) ni siquiera un defensor de la línea más dura de las prácticas basada en la evidencia ubicaría un meta-análisis pobre por encima de un estudio de cohorte grande y bien diseñado. Con esto se pretende destacar que la jerarquía establecida sobre los diseños de acuerdo a la evidencia que proporcionan es relativa y apunta a ser simplemente una guía. Para examinar adecuadamente la evidencia que proporciona un estudio se requiere más esfuerzo que chequear una escala de ocho posiciones, debe conocerse en profundidad cada tipo de diseño para lograr una aproximación crítica y poseer un conocimiento adecuado de los alcances y limitaciones de las evidencias que proporcionan.

# Eficacia del abordaje cognitivo conductual en el tratamiento de trastornos psicológicos

---

*Ezequiel Benito*

*Asociación Argentina de Ciencia Psicológica (AACP),*

*Buenos Aires, Argentina*

## Introducción

La consolidación de la práctica basada en la evidencia como el marco principal de referencia para la evaluación de la actividad profesional en psicología clínica ha dado lugar desde hace varios años a una serie de investigaciones destinadas a analizar el impacto de los tratamientos psicológicos disponibles, y los potenciales. Es posible plantear que el rol central asignado a la evidencia respecto del éxito de las intervenciones como fundamento para su aplicación ha promovido cambios en al menos cuatro niveles: (a) la cobertura obligatoria en los sistemas de salud (tanto públicos como privados), (b) la organización de la oferta profesional independiente, (c) los espacios de formación de grado y posgrado destinados al entrenamiento clínico, y (d) los fondos y subsidios disponibles para la investigación.

El abordaje cognitivo conductual se ha posicionado desde sus inicios como el principal promotor de este enfoque, así como el más activo productor de ensayos controlados aleatorizados (RCT, por sus siglas en inglés). Los resultados positivos que ha registrado configuran la justificación del presente trabajo, en consideración de la utilidad demostrada por su formulación terapéutica, y no se busca promover una preferencia de tipo escolástico por sobre otras intervenciones psicológicas que hayan obtenido también

evidencia favorable. Sin embargo, es necesario reconocer que esta perspectiva clínica es la base de la mayor parte de las alternativas psicosociales de tratamiento que cuentan actualmente con sólido apoyo empírico, incluyendo adultos (Butler, Chapman, Forman, y Beck, 2006; Chambless y Ollendick, 2001), niños y adolescentes (Muñoz-Solomando, Kendall, y Whittington, 2008) y adultos mayores (Hepple, 2004), lo que constituye un indicador a favor de su flexibilidad y potencialidad como modelo para los dispositivos de atención en salud mental.

Este capítulo ofrece una revisión de la literatura científica a modo de actualización y puesta al corriente de la eficacia de este abordaje en la mayoría de los trastornos psicológicos reconocidos. Los artículos analizados fueron identificados mediante búsquedas sistemáticas en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Scielo, Redalyc y DIALNET. Por otro lado, a fin de ordenar los contenidos se ha considerado la clasificación diagnóstica del DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), y se organizó la presentación de cada trastorno indicando una breve definición, la evidencia disponible para cada grupo etáreo y una mención comparativa respecto del tratamiento farmacológico.

Así también, se introduce al final de cada apartado un cuadro que puede considerarse una versión actualizada de los listados originales de tratamientos con apoyo empírico (Chambless et al., 1996, 1998; Task Force, 1995). Se tomó como referencia la nueva clasificación del apoyo empírico presentada por la División 12 de la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés)<sup>1</sup>. De acuerdo a este ordenamiento, los tratamientos con “sólido apoyo” se corresponden con los anteriormente llamados “bien establecidos”. Por otro lado, lo que se registra como “apoyo

---

<sup>1</sup> La página web que la División 12 ha creado para registrar las evidencias de investigación de los tratamientos psicológicos está disponible en [www.psychologicaltreatments.org](http://www.psychologicaltreatments.org).

moderado”, equivale a lo antes denominado “probablemente eficaz”. Finalmente, se incorpora la categoría de “controversial” en el caso de los tratamientos para los cuales existan conflictos o contradicciones entre los ensayos clínicos que los abordan, así como cuando las explicaciones acerca de los mecanismos de su eficacia se contraponen con otra evidencia de investigación disponible.

## **7.2. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia**

### ***7.2.1. Trastornos generalizados del desarrollo***

Los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) incluyen el trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno de Asperger. Los pacientes que sufren estas afecciones presentan graves carencias, así como limitaciones de tipo global en diversos aspectos de su desarrollo psicofísico. Son características las alteraciones de la interacción social, problemas de comunicación y conductas estereotipadas (American Psychiatric Association, 1994). Hace algunos años se comenzó a utilizar la denominación “trastornos del espectro autista” (TEA) en distintos ensayos clínicos para referirse principalmente al trastorno autista y trastorno de Asperger, aunque en ciertos casos se observa su uso como sinónimos. En efecto, actualmente existe controversia respecto de la clasificación propuesta por el DSM y los posibles entrecruzamientos diagnósticos (Toth y King, 2008).

El abordaje cognitivo conductual constituye una estrategia efectiva para favorecer diversos aspectos psicosociales y cognitivos en pacientes con autismo y autismo de alto rendimiento, y el tratamiento de elección dentro de este enfoque es el análisis conductual aplicado (Lang, Regeister, Lauderdale, Ashbaugh, y

Haring, 2010; Rogers y Vismara, 2008; Sze y Wood, 2008; Toth y King, 2008; Tsatsanis, Foley, y Donehower, 2004). Así también, se ha registrado su eficacia para reducir la ansiedad y aumentar la competencia social en adolescentes con TEA de alto rendimiento (White, Ollendick, Scahill, Oswald, y Albano, 2009), y para trastornos de ansiedad comórbidos (Bauminger, 2002). Finalmente, el tratamiento cognitivo conductual centrado en la familia ha recibido apoyo más limitado (Chalfant, Rapee, y Carroll, 2007).

Por otra parte, respecto del trastorno de Asperger, las intervenciones conductuales han recibido apoyo como tratamiento general (Anderson y Morris, 2006), para el manejo de episodios de ira (Sofronoff, Attwood, Hinton, y Levin, 2007) y para el mejoramiento del comportamiento social (Lopata, Thomeer, Volker, y Nida, 2006).

**Tabla 1**

*Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para los trastornos generalizados del desarrollo*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Análisis conductual aplicado (Trastorno autista)	x		

### ***7.2.2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad***

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) tiene como principales características la hiperactividad, desorientación e impulsividad, y genera diversas limitaciones funcionales; generalmente inicia en la infancia y persiste en la edad adulta (American Psychiatric Association, 1994). Es diag-

nosticado generalmente en niños y adolescentes, aunque en los últimos tiempos ha comenzado a ser frecuentemente identificado en pacientes adultos.

Actualmente, el enfoque cognitivo conductual representa una de las estrategias más promisorias en el tratamiento del TDAH en adultos, tanto en la modalidad individual (Knouse y Safren, 2010; Mitchell, Nelson-Gray, y Anastopoulos, 2008; Rostain y Ramsay, 2006) como grupal, para pacientes con ansiedad y depresión comórbida (Bramham et al., 2009). Los autores sugieren que el foco en el aprendizaje de estrategias conductuales compensatorias sería el componente activo crítico (Knouse y Safren, 2010).

En el tratamiento de niños y adolescentes el apoyo es sólido e incluye como alternativas terapéuticas el entrenamiento conductual de padres, el manejo conductual del aula, así como intervenciones conductuales enfocadas en pares, implementadas en ámbitos recreativos (Antshel y Barkley, 2008; Barkley, 2004; Knight, Rooney, y Chronis-Tuscano, 2008; Pelham y Fabiano, 2008). La terapia cognitivo conductual individual registra poca eficacia y el entrenamiento en habilidades sociales presenta evidencia mixta o limitada (Antshel y Barkley, 2008).

En relación con el tratamiento farmacológico, si bien resulta de gran utilidad, a menudo persisten síntomas residuales y de hecho, para mucho es contraindicado. En este sentido, Weiss et al. (2008) llevaron adelante una revisión bibliográfica sobre TDAH en adultos, e indican que intervenciones psicológicas breves y estructuradas presentan resultados positivos consistentes.



**Tabla 2**

*Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para el trastorno por déficit atencional con hiperactividad*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Niños y adolescentes			
Entrenamiento conductual de padres	x		
Manejo conductual en el aula	x		
Intervenciones conductuales de pares	x		
Adultos			
Terapia cognitivo conductual		x	

### 7.3. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

A pesar de que el abordaje cognitivo conductual ha reunido gran evidencia para diversos trastornos psicológicos, sólo recientemente se ha comenzado a examinar su eficacia para el tratamiento de los síntomas asociados a los trastornos psicóticos y la esquizofrenia. Estas afecciones fueron en un primer momento pensadas como terreno infértil para este enfoque, mientras que las investigaciones actuales comienzan a indicar que puede resultar beneficioso para estos pacientes.

A la fecha, los ensayos controlados aleatorizados que se llevaron adelante han devuelto por lo general resultados positivos (Grech, 2004). Específicamente, la intervención cognitivo conductual reportó mejorías importantes en el ritmo de la recuperación, alucinaciones, desesperanza y calidad de vida (Morrison, 2009). Por otra parte, la intervención temprana resulta muy importante para mejorar las tasas de mejora, y existen algunas líneas promisorias de investigación basadas en la aceptación o mindfulness (Gaudiano, 2005).

### *7.3.1. Esquizofrenia*

La esquizofrenia constituye un trastorno severo y crónico caracterizado por la presencia de síntomas psicóticos positivos (alucinaciones, ilusiones), negativos (achatación emocional, anhedonia, desmotivación) y graves afectaciones del funcionamiento social (American Psychiatric Association, 1994). Se trata de un trastorno fuertemente inhabilitante, con un costo psicossocial y económico asociado considerable.

La medicación generalmente funciona efectivamente reduciendo los síntomas y disminuyendo las recaídas, pero aproximadamente un 60% de los pacientes tienen una respuesta insuficiente, especialmente respecto de los síntomas negativos y sociales (Ciceri, Saldarriaga, y Franco, 2008).

En este escenario, el abordaje cognitivo conductual introdujo un marco sistemático, no sólo para complementar la medicación en el tratamiento de los síntomas centrales, sino también para compensar muchos de los déficits acarreados por la enfermedad (Brenner y Pfammatter, 2000; Wykes, Steel, Everitt, y Tarrier, 2008). Actualmente, la eficacia de este enfoque se haya documentada a través de meta-análisis y revisiones, tanto para el tratamiento de síntomas positivos, síntomas negativos, estado de ánimo general, ansiedad social, depresión y otros síntomas persistentes (Chappa, 2004; Dickerson, 2004; Lawrence, Bradshaw, y Mairs, 2006; Rathod y Turkington, 2005; Tarrier, 2005; Wykes et al., 2008). Por otro lado, de modo similar a los demás trastornos psicóticos, en la esquizofrenia la intervención temprana resulta muy relevante (Tarrier y Wykes, 2004) mientras que para la prevención de recaídas la combinación de terapia individual y familiar o los programas de apoyo comunitario constituyen estrategias terapéuticas prometedoras (Rathod, Kingdon, Weiden, y Turkington, 2008).

**Tabla 3***Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para esquizofrenia*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Entrenamiento en habilidades sociales	x		
Terapia cognitivo conductual	x		
Programas de aprendizaje social / Economía de fichas	x		
Recuperación cognitiva	x		
Entrenamiento cognitivo de adaptación		x	
Programa de manejo y recuperación de la enfermedad		x	

## 7.4. Trastornos del estado de ánimo

### 7.4.1. Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor constituye un cuadro fuertemente disfuncional que ejerce un efecto negativo generalizado en la vida diaria de quienes lo padecen. Sus síntomas incluyen tristeza persistente, sentimientos de desesperanza y culpa, irritabilidad, pérdida de interés, fatiga, problemas de concentración, insomnio, aumento o disminución del apetito, pensamientos suicidas, entre otros (American Psychiatric Association, 1994).

El abordaje cognitivo conductual constituye uno de los primeros tratamientos validados para la depresión (Elkin et al., 1989) y actualmente reúne cinco intervenciones con sólido apoyo empírico: (a) la terapia conductual y la activación conductual (Cuijpers, van Straten, y Warmerdam, 2007a; Sturmey, 2009), (b) la terapia cognitiva (Dobson, 1989; Gloagen, Cottraux, Cucherat, y

Blackburn, 1998), (c) el sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia (Schatzberg et al., 2005), (d) la terapia de resolución de problemas (Cuijpers, van Straten, y Warmerdam, 2007b; Gellis y Kenaley, 2007), y (e) la terapia de autocontrol (Thomas, Petry, y Goldman, 1987).

Respecto de las modalidades de intervención y poblaciones especiales, en un análisis comparativo, Lockwood, Page, y Conroy-Hiller (2004) señalan que tanto la TCC grupal como individual reportan eficacia comparable en el tratamiento de depresión moderada a severa. Por otro lado, la eficacia de la TCC en pacientes depresivos con enfermedades somáticas fue reportada recientemente por Beltman, Voshaar, y Speckens (2010).

Los estudios respecto del tratamiento de niños con depresión desde este enfoque se sistematizan contemporáneamente y tanto la terapia cognitivo conductual grupal como grupal-parental registran sólido apoyo empírico, mientras que para adolescentes, sólo la terapia grupal alcanza ese nivel (Compton et al., 2004; David-Ferdon y Kaslow, 2008; Klein, Jacobs, y Reinecke, 2007; Lewinsohn y Clarke, 1999).

Asimismo, la terapia cognitivo conductual ha sido evaluada positivamente al respecto de su eficacia en adultos mayores, sin registrar diferencias significativas dentro de esa franja etaria y con la recomendación de ofrecer tratamientos acotados, de 7 a 12 sesiones para disminuir la tasa de abandono, cercana al 20% (Pinquart, Duberstein, y Lyness, 2007; Scogin, Welsh, Hanson, Stump, y Coates, 2005).

En relación con la medicación, diferentes meta-análisis dan cuenta de la eficacia del enfoque cognitivo conductual, e indican que es equiparable o incluso supera al farmacológico (DeRubeis et al., 2005; Lockwood et al., 2004; Powell, Abreu, de Oliveira, y

Sudak, 2008). En efecto, a menudo se señala que el principal valor agregado del tratamiento psicosocial en la depresión se vincula con la modificación de ciertos patrones de pensamiento y de conducta más esenciales, que la medicación no permite reestructurar.

**Tabla 4**

*Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para el trastorno depresivo mayor*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia 1
Niños			
TCC grupal	x		
TCC grupal y parental	x		
TCC centrada en la escuela		x	
Programa de prevención de Penn		x	
Terapia de autocontrol		x	
Adolescentes			
TCC grupal	x		
TCC grupal y parental		x	
TCC individual		x	
TCC con padres o familia		x	
Programa adolescente de afrontamiento de la depresión (CWD-A)		x	
Adultos			
Terapia conductual / Activación conductual	x		
Terapia cognitiva	x		
Sistema de análisis cognitivo conductual de psicoterapia	x		
Terapia de resolución de problemas	x		
Terapia de autocontrol	x		
Terapia de aceptación y compromiso		x	
Terapia conductual de pareja		x	
Terapia centrada en las emociones		x	
Adultos mayores			

### ***7.4.2. Trastorno bipolar***

El trastorno bipolar constituye uno de los más severos y prevalentes trastornos psiquiátricos. Quienes sufren de esta enfermedad experimentan cambios dramáticos del estado de ánimo, que pueden ir desde la irritabilidad, euforia y acción -fase maníaca- a la tristeza y desesperanza, con un tono pesimista -fase depresiva-. Dentro de esta categoría se encuentran el trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II y ciclotimia. El trastorno bipolar tipo I presenta uno o más episodios maníacos con o sin episodios de depresión, mientras que el tipo II se caracteriza por episodios de hipomanía y al menos un episodio de depresión (American Psychiatric Association, 1994).

Las intervenciones psicológicas han estado tradicionalmente orientadas al trastorno tipo I, donde los estudios indican que los síntomas depresivos son particularmente comunes, por lo que las intervenciones se han orientado a reducirlos (Judd et al., 2002).

Actualmente, la psicoeducación observa un sólido apoyo empírico para la fase maníaca y moderado para la depresiva. Por otro lado, la terapia cognitiva presenta un sólido/moderado apoyo empírico para la fase depresiva y moderado para la fase maníaca. Aunque no ha alcanzado aun un apoyo consistente, la evidencia favorable es promisoriosa y se reportan efectos significativos en el mejoramiento de la calidad de vida, reducción en la frecuencia y la duración de los episodios de ánimo, aumento de los niveles de adherencia a la medicación y disminución de hospitalizaciones (Beynon, Soares-Weiser, Woolacott, Duffy, y Geddes, 2008; Castle, Berk, Lauder, Berk, y Murray, 2009; Da Costa et al., 2010; Gaudiano, Weinstock, y Miller, 2008; Jones, 2004; Lam et al. 2000; Miklowitz et al., 2007; Szentagotai y David, 2010; Vit-tengl, Clark, Dunn, y Jarrett, 2007).

El abordaje cognitivo conductual para el trastorno bipolar en niños ofrece en la actualidad resultados promisorios en administración combinada con medicación, al igual que en el tratamiento de adultos. Estudios recientes indican que la terapia centrada en el niño o la familia y la psicoeducación familiar e individual reportan resultados positivos en la reducción de la severidad de los síntomas (Young y Fristad, 2007; West et al., 2009). Por otra parte, en adolescentes, la terapia dialéctico conductual ha comenzado más recientemente a obtener evidencia favorable en el tratamiento de este trastorno (Goldstein, Axelson, Birmaher, y Brent, 2007).

**Tabla 5**

*Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para el trastorno bipolar*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Niños			
Terapia centrada en el niño		x	
Terapia centrada en la familia		x	
Psicoeducación familiar e individual		x	
Adolescentes			
Terapia dialéctico conductual		x	
Adultos			
Psicoeducación (fase maníaca)	x		
Psicoeducación (fase depresiva)		x	
Terapia cognitiva (fase maníaca)		x	
Terapia cognitiva (fase depresiva)	x	x	

## 7.5. Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad comprenden una serie de afecciones cuyo principal factor involucrado es el surgimiento de ansiedad, que puede considerarse una reacción defensiva ante

eventos o circunstancias que son evaluados indebidamente como peligrosos (Echeburúa, 1992).

El desarrollo del tratamiento para estos trastornos es posiblemente uno de los mayores logros de la psicología clínica contemporánea, y dentro del abordaje cognitivo conductual se encuentran las intervenciones con mayor apoyo empírico reportado. Actualmente, diversos ensayos clínicos y meta-análisis sustentan su eficacia, tanto para el tratamiento de los trastornos propiamente dichos como para condiciones generales relacionadas con la ansiedad (Hofmann y Smits, 2008; Norton y Price, 2007; Olatunji, Cister, y Deacon, 2010; Rachman, 2009; Tolin, 2010).

Asimismo, existe importante evidencia de la utilidad de este modelo para los problemas de ansiedad infantojuveniles (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, y Harrington, 2004). De todas formas, a pesar de que los resultados son promisorios, los investigadores coinciden en que aun debe mejorarse la calidad y rigurosidad de los ensayos clínicos (Scott, Mughelli, y Deas, 2005) y señalan que si bien en general los efectos positivos parecen perdurar en el largo plazo, en algunos casos los consultantes continúan experimentando ansiedad y deben recurrir a tratamientos adicionales (Hudson, 2005).

Por otro lado, dos recientes meta-análisis reportan la eficacia del enfoque cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad en adultos mayores (Hendriks, Voshaar, Keijsers, Hoogduin, y van Balkom, 2008; Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, y Craske, 2010). Adicionalmente, el tratamiento también demostró reducir significativamente diversos síntomas de preocupación y depresión asociados (Hendriks, Voshaar, Keijsers, Hoogduin, y van Balkom, 2008).



### ***7.5.1. Trastorno de pánico***

El trastorno de pánico (TP) es una condición crónica que afecta el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida de quienes lo padecen. Se caracteriza por la presencia de crisis de angustia recurrentes e inesperadas que dan lugar a un estado de permanente preocupación por parte del paciente (American Psychiatric Association, 1994).

En la actualidad, el abordaje cognitivo conductual provee una alternativa con sólido apoyo empírico para el tratamiento de esta afección (Manfro, Heldt, Cordioli, y Otto, 2008; Oei, Llamas, y Devilly, 1999; Ost y Westling, 1995; Rayburn y Otto, 2003). De acuerdo a los reportes, la evidencia más consistente se obtiene al combinar exposición, entrenamiento en relajación y respiración. Otros factores identificados que mejoran la eficacia fueron la inclusión de tareas y la estructuración de un programa de seguimiento (Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar, Marín-Martínez, y Gómez-Conesa, 2010). Por otro lado, la aplicación del tratamiento cognitivo conductual en la modalidad grupal es promisorio, ya que en recientes ensayos clínicos se registró un efecto comparable con la intervención individual (Marchand, Roberge, Primiano, y Germain, 2009) y se ha obtenido evidencia positiva de la utilización del Programa de Control de Pánico en su versión grupal (Garriga, Martín, y Soler, 2009).

Para la intervención farmacológica de los trastornos de pánico se registran como opciones efectivas los antidepresivos tricíclicos, los IMAO, los ISRS y diversas benzodiazepinas (Pull y Damsa, 2008). En la fase aguda, el tratamiento combinado se mostró superior a la monoterapia, mientras que en el largo plazo los efectos complementarios desaparecen (Mitte, 2005; Pull y Damsa, 2008; Smits, O’Cleirigh, y Otto, 2006). En los casos que presentan agorafobia existen resultados mixtos; por un lado, se ha

reportado que diferentes alternativas dentro del abordaje cognitivo conductual (exposición in vivo, exposición cognitiva gradual, exposición gradual in vivo y terapia cognitiva) presentan una eficacia comparable a la farmacoterapia (Marchand et al., 2008), mientras que otros estudios señalan que la combinación de antidepresivos con exposición in vivo resulta superior a las demás alternativas (Van Balkom et al., 1997).

**Tabla 6**

*Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para el trastorno de pánico*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Adultos			
Terapia cognitivo conductual	x		
Relajación aplicada		x	

### 7.5.2. Fobia específica

La fobia específica se caracteriza por la aparición de ansiedad en respuesta a situaciones u objetos específicos temidos, lo que genera un malestar significativo al enfrentarlos y da lugar a conductas de escape o evitación. A pesar de que el temor que refiere el paciente puede considerarse excesivo e irracional, se siente imposibilitado de superarlo por propia voluntad. Las fobias específicas pueden incluir animales, ambientes naturales o situaciones particulares, así como la sangre, inyecciones o heridas (American Psychiatric Association, 1994).

Las terapias de exposición constituyen los tratamientos más estudiados y con mayor apoyo empírico para adultos con este trastorno. Estas intervenciones incluyen diferentes aplicaciones cognitivo conductuales que presentan como componente central la confrontación de los pacientes con aquellos estímulos que los atemorizan (Choy, Fyer, y Lipsitz, 2007). Por otra parte, algunos

estudios indican que si bien la terapia cognitiva resultaría eficaz para la claustrofobia aun no está comprobado que su adición sistemática a la exposición in vivo mejore los resultados en otras fobias (Antony y Grös, 2006). Asimismo, la evidencia indica que la fobia a la sangre responde únicamente a la tensión aplicada, un tratamiento de origen conductual. Finalmente, se ha reportado que la utilización de realidad virtual resulta de utilidad, especialmente para aquellos casos en que es dificultoso recurrir a la exposición in vivo (Pull, 2005).

En el abordaje de niños y adolescentes se registra una moderada evidencia para el modelo cognitivo conductual, también con la exposición como variable esencial. Las alternativas dentro de este enfoque incluyen tratamientos de exposición y manejo de las contingencias, autocontrol, intervenciones de una sola sesión e imaginación emocional, en el caso de la fobia a la oscuridad (Davis, Ollendick, y Öst, 2009; Silverman, Pina, y Viswesvaran, 2008).

**Tabla 7**

*Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para las fobias específicas*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Niños y adolescentes			
Imaginación emocional (fobia a la oscuridad)		x	
Exposición y manejo de las contingencias		x	
Exposición y autocontrol		x	
Exposición de una sola sesión		x	
Exposición de una sola sesión con padres		x	
Adultos			
Exposición in vivo	x		
Tensión aplicada (fobia a la sangre)	x		
Exposición virtual (casos especiales)		x	
Desensibilización sistemática	x		
Terapia cognitiva (con foco en la exposición)		x	

### **7.5.3. Fobia social**

La fobia social, también denominada trastorno de ansiedad social, se caracteriza por inhibición y excesiva timidez frente a situaciones interpersonales (American Psychiatric Association, 1994). Estos síntomas aparecen como respuesta a ciertas situaciones sociales, lo que suele generar conductas evitativas y causa una limitación funcional importante, ya que la persona llega a evitar una amplia variedad de ámbitos donde teme ser evaluada u observada negativamente por otros. El diagnóstico y tratamiento de esta condición está generalmente determinado por el grado de afectación al desempeño funcional de la persona (Ito, Roso, Tiwari, Kendall, y Asbahr, 2008).

Actualmente, la eficacia del abordaje cognitivo conductual para la fobia social se haya ampliamente documentada en la literatura, con sólido apoyo empírico para la terapia cognitivo conductual, la terapia cognitiva y las estrategias de exposición (Bados, García-Grau, y Fusté, 2003; Federoff y Taylor, 2001; Feske y Chambless, 1995; Gil, Carrillo, y Meca, 2001; Gould, Buckminster, Pollack, Otto, y Yap, 1997; Heimberg, 2001; Rowa y Antony, 2005; Taylor, 1996; Zaider y Heimberg, 2003).

Por otra parte, el tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes registra para el enfoque cognitivo conductual un apoyo moderado, tanto en su aplicación individual, grupal con padres y en el entrenamiento en eficacia social (Silverman, Pina, y Viswesvaran, 2008).

**Tabla 8***Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para la fobia social*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Niños y adolescentes			
TCC individual centrada en la familia		x	
Entrenamiento en eficacia social		x	
El Gato Valiente [The Coping Cat]		x	
Adultos			
Terapia cognitivo conductual	x		
Terapia cognitiva	x		
Terapias de exposición	x		

#### 7.5.4. Trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es una afección crónica con un profundo efecto inhabilitante en quienes lo sufren. Se caracteriza por la presencia de obsesiones, que surgen como pensamientos, imágenes o ideas recurrentes que la persona no puede evitar, y por compulsiones, que suelen aparecer para neutralizar la ansiedad presente y generan malestar significativo (American Psychiatric Association, 1994).

Tradicionalmente, la exposición y prevención de respuesta (EPR) constituyó dentro del abordaje cognitivo conductual la intervención de primera elección para el tratamiento del TOC, aunque la perspectiva se ha ampliado en los últimos años favoreciendo la inclusión de la terapia cognitiva como tratamiento con sólido apoyo empírico (Podea, Suciú, Suciú, y Ardelean, 2009; Prazeres, de Souza, y Fontenelle, 2007). Por otro lado, tanto el tratamiento metacognitivo (Rodríguez Biglieri, Vetere, y Keegan, 2006) como la modalidad grupal resultan intervenciones promisorias (Jonson y Hougaard, 2009).

El trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes presenta similares características inhabilitantes que en adultos, con grandes efectos negativos en caso de no ser tratado tempranamente, por lo que en los últimos años han comenzado a investigarse las alternativas de intervención (Larson et al., 2005) registrando apoyo moderado para el abordaje cognitivo conductual (Barrett, Farrell, Pina, Peris, y Piacentini, 2008; Kaiser y Bouvard, 2009).

En relación con los efectos de la medicación, específicamente con ISRS, la evidencia señala que tanto el tratamiento combinado como la monoterapia presentan una eficacia comparable en adultos (Albert y Brunatto, 2009; Kaiser y Bouvard, 2009; Podesa et al., 2009; Watson y Rees, 2008) mientras que en el TOC infantojuvenil, la combinación reportaría ventajas significativas (Prazeres et al., 2007).

**Tabla 9**

*Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para el trastorno obsesivo compulsivo*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Niños y adolescentes			
Terapia cognitivo conductual		x	
TCC individual centrada en la familia		x	
TCC grupal centrada en la familia		x	
Adultos			
Exposición y prevención de respuesta	x		
Terapia cognitiva	x		

### ***7.5.5. Trastorno de estrés postraumático***

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por la presencia de experiencias ansiógenas a partir de la evocación de eventos altamente impactantes, con el consecuente aumento de activación autonómica y desgaste emocional (American Psychiatric Association, 1994). A menudo, quienes sufren de TEPT se vuelven atemorizados y reactivos frente a diferentes claves ambientales, con una limitación dramática de su autonomía.

Actualmente, el abordaje cognitivo conductual reúne distintos tratamientos con sólido apoyo empírico (Bisson et al., 2007; Ponniah y Hollon, 2009): (a) la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (Mendes, Mello, Ventura, de Medeiros Pasarela, y de Jesus Mari, 2008), (b) la exposición prolongada (Foa et al. 1999; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, y Foa, 2010; Resick, Nishith, Weaver, Astin, y Feuer, 2002), (c) la terapia de procesamiento cognitivo (Foa et al. 1999; Resick et al., 2002), y (d) el entrenamiento en inoculación del estrés (Bisson et al. 2008; Foa et al. 1999).

En el tratamiento de niños con trastorno de estrés postraumático, al igual que en adultos, la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma tiene sólido apoyo empírico, mientras la terapia cognitivo conductual estándar, centrada en la escuela o grupal, y la terapia de procesamiento cognitivo presentan apoyo moderado (Sarmiento, Fernández Guitiérrez, Barbacil Vicario, y Gutiérrez Vázquez, 2006; Silverman, Pina, y Viswesvaran, 2008).

**Tabla 10**

*Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para el trastorno de estrés postraumático*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Niños y adolescentes			
TCC centrada en el trauma	x		
TCC centrada en la escuela		x	
TCC grupal		x	
TCC estándar		x	
Terapia de procesamiento cognitivo		x	
Adultos			
TCC centrada en el trauma	x		
Exposición prolongada	x		
Terapia de procesamiento cognitivo	x		
Entrenamiento en inoculación del estrés	x		

### ***7.5.6. Trastorno de ansiedad generalizada***

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por la presencia de preocupaciones excesivas y disfuncionales que dan lugar a un estado de alerta y activación permanente (American Psychiatric Association, 1994). Ha sido descrito como un trastorno de ansiedad “básico” debido a su inicio temprano, curso crónico y resistencia al cambio (Newman y Anderson, 2007), así como por su aparición previa a otros trastornos de ansiedad, por lo que también se lo considera la base para su emergencia (Brown, Barlow, y Liebowitz, 1994).

El abordaje cognitivo conductual reúne la discusión y reestructuración cognitiva para abordar los pensamientos de preocupación junto con técnicas de relajación para reducir los niveles asociados de activación fisiológica. La mayor evidencia sobre la eficacia de este modelo se registra para diferentes combinaciones -terapia cognitiva,



terapia conductual, terapia cognitivo conductual- y ha sido recogida principalmente en investigaciones de los años noventa (Butler, Fennel, Robson, y Gelder, 1991; Durham et al., 1994; Newman y Borkovec, 1995) y ampliada más recientemente (Block, Kelly, y Carpenter, 2006; Hunt, 2002). En el último tiempo puede notarse un incremento en los estudios, aunque en comparación con los demás trastornos de ansiedad continúa siendo el que menor atención ha recibido (Dugas, Anderson, Descheness, y Donegan, 2010).

En una revisión realizada para evaluar la eficacia del abordaje cognitivo conductual en adultos mayores, Mohlman (2004) señala que si bien existen resultados promisorios en el área, aun no resulta posible plantear la eficacia del enfoque para este grupo etáreo y recomienda investigaciones con mayor rigurosidad y desarrollo.

Respecto de la comparación con medicación, en un meta-análisis que incluyó 35 ensayos clínicos, Gould, Otto, Pollack, y Yap (1997) hallaron que el abordaje cognitivo conductual y la farmacoterapia presentan una eficacia comparable, y señalaron que la intervención psicológica registró un mayor mantenimiento de los resultados y se asoció a una mejor recuperación en pacientes con depresión comórbida.

**Tabla 11**

*Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para el trastorno de ansiedad generalizada*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Adultos			
Terapia cognitivo conductual	x		
Terapia cognitiva	x		
Terapia conductual	x		

## 7.6. Trastornos somatomorfos

### 7.6.1. *Trastorno dismórfico corporal*

El trastorno dismórfico corporal (TDC) se caracteriza por la presencia de una preocupación exagerada respecto de posibles defectos en el aspecto físico (American Psychiatric Association, 1994). Se trata de un trastorno relativamente común y generalmente conlleva una incapacidad muy importante, con altas tasas de mortalidad (Phillips y Hollander, 2008).

Actualmente, la terapia cognitivo conductual constituye un tratamiento con evidencia positiva para el TDC. Algunos estudios señalan como componentes fundamentales a la alianza terapéutica, la psicoeducación y el trabajo entre sesiones (Phillips y Hollander, 2008) con una orientación a las dimensiones actitudinales, conductuales y perceptivas de la imagen corporal (Jarry y Ip, 2005). Asimismo, las investigaciones han señalado que la medicación resulta de utilidad, especialmente para los casos más severos y con intentos suicidas (Cororve y Gleaves, 2001; Phillips y Hollander, 2008).

## 7.7. Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos alimentarios reúnen diferentes condiciones disfuncionales vinculadas con la ingestión de alimentos y el mantenimiento del peso. Dentro de esta categoría se incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón (American Psychiatric Association, 1994). En los últimos años, se experimentó un progreso considerable respecto de su comprensión y tratamiento, y si bien aun no se ha alcanzado una eficacia comparable a la que existe con otros trastornos, el abordaje cognitivo conductual resulta una estrategia de intervención promisoría (Saldaña, 2001; Stunkard, 1997; Wilson, 1999).

### ***7.7.1. Anorexia nerviosa***

La anorexia nerviosa (AN) es un trastorno que se caracteriza por la presencia de una marcada disminución del peso corporal y un rechazo a mantenerlo dentro de los límites normales y saludables (American Psychiatric Association, 1994). Esta pérdida de peso es acompañada por el temor a recuperarlo, incluso cuando esta condición acarrea severas alteraciones en el organismo, lo que implica un compromiso vital considerable. El paciente con AN tiene una visión deformada de su propia imagen corporal y se siente con sobrepeso, aun cuando la evidencia perceptiva externa sea distinta (Rutzstein, 1997).

Las estrategias utilizadas en el tratamiento incluyeron desde un comienzo el abordaje cognitivo conductual, originalmente con la terapia de la conducta (Agras, Barlow, Chapin, Abel, y Leitenberg, 1974). Con el surgimiento de la terapia cognitiva comenzaron a incluirse intervenciones orientadas a la modificación de pensamientos y creencias, renovando la línea de tratamientos y reportando algunos resultados positivos (Garner y Bernis, 1982). Sin embargo, y a pesar de estos avances en la conceptualización y tratamiento de la anorexia nerviosa, actualmente la terapia cognitivo conductual presenta aun un apoyo moderado y controversial. En efecto, sólo el programa de tratamiento centrado en la familia para pacientes ambulatorios -que no refiere una formulación cognitivo conductual- registra un sólido apoyo empírico (Keel y Haedt, 2008; Saldaña, 2001; Steinhausen, 2002; Terence, 2005). En una reciente revisión sistemática que comparó medicación, intervenciones conductuales y la combinación de ambas, tanto en adultos como en adolescentes, Bulik, Berkman, Brownley, Sedway, y Lohr (2007) concluyeron que si bien la TCC redujo las recaídas en adultos luego de la recuperación del peso, la evidencia general no era lo suficientemente consistente para permitir una evaluación representativa de la eficacia del tratamiento global. Por

otro lado, puede mencionarse un ensayo controlado aleatorizado realizado por McIntosh et al. (2005) donde el manejo clínico no específico de apoyo (MCNA) mostró similar eficacia que la TCC y fue superior a la terapia interpersonal (TIP). En el seguimiento a largo plazo, las diferencias iniciales desaparecieron, por lo que puede considerarse que estas estrategias son equiparables en el mantenimiento de los resultados a largo plazo (Carter et al., 2010).

**Tabla 12**

*Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para la anorexia nerviosa*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Terapia cognitivo conductual			
Prevenición de recaídas luego de alta		x	
Recuperación aguda de peso			x

### 7.7.2. *Bulimia nerviosa*

La bulimia nerviosa (BN) se caracteriza por la presencia de atracones recurrentes, que son acompañados por conductas de tipo compensatorio, como la provocación del vómito, abuso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos junto con el ayuno o el ejercicio excesivo (American Psychiatric Association, 1994).

Actualmente, la terapia cognitivo conductual constituye una intervención con sólido apoyo empírico para el tratamiento de este trastorno (Agras et al., 1992; Agras, Walsh, Fairburn, Wilson, y Kraemer, 2000; Ghaderi y Andersson, 1999; Schmidt et al., 2007; Terence, 2005; Whittal, Agras, y Gould, 1999). Sin embargo, es necesario señalar que su eficacia se muestra todavía limitada en el largo plazo (Steinhausen y Weber, 2009).

**Tabla 13**

*Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para la bulimia nerviosa*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Terapia cognitivo conductual	x		

## 7.8. Trastornos del sueño

### 7.8.1. *Insomnio*

El insomnio se caracteriza por la queja subjetiva referida a problemas para iniciar o mantener el sueño, o por tener sueño no reparador (American Psychiatric Association, 1994).

El abordaje cognitivo conductual registra sólido apoyo empírico para el tratamiento de este trastorno, y algunos de sus componentes son también efectivos de forma autónoma, como la terapia de restricción del sueño, la terapia de control de estímulos, el entrenamiento en relajación y la terapia de intención paradójica (Morin et al., 2006; Wang, Wang, y Tsai, 2005).

Por otro lado, actualmente existe evidencia promisoría para la intervención en adultos mayores, para el tratamiento cognitivo conductual, la relajación y la terapia conductual (Irwin, Cole, y Nicassio, 2006; Morin, Colecchi, Stone, Sood, y Brink, 1999; Nau, McCrae, Cook, y Lichstein, 2005).

Respecto de la utilización de medicación, investigaciones recientes han indicado que la eficacia del abordaje cognitivo conductual es similar al tratamiento combinado o la farmacoterapia

(Riemann, 2009), lo que resalta la importancia de la intervención sobre los aspectos cognitivos y ambientales del trastorno.

**Tabla 14**

*Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para adultos con insomnio*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Adultos			
Terapia cognitivo conductual	x		
Terapia de restricción del sueño	x		
Terapia de control de estímulos	x		
Entrenamiento en relajación	x		
Intención paradójica	x		
Adultos mayores			
Terapia cognitivo conductual		x	
Terapia conductual		x	
Entrenamiento en relajación		x	

## 7.9. Trastornos del control de los impulsos

### 7.9.1. Tricotilomanía

La tricotilomanía (TTM) se define como el hábito de arrancarse recurrentemente y de forma compulsiva cabello de distintas zonas del cuerpo y se asocia con niveles significativos de distrés y disfuncionalidad (American Psychiatric Association, 1994). Si bien la investigación sistemática está aun en desarrollo existen evidencias relevantes sobre la eficacia su tratamiento (Duke, Keeley, Geffken, y Storch, 2010), principalmente dentro del abordaje cognitivo conductual, con la terapia de reversión del hábito (Walter, Ricketts, Coneles, y Woods, 2010). Por otro lado, algunos

autores plantean la inclusión de técnicas específicas orientadas al control emocional como vías promisorias para aumentar la eficacia (Walter et al. 2010).

En cuanto a las posibilidades relacionadas con la medicación, en una comparación reciente la terapia de reversión del hábito ha mostrado ser significativamente más eficaz que la cloripramina y los ISRS, mientras que estos últimos no se diferenciaron del placebo (Bloch et al., 2007).

## **7.10. Trastornos de la personalidad**

Los trastornos de la personalidad se caracterizan por presentar un patrón estable y rígido, que se diferencia notablemente de lo que puede considerarse normal por el contexto cultural del sujeto. Su inicio suele tener lugar en la adolescencia y se mantienen sin mayores cambios a lo largo del tiempo. (American Psychiatric Association, 1994). Dentro de esta categoría se incluyen el trastorno paranoide, esquizoide, esquizotípico, antisocial, límite, histriónico, narcisista, evitativo, dependiente, y obsesivo compulsivo. Estas condiciones se encuentran entre las de mayor prevalencia y constituyen una de las afecciones con mayor injerencia negativa sobre la vida del paciente y de quienes lo rodean, por lo que configuran una demanda de gran saliencia para los sistemas de salud mental (Lamont y Brunero, 2009).

Actualmente, el abordaje cognitivo conductual constituye una estrategia que ha recibido un conjunto importante de evidencia favorable en la reducción de los síntomas y consolidación de los avances en la funcionalidad de los pacientes con trastornos de la personalidad (Gabbard, 2000; Matusiewicz, Hopwood, Banducci, y Lejuez, 2010). Sin embargo, los estudios son aun limitados y se restringen principalmente al trastorno límite, dependiente y evitativo, con menor información sobre el paranoide, obsesivo compulsivo y esquizotípico, y prácticamente ausencia de datos para los demás (Verheul y Herbrink, 2007).

### ***7.10.1. Trastorno límite de la personalidad***

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es definido como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, con una notable impulsividad (American Psychiatric Association, 1994). Los síntomas particulares incluyen desregulación emocional, agresión impulsiva, autoinflicción de heridas y tendencia suicida crónica (Lieb, Zanarini, Schmalhl, Linehan, y Bohus, 2004).

Dentro del abordaje cognitivo conductual, la terapia dialéctico conductual constituye un abordaje con sólido apoyo empírico (Leichsenring y Leibing, 2003). Esta intervención resulta de utilidad para reducir la severidad de los síntomas (Verheul et al., 2003) y se ha comprobado que los pacientes que recibieron sesiones semanales individuales y grupales dentro de este modelo redujeron significativamente sus intentos de suicidio, la frecuencia de hospitalizaciones y los estados de desesperanza (Linehan, Tutek, Heard, y Armstrong, 1994; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, y Heard, 1991; Linehan et al., 2006), al tiempo que mejoraron en sus relaciones interpersonales (Gabbard, 2000). Por otro lado, también se ha registrado su eficacia en el tratamiento de pacientes hospitalizados (Bohus et al., 2004).



**Tabla 15**

*Abordajes cognitivo conductuales con apoyo empírico para el trastorno límite de la personalidad*

Tratamiento	Apoyo empírico		
	Sólido	Moderado	Controversia I
Terapia dialéctico conductual	x		
Terapia centrada en los esquemas		x	

### 7.11. Comentarios finales

El aumento sostenido y sistemático de la investigación en psicoterapia en los últimos 30 años ha significado un gran acopio de conocimiento respecto de qué intervenciones ofrecen beneficios para cada uno de los trastornos mentales identificados en la actualidad. En este sentido, es posible plantear que el enfoque basado en la evidencia constituye una referencia fundamental para la organización y gestión de los tratamientos en psicología clínica.

Luego del desafío que significó probar la utilidad general de los tratamientos psicológicos, las investigaciones comenzaron a revisar variables más específicas vinculadas con la difusión del enfoque. Por una parte, respecto de los componentes activos y factores “inespecíficos” que juegan un rol determinante en el éxito terapéutico. Por otro lado, sobre la aplicación en distintas poblaciones, que incluyen ámbitos rurales, y culturas diversas, y personas en diferentes etapas vitales, como niños, adolescentes y adultos mayores. Todo esto configura un escenario actual promisorio respecto de este abordaje como un espacio fértil en el ámbito clínico profesional.

Algunos de los desafíos futuros que posiblemente enfrentará este enfoque están vinculados principalmente con su diversificación, así como por el surgimiento de nuevas formulaciones que se hallan dentro de lo que conoce como terapias de tercera generación y que avanzan más allá de las perspectivas tradicionales del modelo cognitivo conductual.

Es posible que pronto nos encontremos con grandes conjuntos de investigaciones sobre aspectos particulares de cada trastorno y en grupos crecientemente específicos. En este sentido, para mantener una cohesión dentro del modelo posiblemente será necesario construir nuevos puentes con la investigación básica y teórica.

Podemos plantear que el espacio profesional en salud conformado por la práctica basada en la evidencia encuentra en el abordaje cognitivo conductual un recurso esencial para la implementación de estrategias públicas de atención clínica. Los teóricos e investigadores dentro de esta perspectiva deberán estar atentos a los nuevos indicadores y problemas de la práctica, para permitirse adaptarse y superar las limitaciones actuales, las más de las veces duales, ya que el desarrollo de ambos campos se ha dado de forma sinérgica. Es en este espacio transversal que se llevaron a cabo las transformaciones que hemos observado hasta el presente y será con seguridad donde tendrán lugar los avances que están por venir.



# Eficacia del tratamiento psicológico del dolor crónico

---

*Miguel A. Vallejo Pareja\**,  
*M<sup>a</sup> de la Fe Rodríguez Muñoz\*\**,  
*M<sup>a</sup> Isabel Comeche Moreno\*\*\**

*\*Catedrático de Terapia Cognitivo Conductual, UNED, España.*

*\*\*Profesora Contratado Doctor, UNED, España.*

*\*\*\*Profesora Titular de Terapia Cognitivo Conductual,  
UNED, España.*

## Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP) (1986), definió el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño real o potencial del tejido, o que es descrito por el paciente en tales términos. Y entiende que el dolor tiene la consideración de crónico cuando se extiende durante largos períodos de tiempo tras el proceso de curación (6 meses o más) o aparece y desaparece de forma recurrente sin que exista causa orgánica conocida que pueda justificarlo. El dolor crónico es, sin lugar a dudas, un problema de gran interés sanitario y de enorme impacto personal y social. Problema que aumenta conforme lo hace la edad y las expectativas de vida, elemento este característico de los países desarrollados.

Durante la Segunda Guerra Mundial, Bonica y Alexander, dos médicos norteamericanos, vieron la necesidad de tratar a los soldados aquejados de dolor por un equipo multidisciplinar para aunar esfuerzos en realizar diagnósticos y tratamientos adecuados. Sin embargo, hubo que esperar hasta 1960 para que Bonica y Alexander desarrollaran en la Universidad de Washington (Seattle) la primera clínica multidisciplinar del dolor, modelo de las

sucesivas que se han ido creando en el resto del mundo.

A partir de las aportaciones de Bonica y Alexander, de la creación de la IASP, (esta sociedad defiende la necesidad del tratamiento psicológico del dolor como un aspecto más a tener en cuenta) y de la constatación de que las intervenciones basadas en la visión del dolor como simplemente una reacción de alarma ante un daño del organismo eran insuficientes, surgió la teoría de la puerta de Melzack y Wall (1965) que supuso el impulso definitivo para reconocer que sólo las intervenciones de tipo multidisciplinar tienen sentido en el abordaje del dolor crónico.

A la teoría de la puerta hay que añadir los conocimientos existentes sobre el sistema de modulación a cargo de sistema opiáceo, especialmente sensible y sinérgico con la actividad emocional del paciente, motivo por el cual el uso, por ejemplo, de fármacos antidepressivos tiene efecto analgésico. La información existente sobre el modo de operar de los sistemas antinociceptivos (opiáceo y no opiáceo) es muy amplia hoy día y pone de manifiesto como el comportamiento de la persona influye decisivamente sobre él. Tal vez, en ese sentido, cabría destacar la actividad del paciente como elemento esencial. La estimulación de un determinado tipo de fibras nerviosas (las fibras de velocidad de conducción rápida, a-delta), están ligadas de forma natural a la propia actividad del paciente. Lo mismo sucede con la liberación de opiáceos endógenos y monoaminas (serotonina, principalmente), se producen y normalizan cuando la persona se implica en actividades, aun cuando dichas actividades aporten malestar, no necesariamente relacionado con el dolor. Por tanto, un modo natural, no farmacológico, de facilitar que los sistemas de analgesia endógena funcionen es manteniendo el nivel de actividad física: haciendo, afrontando problemas, viviendo, en suma, en el sentido más amplio de la palabra. No permitiendo que el dolor limite más y más la capacidad de la persona. Se trata de procesos circulares: la actividad mejora la modulación del dolor y la capacidad del paciente. Por otro lado, la inactividad discapacita lo que a su vez produce

más discapacitación. Todo ello, como se ha comentado, se fundamenta en términos teóricos y empíricos en la psicofisiología del dolor (ver Vallejo y Comeche, 1999). Otra cuestión de orden clínico es qué herramientas utilizar para favorecer la actividad del paciente, qué personas, en qué condiciones, etc., son las más adecuadas, sin embargo queda claro que las intervenciones psicológicas estarían convenientemente justificados.

De modo genérico, los objetivos de la Psicología en el dolor crónico son los siguientes:

1. Recuperar la vida del paciente en todas las áreas posibles (personal, social, profesional, etc.). El dolor crónico es incapacitante y es necesario que el paciente vuelva a sentirse útil en la mayor parte de los aspectos de su vida cotidiana.

2. Asumir el dolor como parte de su vida aprendiendo a afrontar del modo más adaptativo posible el impacto que éste tiene en la vida del paciente.

3. Actuar sobre los aspectos cognitivos y emocionales que favorezcan el adecuado afrontamiento del síndrome de dolor crónico.

4. Actuar sobre el modo inadecuado en que el paciente afronta determinadas situaciones y que contribuye a producir disfunciones fisiológicas que originan y/o mantienen síndromes de dolor de carácter disfuncional, como las cefaleas primarias, el dolor musculoesquelético, entre otros.

La terapia cognitivo-conductual es la que mejor resultados ha obtenido en el tratamiento del dolor crónico (Vallejo, 2005 y 2008; Díaz, Comeche y Vallejo, 2003; Field y Swarm, 2008). De hecho la Asociación de Psicología Americana en su Update on Empirically Validated Therapies II, señaló este tipo de terapia dentro del grupo de tratamientos con eficacia y efectividad para el tratamiento del dolor crónico (APA, 1997).

Aunque los trabajos sugieren la necesidad de realizar programas específicos para cada uno de los trastornos de dolor crónico con el objetivo de optimizar los resultados (Lorig, et al, 2005),

los tratamientos cognitivo-conductuales para el manejo del dolor tienen tres componentes comunes: en primer lugar, los aspectos psicoeducativos sobre el dolor; en segundo lugar, el entrenamiento en habilidades para el manejo del dolor y, por último, la prevención de recaídas donde se entrena al paciente en tener soluciones para los momentos difíciles que suelen aparecer después de la terapia. Esto es lo que se ha denominado Programa Multicomponente cuya eficacia ha quedado ampliamente demostrada en el tratamiento del dolor crónico (Díaz, Comeche y Vallejo, 2003).

A continuación se repasa, sucintamente, las principales áreas de actividad en el tratamiento psicológico del dolor crónico.

### **Fibromialgia**

La fibromialgia es un síndrome caracterizado por dolor musculoesquelético, generalizado y difuso de, al menos, tres meses de duración y diversos síntomas como fatiga, alteraciones del sueño, rigidez matutina, cefaleas, colon irritable, dismenorrea y alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión (Pascual, García Campayo, Lou e Ibáñez, 2004; Vidal-Coll y Alegre, 2007). En la delimitación del síndrome se considera la presencia de dolor a la palpación digital en, al menos, 11 de los 18 puntos sensibles predefinidos (Wolfe, Smythe, Yunus y cols., 1990), aunque este criterio ha estado y está sometido a debate (Wolf y cols., 2010). Es de destacar la importancia de los aspectos emocionales en la caracterización del síndrome, lo que ha sido puesto de manifiesto recientemente en el desarrollo de un índice combinado de gravedad (ICAF) en el que dichos aspectos son los más relevantes para delimitar la gravedad del síndrome (Vallejo y cols., 2010).

El objetivo de la intervención con pacientes que sufre fibromialgia es controlar los aspectos cognitivos, conductuales y sociales que agravan el cuadro de las personas que la padecen. Los tratamientos que se han demostrado más eficaces (Rivera et al, 2006) incluyen una primera fase educacional donde se le explica al paciente qué es la fibromialgia y qué repercusiones tiene. Es es-

pecialmente interesante la práctica de la relajación con el objetivo de romper el círculo tensión-dolor-tensión que se produce en la fibromialgia. Además se deben incluir técnicas como la solución de problemas e higiene del sueño, técnicas cognitivas y emocionales para el manejo por ejemplo de las expectativas de autoeficacia o la ansiedad y la depresión (Vallejo et al, 2009). El objetivo de las técnicas cognitivas se centra en dar al paciente una conceptualización adecuada sobre el dolor procurando el aprendizaje de expectativas, creencias, actitudes y estrategias de afrontamiento ajustadas a la situación. A nivel conductual se busca la eliminación de las conductas de dolor como las quejas, la búsqueda de atención o la evitación de actividades y, por otro lado, se busca la restauración de las actividades diarias.

En último término, se pide al paciente que ponga en práctica todo lo aprendido para consolidar las estrategias y prevenir recaídas. La bibliografía especializada en la materia señala diferentes variables que mejoran la efectividad del tratamiento. Por un lado, se recomienda que las sesiones se hagan de forma grupal, ya que esto promueve una disminución significativa de la depresión, el dolor y el impacto de la fibromialgia. En segundo término, se ha expuesto la necesidad de realizar sesiones de control y recuerdo una vez finalizada la intervención para mantener las ganancias obtenidas (Comeche et al, 2010). Y por último, las ventajas de combinar la intervención con ejercicio físico, lo que mejora el nivel de actividad de los pacientes y su calidad de vida (Clauw, 2009).

Una excelente revisión sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la fibromialgia ha sido publicada por Thieme y Gracely (2009), en ella se incluyen ensayos clínicos aleatorizados de los que cabe destacar algunos realizados en España, como el del Rivera y cols. (2004).



## **Dolores musculares (Artritis Reumatoide)**

La artritis reumatoide es una enfermedad de carácter autoinmune. La enfermedad cursa con períodos de calma que alternan con los llamados brotes. Aunque a nivel físico las alteraciones en los brotes son muy importantes tanto la bibliografía especializada (Keefe y Bonk, 1999) como los propios pacientes (Redondo et al, 2008) señalan el dolor que produce la enfermedad como el problema más grave al que tienen que adaptarse.

La eficacia de la intervención cognitivo-conductual ha sido especialmente reconocida en esta enfermedad. De hecho, desde el año 1996 el Instituto Nacional de Salud en EEUU viene identificando esta terapia como el tratamiento más eficaz desde una perspectiva psicológica. En la revisión de la bibliografía realizada por Redondo y cols. (2008) se recoge que la terapia cognitivo-conductual consigue reducir los niveles de dolor, enlentecimiento en el avance de la enfermedad e incluso hasta se han llegado a encontrar reducciones significativas en los recuentos articulares (variable que indica el nivel de actividad de la enfermedad). Una cuestión interesante que indican los estudios es que la efectividad de la terapia aumenta si esta se lleva a cabo en los primeros años de la enfermedad. En particular, los estudios en los que se ha hecho un análisis retrospectivo señalan mayor efectividad en pacientes de inicio más reciente especialmente en los primeros 7 años de la enfermedad.

Las intervenciones que hasta ahora se han realizado se centran, en primer lugar, en sesiones sobre el dolor y el funcionamiento de la enfermedad; después es necesario el entrenamiento en relajación e hipnosis, así como técnicas conductuales para mejorar el nivel de actividad planificando actividades y objetivos y técnicas cognitivas para el manejo de los pensamientos disfuncionales en la enfermedad. Sin embargo, y en contraposición a los otros dos problemas de dolor crónico (Redondo y cols. 2008), no existen apenas intervenciones que recojan objetivos de manejo

de emociones negativas (depresión, ansiedad o ira) y estilos de afrontamiento. Las escasas que se han encontrado manifiestan la mejoría en los pacientes al tratar estos temas por lo que sería conveniente seguir avanzando en programas más completos para la intervención en este trastorno.

En la actualidad se han desarrollado programas de intervención a través de Internet que han demostrada también su eficacia en este trastorno (Lorig, Ritter, Laurent y Plant, 2008).

## **Dolor muscular (Lumbalgia)**

El dolor lumbar es un síndrome musculoesquelético cuyo principal síntoma es la presencia de dolor focalizado en la parte final de la columna vertebral y que, en ocasiones, compromete el glúteo. La lumbalgia puede ser aguda debido a un esfuerzo, a algún tipo de trauma en los tejidos o de carácter crónico con la presencia de dolor de más de tres meses de duración.

En la mayoría de los casos la lumbalgia se cronifica debido a que el propio malestar y el dolor produce una contracción muscular y un malestar emocional que la perpetua. El dolor lumbar, en un primer momento, tiende a remitir con el reposo. Pero este, en sí mismo, es negativo, ya que se reducen las actividades de la vida diaria y el paciente tiende a centrarse en el dolor. Paralelamente la falta de movilidad produce atrofia y pérdida de masa muscular, lo que igualmente dificulta la recuperación y aumenta el dolor. En resumen, los pacientes se encuentran inmersos en un círculo vicioso lleno de dolor, de emociones y cogniciones negativas que van en aumento.

El abordaje psicológico se ha mostrado especialmente útil. Las técnicas conductuales (técnicas de control de contingencias) que tienen por objetivo reducir las conductas de dolor como, por ejemplo, las quejas e incrementar las actividades diarias mejorando el funcionamiento del paciente. Otro aspecto de la interven-

ción son las técnicas cognitivas que ayudan al paciente a cortar la espiral de miedo-evitación intentando controlar sus pensamientos y emociones negativas así como el desarrollo de conductas de afrontamiento adaptativas. Todas estas técnicas han demostrado su eficacia en el tratamiento de la lumbalgia (Casado, Moix y Vidal, 2008; Chou y Fuman, 2007; Hoffman, Papas, Chatkoff y Kerns, 2007).

## Cefaleas

Las cefaleas funcionales o primarias: tensionales o vasculares (migrañas), constituye el porcentaje mayor de este tipo de dolor y son un claro ejemplo de dolor disfuncional originado por situaciones estresantes o de especial relevancia emocional para el paciente. El tratamiento psicológico tiene una amplia tradición pues busca, justamente, solventar la disfunción que produce la cefalea (Lucas y cols., 2007).

El tratamiento de las cefaleas funcionales o idiopáticas: migraña, tensionales y mixtas, sí se beneficia de forma directa de la relajación como técnica única de tratamiento. La revisión realizada por Holroyd (Holroyd, 2002) muestra que para la migraña los datos disponibles indican que la relajación, mezcla de relajación progresiva y entrenamiento autógeno, es más eficaz que el tratamiento cognitivo-conductual y sólo es superada por el biofeedback electromiográfico. La American Association of Neurology establece con nivel de evidencia A, el máximo existente, el entrenamiento en relajación, en biofeedback de temperatura combinado con relajación, biofeedback EMG y tratamiento cognitivo conductual, para el tratamiento preventivo de la migraña (ver <http://www.neurology.org/content/55/6/754.full.pdf>). Una situación similar se establece en el caso de la cefalea tensional. El entrenamiento en relajación se muestra eficaz, aunque es superado por el biofeedback EMG, quedando con una eficacia interme-

día la combinación de relajación y biofeedback EMG, así como el tratamiento cognitivoconductual (ver McCroy y cols., 2001).

Las intervenciones psicológicas más eficaces han destacado la necesidad de combinar, en función de cada tipo de paciente, los acercamientos activos propios de la terapia de conducta, con otros pasivos como la relajación y el biofeedback. Para mayor detalle ver Vallejo (2005 y 2008) y Comeche, Vallejo y Diaz (2000).

## **A modo de conclusión**

El tratamiento psicológico del dolor crónico debe ser capaz de responder a dos aspectos fundamentales: actuar sobre el dolor de modo que los sistemas de regulación natural operen adecuadamente y, en segundo lugar, atendiendo a la persistencia del dolor impedir que éste se haga dueño de la vida del paciente, impidiéndole ser persona. Ambos objetivos precisan reconocer el dolor y aceptar su existencia. El primero debe permitir, atendiendo a las sensaciones percibidas y a las respuestas fisiológicas relacionadas con el dolor, hacer más efectivos los sistemas de regulación fisiológica del dolor. El segundo, requiere reconocer los problemas y ponerse a recuperar las actividades que se consideran valiosas. Las técnicas de biofeedback, neurofeedback, la hipnosis, la relajación y otros procedimientos de naturaleza psicofisiológica han mostrado su utilidad al respecto del primer objetivo. Además en los últimos años la bibliografía especializada ha reiterado su potencialidad. Por otro lado la terapia cognitivo conductual y más concretamente los desarrollos denominados de tercera generación entre los que cabe incluir especialmente la terapia cognitivo conductual contextual procura los medios adecuados para que la persona recupere el control de su vida, haciendo de su comportamiento, según sus valores, el elemento clave de su vida.



# Tratamiento de la artritis reumatoidea desde la perspectiva cognitivo- conductual: un estudio de caso

---

*Luciana S. Moretti*

*Universidad Siglo 21, Córdoba, Argentina.*

## Introducción

Los síndromes de dolor crónico (DC, en adelante) se consideran trastornos que conllevan un monto considerable de malestar en las personas que lo sufren. En este sentido, el DC enfrenta a la persona no sólo con el estrés que puede causar el dolor sino también con una cascada continua de factores estresantes que pueden abarcar todos los aspectos de sus vidas. Vivir con DC requiere de una considerable fortaleza emocional ya que tiende a vaciar las reservas emocionales de la persona conduciendo a que se sienta indefensa y desesperanzada. El DC interfiere con la vida diaria de la persona ya que éste es debilitante y porque puede convertirse en el centro de la vida de los que lo sufren (Miró, 2003).

Las ofertas de tratamiento ante los síndromes de dolor crónico son muchas, aunque no todas ellas son efectivas. Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), el tratamiento del DC debe ser abordado de manera interdisciplinaria, es decir, incluir el tratamiento médico, kinesiológico y psicológico. Si bien el tratamiento farmacológico ha mostrado ser eficaz y debe ser incluido en dicho abordaje, la intervención psicológica ha demostrado aumentar la eficacia en lo que respecta a calidad de vida, depresión, ansiedad e intensidad de dolor percibido por los pacientes (Turner-Stokes, Erkeller-Yuksel, Miles, Pincus Shipley y Pearce, 2003).

A diferencia del dolor agudo, en el DC los factores de tipo psicológico y social interactúan de tal forma que hace que la inter-

vención médica aislada no sea un abordaje completo para su alivio y tratamiento. Por ello, es que han surgido estudios que afirman que los programas basados en el tratamiento cognitivo-comportamental (TCC, en adelante) han demostrado claros beneficios en relación a los abordajes médicos convencionales (Turner-Stokes et al., 2003).

A partir de los trabajos realizados en otros contextos que demuestran la efectividad del TCC en el DC es que este tipo de abordaje terapéutico se utiliza ampliamente para intervenir sobre los diversos síndromes de DC. Sin embargo, en Argentina el tratamiento del DC está limitado al abordaje médico circunscribiendo las intervenciones a la administración farmacológica, mayoritariamente. De este modo, podría pensarse que la intervención ante problemas de DC implica la aplicación de paquetes terapéuticos integrados donde se incluye la información, los tratamientos médicos y el TCC (Van-der Hofstadt y Quiles, 2001).

En el presente capítulo se pretende exponer una intervención psicoterapéutica de una paciente con artritis reumatoidea. Para ello se desea determinar si el tratamiento cognitivo-comportamental produce la disminución de los niveles de dolor, depresión, ansiedad y un aumento en la calidad de vida.

### **Consideraciones teóricas acerca de la experiencia de dolor**

En los últimos años, la psicología del dolor crónico ha variado notablemente gracias a las investigaciones y aportes realizados en el área. Con la aparición de la teoría de la compuerta propuesta por Melzack y Wall se realiza una reconceptualización de la experiencia de dolor. A diferencia de las teorías anteriores, ésta considera que la percepción del dolor se debe al interjuego de varios factores. De este modo, la teoría de la compuerta distingue tres dimensiones implicadas en la experiencia dolorosa: la *dimensión sensorial-discriminativa*, la cual implica la transmisión de la información relacionada con las propiedades físicas del estímulo nociceptivo; la *dimensión motivacional-afectiva* que asocia al dolor

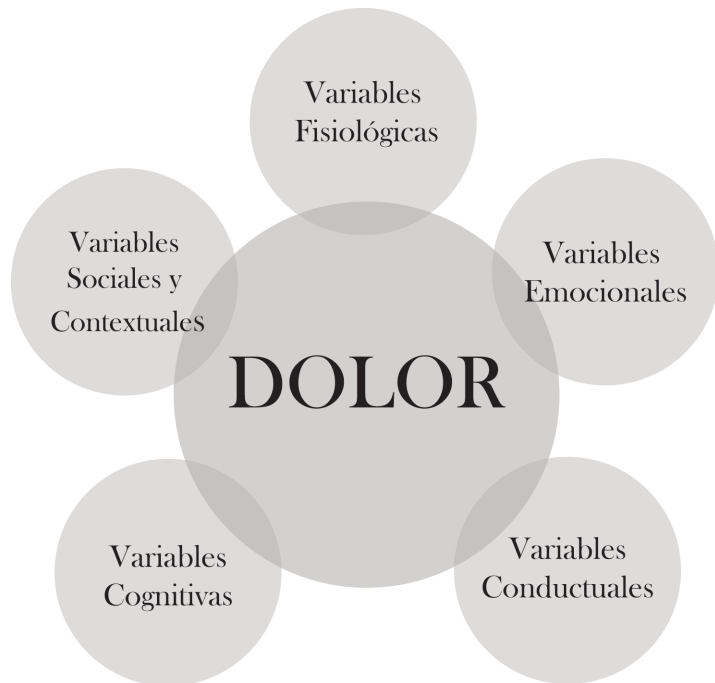
como algo desagradable o aversivo, generando una experiencia emocional desagradable y conductas de escape ante el estímulo doloroso y, en última instancia, la *dimensión cognitivo-evaluativa*, encargada de modular las dimensiones anteriores, se refiere al rol de las variables cognitivas como son los pensamientos, creencias, valores y percepciones que la persona posee acerca de su dolor (Camacho Martel y Anarte Ortiz, 2001).

Debido a esta nueva concepción, numerosas investigaciones demuestran que existen una gran cantidad de variables (cognitivas, conductuales, emocionales, físicas y sociales) que juegan un rol importante en la experiencia final de dolor. El modelo biopsicosocial concibe tanto a la enfermedad, como a los eventos que la causan, como determinada por la interacción compleja múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007). Esta aproximación concibe al DC como un fenómeno perceptivo cuya caracterización necesita de un enfoque multidimensional y no de tipo lineal como el biomédico. Desde este punto de vista, los componentes de tipo psicosocial alcanzan gran relevancia en los problemas de DC, en donde el dolor se relaciona con el contexto social, actitudes, creencias, emociones y con sus características específicas (Navarro Calvillo, 2006; Novy, 2004).

Como ya se dijo, el dolor debe ser visto como una experiencia compleja y multideterminada por la interacción de una buena cantidad de factores (Van-Der Hofstadt y Quiles, 2001) fisiológicos, genéticos, cognitivos, afectivos, conductuales, laborales y culturales. En este sentido, un modelo que pretenda explicar y predecir la aparición, desarrollo y mantenimiento de los problemas de DC debe ir más allá de la dimensión sensorial-fisiológica. Así, deberán incluirse otros niveles como son las cogniciones, las emociones y las conductas, a la vez ampliando las unidades de análisis, superando los límites individuales con el fin de considerar al contexto físico, social y cultural (Miró, 2003).



**Gráfico 1.** En el esquema puede apreciarse el modelo biopsicosocial del DC. Adaptado de Moretti (2010).



Un modelo teórico y empírico que ha adquirido importancia en los últimos años es el *modelo cognitivo-comportamental del DC*. Dicho modelo asume que los problemas asociados a dicho síndrome se originan a partir de la forma en que el paciente reacciona ante éste. Por ello, la diferencia que existe entre las personas que sufren el DC que consideran que se hallan incapacitados por éste, y los que piensan que el dolor no es problemático, no se basa necesariamente en la percepción sensorial del dolor sino más bien en las valoraciones e interpretaciones que realizan los pacientes acerca del mismo. Debe destacarse que este modelo, sin dejar de considerar la multiplicidad de variables implicadas en la experiencia de dolor, enfatiza el papel de las creencias que poseen los pacientes acerca de su sintomatología (Sharp, 2001).

## El dolor y su clasificación

De acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, el dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión hística real (actual) o potencial o descrita en términos de la misma. Cuando la IASP define al dolor en estos términos, asume la importancia que poseen los factores psicológicos. Vale decir que en esta definición el dolor es considerado una experiencia subjetiva, en la que se invalida el concepto de dolor como una modalidad exclusivamente sensorial concibiéndolo como una experiencia compleja en donde se le otorga importancia a las atribuciones y evaluaciones que la persona hace de la experiencia dolorosa (Miró, 2003).

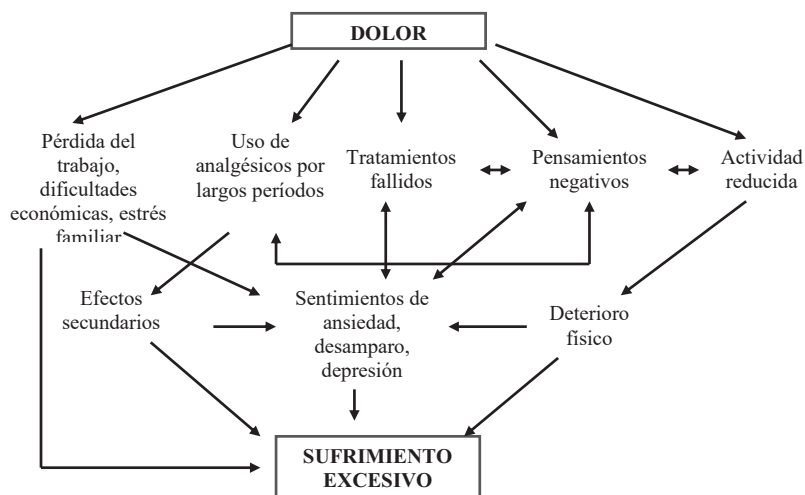
Seguido de lo anterior, el dolor puede dividirse en dos categorías: dolor agudo y dolor crónico. Por un lado, el dolor agudo es un tipo de dolor de aparición reciente y de corta duración, es decir, es un dolor limitado en el tiempo (dura segundos, horas, días, semanas). Se reconoce que este tipo de dolor no es intrínsecamente malo ya que posee el importante valor biológico de alertar a la persona acerca de la existencia de un daño. Además, una característica básica de este tipo de dolor es que debe remitir cuando el daño o la lesión que lo ha causado han sanado. Cuando se trata del dolor agudo, el profesional médico administra un tratamiento que, de ser exitoso, éste desaparece. Por otro lado, el DC hace referencia a un tipo de dolor persistente, duradero que no remite utilizando el tratamiento médico habitual. Esto es, es aquel tipo de dolor que persiste más de lo esperado, puede durar desde tres meses a años, a pesar del tratamiento médico administrado. Asimismo, este tipo de dolor persiste a pesar de que la causa que lo originó ha sanado (Miró, 2003). Dentro del DC, existe una gran variedad de síndromes: fibromialgia, lumbalgia, cervicalgia, artritis, artrosis, cefaleas, neuropatía diabética, síndrome doloroso regional complejo, neuralgia posherpética, neuralgia del trigémino, etc.

### Consecuencias del dolor crónico

Generalmente, el DC interfiere con la vida diaria de la persona ya que éste es debilitante y porque puede convertirse en el centro de la vida de los que lo sufren. En algunas personas que sufren de DC, las relaciones sociales, laborales y familiares se modifican: se apartan de las amistades, aumentan los conflictos y las discusiones familiares, las relaciones con los compañeros de trabajo se vuelven tensas, etc. También, se sienten mal emocionalmente: están desamparados, tristes, estresados, frustrados por los tratamientos fallidos. Además, cambian drásticamente su funcionamiento diario y se preocupan por su futuro. Estos pensamientos, sentimientos y comportamientos aumentan la angustia, fomentan la inactividad y la evitación de actividades que las personas temen que provoquen más dolor generando mayor deterioro físico y discapacidad. Así, se inicia un círculo vicioso que se perpetúa con el tiempo.

En muchas personas, el DC no sólo afecta al cuerpo (cabeza, hombros, cuello, espalda, entre otros) sino también la forma en que una persona trabaja, se relaciona con la gente, piensa y se comporta. El dolor puede afectar todo lo que una persona hace, hasta puede modificar el estado de ánimo, su nivel de actividad, los tipos de actividades que desarrolla y esto puede tener impacto en la experiencia de dolor de las mismas. Por ejemplo, alguien que sufre de dolor puede evitar socializarse con otros, pedir licencia por enfermedad en el trabajo, mirar televisión todo el día, le cuesta levantarse de la cama, etc.

**Gráfico 2.** Se presentan de manera resumida las diversas consecuencias del dolor crónico en la vida de los que lo sufren.



### Tratamiento del dolor crónico: presentación del caso Marta

Marta tiene 63 años y aunque si bien se ha divorciado de su primer esposo, se encuentra actualmente en pareja. Marta tiene dos hijos, una mujer y un varón de alrededor 40 años de edad. La paciente es ama de casa y se dedica a las actividades del hogar.

La paciente desde hace más de diez años le han diagnosticado artritis reumatoidea en tobillos, cadera, hombros y manos. Ella reporta una historia de dolor desde hace varios años atrás, y en la actualidad expresa poseer un dolor muy intenso (EVA: 10, siendo 0 ningún dolor y 10, el peor dolor imaginable) y continuo, aunque en las noches dice que se vuelve insoportable, impidiéndole dormir hace dos meses (“No me puedo dormir porque no me puedo relajar”). Marta ha hecho múltiples consultas con profesionales para recibir alivio de su condición, pero asume que nada le ha servido (“Me cansé de ver médicos. No me pueden ayudar”).

## **Estrategias de evaluación utilizadas**

La paciente fue evaluada tanto en la instancia pre-tratamiento como al finalizar el mismo y se realizó un seguimiento tres meses después de haber finalizado la intervención. En la evaluación inicial se emplearon dos modalidades de evaluación: entrevista clínica y aplicación de cuestionarios. Por un lado, en la entrevista clínica se inquirió acerca de la historia y situación actual de su enfermedad y de su problema de dolor, causas del dolor y diagnóstico médico, conceptualización y significado de su dolor, creencias de control del dolor, emociones que desencadena el dolor y aquellas que experimenta habitualmente, aspectos de su historia familiar y social, entre otros. Por otro lado, se evaluaron las variables ansiedad con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, State-Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), depresión con el Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 2006), calidad de vida con el Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36 Health Survey; Ware et al., 1993) e intensidad de dolor con la Escala Visual Análoga.

## **Formulación del caso**

Marta ha mostrado un nivel de funcionamiento psicosocial muy deteriorado que puede verse expresado en diferentes áreas de su vida. En cuanto a su estado de ánimo, Marta reporta que el dolor aparece con estado de ánimo negativo, específicamente se asocia a la ansiedad. Dice que su estado anímico permanente es de “nerviosismo”, dice no poder relajarse (“Me agarran contracturas y me dejan dura, me duelen”). Asimismo, expresa que su estado emocional cambió desde que el dolor apareció (“Me agarra el dolor y cambio totalmente”).

A nivel conductual Marta reporta grandes modificaciones en su vida diaria a partir de la aparición del dolor. Por un lado,

dice que el dolor es tan intenso que no puede hacer las actividades normales de su casa debido al dolor, por lo que tiene que recostarse en la cama durante períodos prolongados. Por otro lado, Marta ha dejado de realizar actividad física (andar en bicicleta diariamente) ya que el dolor no le ha permitido continuar con esa actividad (“Ya dejé de ser ágil. Ahora tengo vida sedentaria”). Asimismo, se ha observado que el dolor ha impactado notablemente en sus actividades sociales, recreativas y domésticas: dejó de salir con amigas o cuando logra salir con ellas, sólo habla de su dolor, dejó el coro y ya no estudia música. Las tareas del hogar sólo las realiza cuando se encuentra bien, cuando no tiene dolor recupera “el tiempo perdido” y hace las tareas que había dejado pendientes. Por otro lado, Marta expresa un agrado especial por la jardinería, pero debido al dolor ha dejado de hacerlo.

En el nivel cognitivo manifiesta sentirse culpable por el dolor que tiene, dice que la culpa es suya de poseer dolor, pero que si se lo propone y tiene a alguien que la ayude, cree que podría controlar el dolor. Lo notable es que parece mostrar voluntad y entusiasmo para “salir del problema”. Sin embargo, al preguntarle sobre el significado del dolor en su vida ella emplea las expresiones: “Es lo peor”, “Si tenés dolor no podés sentirte feliz”, “Quiero morirme”, “Estoy cansada de sufrir”, “¿Para qué quiero vivir así?” “Ya no aguanto más”, “Ya me había cansado de ir a médicos”, “El dolor está en todos lados”, “Estoy en una cárcel, el dolor me acompaña siempre”.

En cuanto al nivel social Marta manifiesta que sus hijos y su pareja la ayudan con las tareas. La paciente expresa que su pareja le da sostén y apoyo en su enfermedad, dice “Si no fuera por Juan, no tendría fuerzas para seguir adelante”. En este punto la paciente muestra un entorno social que puede sostenerla durante el tratamiento, por lo que se considera un aspecto favorable para la intervención. No obstante, en lo que refiere al ambiente social general muestra una retracción total durante los períodos de dolor intenso que, en el último tiempo, es permanente.

## Tratamiento cognitivo-comportamental del dolor crónico

El enfoque cognitivo-conductual para el tratamiento del DC es una perspectiva integrada que enfatiza el modo en que los individuos reaccionan ante su problema de dolor. Esta reacción ante el estímulo doloroso se considera una respuesta compleja y multideterminada, por lo que su abordaje requiere de una aproximación comprensiva del problema. Existe una gran variedad de intervenciones técnicas desde el modelo cognitivo-comportamental que se combinan para el tratamiento. Ellas incluyen la psicoeducación, el desarrollo de control por parte del paciente y el despliegue de estrategias de afrontamiento específicas (entrenamiento en relajación, desviación de la atención, visualización, etc.) (Adams, Poole y Richardson, 2005; Sharp, 2001).

Las técnicas cognitivo-comportamentales están diseñadas para ayudar a las personas a identificar y corregir conceptualizaciones distorsionadas y comportamientos desadaptativos y reemplazarlos por estrategias de afrontamiento más adaptativas que ayuden al paciente a hacer frente a su condición (Adams, et al., 2005; Weisenberg, 1999). En general, las técnicas cognitivo-comportamentales se utilizan como parte de un abordaje más comprensivo para el tratamiento del dolor. Desde este enfoque, se le enseña a los pacientes a adoptar un papel activo en su tratamiento en el cual se comprometan a desarrollar y desplegar una serie de comportamientos destinados a reparar los daños y modificar conductas desadaptativas (Weisenberg 1999).

*Diseño terapéutico.* Se realizó un estudio de caso a partir de una intervención de diez sesiones con una frecuencia semanal. Las sesiones psicoterapéuticas tuvieron una duración de aproximadamente sesenta minutos. La estructura de las sesiones fue la siguiente:

1º sesión: evaluación diagnóstica

2º a 9º sesión: intervención terapéutica

10º sesión: mantenimiento y prevención de recaídas. Evaluación pos-tratamiento.

La dinámica de las sesiones se mantuvo constante, comenzando con la revisión y puntuación de las tareas asignadas, luego se realizó la puntuación de la intensidad del dolor con la Escala Visual Análoga (EVA), después se siguió con el componente psicoeducativo seguido por el entrenamiento y práctica de técnicas específicas, y, por último, se realizó la asignación de tareas para el hogar.

En cuanto a las técnicas psicoterapéuticas utilizadas se emplearon:

Psicoeducación de mecanismos y factores asociados al dolor crónico.

Respiración abdominal.

Entrenamiento Autógeno.

Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva.

Reestructuración cognitiva.

Ejercicio inductor de sueño e higiene del sueño.

Técnicas de Imaginación visual.

Ejercicios de elongación y planificación de la actividad física.

Promoción del disfrutar y programación de actividades placenteras.

## Resultados

En cuanto a los datos recogidos en la entrevista de evaluación de resultados se observaron mejoras significativas en todas las áreas de la paciente. En primera instancia en el nivel conductual se instauraron períodos de descanso entre actividades para sostener el nivel de actividad diario con el objetivo de prevenir la aparición de fatiga y dolor. Asimismo, se mejoró el nivel de actividad física en gran medida mostrando incrementos muy significativos en las actividades: gimnasia artística (dos veces a la semana), yoga (una



vez a la semana), diariamente camina y anda en bicicleta y realiza danzas árabes con una frecuencia semanal. Además ha mostrado poder realizar las actividades domésticas sin inconvenientes, tareas que antes del tratamiento no podía realizar debido a su dolor. Por otro lado, se observó que Marta retomó sus actividades sociales como salir con amigas, salir a cenar con su pareja, reunirse con el grupo de juego de canasta y comenzar pintura artística.

En otro orden de cosas, a nivel cognitivo se observó que la paciente aumentó las creencias de control de su propio dolor, afirmando tener el control de sus episodios de dolor (“Yo misma puedo controlar mi dolor”, “Cuando el dolor está por venir, hago los ejercicios de respiración y relajación. Yo sola lo controlo”). Finalmente, el nivel emocional de la paciente muestra ser estable observado ello por la ausencia de períodos prolongado de ansiedad que mostraba la paciente antes de comenzar con el tratamiento.

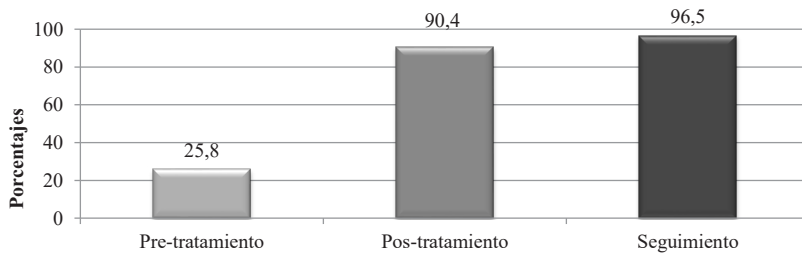
Una vez presentados los resultados tomados en la entrevista, se expondrán los resultados observados en los cuestionarios administrados a la paciente. Para ello, se presentarán los datos de manera gráfica comparando los puntajes pre-tratamiento con los observados luego de la intervención y aquellos reportados durante el seguimiento tres meses después de haber terminado con el tratamiento.

### *1.1. Calidad de vida*

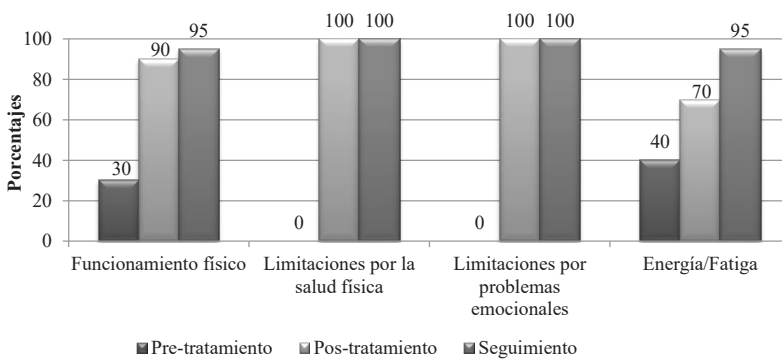
De acuerdo a los puntajes observados en el cuestionario de Calidad de Vida SF36, se mostraron aumentos significativos en los niveles de calidad de vida luego del tratamiento. Los cambios observados pueden verse no sólo en el puntaje global del cuestionario (calidad de vida general) sino también en las diferentes dimensiones que representan la calidad de vida (funcionamiento físico, limitaciones debidas a la salud física, limitaciones debidas a problemas emocionales, energía/fatiga, estado emocional, funcionamiento social dolor y salud general). Los porcentajes más altos

indican que el funcionamiento de la persona es más adecuado y óptimo.

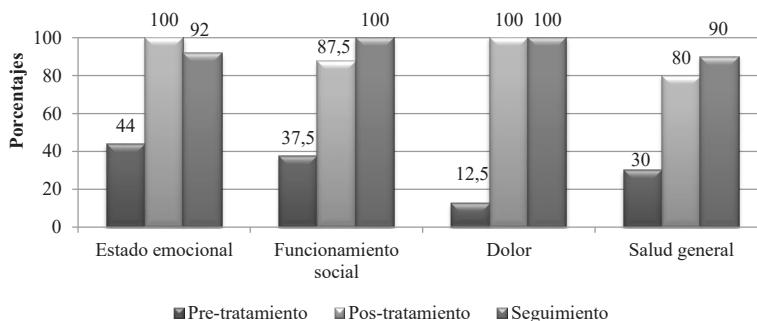
**Gráfico 3.** Aquí se observa el puntaje global del Cuestionario de Calidad de Vida SF36 en sus tres mediciones.



**Gráfico 4.** Se presentan los puntajes obtenidos en las diferentes áreas de calidad de vida en las instancias de pre-tratamiento, pos-tratamiento y seguimiento.



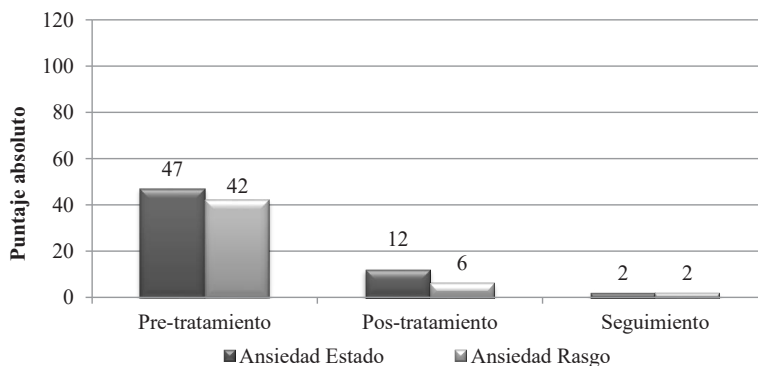
**Gráfico 5.** En este gráfico se pueden apreciar algunas áreas de la calidad de vida tanto en sus puntajes pre-tratamiento como luego de haber finalizado el mismo y el seguimiento.



## 1.2. Ansiedad

Los puntajes observados en las medidas pre-tratamiento y pos-tratamiento demuestran una disminución considerable de los niveles de ansiedad luego de haberse realizado la intervención (teniendo en cuenta que el puntaje máximo posible es de 120). Cabe añadir que durante el seguimiento se mantuvieron los cambios, e incluso se observaron reducciones mayores en la variable.

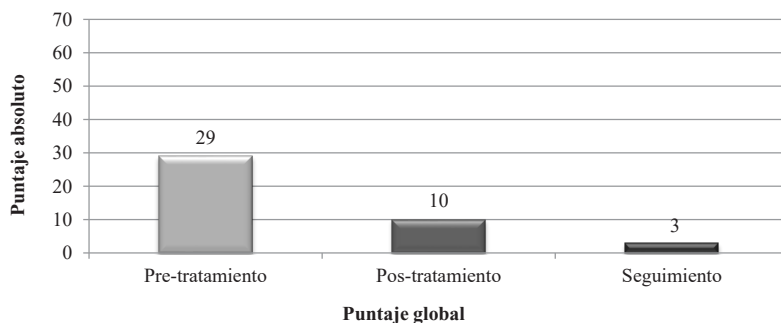
**Gráfico 6.** Aquí se observan los puntajes de ansiedad estado-rasgo en las tres mediciones realizadas.



### 1.3. Depresión

Los resultados observados en las medidas pre-tratamiento y pos-tratamiento demuestran que se observaron reducciones considerables en los niveles de depresión presentes antes del tratamiento, considerando que el máximo puntaje posible es de 63. Además, y al igual que en la variable ansiedad, en la medida de seguimiento se observó que el nivel de la variable se redujo aún más de lo observado en la medida pos-tratamiento.

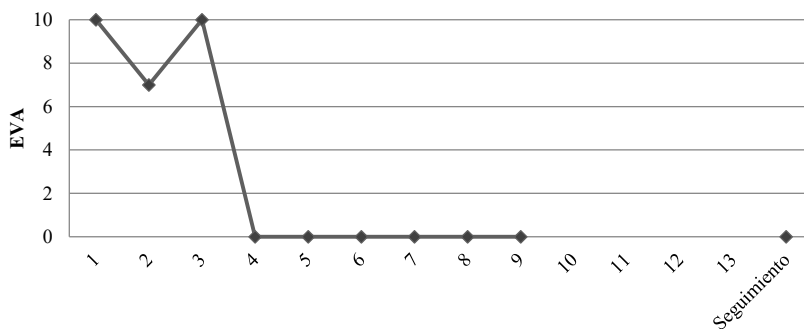
**Gráfico 7.** En este gráfico se muestran los puntajes obtenidos de depresión en las mediciones pre-tratamiento, pos-tratamiento y seguimiento.



### 1.4. Intensidad del dolor

En el caso de la variable intensidad de dolor las medidas se tomaron en todas las sesiones de tratamiento. La Escala Visual Análoga (EVA) permite obtener en una escala del 0 (ningún dolor) al 10 (el peor dolor imaginado) la intensidad de dolor percibida por el paciente. Los datos obtenidos muestran una reducción del dolor a 0 a partir de la cuarta semana de tratamiento manteniéndose durante el seguimiento.

**Gráfico 7.** Aquí puede observarse la intensidad del dolor percibida por el paciente durante las sesiones de tratamiento y durante el seguimiento.



## Discusión

A partir de los resultados observados podría decirse que la intervención en la paciente con artritis reumatoidea ha resultado exitosa tanto para eliminar el dolor percibido por la paciente como para producir mejoras en los niveles de depresión y ansiedad y aumentar de manera significativa el nivel de calidad de vida. Estos hallazgos son coherentes con los reportados por investigaciones realizadas en el área. En este sentido el tratamiento cognitivo-conductual del DC reveló ser capaz de aumentar la percepción de autoeficacia hacia el control del dolor, reducir la intensidad de dolor (Basler et al., 1997; Turk y Okifuji, 2002), modificar las cogniciones negativas relacionadas al dolor (Coughlin, Badura, Fleischer y Guck, 2000; Sullivan, Thorn, Haythornthwaite, Keefe, Martin, Bradley y Lefebvre, 2001; Thorn, Boothby y Sullivan, 2002), aumentar la calidad de vida de los pacientes, reducir los niveles de depresión y ansiedad y mejorar el funcionamiento en las actividades de la vida diaria (Moioli y Merayo, 2005).

A partir del análisis de los resultados puede pensarse que el tratamiento cognitivo-conductual del DC puede ser una oferta

de tratamiento beneficiosa para aquellos pacientes que presentan características similares a la paciente presentada en este estudio. Se cree que este tipo de intervenciones puede mejorar no sólo la situación de dolor del paciente sino que también, y más importante aún, puede mejorar la calidad de vida de los que sufren de dolor. Así, no habría que desdeñar este tipo de intervenciones en los casos de DC, ya que podrían potenciar el efecto del tratamiento médico y garantizarle al paciente un abordaje terapéutico más efectivo.

En otro orden de cosas, si bien un estudio de caso no permite arribar a la conclusión de que el tratamiento cognitivo-conductual del DC es efectivo, es un primer paso para aportar evidencia acerca de los beneficios de este tipo de intervenciones. Se cree que este tipo de diseños metodológicos, si bien no son suficientemente fuertes, pueden servir como diseños disparadores de otros abordajes más completos y fuertes a nivel metodológico. Por lo dicho, se piensa que deben desarrollarse más investigaciones tendientes a poner a prueba este tipo de intervenciones con el fin de aportar más evidencia acerca de la efectividad, eficiencia y eficacia del tratamiento cognitivo-conductual del DC.



# Prevenir la conducta suicida en adolescentes: un desafío posible basado en la evidencia

---

*Desuque Diego<sup>1</sup>, Lemos Viviana<sup>2</sup> y Chimpén López Carlos<sup>3</sup>*

## Introducción

El suicidio es una problemática que va en constante aumento. La OMS estima que para el año 2020, las muertes por suicidio a nivel mundial crecerán un 50%, llegando a los 1,5 millones de suicidios por año (Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, 2011). La gravedad de la situación es tal, que mundialmente el suicidio es una de las cinco causas de mortalidad en la franja de edad entre 15 a 19 años y, en muchos países, representa la primera o segunda causa de muerte tanto en los varones como en las mujeres de este grupo de edad (Raheb, Bielsa, Batlle, Rafael, & Tomás, 2006). Al mismo tiempo, a nivel mundial, se calcula que se produce un suicidio consumado cada 40 segundos. Según datos del año 2009 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Argentina ocupa el quinto lugar (7.8%) en lo que respecta a las tasas de suicidio en Latinoamérica, y se ha podido detectar que entre el 11% y el 13% de los adolescentes

---

<sup>1</sup> Diego A. Desuque. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Adventista del Plata (UAP). E – mail: diegodesuque@gmail.com

<sup>2</sup> Viviana Lemos. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Centro de Investigaciones en Psicología y Ciencias Afines (CIPCA) de la Universidad Adventista del Plata (UAP).  
E-mail: vivianoemilemos@gmail.com

<sup>3</sup> Carlos Alexis Chimpén López. Centro: Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional. Universidad de Extremadura. Profesor de Psiquiatría y Psicofarmacología. Campus de Cáceres, Universidad de Extremadura. Avda de la Universidad, s/n; 10003, Cáceres, España.



escolarizados se encontraban en riesgo suicida (Estudios e Investigaciones en Salud Mental y Adicciones, 2011).

La prevención del suicidio en adolescentes, por tanto, es un tema imprescindible y aún muy poco desarrollado en Argentina, a pesar de los esfuerzos realizados tanto a nivel Nacional como Provincial. Salvo unas pocas excepciones, como la tarea que viene realizando hace años el Lic. Martínez (2007), el resto de la prevención, aparte de ser generalmente ocasional, no suele ser evaluada.

Así mismo, la prevención del suicidio a nivel mundial presenta serias limitaciones, siendo uno de los principales problemas la falta de evaluación, o de una evaluación adecuada, de las acciones que se desarrollan en este sentido. Por otra parte, los programas de prevención que se desarrollan muchas veces presentan un diseño metodológico muy débil, lo que no permite estimar la eficacia de los mismos.

El problema del suicidio puede entenderse como un continuo, que comienza por los deseos de morir, pudiendo avanzar hacia la ideación suicida, el intento de suicidio, y en el peor de los casos, finalizar con el suicidio consumado. La ideación de suicidio es mucho más frecuente de lo que se piensa, ya que entre el 40% y el 60% de los adolescentes experimentan alguna forma de ideación suicida, siendo este porcentaje más frecuente que la depresión (Lennings, 1994).

Si se atiende al intento de suicidio, la situación es más compleja, ya que presenta el agravante de que el 33% de las personas que han intentado suicidarse, vuelve a intentarlo dentro de los cuatro años siguientes (Christiansen y Jensen, 2007).

En cuanto a la etapa del ciclo vital, la prevención del suicidio podría centrarse en edades en las que los jóvenes son más vulnerables y donde presenten mayor plasticidad cognitiva para realizar cambios que les ayuden a afrontar las diferentes problemáticas de la vida de una manera productiva y saludable. Teniendo en cuenta esto, hay evidencias para pensar que la adolescencia es un buen momento para implementar estrategias de prevención.

En cuanto al lugar dónde se puede realizar la prevención, y considerando la importancia que el colegio secundario tiene para los adolescentes y el tiempo que pasan en las instituciones, el incorporar programas de prevención sobre el suicidio, y promover estilos de afrontamiento saludables y funcionales en el ámbito escolar parece ser una de las mejores opciones para prevenir esta problemática.

Es necesario enseñar a los adolescentes diferentes alternativas de respuestas saludables y brindar las herramientas y recursos que les permitan entender que las dificultades pueden afrontarse, y que pueden vivir con esperanza.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado, el objetivo del presente trabajo ha sido desarrollar y evaluar la eficacia de un programa de prevención de la conducta suicida basado en la evidencia y enfocado en la etapa de la adolescencia como una de las más adecuadas para este propósito.

## **Factores vinculados al suicidio**

En primer lugar, para una mejor comprensión del programa de prevención que ofrecemos, cabe dedicar un apartado a los factores vinculados al suicidio.

La depresión y el comportamiento suicida entre los jóvenes es un fenómeno complejo y multideterminado. El desarrollo y manifestaciones de estos problemas han sido relacionados, entre otros factores, con la desesperanza, el rechazo familiar, la pérdida de un ser querido, una relación caótica y vínculos familiares alterados (Orbach, 1999). Otros factores que la experiencia y las investigaciones en suicidología han encontrado muy vinculados al suicidio, son las escasas *Habilidades sociales*, el *Afrontamiento* improductivo y la inadecuada capacidad de *Solucionar problemas*, entre otros.

La *Desesperanza*, teniendo en cuenta la relación tan estrecha que presenta con el riesgo de suicidio, fue estudiada por el pionero Aaron Beck (1974), quien propuso las distorsiones cognitivas como la problemática central de las personas que sufrían depresión y definió la desesperanza como una variable cognitiva que subyace al comportamiento suicida. Abramson, Metalsky y Alloy (1989) también estudiaron la desesperanza y plantearon lo que se llamó depresión por desesperanza. Ambas teorías se complementan, y coinciden en considerar este factor directamente relacionado con el riesgo de suicidio.

En el marco de la depresión, la desesperanza sería un constructo importante para entender esta problemática, ya que es una característica central y sirve como enlace entre la depresión y el suicidio. Ayyash-Abdo (2002); Beck, Steer, Kovacs y Garrison (1985); Lee (1978); Pereyra (1991); Raheb (2006) y Rutter y Behrendt (2004); también destacan el vínculo y la relación entre la desesperanza y la conducta suicida.

Ellis (2008) expresa que el constructo de Desesperanza es la excepción que ha permitido que se beneficie la terapia y la investigación en el aspecto cognitivo de ideación y comportamiento suicida, siendo este constructo una de las contribuciones más valiosas hasta la fecha. Actualmente, se toma esta variable como un indicador de riesgo de suicidio más específico que la depresión. Contando con medios para evaluarla, los esfuerzos se podrían centrar en detectar y disminuir la *Desesperanza* en los adolescentes, proporcionándoles recursos para lograr este objetivo.

Por otra parte, la solución de problemas es el proceso de encontrar una solución eficaz a una situación problema. Un problema puede ser un acontecimiento único o una serie de problemas. De la misma manera, la situación problemática puede originarse dentro de la persona o en el ambiente (Nezu y Nezu, 1998). Es muy relevante destacar que dentro de la investigación de la cognición y suicidio, uno de los hallazgos más consistentes fue la asociación entre resolución ineficaz de problemas y el com-

portamiento e ideación suicida. Asimismo, el pensamiento desesperanzado de todo o nada estaría vinculado con la dificultad para resolver problemas, mientras que los estresores de la vida que fracasan en resolverse aumentan la desesperanza (Reinecke, 2008).

Otro factor a tener en cuenta sería el de las habilidades sociales. Según Caballo (1998) se podría definir la conducta socialmente habilidosa como un conjunto de conductas expuestas por una persona en un contexto interpersonal que expresa los deseos, sentimientos, opiniones, actitudes o derechos de esa persona, de una manera adecuada a la situación, respetando también esas conductas en los demás, y que generalmente, soluciona los problemas inmediatos de la situación minimizando la probabilidad de futuros problemas. Santos Fernandes, de Oliveira Falcone, y Sardinha (2012) encontraron en su investigación que los déficits en habilidades sociales pueden constituir un factor de vulnerabilidad para la depresión. Los beneficios de enseñar habilidades sociales a los adolescentes han sido destacados por diversos autores como Caballo (1998); Christopher et al. (1993); Wise y Bundy (1991); Durlak, Weissberg, y Pachan (2010); Engels, Dekovic, y Meeus (2002); Harrell, Mercer y DeRosier (2009); Foxx, McMorro, Hernández, Kyle y Bittle (1987) y Christopher, Nangle y Hansen (1993).

## **Descripción del programa de prevención**

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se propone un programa de prevención del suicidio constituido por 11 sesiones semanales de 80 minutos, de las cuales 2 están enfocadas principalmente a la evaluación y a la creación de la relación con el grupo de adolescentes (la primera y la última sesión).

Se confeccionó un manual para los profesionales y otro manual para los participantes del programa donde se especifican y explican claramente las diferentes actividades e intervenciones a

llevar a cabo, las cuales fueron ideadas en formato grupal, con un máximo de 15 participantes por grupo. Cada grupo puede estar constituido por personas de ambos sexos y pertenecientes a distintos cursos, lo cual facilita la realización de ciertas actividades y la interacción entre compañeros.

Es importante mencionar que es muy recomendable la realización de un encuentro (Pre-intervención) para conversar con los adolescentes, explicarles en qué va a consistir el programa, su duración y contenidos, así como intentar motivarlos para la participación en el mismo. Para este último objetivo, basándonos en la experiencia en el trabajo con adolescentes, podrían utilizarse incentivos verbales y materiales, los mismos deberían reforzarse en cada sesión, ofreciendo, en caso de ser posible, un incentivo mayor (atractivo y educativo) para quienes finalicen el programa.

Si bien se trata de un programa de prevención del suicidio, prácticamente en ningún momento se habla directamente de este tema, salvo que los participantes lo mencionen cuando en la sesión dedicada al estado de ánimo se habla de las consecuencias de la depresión y la desesperanza. Una recomendación para que este programa u otros similares no sean rechazados en las instituciones educativas, es presentarlo desde la psicología positiva, y no enfatizar el propósito del mismo con un nombre que implique la palabra *suicidio*. Esto previene temores injustificados en los directivos y supervisores que no están actualizados con la temática, los cuales podrían traer aparejados trabas a la realización del programa en el colegio.

La dinámica del programa implica una alta interacción tanto del facilitador del mismo como entre los participantes. Una forma de asegurarse que lo realizado y enseñado tendrá mayor probabilidad de ser aprendido, tiene que ver con las “tareas para la casa” que se les asignan a los adolescentes en casi todas las sesiones. Esto está vinculado con la técnica de autocontrol, y tareas cognitivo conductuales, que los participantes deben realizar en el intervalo entre sesiones, para luego traer por escrito (en su ma-

nual) el resultado de su experiencia con la tarea. Dependiendo de la naturaleza de esta última, los resultados pueden compartirse con el grupo, para poner en evidencia aquellos logros que pueden ir obteniendo en su conducta o manera de pensar.

Se trata de un programa multicomponente, donde se combina la psicoeducación, con técnicas cognitivo conductuales y con la novedad de la incorporación de una técnica narrativa específica llamada *El árbol de la vida*.

La sesión 2 es básicamente psicoeducativa, y si bien la psicoeducación se realiza en diferentes temas y momentos dentro del programa, en esta sesión se pone más énfasis en este aspecto. Se hablará, específicamente, sobre las atribuciones negativas y el impacto que estas tienen en nuestra conducta y salud. De esta manera, se describen los síntomas del estado de ánimo bajo, depresión y desesperanza, así como las posibles conductas y emociones de las personas que se encuentran en este estado. Una idea que se reitera a lo largo del programa de prevención, es que lo que están aprendiendo no sólo es útil para cuidarse y conocerse mejor ellos mismos, sino que también sirve para detectar y ayudar a otros compañeros o personas que no se encuentran bien.

En la 3° sesión, se les enseña a los adolescentes el impacto que tiene en nuestra mente las atribuciones positivas. Para reforzar esto, la tarea para la casa que se les solicita (y que deben traerla en la 4° sesión) implica el registro en su manual de las atribuciones positivas que hayan realizado en la semana, así como también las conductas diarias realizadas. Luego en la 4° sesión, cuando traen la tarea realizada, se completa un gráfico (también disponible en el manual) donde pueden apreciar la relación entre las conductas saludables y las atribuciones positivas.

La 4° sesión es muy intensa en contenido, ya que se les enseña a los jóvenes la técnica de 5 pasos de solución de problemas. Esto implica desde reconocer el problema hasta aplicar posibles soluciones. En la sesión se dan diferentes ejemplos de problemas y se aplican los 5 pasos para que los participantes vean cómo fun-

ciona. Luego, como tarea para la casa, deberán realizar durante la semana por lo menos un ejercicio completo de solución de problemas, que se aplique a una situación real de ellos mismos. La enseñanza y realización de este ejercicio promueve la flexibilidad cognitiva al poder pensar y entender los problemas desde diferentes perspectivas proponiendo diversas soluciones.

En la 5° sesión se trabaja sobre las diferentes emociones que se pueden experimentar, y la importancia de contar con habilidades emocionales. Se realiza un ejercicio de imaginación, donde los adolescentes pueden comprobar el estrecho vínculo que existe entre las emociones y el pensamiento. También se les enseña sobre autorreforzamiento, y la utilidad que puede tener para motivarse y lograr objetivos.

En la 6° sesión se trabaja con reestructuración cognitiva. Se enseña a los jóvenes los principales errores de pensamiento que las personas suelen tener, y cómo esto afecta luego sus decisiones y conductas. Para esto se utiliza el humor (se muestran videos divertidos que ejemplifican estos errores de pensamiento). También se enseñan técnicas cognitivas conductuales simples pero efectivas para distraerse o dejar de pensar en algo que no les está haciendo bien.

En la 7°, 8° y 10° sesión, se trabaja con la técnica narrativa El árbol de la vida. Esta última fue desarrollada por Ncube y Denborough (2008) para trabajar con niños y niñas sobrevivientes del genocidio de Ruanda, con el objetivo de reducir los efectos del trauma y resaltar sus capacidades y conocimientos sin retraumatizarles. Tiene múltiples objetivos y aplicaciones. Un aprendizaje importante que intenta dejar, es que la vida normalmente presenta situaciones adversas o problemas y que todas las personas hacen algo para reducir los efectos negativos en sus vidas. Otro aspecto relevante es que esta técnica permite a cada participante identificar sus recursos y fortalezas en un contexto comunitario, para después tenerlos en cuenta al enfrentarse a las situaciones problemáticas. También apunta directamente a fomentar la esperanza, destacando el apoyo que se puede recibir de personas significati-

vas y pone énfasis en los proyectos y deseos que los adolescentes tienen para su futuro. Esta técnica narrativa está atravesada por un enfoque de psicología positiva, donde los valores, la espiritualidad y el sentido de comunidad se destacan constantemente.

Al utilizar esta metodología en el ámbito educativo, es fundamental la creación de un contexto emocionalmente seguro, propicio para el desarrollo de conversaciones acerca de las experiencias posiblemente traumáticas por las que han pasado los adolescentes con ideación suicida.

El taller del Árbol de la Vida se realiza en cuatro etapas: (1) el dibujo y construcción del árbol; (2) la construcción colectiva del bosque de la vida; (3) cuando llega la tormenta: amenazas, secuelas, dificultades y respuestas; (4) certificados y celebración. Nosotros las hemos tenido en cuenta en las siguientes sesiones.

En la 7° sesión los participantes comienzan con la técnica narrativa arriba mencionada. Se comienza hablando de los árboles, sus características y propiedades. Luego se continúa dibujando un árbol en un espacio especialmente asignado en el manual. Se les indica cómo comenzar a completarlo colocando palabras, frases, nombres, lugares, personas significativas, sueños y esperanzas, etc. Desde la raíz hasta las hojas y los frutos del árbol. Esto no sólo les otorga o refuerza un sentido de identidad y pertenencia, sino que resalta sus fortalezas y los orienta hacia sus seres significativos, y sus sueños y esperanzas que tienen hacia el futuro.

Las raíces: en este lugar los chicos/as hablan acerca del país y ciudad de procedencia de sus antepasados, de sus familiares y el origen de su apellido, y de aquellos que les han enseñado valores importantes para sus vidas, entre otras cosas.

La tierra: los chicos/as hablan de su ciudad, de su casa, de sus lugares favoritos, etc

El tronco: es un disparador para hablar de sus habilidades, capacidades, conocimientos y valores, de aquello que les gusta y hacen bien y que proviene incluso de su infancia y todavía conservan.



Las ramas: se usan para hablar acerca de las esperanzas, sueños y deseos de futuro que tienen para sus vidas y de dónde provienen estos.

Hojas: se hablaría de las personas o incluso personajes ficticios o mascotas, que son relevantes para los adolescentes.

Flores y frutos: serían los regalos, valores o dones que nos han dejado estas personas o personajes importantes en nuestras vidas. Es importante encontrar una conexión o vínculo entre valores y personas significativas, entre sueños de futuro y recuerdos significativos de su pasado, dando forma de historia a todo lo que se cuenta.

La 8° sesión se centra en las tormentas del árbol. Se pone énfasis que así como los árboles deben soportar problemas (tormentas, ciclones, rayos, efectos nocivos del ser humano, etc.) también nosotros tenemos dificultades en la vida. Pero es muy importante que se les explique que así como las tormentas pasan, también pasan los problemas en la vida. En esta sesión también se trabaja con el concepto de afrontamiento y se enseña sobre habilidades sociales y la importancia de éstas para estar bien. Se analizan algunos de los peligros que deben afrontar los adolescentes y qué cosas hacen para enfrentarse a ellos.

En la 9° sesión, se continúa trabajando con las habilidades sociales, pero en este caso en las habilidades sociales grupales, para esto se utiliza el juego de roles, donde algunos de los adolescentes representan situaciones, y el resto, mediante una grilla de habilidades sociales debe identificar las conductas adecuadas para la situación. En esta sesión también se les enseña a establecer objetivos a corto, mediano y largo plazo. Para la siguiente sesión deben traer en su manual el cuadro completo con sus objetivos.

En la 10° sesión, se habla de *El bosque*. El objetivo es mostrar a los adolescentes que nunca están solos y que se puede recurrir a personas para recibir apoyo frente a los problemas. Una forma gráfica y práctica de que entiendan esto, es hacerles colocar los árboles que cada uno dibujo, uno al lado del otro. Cuando se les pregunta que es lo que ven, en seguida se dan cuenta que es

un bosque. Se los guía con preguntas que hacen que se den cuenta que cada árbol es diferente, pero que se puede estar juntos, y que de hecho vivimos en comunidad y rodeados de personas. En esta oportunidad se aprovecha a hablar de los valores y la espiritualidad, y de lo importante que es para estar saludables y poder compartir y ayudar a otras personas.

La 11° sesión, con la cual finaliza el programa, resulta muy significativa para los adolescentes, ya que además de los premios, se hace entrega un certificado para cada uno de los adolescentes, donde consta la realización y adecuada finalización del programa.

La estructura del programa de prevención propuesto puede observarse en la figura 1.

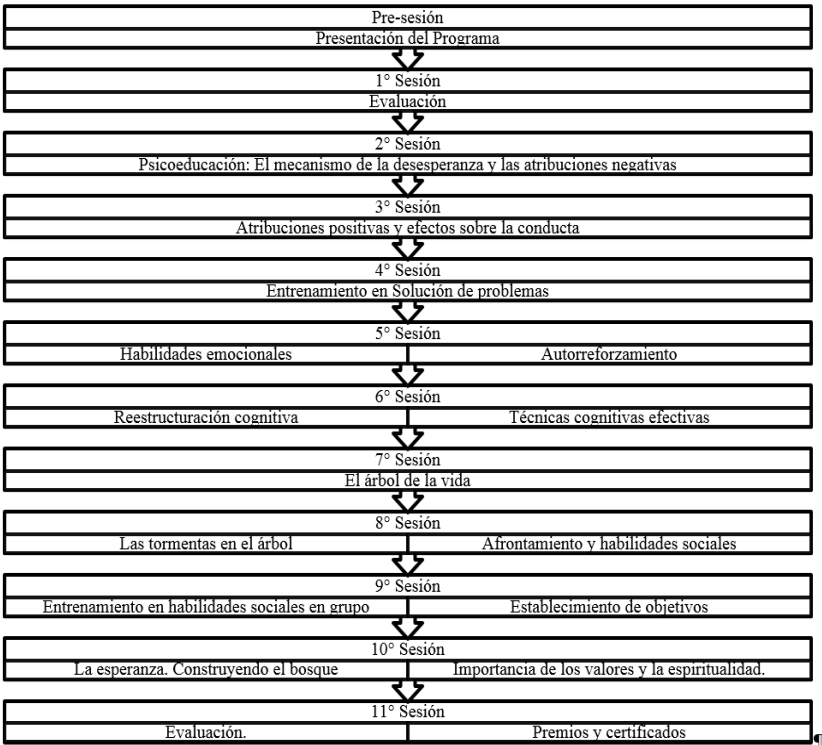


Figura 1. Estructura del Programa de prevención del suicidio en adolescentes.

Evaluación de la eficacia del programa de prevención del suicidio

El programa, anteriormente presentado, fue implementado en una muestra de 244 adolescentes escolarizados, estudiantes de colegios secundarios, los cuales fueron seleccionados de manera intencional. Se trabajó con población normal, no clínica.

Según los tipos y diseños de investigación presentados por Kerlinger y Howard (2001), este trabajo se enmarcó en un estudio Cuasi-experimental, longitudinal de grupo control sin tratamiento.

Se tuvo en cuenta que tanto el grupo cuasi-experimental ( $n = 112$ ) como el grupo control ( $n = 132$ ) tuvieran características similares, respetando el criterio de equivalencia entre los grupos (Kerlinger y Howard, 2001), en las variables de control contempladas.

Los instrumentos utilizados en el programa fueron los siguientes:

La escala de desesperanza de Beck, (Beck Hopelessness Scale, BHS), desarrollada por Beck, Weissman, Lester y Trexler (1974). El BHS fue validado para ser utilizado en adolescentes de población de Entre Ríos, Argentina, por Lemos, Desuque y Rizzo (2012, inédito).

El CCCS18, diseñado por Ruiz Hernández; Navarro-Ruiz; Torrente Hernández y Rodríguez González (2005). Fue validado para ser utilizado en adolescentes de población argentina por Desuque, Vargas y Lemos (2011).

Preguntas directas de conducta suicida, Elaborado por Perales, Sogi, Sanchez y Salas (1995), luego fue adaptado en 2003 por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (Saavedra Castillo, 2003).

El ACS, construido por Frydenberg y Lewis (1996). Pereña y Seisdedos lo adaptaron al español en 1997. Finalmente, la escala fue revisada y adaptada para la Argentina por Richaud de Minzi (2003).

El programa de prevención fue realizado sólo en el Grupo con intervención. Los colegios que actuaron como grupo control fueron los colegios donde no permitieron realizar el programa de prevención, pero sí permitieron que los alumnos participaran (previo consentimiento informado) completando los cuestionarios en los diferentes momentos solicitados.

La investigación incluyó la evaluación en tres momentos de las siguientes variables de estudio: (a) desesperanza, (b) actitudes sobre el suicidio, (c) indicadores directos de conducta suicida y (d) afrontamiento).

Se administró la totalidad de los cuestionarios antes de iniciar el tratamiento, y se volvió a administrarlos luego de finalizar el mismo (al cabo de tres meses aproximadamente). Se realizó también una tercera evaluación de seguimiento al cabo de aproximadamente cuatro meses, luego de finalizado el programa de prevención, para observar el curso de las variables estudiadas.

Los resultados fueron muy satisfactorios, hallándose diferencias estadísticamente significativas, a favor de la eficacia del programa, en todas las variables estudiadas.

En la variable *Desesperanza*, se observó una disminución significativa luego del programa de prevención, ( $t(111) = 4.163$ ;  $p < .000$ ;  $d = 0.35$ ). En el grupo control no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las evaluaciones.

En las *actitudes sobre el sobre el suicidio* también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $t(111) = 2.226$ ;  $p = .028$ ;  $d = 0.14$ ), que indicaron la disminución de las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en los adolescentes. En el grupo control no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las evaluaciones.

En las *Preguntas directas de conducta suicida* también se observó una disminución estadísticamente significativa ( $t(111) = 2.771$ ;  $p = .007$ ;  $d = 0.21$ ) en el grupo que participó de programa de prevención. En esta variable el grupo control también disminuyó el riesgo significativamente ( $t(131) = 2.560$ ;  $p = .012$ ;  $d =$

0.21), muy probablemente por el efecto de la descarga de ansiedad que podría producir el responder los cuestionarios utilizados, permitiendo a los adolescentes expresar sus pensamientos y sentimientos. Sin embargo, este efecto sería de corta duración, ya que cuando se evaluó el *seguimiento* en el grupo control no se hallaron diferencias significativas ( $t(131) = 0.024; p = .981$ ).

Al momento de evaluar el *seguimiento*, se mantuvieron los resultados en *Desesperanza* ( $t(111) = 3.680; p < .000; d = 0.33$ ); en *Actitudes hacia el suicidio* ( $t(111) = 2.255; p = .026; d = 0.20$ ) y en *Preguntas directas de conducta suicida* ( $t(111) = 2.954; p = .004; d = 0.29$ ).

En cuanto al *Afrontamiento*, fue posible observar un perfil de afrontamiento más funcional en los adolescentes luego de participar del programa de prevención, consiguiendo mejorar de manera estadísticamente significativa las estrategias de *reestructuración cognitiva* ( $t_{(111)} = 4.812; p < .000; d = 0.44$ ), *focalización en el problema* ( $t_{(111)} = 2.887; p = .005; d = 0.28$ ), *evasión por actividad física* ( $t_{(111)} = 3.733; p < .000; d = 0.27$ ), y disminuir las estrategias de *autoinculpación* ( $t_{(111)} = 2.084; p = .039; d = 0.18$ ), y una tendencia estadística en *no acción* ( $t_{(111)} = 1.926; p = .057; d = 0.16$ ). En cambio el grupo control se mantuvo muy similar a su situación inicial.

## Consideraciones finales

Existe mucha bibliografía acerca de la problemática del suicidio. Es cierto que se trata de un tema complejo y multidimensional dónde muchas veces la cantidad de factores que pueden estar involucrados puede desanimar a los investigadores. También es muy difícil hallar intervenciones que científicamente evidencien resultados adecuados. La escasez de programas de prevención con sustento científico es tal, que muchas veces los profesionales que se enfrentan con esta problemática, se encuentran con una

diversidad de propuestas teóricas, que al no tener fundamentos comprobables, hace que terminen actuando (ya sea en *prevención* o en *tratamiento*) *intuitivamente*, combinando *un poco de cada cosa* de lo hallado en la bibliografía, pero sin tener seguridad de estar actuando en la dirección correcta. Menos información aún existe sobre programas de prevención que hayan demostrado ser eficaces y que presenten un diseño metodológico adecuado. Por tal motivo, el desafío es continuar trabajando, para brindar a los profesionales e interesados en la temática estrategias y programas de prevención fundados en la investigación científica, que permitan ayudar a las personas de la mejor manera posible, con el menor costo posible y en el menor tiempo posible. Quizás la clave está en elegir aunque sea *una* dentro de las *múltiples variables* relacionadas al suicidio, y someterla a evaluación para conocer si vale la pena seguir avanzando en el estudio de dicha variable, con el fin de incorporarla de un modo adecuado a programas de prevención del suicidio.

El programa expuesto en este capítulo es una humilde demostración que se puede avanzar en este sentido y que es posible trabajar e investigar en prevención del suicidio basándose en evidencias.

Si fuera posible la replicación de los estudios que demuestran eficacia y/o eficiencia, poniendo a prueba aquellas acciones de prevención que se suponen son beneficiosas (en la teoría), utilizando diseños metodológicos que permitan respaldar adecuadamente lo realizado, podríamos estar en una situación mucho más avanzada en el área de la suicidología. Es llamativo que a esta altura de la historia y del desarrollo científico aún no se haya avanzado más en este sentido, y más aún, teniendo en cuenta que se trata de resguardar lo más valioso que tenemos: la vida.

Existen actualmente diferentes programas de prevención (Nacionales, Provinciales, Instituciones privadas, etc.) que podrían potenciarse y organizarse de tal manera que puedan ser evaluados. Más interesante aún sería que todos estos organismos (o

aunque sea algunos de ellos) formarán un frente común, un trabajo en red, compartiendo información y estrategias para mejorar los programas.

Si pudiéramos contar con programas de prevención del suicidio eficaces, basados en la evidencia, el siguiente paso sería, estratégicamente, incorporarlo a las instituciones educativas como parte del currículum educativo, lo cual permitiría una transferencia de gran impacto, pudiendo redundar en la disminución de suicidios y otras conductas de riesgo relacionadas, brindando un aporte muy significativo para la Salud Pública. Somos optimistas en este sentido, sabemos que en algún momento cercano, la psicología podría lograr este objetivo.

# Salud pública basada en la evidencia: aplicaciones en el campo de la prevención del consumo de drogas.

---

*Combina, Viviana\* y Medrano, Leonardo\*\**

*\*Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.*

*\*\*Universidad Siglo 21, Córdoba, Argentina.*

## Introducción

La experimentación con drogas se ha convertido en un comportamiento habitual en los adolescentes. Los sentimientos de vulnerabilidad y estrés, la búsqueda de novedades y los cambios en el contexto sociocultural inmediato llevan a considerar a la adolescencia como un periodo crítico para el consumo de drogas, pudiendo originarse durante esta etapa el abuso y dependencia de la misma (Jessor, 1998; Spear, 2000). Por ello, durante la última década han aumentado las investigaciones tendientes a describir y comprender los factores que aparecen asociados al uso y abuso de sustancias durante el periodo adolescente. De esta manera, el estudio de los factores asociados al uso y abuso de sustancias se ha transformado en una de las problemáticas más preocupantes de la Salud Pública para muchos países. La importancia de estudiar aquellos factores que se relacionan con el consumo de drogas en la adolescencia, se centra en la posibilidad de diseñar programas de intervención tendientes de disminuir dichos patrones problemáticos.

Al realizar un estudio en este ámbito resulta necesario distinguir entre el concepto de adicto y usuario. El consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales puede ser controlado y esporádico, relacionado con la curiosidad como sucede con el uso de drogas. Por el contrario, en caso de que el consumo sea repe-



tido debido a necesidades profundas de la persona se habla de adicción. Un nuevo fenómeno que explica el consumo de drogas, tanto ocasionalmente como a nivel de abuso y dependencia en adolescentes, es el consumo recreativo de drogas. Es indudable que el ocio y tiempo libre, la transformación de la diversión y de los hábitos de consumo se están convirtiendo en un fenómeno frecuente. Diversas investigaciones indican que para muchos adolescentes la búsqueda de placer y de nuevas experiencias es una razón suficiente para consumir drogas. En este sentido, estudios de tipo longitudinales demuestran con claridad que el consumo esporádico y recreativo de la droga puede evolucionar hacia la adicción (Brannon y Feist, 2001).

En general, los factores de riesgo/protección, es decir, aquellos estímulos o situaciones sociales que aumentan o disminuyen la vulnerabilidad respecto al consumo de drogas, han sido agrupados en tres dimensiones: factores de percepción de riesgo, indicadores de propensión a consumir e indicadores de vulnerabilidad. En el marco de las investigaciones desarrolladas, la *percepción del riesgo por consumo de drogas* es una variable de gran relevancia para explicar el consumo o no de una sustancia psicoactiva. De hecho, se considera que las personas tienden a tomar decisiones en función de las consecuencias positivas o negativas que van a obtener. Desde este marco se considera que es menos probable que un adolescente se inicie en el consumo de drogas si conoce las consecuencias adversas de este comportamiento, es decir que los adolescentes que consumen drogas no poseen un adecuado conocimiento del riesgo implicado (Marlatt, Baer y Quigley, 1999).

No obstante, la literatura señala que existen una gran cantidad de factores culturales, sociales e individuales que influyen en el consumo de droga por parte de los adolescentes. Uno de ellos es la *relación parental*. Investigaciones recientes señalan un creciente interés por estudiar la influencia de los factores sociales contextuales próximos y los efectos de la relación familiar sobre el comportamiento de consumo de sustancias en adolescentes. A partir

de una serie de estudios de carácter empírico, se observó que la calidad de la relación padre-hijo constituía un importante predictor del rechazo del consumo de droga (Ary, Duncan, Duncan y Hops, 1999; Boyd, Ashcraft y Belgrave, 2006; Mounts, 2000).

De esta manera, se observa un consenso general en considerar que la familia ejerce una influencia importante sobre los comportamientos protectivos y de riesgo de los adolescentes. Estudios longitudinales sugieren que la relación parental es un factor de gran influencia sobre el consumo de sustancia, aparentemente, el modelado de los padres, la selección de amigos y la comprensión son sólo algunas de las actividades que disminuyen las prácticas de riesgo. Cabe destacar que entre los factores protectivos más importantes se encuentra el monitoreo por parte de los padres. En efecto, al comparar la influencia de la relación de los pares, hermanos y padres sobre el consumo de drogas, se observó que la relación parental reportaba las correlaciones más elevadas con el consumo de sustancias.

Entre la gran variedad de predictores y variables correlacionadas, los problemas en las *relaciones sociales* se encuentran implicados como una de las causas centrales del consumo de drogas en adolescentes. Hallazgos provenientes de intervenciones preventivas para evitar el consumo de drogas en las escuelas, indican que las habilidades sociales (HHSS) y los comportamientos sociales competentes son una barrera efectiva para el consumo de sustancias. Desde este marco se hipotetiza que aquellos adolescentes con un repertorio adecuado de comportamiento interpersonal, no ceden frente a la presión de pares para el consumo de sustancias y generan estrategias alternativas tendientes a suplir comportamientos de riesgo (Andrews, Tildesley, Hops y Li, 2002; Beidel y Turner, 2007; Botvin, 1995.)

Guiados por elaboraciones teóricas y la acumulación de datos empíricos, una amplia variedad de programas de intervención basados en el entrenamiento en habilidades sociales, sostienen que la enseñanza de estas habilidades reducen la motivación para

consumir drogas, promueven sentimientos de bienestar, y proveen a los adolescentes de una serie de comportamientos alternativos para enfrentar eficazmente situaciones conflictivas. El entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) se basa en la siguiente premisa: si el consumo de sustancias tiene ciertas funciones para la persona, para que ésta reduzca o evite ingerir drogas es necesario que dichas funciones sean reemplazadas por conductas alternativas menos problemáticas (Cía, 2004; Caballo, 2001).

Tomando en consideración que la problemática del consumo de sustancias en Argentina aún no cuenta con información sistemática en relación a las variables que influyen en el inicio y mantenimiento del consumo pasta base/paco y considerando los desarrollos anteriormente planteados, el presente trabajo tiene por objetivo evaluar si *la percepción del riesgo por consumo de drogas, la relación parental y las relaciones sociales* resultan factores discriminantes entre adolescentes que consumen y no consumen pasta base/paco.

El *Paco* constituye una nueva droga que se ha instalado en los grandes centros urbanos de la Argentina. Si bien no es la droga más consumida en nuestro país, se observa que constituye la droga de mayor celeridad, aún en comparación con drogas de más consumo como la marihuana y la cocaína. De hecho, los estudios efectuados por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD), señalan que el consumo de pasta base presentó una celeridad del 74%. Aparentemente, en el último año se incorporaron alrededor de 27.000 nuevos consumidores, en su mayor parte adolescente menores de 19 años (OAD, 2007). A pesar de la importancia de esta problemática, aún no se cuenta con información sistemática en relación a las variables que influyen en el inicio y mantenimiento del consumo de pasta base en adolescentes.

El término *paco* proviene de la apócope de “Pasta base de Cocaína” o PBC. Técnicamente es la pasta extraída luego del proceso de maceración de las hojas de coca que sometida a ulteriores procesos con sustancias químicas podrá convertirse en clorhidrato de cocaína o también conocida como cocaína básica. Lo que se

consume hoy como paco sería un residuo de esta etapa final de elaboración del clorhidrato de cocaína (Becoña Iglesias, 2002). Por otra parte, algunos autores plantean que en realidad el paco no es el residuo final, sino que es una cocaína de muy baja calidad a la que se le agrega material de corte y se vuelven a poner productos químicos como éter u otro solvente asfáltico, para darle olor y la forma de tiza (lo que confunde a los consumidores llevándolos a creer que se trata de una sustancia pura).

En el presente capítulo se presenta un estudio empírico desarrollado con el objeto de evaluar si la percepción del riesgo por consumo de drogas, la relación parental y las relaciones sociales permiten pronosticar y discriminar entre adolescentes consumidores y no consumidores de pasta base/paco. De esta manera, se contará con evidencias empíricas locales que permitan guiar la elaboración de un Programa de Prevención de Droga destinados a adolescentes que cursen la escuela media de nuestro medio.

### **Análisis Discriminante de Factores Asociados al Consumo de Pasta Base/Paco**

Para desarrollar el estudio se utilizó la base de datos elaborada por el Observatorio Argentino de Drogas y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. La base cuenta con 61700 casos de adolescentes argentinos de ambos sexos (hombres = 44,7%; mujeres = 55,3%; figura 1) y con edades comprendidas entre los 11 y los 22 años (media de edad = 15,14 años). Los participantes pertenecen a 22 provincias de Argentina y a diferentes niveles socioeconómicos, dado que la encuesta se realizó tanto en colegios públicos como privados (públicos = 70,9%; privados= 29,1%; figura 3). Los datos fueron recolectados en el año 2005, la administración se realizó de forma colectiva y con el consentimiento informado de los participantes.

El cuestionario administrado (denominado *Encuesta Nacional a Estudiantes Secundario 2005*) contiene preguntas sobre características demográficas, características del colegio, características familiares, relaciones sociales, proyectos de vida y consumo de sustancias entre otras preguntas. Para la presente investigación se consideraron únicamente preguntas que hacían referencia a: 1) *Relación con los padres* (por ejemplo: ¿Tus papás saben dónde estás después de que salís del colegio?), 2) *Relaciones sociales* (por ejemplo: ¿Cómo es la relación que tienes con tus amigos más cercanos?) y 3) *Percepción de riesgo de consumo* (por ejemplo: ¿Te sentís informado sobre las consecuencias del consumo de droga?). Se tomaron dos indicadores por variable. Asimismo la base cuenta con información referida al *Consumo de pasta base* (**¿Has consumido pasta base?; “Si/No”**).

Los datos fueron procesados mediante un análisis discriminante, esta técnica estadística multivariada resulta útil en situaciones en las que se desea construir un modelo predictivo para pronosticar el grupo de pertenencia de un caso (*consumió pasta base vs. no consumió pasta base*) a partir de un conjunto de variables predictoras (*relaciones con los padres, relaciones sociales y percepción de riesgo de consumo*). Este procedimiento estadístico no solo permite explicar la pertenencia de cada individuo a cada grupo preestablecido en función de las variables predictoras, sino que también permite cuantificar el peso de cada una de ellas en la discriminación. En conjunto los resultados obtenidos brindan la información necesaria para determinar la probabilidad de pertenencia a cada grupo a partir de las puntuaciones obtenidas en las variables predictoras.

Con el objeto de identificar aquellas variables que contribuyen en mayor medida a la discriminación entre los grupos, se realizó un análisis discriminante por pasos (step wise). Éste método consiste en seleccionar inicialmente aquellas variables que posean un mayor poder de discriminación, en este caso el estadístico considerado para introducir o eliminar las variables fue el Lambda de Wilks ( $\lambda$ ).

Tabla 1: Variables introducidas por el análisis discriminante (método por pasos).

Paso	Variables	F	Sig.
1	¿Has tenido problemas con tus compañeros de la escuela? (RS)	666.36	0,00
2	¿Tus papás saben dónde estás después de que salís del colegio? (RP)	495.11	0,00
3	¿Cuántos días a la semana comes junto a tus padres? (RP)	364.73	0,00
4	¿Cómo es la relación que tienes con tus amigos más cercanos? (RS)	281.43	0,00
5	¿Has recibido cursos sobre las consecuencias del consumo de drogas en tu colegio? (PRC)	227.95	0,00

Nota: RS: Relaciones Sociales; RP: Relación Parental; PRC: Percepción de Riesgo de Consumo.

Se observó que las variables que permitían discriminar en mayor medida entre los grupos de consumidores y no consumidores de pasta base fueron los indicadores de relaciones sociales (paso 1 y 4) y las relaciones parentales (paso 2 y 3). Por otra parte se observó que los indicadores de percepción de riesgo de consumo presentaban la menor discriminación (paso 6). Más aún, se observó que estar informado sobre las consecuencias del consumo de drogas no constituía un factor discriminante estadísticamente significativo. Aparentemente, conocer las consecuencias del consumo de droga no permite diferenciar de manera eficiente entre adolescentes que consumen y no consumen pasta base.

## Hacia un Programa para la Prevención del Consumo de Drogas Basado en la Evidencia

Cualquier intento de prevenir el consumo de drogas en los adolescentes requiere de evidencias empíricas que den cuenta de cuáles son las variables implicadas en esta problemática. Los resultados obtenidos en el presente estudio resultan parcialmente coherentes con las investigaciones reportadas por la literatura

científica. De hecho, se observa que efectivamente las variables vinculadas a las relaciones sociales y parentales ejercen una poderosa influencia sobre el consumo de pasta base/paco (Andrews, Tildesley, Hops y Li, 2002; Mounts, 2000). Sin embargo, las variables vinculadas a la percepción de riesgo no han demostrado resultados de gran magnitud, incluso el hecho de conocer las consecuencias del consumo de pasta base-paco no permite pronosticar si el adolescente consumirá o no dicha droga.

Los resultados sugieren que las variables que poseen mayor poder pronóstico y discriminante se asocian con las relaciones sociales y parentales del adolescente. Por ejemplo, la primer variable ingresada en el modelo discriminante (¿Has tenido problemas con tus compañeros de la escuela?) se encuentra íntimamente relacionada con las HHSS y las relaciones sociales del adolescente. Como señalan investigaciones previas los problemas en la relación con los compañeros de la escuela son manifestaciones propias de estudiantes con déficit en HHSS (Possel y Abrams, 1993). Dichos estudiantes presentan comportamientos de tipo agresivo, lo que a su vez dificulta una adecuada adaptación el contexto social de la escuela. Asimismo, diversos estudios empíricos demostraron que intervenciones centradas en el entrenamiento en HHSS favorecen la aceptación de los compañeros y previenen problemas en las relaciones que éstos mantienen a largo plazo (Moote, Smyth y Wodarski, 1999; Possell y Abrams 1993).

De manera semejante la cuarta variable ingresada en el modelo (¿Cómo es la relación que tienes con tus amigos más cercanos?), evidencia el valor pronóstico de las relaciones sociales del adolescente en la predicción del consumo de pasta base. Los resultados indican que aquellos adolescentes que poseen relaciones de menor calidad (calificadas como malas o regulares) presentan mayores probabilidades de ingresar en el grupo de consumidores de pasta base, que aquellos estudiantes que muestran mayores niveles de calidad en las relaciones con sus amigos (relaciones calificadas como buenas o muy buenas por los adolescentes en-

cuestados). En función de la evidencia recabada puede presumirse que el entrenamiento en HHSS constituirá una estrategia efectiva para prevenir el consumo de pasta base en adolescentes, ya que los adolescentes que poseen un adecuado repertorio de comportamiento interpersonal presentan relaciones sociales más duraderas y de mejor calidad (Beidel y Turner, 2007).

Las relaciones con los padres también han mostrado un considerable valor pronóstico y discriminante. En efecto se observa que los adolescentes que comparten mayor cantidad de días de la semana junto a sus padres poseen menores probabilidades de pertenecer al grupo de consumidores de pasta base. Cabe acentuar también que las evidencias recabadas destacan el valor del monitoreo de los padres (¿Tus papás saben dónde estás después de que salís del colegio?). Los resultados obtenidos señalan que aquellos estudiantes cuyos padres demuestran mayor monitoreo o conocimiento de las actividades que realiza su hijo fuera del colegio, presentan mayores probabilidades de pertenecer al grupo de adolescentes no consumidores. Por el contrario, los adolescentes con mayor probabilidad de consumir pasta base-paco son aquellos cuyos padres desconocen sus actividades extracurriculares o bien presentan un pobre monitoreo sobre sus hijos.

Tal como se observa en las investigaciones previas consultadas, las conductas de monitoreo de los padres, junto a las de modelado e involucramiento, constituyen importante factores protectores y predictivos del uso y abuso de sustancia (Ary, Duncan, Duncan y Hops, 1999; Boyd, Ashcraft y Belgrave, 2006; Mounts, 2000). De hecho, el monitoreo de los padres permite aminorar la influencia que puede ejercer la red social próxima del adolescentes sobre la aparición de comportamientos de riesgo. Aunque en ésta etapa del desarrollo los pares constituyen una importante fuente de influencia sobre el comportamiento de los adolescentes, el monitoreo y selección de los pares que pueden realizar los padres sirve como un medio para disminuir la posible influencia negativa de los pares.



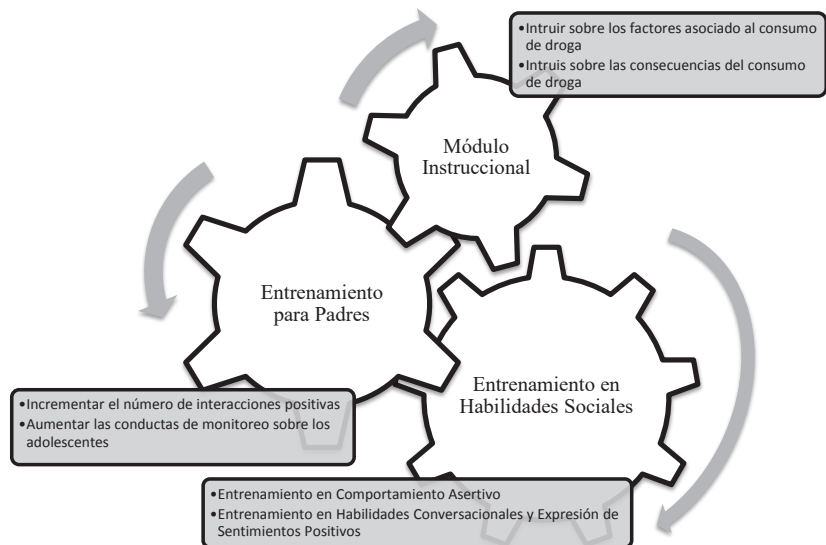
Durante la adolescencia se adquiere una autonomía cada vez mayor con respecto a los padres, observándose en general una disminución en las interacciones positivas entre padres e hijos (Inglés Saura, 2007). Este dato resulta preocupante considerando los resultados obtenidos, en este sentido sería provechoso incluir dentro de los programas de prevención destinados a disminuir el consumo de drogas intervenciones destinadas a mejorar la relación padres-hijo.

Por último, se observó que la percepción de riesgo de consumo posee un valor pronóstico inferior a las variables consideradas con anterioridad. Contrariamente a lo esperado conocer los riesgos del consumo de drogas no previene el consumo de pasta base/paco. Si bien los resultados señalan que los adolescentes que recibieron cursos de prevención presentan mayores probabilidades de pertenecer al grupo de no consumidores, conocer las consecuencias del consumo de pasta-base no es un factor que permite predecir si un adolescente consumirá o no dicha sustancia. Llamativamente se observa que los adolescentes que habían consumido pasta base se sentían más informados sobre las consecuencias de su consumo, que los adolescentes que nunca habían ingerido esta droga. De esta manera la evidencia empírica obtenida indicaría que la percepción de riesgo por consumo de drogas no resultaría un factor protector de tanta importancia o valor como lo son las relaciones sociales y parentales de los adolescentes. Este hecho es suma importancia considerando que la mayor parte de los cursos de prevención dictados en las instituciones escolares de nuestro medio generalmente se focalizan en la transmisión de información referida a las consecuencias adversas del consumo de drogas.

Informar sobre las consecuencias adversas del consumo de drogas legales e ilegales no sólo que no es una estrategia efectiva para prevenir el consumo de drogas, sino que incluso se ha observado que posee efectos contraproducentes ya que puede

umentan la creencia entre los adolescentes de que las drogas se consumen más de lo que en realidad se hace (Donaldson et al., 1995). Más aún, un meta-análisis realizado sobre la efectividad de los programas escolares de educación sobre el consumo de sustancias señala que esta estrategia no presenta resultados positivos ni siquiera considerando los efectos a corto plazo (Ennet, Tobler, Ringwalt y Flewelling, citado en Brannon y Feist, 2001).

Las evidencias recabadas en el presente estudio llevan a repensar los diseños de intervención que habitualmente se utilizan en nuestro medio para prevenir el consumo de drogas en adolescentes. Vale decir, a la luz de los resultados obtenidos sería recomendable diseñar programas de intervención preventivas que no sólo se centren en la instrucción sobre las consecuencias del consumo de drogas, sino que incluyan intervenciones tendientes a ampliar el repertorio de HHSS de los adolescentes (sobre todo los comportamientos sociales necesarios para rechazar el consumo de drogas y establecer nuevas redes sociales), incrementar el número de interacciones positivas con los padres y aumentar el monitoreo que éstos mantienen sobre el comportamiento de sus hijos. De esta manera se diseñó un Programa para la Prevención del Consumo de Drogas centrado fundamentalmente en el comportamiento interpersonal del adolescente (Figura 1). Este programa de prevención ha sido ideado para ser administrado de manera grupal y con la participación de los padres y adolescentes.



**Figura 1:** Componentes del Programa para la Prevención del Consumo de Drogas en Adolescentes

Tal como se presenta en la Figura 1 el programa se inicia con un módulo instruccional donde se informa a los padres y adolescentes no sólo sobre las consecuencias del consumo de drogas, sino también sobre la importancia de los factores algunos factores Protectivos como por ejemplo la relación parental. Posteriormente se continúa con un módulo de entrenamiento para padres, mediante el cual se intenta aumentar los sentimientos de empatía y comprensión hacia los hijos con el objeto incrementar las interacciones positivas y el monitoreo de los mismos (Inglés Saura, 2007). En pocas palabras este módulo consistiría en presentar a los padres una serie de comportamientos alternativos a considerar en la relación con su hijo, como son el uso de alabanzas y otras formas de atención positiva que funcionen como refuerzos de las conductas no adictivas. Sumado a ello, mediante el uso

de la instrucción, el modelado y el ensayo conductal, se entrena a los padres para que puedan brindar instrucciones u órdenes claras a sus hijos. El fin de este módulo de entrenamiento es la interrupción de estilos coercitivos de la interacción padres-hijo y el establecimiento de patrones de interacción más complejos y prosociales (McMahon 1998).

El último módulo del programa se focaliza en el EHS, específicamente de comportamientos asertivos y habilidades conversacionales y de expresión de sentimientos positivos. En efecto dichas dimensiones de las HHSS son necesarias para hacer respetar los propios derechos frente a la presión social del grupo de pares e iniciar nuevas relaciones o bien mantener relaciones sociales funcionales (Olaz, Medrano, Greco y Del Prette, 2009). De esta manera se espera que al aumentar el repertorio de comportamientos interpersonales se favorezca la disminución de comportamientos disfuncionales, aumente la autonomía del adolescente y se extiendan sus sentimientos de dominio sobre situaciones problemáticas (Caballo, 2001).

Cabe destacar que lejos de ser incompatibles entre sí, se hipotetiza la existencia de un efecto sinérgico entre los tres módulos del programa. En este sentido se considera que al aplicarse de manera integrada se lograría un mayor efecto en la prevención de conductas adictivas que si se aplicaran de manera separada. En efecto, a pesar de las diferencias existentes entre los módulos del programa, los propósitos generales son coincidentes. No obstante se requeriría de investigaciones empíricas tendientes a examinar en primera instancia la eficacia del programa para prevenir el consumo de drogas, y posteriormente para verificar la existencia de un efecto sinérgico entre los módulos que los componen.

Por último cabe señalar que si bien existen intervenciones que han demostrado ser eficaces para el *tratamiento* de trastornos por abuso de sustancia, como por ejemplo la terapia centrada en los factores conductuales de la drogadicción (Obriozola y Corral

Gargallo, 1990) y el tratamiento cognitivo por abuso de sustancias (Beck et al., 1993), son escasos los estudios desarrollados en el campo de la *prevención* del consumo de drogas en nuestro medio. De esta forma a partir del presente trabajo se espera contribuir en dos direcciones, en lo particular en el desarrollo de intervenciones tendientes a prevenir el consumo de drogas en adolescentes cordobeses y a nivel general a promover el desarrollo de una salud pública basada en la evidencia.

# Evaluación de la eficacia de un programa de entrenamiento para ingresantes universitarios: su impacto sobre la ansiedad ante los exámenes.

---

*Leonardo Adrián Medrano*  
*Universidad Siglo 21, Córdoba, Argentina*

## Introducción

La ansiedad ante los exámenes constituye uno de los problemas más habituales en los estudiantes de la escuela media y la universidad (Bausela Herreras, 2005; Valero Aguayo, 1999). Los sentimientos desagradables y de preocupación que experimentan los estudiantes en una situación de exámenes son aún más elevados en la población de ingresantes universitarios quienes se encuentran en una situación de gran presión debido a los cambios en los contenidos, los nuevos docentes y compañeros, las reorganizaciones curriculares y las nuevas exigencias educativas (Medrano, Galleano, Galera y Fernández, 2010; Nuñez et al., 2008).

Si bien resulta esperable convivir con cierto monto de ansiedad, ya que es una reacción emocional normal y constituye una experiencia universal de la especie humana, cuando esta se torna más intensa y recurrente puede influir negativamente sobre nuestro comportamiento. En efecto, elevados niveles de ansiedad afectan el desempeño sobre la tarea, disminuyen la autoestima y generalmente conllevan la pérdida de algún beneficio esperado (Gutiérrez Calvo y Averó, 1995). Asimismo se observa que en el contexto académico la ansiedad ante los exámenes interfiere sobre la atención, concentración y realización de los exámenes, aumenta el riesgo de deserción académica y deteriora el bienestar psicológicos de los estudiantes (Basuela Herreras, 2005; Nuñez et al., 2008)

La definición conceptual de la ansiedad ante los exámenes ha ido variando a lo largo de los años. Inicialmente se consideró a la ansiedad ante los exámenes como un constructo unidimensional que involucraba manifestaciones cognitivas (por ejemplo, pensamientos automáticos de inadecuación e inferioridad), conductuales (por ejemplo, movimientos nerviosos y abusos de sustancias) y fisiológicas (por ejemplo taquicardia, sudoración y náuseas). A partir de la década del 60 se comienzan a realizar ciertas especificaciones sobre este constructo, concretamente se diferencia el “estado de ansiedad” del “rasgo ansiógeno” siendo este último una característica estable de la personalidad. Sumado a lo anterior se comienzan a delimitar con mayor precisión los componentes de la experiencia ansiógena, diferenciándose un componente cognitivo denominado “preocupación” y un componente afectivo-fisiológico denominado “emocionalidad” (Liebert y Morris, 1967). Este Modelo Dual posteriormente fue reformulado por Sarason (1984) quien sugirió un Modelo Multidimensional de la ansiedad ante los exámenes compuesto por cuatro dimensiones: preocupación, pensamientos irrelevantes, tensión y síntomas corporales (Heredia, Piamontesi, Furlán y Hodapp, 2008).

Más allá del modelo teórico de base existen numerosas evidencias que señalan que la ansiedad ante los exámenes influye negativamente sobre el rendimiento académico, aunque no existe un acuerdo unánime acerca del modo en que se relacionan estas variables. La interpretación clásica de dicha relación fue formulada por Mandler y Sarason (1952), quienes sugieren que la ansiedad ante los exámenes ejerce un efecto negativo sobre el rendimiento. A partir de estos autores, diferentes investigaciones empíricas señalan que elevados niveles de ansiedad ante los exámenes aumentan la probabilidad de que ocurra un empobrecimiento en el rendimiento de los estudiantes (Cassady, 2004). Aparentemente una serie de pensamientos irrelevantes y de preocupación obstaculizan la concentración y favorecen la inhibición o bloqueo durante la situación de examen, llevando así a un pobre desempeño (Sarason, 1984).

Investigaciones más recientes postulan que los sentimientos de ansiedad ante los exámenes serían acompañados por un proceso deficiente de estudio (Nuñez et al., 2008). Aparentemente las competencias de estudio influye sobre la preparación del alumno para la situación de examen, una preparación deficiente puede llevar al alumno a percibir la situación de examen como amenazante y en consecuencia experimentar ansiedad. Este hecho lleva a reconsiderar la relación entre ansiedad y rendimiento ya que los bajos desempeños observados en los estudiantes ansiosos podrían atribuirse a una deficiente preparación para el examen. Por otra parte Cassady (2002) señala que la ansiedad ante los exámenes podría influir negativamente sobre el modo en que los estudiantes codifican, organizan y conceptualizan diferentes contenidos vinculados a sus estudios. En función de dicha interpretación la ansiedad ante los exámenes no sería una mera consecuencia de una deficiente preparación para los exámenes. A pesar de las controversias sobre la causalidad de la relación entre ansiedad ante los exámenes y preparación para el examen, se ha observado que las estrategias de aprendizaje constituyen un constructo relevante para explicar la ansiedad ante los exámenes y su relación con el rendimiento (Furlán, Rosas, Heredia, Piamontesi y Illbele, 2009). Tomando esto en consideración puede hipotetizarse que el entrenamiento en técnicas y estrategias para autorregular el estudio constituye una intervención efectiva para disminuir los niveles de ansiedad ante los exámenes experimentados por ingresantes universitarios (*hipótesis 1*).

Otra variable de importancia para indagar el fenómeno de la ansiedad ante los exámenes son los comportamientos sociales llevados a cabo en el contexto académico. De hecho, existe suficiente evidencia empírica para suponer que los estudiantes que llevan a cabo comportamientos socialmente competentes en el aula, presentarán menores niveles de ansiedad ante los exámenes (Chambless, Hunter y Jackson, 1982; Orenstein, Orenstein y Carr, 1975). La idea de que existe una relación inversamente

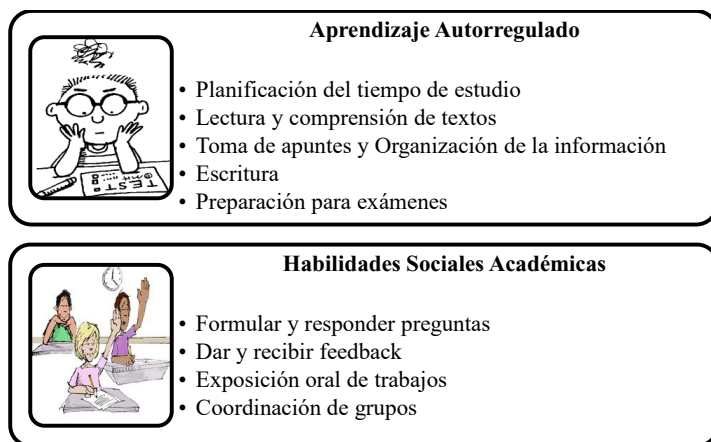


proporcional entre las variables ha sido apoyada por estudio locales (Medrano, 2008) donde se observó que los estudiantes con bajas creencias acerca de sus capacidades para llevar a cabo comportamientos interpersonales en el ámbito académico, tales como formular preguntas o exponer un trabajo en público, poseen altas manifestaciones cognitivas de ansiedad. Asimismo, Iruarrizaga y colaboradores (1999) observaron una disminución significativa en los niveles de ansiedad ante los exámenes luego de aplicar un programa de entrenamiento en habilidades sociales. Aparentemente los estudiantes que poseen mayores habilidades sociales para responder a las demandas interpersonales del ambiente educativo contribuyen a crear un ambiente agradable y propicio para sus procesos de aprendizaje, lo cual disminuye la probabilidad de experimentar ansiedad ante las situaciones de examen. En función de ello se considera que el entrenamiento en habilidades sociales académicas generará una disminución en la ansiedad ante los exámenes experimentada por ingresantes universitarios (*hipótesis 2*).

A partir de las hipótesis formuladas, el presente trabajo tiene por objetivo evaluar la eficacia de un programa de entrenamiento en autorregulación del estudio y habilidades sociales académicas analizando su impacto sobre la ansiedad ante los exámenes de ingresantes universitarios. Cabe destacar que a partir de los resultados del presente estudio de eficacia, se obtendrá evidencia empírica ajustada al contexto local que permita sostener el uso del programa diseñado.

## Descripción del Programa de Entrenamiento

El ingreso a la universidad constituye una etapa de transición caracterizada por cambios académicos y sociales (Bandura, 2006). Para lograr una adecuada adaptación al nuevo entorno educativo el ingresante deberá responder exitosamente a las nuevas demandas académicas (por ejemplo, escribir un texto expositivo) y sociales (por ejemplo, exponer oralmente un tema frente a un gran auditorio), de lo contrario se podría ver afectado no sólo su desempeño sino también su bienestar psicológico. Con el objeto de facilitar el afrontamiento de estas nuevas demandas educativas se diseñó un programa de entrenamiento en Aprendizaje Autorregulado y Habilidades Sociales Académicas (Medrano, Mirantes y Marchetti, 2009). Este programa consta de 12 encuentros semanales de una hora y media de duración. A lo largo de cada encuentro se van aplicando diferentes intervenciones basadas en técnicas cognitivo-comportamentales con el objeto de entrenar diez destrezas académicas y sociales necesarias para transitar con éxito el ingreso a la universidad (Figura 1).

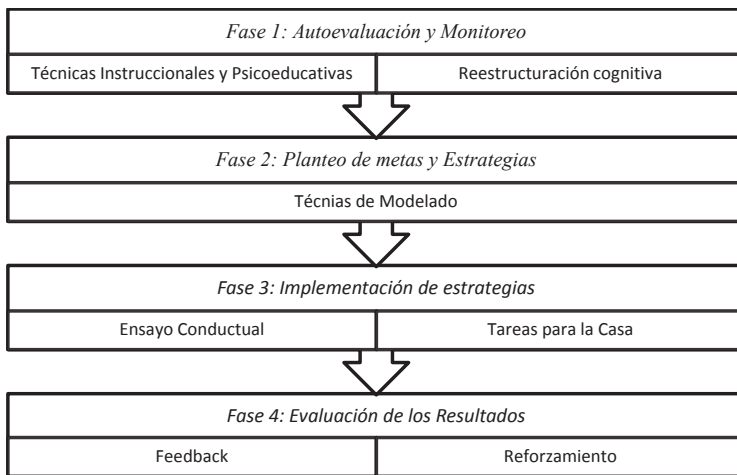


**Figura 1:** Destrezas académicas y sociales consideradas en el programa de entrenamiento.

En general los todos encuentros presentan una secuencia similar, en primer lugar se utilizan *técnicas instruccionales y psico-educativas* para brindar una explicación de la destreza que se va a trabajar en el encuentro, destacando la importancia de la misma para afrontar las demandas del ingreso universitario. Asimismo se discute en grupo si la implementación de dicha destreza permitiría modificar situaciones problemáticas a las que se ven habitualmente expuestos. En función de la información recabada se intenta flexibilizar mediante técnicas de reestructuración cognitiva creencias irracionales que dificultan afrontar competentemente situaciones académicas problemáticas.

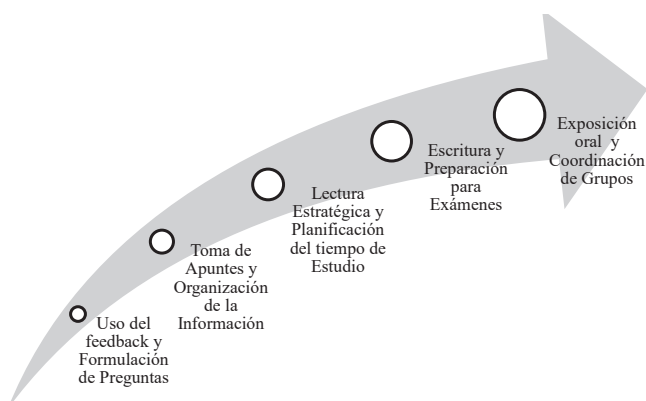
Posteriormente mediante el uso del *modelado* se presenta de manera ordenada los pasos necesarios para implementar la destreza presentada. A continuación se divide a los ingresantes en grupos y se les solicita que efectúen un *ensayo conductual* de la destreza. Seguidamente los compañeros brindan un *feedback positivo* sobre el desempeño observado, intentando así *reforzar* aquellos componentes del desempeño que se han realizado de manera adecuada. Finalmente se propone al grupo la realización de tareas para la casa a los fines de entrenar dichas destrezas en situaciones reales, favoreciendo así la generalización del los comportamientos aprendidos.

Cabe señalar el ordenamiento de las técnicas se efectuó tomando en consideración la secuencia de cuatro fases sugeridas por Zimmerman (2000), es decir que se inicia el encuentro discutiendo sobre el uso adecuado de una destreza académica, se continúa planificando metas e implementando la estrategia o destreza académica en cuestión y finalmente se realiza una evaluación o se brinda un feedback sobre el desempeño y la producciones logradas (Figura 2).



**Figura 2:** Secuencia y ordenamiento de las técnicas para cada encuentro

Sumado a lo anterior, se diseñó el programa de entrenamiento para que se desarrollara de manera progresiva (Figura 3) tomando en consideración el modelo propuesto por Del Prette y Del Prette (2001). De esta forma se comienza entrenando habilidades específicas o moleculares (como el uso del feedback o la toma de apuntes, por ejemplo) y progresivamente se avanza en el entrenamiento de comportamientos más complejos o molares (como la escritura o la coordinación de grupos, por ejemplo).



**Figura 3:** Secuencia del programa de entrenamiento para ingresantes universitarios

Por último debe señalarse que ya se han efectuado investigaciones tendientes a evaluar la eficacia del programa considerando su impacto sobre las creencias de autoeficacia académicas (Medrano, Mirantes y Marchetti, 2009), el rendimiento académico y la deserción universitaria (Medrano y Marchetti, 2011). En el presente trabajo se analiza el impacto del programa de entrenamiento para ingresantes universitarios sobre sus manifestaciones cognitivas de ansiedad ante los exámenes.

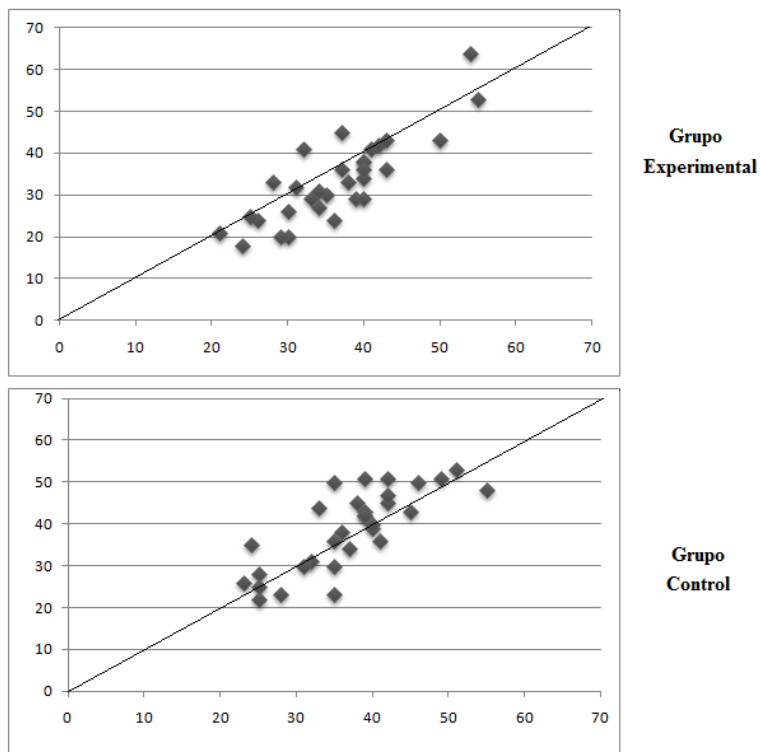
## **Evaluación de la Eficacia del Programa**

Con el objeto de examinar si el entrenamiento en Auto-regulación del Aprendizaje y Habilidades Sociales Académicas generaba una disminución en las manifestaciones cognitivas de ansiedad ante los exámenes, se llevó a cabo un estudio de eficacia psicoterapéutica en el que participaron 62 ingresantes universitarios distribuidos en dos grupos los cuales fueron asignados aleatoriamente a la condición de tratamiento ( $n = 31$ ) y la condición control ( $n = 31$ ). Se administró a ambos grupos la *Escala de Manifestaciones Cognitivas de Ansiedad ante los Exámenes* (Furlán, Cassady y Pérez, 2009), este instrumento permite evaluar los niveles de preocupación, pensamientos no relacionados con la tarea, dificultad para pensar en forma clara y bloqueo mental entre otras manifestaciones cognitivas. Las medidas pretest señalan que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos antes del tratamiento.

Luego de haber recolectados los datos del pretest se inició el programa de entrenamiento para ingresantes universitarios en el grupo de tratamiento, mientras que el grupo control realizó las actividades que normalmente se desarrollan en el ingreso universitario. Cabe señalar que a los fines de controlar factores externos que pudieran amenazar la validez interna del estudio en ambos grupos se realizaron las administraciones (pretest y postest) los

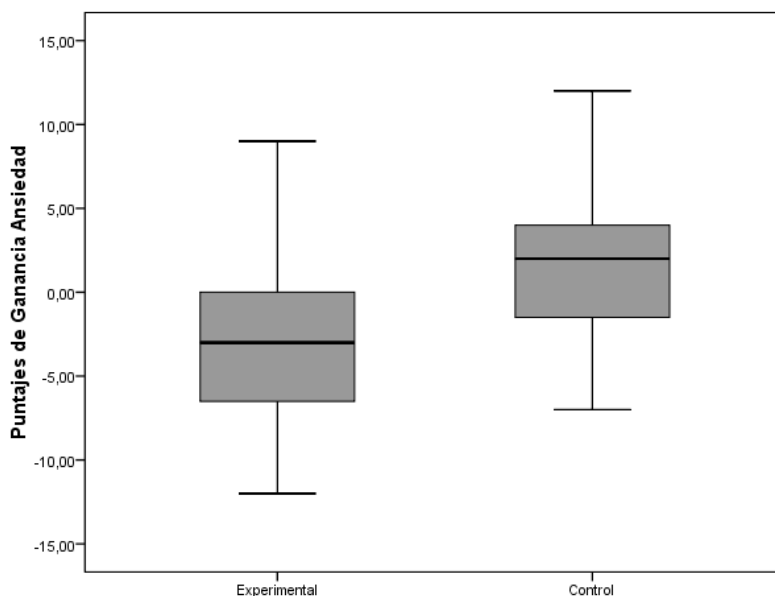
mismos días, se trabajó en un horario similar y se utilizó un espacio físico semejante.

Una vez finalizado el programa de entrenamiento se administraron las medidas postest en ambos grupos. Al comparar los cambios intra-grupo se observó que los ingresantes que recibieron el programa de entrenamiento disminuyeron de manera significativa sus manifestaciones cognitivas de ansiedad ( $t = 2.79$ ,  $gl = 30$ ,  $p < 0.01$ ). Por el contrario no se observaron cambios significativos en el grupo control, más aún se aprecia un leve aumento en los niveles promedio de manifestaciones cognitivas de ansiedad de los ingresantes. Esta tendencia se puede apreciar en el gráfico de dispersión de la Figura 4, donde el eje horizontal representa las puntuaciones en el pretest y el eje vertical las puntuaciones en el postest. Los cambios observados dentro de cada grupo pueden analizarse considerando los puntos que se encuentran por encima y debajo de la recta. De esta manera los puntos que aparecen por encima de la línea representan los participantes que mostraron un aumento en sus manifestaciones cognitivas de ansiedad, mientras que los puntos que aparecen por debajo de la línea representan los estudiantes que mostraron una disminución en sus manifestaciones cognitivas de ansiedad.



**Figura 4.** Cambios intra-grupo en los niveles de manifestaciones cognitivas de ansiedad para el grupo experimental y control

Al comparar las puntuaciones de ganancias entre los grupos se observa que el grupo que recibió el programa presenta una mayor disminución que el grupo control (Figura 5). Al aplicar una prueba  $t$  para muestras independientes se corrobora que los ingresantes que participan del programa de entrenamiento disminuyen sus manifestaciones cognitivas de ansiedad en mayor medida que el grupo control ( $t = 3.12$ ,  $gl = 60$ ,  $p < 0.01$ ). Cabe señalar que al calcular la  $d$  de Cohen para determinar el tamaño del efecto, se observa que el programa presenta un efecto grande ( $d = .54$ ) considerando los criterios propuestos por Cohen (1988).



**Figura 5.** Diferencias en los niveles de manifestaciones cognitivas de ansiedad entre el grupo experimental y control.

## Consideraciones Finales

Diversos estudios locales señalan la importancia del diseño y la implementación de intervenciones preventivas tendientes a favorecer el ingreso a la universidad (Medrano, *et al.*, 2010). Sin embargo resulta igualmente importante realizar investigaciones tendientes a evaluar la eficacia de dichas intervenciones. De lo contrario no se cuenta con evidencias que garanticen la validez de las mismas para promover el ingreso a la universidad.

En el presente capítulo se expuso un “estudio de resultado” (*outcome research*) que tuvo por objetivo evaluar el impacto de un programa de entrenamiento para ingresantes universitarios sobre



sus manifestaciones cognitivas de ansiedad. Tal como señalan Stevens y Méndez (2007) este tipo de investigaciones apuntan a examinar los resultados de un conjunto de procedimientos y técnicas de intervención para la solución de un problema en particular. De esta forma se analizó si el entrenamiento en aprendizaje autorregulado y habilidades sociales académicas genera una disminución en los niveles de manifestaciones cognitivas de ansiedad ante los exámenes. En términos generales puede afirmarse que el entrenamiento es efectivo ya que se cumplen con las condiciones establecidas para desarrollar este tipo de evaluaciones (Fernández Hermita y Pérez Álvarez, 2001). En primer lugar se comparan grupos homogéneos de participantes de los cuales uno ha recibido tratamiento y el otro ha mantenido una condición control. En segundo lugar la asignación de la condición de tratamiento y control se ha efectuado de manera aleatoria. Por otra parte, las mediciones de la variable dependiente se han desarrollado de manera “ciega” ya que los participantes desconocían su condición de experimental o control, descartando así que las medidas de autorreporte de ansiedad se encontraran sesgadas por posibles expectativas de los participantes. Finalmente, la intervención se desarrolló de manera sistemática y las mediciones se efectuaron utilizando un instrumento validado en la población local. En función de lo anterior puede garantizarse la eficacia de la intervención, en el sentido de que el programa propuesto posee la capacidad de generar cambios psicológicos.

A pesar de que los resultados son alentadores, deben considerarse ciertas limitaciones que podrían atentar contra la validez de los resultados. En primer lugar los grupos, y no los individuos, fueron asignados a las condiciones de tratamiento y control, por lo cual cabría suponer que existe la posibilidad de que los análisis en realidad reflejen la existencia de diferencias previas entre los grupos. Sin embargo debe atenderse a que se midieron los niveles de ansiedad antes de la intervención y no se observaron diferencias significativas entre los grupos, por lo cual existen garantías de

que las diferencias observadas en el postest se deben al impacto del programa de entrenamiento y no a diferencias previas entre los grupos. Otro aspecto a considerar es que el programa entrena destrezas académicas y sociales de manera conjunta, por lo cual resulta imposible determinar si los cambios en los niveles de manifestaciones cognitivas de ansiedad ante los exámenes pueden atribuirse al entrenamiento del aprendizaje autorregulado (*hipótesis 1*), de las habilidades sociales académicas (*hipótesis 2*) o bien de ambas destrezas. En función de ello sería provechoso llevar a cabo un nuevo estudio utilizando una estrategia de desmantelamiento del tratamiento (Kazdin, 2001). De esta manera se podría replicar la investigación utilizando tres grupos, en el primer grupo el programa se basaría exclusivamente en el entrenamiento de aprendizaje autorregulado, el segundo en el entrenamiento de habilidades sociales académicas y finalmente en el tercer grupo el programa completo. Mediante este desmantelamiento se podría identificar los componentes del programa que resultan necesarios y suficientes para aumentar el rendimiento o disminuir la deserción.

Otras de las limitaciones a considerar es que la ansiedad ante los exámenes posee manifestaciones cognitivas, conductuales y fisiológicas. Dado que en el presente estudio sólo se consideraron las manifestaciones cognitivas de ansiedad ante los exámenes, deberían de desarrollarse nuevas investigaciones que consideren los componentes conductuales y fisiológicos. Por otra parte sería conveniente efectuar mediciones de seguimiento con el objeto de determinar la estabilidad de los cambios logrados, ya que en este estudio sólo se efectuaron mediciones postest inmediatas al tratamiento. Por último, resultaría provechoso efectuar nuevos estudios que consideren además el rol de variables de proceso, como por ejemplo las creencias de autoeficacia académica. La realización de nuevas investigaciones tendientes a examinar las limitaciones señaladas, permitiría que el programa de entrenamiento diseñado logre establecerse en un futuro como un “Tratamiento Bien Establecido” (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001).

A pesar de que se requiere de nuevas investigaciones, los resultados obtenidos sugieren que el programa de entrenamiento en aprendizaje autorregulado y habilidades sociales académicas constituye una intervención estandarizada efectiva para lograr una disminución en los niveles manifestaciones cognitivas de ansiedad ante los exámenes. Cabe destacar que los cambios observados son superiores a la condición control. En este sentido debe señalarse que las clases que habitualmente reciben los estudiantes en el ingreso a la universidad no disminuyen sus niveles de ansiedad, por el contrario se observa que en el promedio de los ingresantes se incrementan. Esto es llamativo considerando que uno de los motivos por los que se creó el ciclo de ingreso fue el de brindar contención a los recién llegados (Goldenhersch et al., 2006). De esta manera se observa la importancia de desarrollar estudios de eficacia ya que los mismos brindan un feedback sobre impacto de las acciones que docentes y psicólogos realizan en el ámbito educativo en general y en este caso, en el ingreso universitario.

## Acerca de los autores

---

### **Leonardo A. Medrano**

Psicólogo, docente e investigador de la Universidad Siglo 21 y Universidad Nacional de Córdoba. Ha sido becario del CONICET, director de diferentes proyectos de investigación subsidiados por organismos nacionales e internacionales. Asimismo ha sido director del Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa, editor de la revista *Evaluar*, y terapeuta en Instituto PSIBE. Actualmente se desempeña como director de investigación en la Universidad Siglo 21. Autor de una amplia cantidad de libros y artículos científicos relacionados con teoría cognitiva, metodología de la investigación y estadística.

### **Luciana S. Moretti**

Licenciada en Psicología y Doctorando de la Carrera de Doctorado de la UNC como becaria del CONICET del 2010 al 2015. Docente e Investigadora de la Universidad Siglo 21. Especialista en Psicoterapias Basadas en la Evidencia, psicoterapeuta cognitivo-conductual con una especialización en Tratamiento del Dolor Crónico por la Universität Philipps de Marburg (Alemania). Directora de Instituto PSIBE y autora de artículos científicos y libros en sus áreas de especialidad.



## Referencias

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review*, 96 (2), 358-372.
- Adams, N.; Poole, H. y Richardson, C. (2005). Psychological approaches to chronic pain management: part 1. *Issues in Clinical Nursing*, 15, 290-300.
- Agras, W.S., Barlow, D.H., Chapin, H.N., Abel, G.G., y Leitenberg, H. (1974). Behaviour modification of anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 30, 274-286.
- Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C.F., Raeburn, S.D., Bruce, B., ...Koran, L.M. (1992). Pharmacological and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.
- Agras, W.S., Walsh, T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T, y Kraemer, H.C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- Albert, U. y Brunatto, C. (2009). Obsessive-compulsive disorder in adults: Efficacy of combined and sequential treatments. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 6, 83-93.
- Allen, J.P. y Kadden, R.M. (1995). Matching clients to alcohol treatment. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives* (2<sup>nd</sup> ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (2002a). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052-1059.
- American Psychological Association (2002b). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist*, 57, 1048-1051.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Anderson, S. y Morris, J. (2006). Cognitive Behaviour Therapy for People with Asperger Syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 293-303.
- Antony, M.M. y Grös, D.F. (2006). The assessment and treatment of specific phobias: A review. *Current Psychiatry Reports*, 8, 298-303.
- Antshel, K.M. y Barkley, R.A. (2008). Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 17, 421-37.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Ayyash-Abdo, H. (2002). Adolescent Suicide: An ecological approach. *Psychology in the Schools*, 39(4), 459-474.

- Badós López, A.; García Grau, E. y Fusté Escolano, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2: 3, 477-502.
- Bados, A., García, E. y Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2 (3), 477-502.
- Bados, A., Garcia-Grau, E., y Fusté, A. (2003). Significación clínica de los resultados del tratamiento conductual y cognitivo conductual de la fobia social. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*, 11, 643-678.
- Bagladi, V., Carrasco, E. y Lira, M. (1992). *Convergencias y divergencias en psicoterapia. Integración en Psicoterapia* [Convergence and divergence in psychotherapy. Psychotherapy integration]. Chile: Ediciones CECIDEP.
- Barkley, R.A. (2004). Adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: An overview of empirically based treatments. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 39-56.
- Barrett, P.M., Farrell, L., Pina, A.A., Peris, T.S., y Piacentini, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 131-155.
- Basler, H. D.; Jäkke, C. y Kröner-Herwig, B. (1997). Incorporation of cognitive-behavioral treatment into the medical care of chronic low-back patients: a controlled randomized study in german pain treatment centers. *Patient Education and Counseling*, 31, 113-124.
- Bauminger, N. (2002). The facilitation of social-emotional understanding and social interaction in high-functioning children with autism: Intervention outcomes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 283-298.
- Bausela Herreras, E. (2005). Ansiedad ante los exámenes: Evaluación e Intervención psicopedagógica. *Educere*, 31 (9), 553-558.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. y Garrison, B. (1985). Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-Year Prospective Study of Patients Hospitalized With Suicidal Ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Beck, A. T., Weissman A., Lester, D. y Trexler L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Becoña, E., Vázquez, M. J., Miguel, C., Casete, L., Lloves, M., Nogueiras, L., González, N., Lage, M., Suárez, S., Gutiérrez-Moyano, M. M., Lorenzo, M. C. y Baamonde, M. G. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 87, 9-19.
- Beidas, R. S. y Kendall, P.C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17 (1), 1-30.
- Beltman, M.W., Voshaar, R.C.O., y Speckens, A.E. (2010). Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 197, 11-19.

- Beutler, L. E. (2002). The Dodo Bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 30-34.
- Beutler, L. E. y Johannsen, B. E. (2005). What should be validated? Principles of change. En J. C. Norcross, L. E. Beutler y R. F. Levant (Eds.). *Evidence-based practices in mental health*. Washington: American Psychological Association.
- Beutler, L.E. (1998). Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 113-120.
- Beynon, S., Soares-Weiser, K., Woolacott, N., Duffy, S., y Geddes, J.R. (2008). Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: Systematic review of controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 192, 5-11.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., y Turner, S., (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Bloch, M.H., Landeros-Weisenberger, A., Dombrowski, P., Kelmendi, B., Wegner, R., Nudel, J., Pittenger, C., ...Coric, V. (2007). Systematic review: Pharmacological and behavioral treatment for trichotillomania. *Biological Psychiatry*, 62, 839-846.
- Block, D.R., Kelly, M.M., y Carpenter, L.L. (2006). Generalized Anxiety Disorder: Diagnostic and Treatment Issues. *Directions in Psychiatry*, 26, 171-181.
- Bloom, M, Fischer, J. y Orme, J. (2009), *Evaluating practice: Guidelines for the accountable professional (6th Ed.)*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bohart, A. C. (2005). What should be validated? The active client. En J. C. Norcross, L. E. Beutler y R. F. Levant (Eds.). *Evidence-based practices in mental health*. Washington: American Psychological Association.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., y Linehan, M.M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Bramham, J., Young, S., Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D., y Xenitidis, K. (2009). Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12, 434-441.
- Brenner, H.D. y Pfammatter, M. (2000). Psychological therapy in schizophrenia: What is the evidence? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 74-77.
- Brigrance, W.N. (1946). Extraído de una allocución pronunciada en la American Speech Association
- Brown, T.A., Barlow, D.H., y Liebowitz, M.R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 1272-1280.
- Bulik, C.M., Berkman, N.D., Brownley, K.A., Sedway, J.A., y Lohr, K.N. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 310-320.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., y Beck, A.T. (2006). The



- empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Butler, G., Fennel, M., Robson, P., y Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
  - Caballo, V. E. (Ed.). (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (4 ed.). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.
  - Camacho Martel, L. y Anarte Ortiz, M. T. (2001). Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. *Apuntes de Psicología*, 19: 3.
  - Carter, F.A., Jordan, J., McIntosh, V.V., Luty, S.E., McKenzie, J.M., Frampton, C.M., Bulik, C.M., y Joyce, P.R. (2010). The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*. Avance de publicación en línea. doi: 10.1002/eat.20879.
  - Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., y Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 421-436.
  - Casado, M.I., Moix, J. y Vidal, J. (2008). Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. *Clinica y Salud*, 19, 379-392.
  - Cassady J (2004) The impact of cognitive test anxiety on text comprehension and recall in the absence of salient evaluative pressure. *Applied Cognitive Psychology*, 18,3, 311- 325.
  - Cassady J. (2002). The impact of Cognitive Test Anxiety on Text Comprehension and Recall in the Absence of External Evaluative Pressure. *Applied Cognitive Psychology*, 18, 311-325.
  - Castle, D.J., Berk, L., Lauder, S., Berk, M., y Murray, G. (2009). Psychosocial interventions for bipolar disorder. *Acta Neuropsychiatrica*, 21, 275-284.
  - Cautilli, J. (2006). Dodo-Bird or dressing up the pig and the politics of psychotherapy: a reply to Vandenberghe and de Sousa. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 2 (2), p. 305.
  - Chalfant, A.M., Rapee, R., y Carroll, L. (2007). Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: A controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1842-1857.
  - Chambless, D. (2002). Beware the Dodo Bird: the dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9, 13-16.
  - Chambless, D. L. y Crits-Christoph, P. (2005). What should be validated? The treatment method. En J. C. Norcross, L. E. Beutler y R. F. Levant (Eds.). *Evidence-based practices in mental health*. Washington: American Psychological Association.
  - Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
  - Chambless, D. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported

- psychological interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D.L. Baker, M. J. Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubies, R., Detweiler, J., Haaga, D.A. Jonson, S.B., McCurry, S., Mueser, K.T. Pope, K., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A. y Woody, S.R. (1997). *An update on empirically validates therapies II*. American Psychological Association.
  - Chambless, D.L. y Hollon, S. (1998). Defining empirically-supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
  - Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., ...Woody, S.R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
  - Chambless, D.L., Hunter, K. y Jackson, A. (1982). Social anxiety and assertiveness: A comparison of the correlations in phobic and college student samples. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 403-404.
  - Chambless, D.L.; Sanderson, W.C.; Shoham, V.; Johnson, S.B.; Pope, K.S.; Crits-Christoph, P.; Baker, M.J.; Johnson, B.; Woody, S.R.; Sue, S.; Beutler, L.E.; Williams, D.A.; y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-14.
  - Chappa, H. (2004). Estado actual de la terapia cognitiva comportamental de la esquizofrenia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13, 9-17.
  - Chou, R. y Fuman, L.H. (2007). No pharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society. *Annals of Internal Medicine*, 147, 492-504.
  - Choy, Y., Fyer, A.J., y Lipsitz, J.D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*, 27, 266-286.
  - Christiansen, E. y Jensen, B. F. (2007). Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: a register-based survival analysis. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 41(3), 257-265.
  - Christopher, J. S., Nangle, D. W. y Hansen, D. J. (1993). Social-skills interventions with adolescents. Current issues and procedures. *Behavior Modification*, 17(3), 314-338.
  - Ciceri, C., Saldarriaga, M.V., y Franco, J. (2008). Terapia cognitivo-conductual en esquizofrenia: Una revisión narrativa de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 164-174.
  - Clauw, D.J. (2009) Fibromyalgia: an overview. *The American Journal of Medicine*, 122, S3-S13.
  - Claxton, K.; Cohen, J. T. y Neumann, P. J. (2005). When is evidence sufficient?. *Health Affairs*, 24: 1, 93-101.
  - Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
  - Comeche, M.I., Martín, A., Rodríguez, M.F., Ortega, J., Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (2010). Tratamiento Cognitivo-Conductual, Protocolizado y en Grupo de la Fibromialgia. *Clínica y Salud*, 21, 107-122.
  - Compton, S.N., March, J.S., Brent, D., Albano, A., Weersing, V.R., y Curry,

- J. (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 43, 930-959.
- Cororve, M.B. y Gleaves, D.H. (2001). Body dysmorphic disorder: A review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 21, 949-970.
  - Coughlin, A. M.; Badura, A. S.; Fleischer, T. D. y Guck, T. (2000) Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: its efficacy in changing patient locus of control. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 739-740.
  - Crits-Christoph, P. (1996). The dissemination of efficacious psychological treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 260-263.
  - Cuijpers, P., van Straten, A., y Warmerdam, L. (2007a). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-26.
  - Cuijpers, P., van Straten, A., y Warmerdam, L. (2007b). Problem-solving therapies for depression: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 22, 9-15.
  - Da Costa, R.T., Rangé, B.P., Malagris, L.E., Sardinha, A., de Carvalho, M.R., y Nardi, A.E. (2010). Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10, 1089-1099.
  - David-Ferdon, C. y Kaslow, N.J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 62-104.
  - Davidson, K. W., Trudeau, K. J., Ockene, J. K., Orleans, C. T. y Kaplan, R. M. (2003). A primer on current evidence-based review and their implications for behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 161-171.
  - Davis, T.E., III, Ollendick, T.H., y Öst, L. (2009). Intensive treatment of specific phobias in children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 294-303.
  - De Almeida Lopes Monteiro, da Cruz, D, de Mattos P. y Cibele, A. (2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 415-422.
  - Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo* (4ta edición). Brasil: Vozes.
  - Denborough, D. (2008). *Collective Narrative Practice: Responding to individuals, groups and communities who have experienced trauma*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
  - DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R., Saloman, R.M., O'Reardon, J.P., ...Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
  - Desuque, D. A., Vargas Rubilar, J. y Lemos, V. N. (2011). Análisis psicométrico del cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida en población adolescente de Entre Ríos, Argentina. *Liberabit*, 17(2), 187-198.
  - Díaz, M.I., Comeche, M.I. Vallejo, M.A. (2003). *Guía de tratamientos*

- psicológicos eficaces en el dolor crónico*. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud. Madrid: Pirámide, 123-140.
- Dickerson, F.B. (2004). Update on Cognitive Behavioral Psychotherapy for Schizophrenia: Review of Recent Studies. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 189-205.
  - Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
  - Dugas, M.J., Anderson, K.G., Deschenes, S.S., y Donegan, E. (2010). Generalized anxiety disorder publications: Where do we stand a decade later? *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 780-784.
  - Duggan, C., Huband, N., Smailagic, N., Ferriter, M., y Adams, C. (2008). The use of pharmacological treatments for people with personality disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Personality and Mental Health*, 2, 119-170.
  - Duke, D.C., Keeley, M.L., Geffken, G.R., y Storch, E.A. (2010). Trichotillomania: A current review. *Clinical Psychology Review*, 30, 181-193.
  - Durham, R.C., Murphy, T., Allan, T., Richard, K., Treiving, L.R., y Fenton, G.W. (1994). Cognitive therapy, analytic psychotherapy, and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 315-323.
  - Durlak, J. A., Weissberg, R. P., y Pachan, M. (2010). A Meta-Analysis of After-School Programs That Seek to Promote Personal and Social Skills in Children and Adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 45(3-4), 294-309.
  - Echeburúa, E. (1992). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
  - Echeburúa, E., Corral, P y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 85-99.
  - Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., ...Docherty, J.P. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
  - Ellis, T. E. (Ed.). (2008). *Cognición y Suicidio. Teoría, Investigación y Terapia*. México: Editorial El Manual Moderno.
  - Engels Rutger, C. M. E., Dekovic, M. y Meeus, W. (2002). Parenting Practices, Social Skills and Peer Relationship in Adolescence. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 30(1), 3-18.
  - Estudios e Investigaciones en Salud Mental y Adicciones. Algunas Características Sociodemográficas del Suicidio en la Población Adolescente y Joven en Argentina 1999 -2007. (2011). Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2, 1-134.
  - Fabrissin, J.y Garay, C.(2003). Tratamientos de la depresión con apoyo empírico y su posible combinación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 12(1), 33-55.

- Federoff, I.C. y Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21, 311-24.
- Fernandez Hermida, J. R. y Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13: 3, 337-344.
- Fernández-Álvarez, H.; Kirszman, D. y Nieto, M. T. (1994). Psicoterapia integrativa de base cognitivo-constructivista. En A. Sánchez Bodas (Ed.), *Psicoterapias en Argentina* (pp. 237-261). Buenos Aires: Holos.
- Feske, U. y Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Field, B.J. y Swarm, R.A. (2008). *Chronic Pain, Advances in psychotherapy-evidencebased practice*. Hogrefe: Cambridge.
- Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A., y Street, G.P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194-200.
- Foxx, R. M., McMorrow, M. J., Hernández, M., Kyle, M. y Bittle, R. G. (1987). Teaching Social Skills to Emotionally Disturbed Adolescents Inpatients. *Behavioral Residential Treatment*, 2(2), 77-87.
- Frydenberg, E., y Lewis, R. (1996). A replication study of the structure of the adolescent coping scale: Multiple forms and applications of a self-report inventory in a counselling and research context. *European Journal of Psychological Assessment*, 12(3), 224-235.
- Furlán, L., Cassady, J. y Pérez, E. (2009). Adapting the Cognitive Test Anxiety Scale for the use with Argentinean University Students. *International Journal of Testing*, 9, 1, 3-1.
- Furlán, L.; Rosas, J.S.; Heredia, D.; Piamontesi, S. & Illbele, A. (2009). Estrategias de aprendizaje y ansiedad ante los exámenes en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 117-124.
- Gabbard, G.O. (2000). Psychotherapy of personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 1-6.
- Garb, HN (2000). On Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. *Prevention y Treatment*, 3 (article 29).
- Garner, D.M. y Bemis, K.M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Garriga, A., Martín, J.C., y Soler, C.L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual grupal del trastorno de pánico con o sin agorafobia en un centro de salud mental público. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 79-93.
- Gatchel, R. J.; Peng, Y. B.; Peters, M. L.; Fuchs, P. N. y Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133: 4, 581-624.
- Gaudiano, B.A. (2005). Cognitive Behavior Therapies for Psychotic Disorders: Current Empirical Status and Future Directions. *Clinical Psychology: Science*

- and Practice*, 12, 33-50.
- Gaudiano, B.A., Weinstock, L.M., y Miller, I.W. (2008). Improving treatment adherence in bipolar disorder: A review of current psychosocial treatment efficacy and recommendations for future treatment development. *Behavior Modification*, 32, 267-301.
  - Gellis, Z.D. y Kenaley, B. (2007). Problem-solving therapy for depression in adults: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 18, 117-131.
  - Ghaderi, A. y Andersson, G. (1999). Meta-analysis of CBT for bulimia nervosa: Investigating the effects using DSM-III-R and DSM-IV criteria. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28, 79-87.
  - Gil, J., Carrillo, F.X., y Meca, J. (2001). Effectiveness of cognitive-behavioural treatment in social phobia: A meta-analytic review. *Psychology in Spain*, 5, 17-25.
  - Gloagen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., y Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
  - Goldenhersch, H.; Coria, A.; Chiavassa, N.; Moughty, M.T. & Saino, M. (2006). *Deserción Estudiantil en la Universidad. Estudio de un Caso: La Facultad de Ciencias Económicas de la UNC*. Córdoba: Asociación Cooperadora de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNC.
  - Goldstein, T.R., Axelson, D.A., Birmaher, B., y Brent, D.A. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: A 1-year open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 820-830.
  - Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W., y Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 291-306.
  - Gould, R.A., Otto, M.W., Pollack, M.H., y Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.
  - Grech, E. (2004) Psychological Interventions For Psychosis: A Critical Review Of The Current Evidence. *Internet Journal of Mental Health*, 1, 1-9.
  - Gutiérrez Calvo, M. y Averó, P. (1995). Ansiedad, estrategias auxiliares y comprensión lectora: déficit de procesamiento vs. falta de confianza. *Psicothema*, 7, 3, 569-578.
  - Harrell, A. W., Mercer, S. H. y DeRosier, M. E. (2009). Improving the Social-Behavioral Adjustment of Adolescents: The Effectiveness of a Social Skills Group Intervention. *Journal of Child & Family Studies*, 18, 378-387.
  - Heimberg, R.G. (2001). Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 36-42.
  - Hendriks, G.J. Voshaar, R.C.O, Keijsers, G.P.J., Hoogduin, C.A.L., y van Balkom, A.J.L.M. (2008). Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 403-411.
  - Hepple, J. (2004). Psychotherapies with older people: an overview. *Advances in Psychiatric Treatment* 10, 371-377.



- Heredia, D., Piemontesi, S., Furlan, L., y Hodapp, V. (2008). GTAI-A: Adaptación del Inventario Alemán de Ansiedad Frente a los Exámenes. *Evaluar*, 8, 46 – 60.
- Herink, R. (1980). *The psychotherapy handbook: the A to Z guide to more than 250 different therapies use today*. Nueva York. New American Library.
- Herschell, A. D.; Kolko, D. J.; Baumann, B. L. y Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychological treatments: A review and critique recommendations. *Clinical Psychology Review*, 30, 448-466.
- Hoffman, B.M., Papas, R.K., Chatkoff, D.M. y Kerns, R.D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, 26, 1-9.
- Hofmann, S.G. y Smits, J.A.J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- Holroyd, K.A. (2002) Assessment and psychological management of recurrent headache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 656-677.
- Hudson, J.L. (2005). Efficacy of Cognitive-Behavioural Therapy for Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Behaviour Change*, 22, 55-70.
- Hunsley, J y Lee, C. M. (2007). Research-Informed Benchmarks for Psychological Treatments: Efficacy Studies, Effectiveness Studies, and Beyond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 21-33.
- Hunsley, J. (2007). Training Psychologist for Evidence-Based Practice. *Canadian Psychology*, 48, 32-41.
- Hunsley, J. y Di Giulio, G. (2002). “Dodo Bird, Phoenix, or Urban Legend?”. The Scientific Review of Mental Health Practice 1 (1). <http://www.srmhp.org/0101/psychotherapy-equivalence.html>.
- Hunt, C.J. (2002). The current status of the diagnostic validity and treatment of generalized anxiety disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 2002, 157-162.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century*. Washington, DC: National Academic Press.
- International Association for the Study of Pain. Subcommittee of Taxonomy. (1986). Classification of Chronic Pain. *Pain*, 3, 19-32.
- Irwin, M.R., Cole, J.C., y Nicassio, P.M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middleaged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychology* 25, 3-14.
- Ito, L.M., Roso, M.C., Tiwari, S., Kendall, P.C., y Asbahr, F.R. (2008). Cognitive-behavioral therapy in social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 96-101.
- Jarry, J.L. y Ip, K. (2005). The effectiveness of stand-alone cognitive-behavioural therapy for body image: A meta-analysis. *Body Image*, 2, 317-331.
- Jones, S. (2004). Psychotherapy of bipolar disorder: A review. *Journal of Affective Disorders*, 80, 101-114.

- Jónsson, H. y Hougaard, E. (2009). Group cognitive behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 98-106.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D.A., Leon, A.C., ...Keller, M.B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 530-537.
- Kaiser, B. y Bouvard, M. (2009). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Efficacy of combined treatment. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 6, 94-100.
- Kazdin, A. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice. New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Kazdin, A. E. (1986). The evaluation of psychotherapy: Research design, and methodology. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd. ed.). Nueva York: Plenum.
- Kazdin, A. E. (2001). *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. México: Prentice Hall.
- Kazdin, A.E. (1996). Validated treatments: Multiple perspectives and issues. Introduction to the Series. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 216-217.
- Keefe, F.J. y Bonk, V. (1999). *Valoración psicosocial del dolor en pacientes con enfermedades reumáticas. Manejo del dolor en enfermedades reumáticas*. Madrid: Panamericana.
- Keel, P.K. y Haedt, A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 37, 39-61.
- Kerlinger, F. N. y Howard, B. L. (2001). Investigación del Comportamiento. Métodos de Investigación en Ciencias Sociales. (4 ed., pp. 484 - 492). McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A., México.
- Klein, J.B., Jacobs, R.H., y Reinecke, M. (2007). A.Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: A meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 46, 1403-1413.
- Knight, L.A., Rooney, M., y Chronis-Tuscano, A. (2008). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 10, 412-418.
- Knouse, L.E. y Safren, S.A. (2010). Current status of cognitive behavioral therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 497-509.
- Kratochwill, T. R. (2007). Preparing Psychologists for Evidence-Based School Practice: Lessons Learned and Challenges Ahead. *American Psychologist*, 62, 829-843.
- Kratochwill, T. R., y Stoiber, K. C. (2000). Empirically supported interventions in school psychology: Conceptual and practice issues Part II. *School Psychology Quarterly*, 15, 233-253.



- Labrador, F. (1982). La importancia de los diseños N=1 en la investigación en psicología clínica. En *VII Congreso Nacional de Psicología* (pp. 589-593). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. Documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI. Noviembre de 2002. *INFOCOP*, 17, 25-30.
- Lam, D.H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D., y Sham, P. (2000). Cognitive therapy for bipolar illness. A pilot study of relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 503-520.
- Lambert, M. J., y Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A., y Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. (pp. 157-212). New York: Wiley.
- Lamont, S. y Brunero, S. (2009). Personality disorder prevalence and treatment outcomes: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 631-637.
- Lang, R., Regester, A., Lauderdale, S., Ashbaugh, K., y Haring, A. (2010). Treatment of anxiety in autism spectrum disorders using cognitive behaviour therapy: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*, 13, 53-63.
- Larson, M.J., Storch, E.A., Lewin, A.B., Geffken, G.R., Murphy, T.K., y Goodman, W.K. (2005). Update on the treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Current Psychiatry Reviews*, 1, 281-291.
- Lawrence, R., Bradshaw, T., y Mairs, H. (2006). Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 673-681.
- Lee, E. E. (1978). Suicide and Youth. *Personnel and Guidance Journal*, 57(4), 200-204.
- Leichsenring, F. y Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Lennings, C. J. (1994). A cognitive understanding of adolescent suicide. *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 120(3), 289-307.
- Lewinsohn, P.M. y Clarke, G.N. (1999). Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, 19, 329-342.
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M., y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453-461.
- Liebert, R.M. y Morris, L.W. (1967). Cognitive and emotional components of test anxiety: A distinction and some initial data. *Psychological Reports*, 20, 975-978.
- Lilienfeld, SO (2007). Psychological Treatments That Cause Harm.

- Perspectives on Psychological Science* 2 (1): 53–70.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., y Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
  - Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., ...Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
  - Linehan, M.M., Tutek, D.A., Heard, H.L., y Armstrong, H.E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
  - Lockwood, C., Page, T., y Conroy-Hiller, T. (2004). Comparing the effectiveness of cognitive behaviour therapy using individual or group therapy in the treatment of depression. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2, 185-206.
  - Lopata, C., Thomeer, M.L., Volker, M.A., y Nida, R.E. (2006). Effectiveness of a Cognitive-Behavioral Treatment on the Social Behaviors of Children With Asperger Disorder. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21, 237-244.
  - Lorig, K., Ritter, P. L., Laurent, D.D. y Plant, K. (2005). The Internet-Based Arthritis Self-Management Program: A One-Year Randomized Program: A One Year Randomized Trial for Patients with Arthritis or Fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 59, 1009-1017.
  - Luborsky, L., Singer, B., y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
  - Lucas, C., Lanteri-Minet, M. Massiou, H., Nachit-Ouinekh, F., Pradalier, A., Mercier, F., El hasnaoui, A. y Radat, F. (2007). The GRIM2005 study of migraine consultation in France II. Psychological Factors associated with treatment response to acute headache therapy and satisfaction in migraine. *Cephalgia*, 27, 1398-1407.
  - Mandler, G. & Sarason, S.B. (1952) A study of anxiety and learning. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 47, 166-173
  - Manfro, G.G., Heldt, E., Cordioli, A.V., y Otto, M.W. (2008). Cognitive-behavioral therapy in panic disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 81-87.
  - Marchand, A., Coutu, M., Dupuis, G., Fleet, R., Borgeat, F., Todorov, C., y Mainguy, N. (2008). Treatment of panic disorder with agoraphobia: Randomized placebo-controlled trial of four psychosocial treatments combined with imipramine or placebo. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 1-14.
  - Marchand, A., Roberge, P., Primiano, S., y Germain, V. (2009). A randomized, controlled clinical trial of standard, group and brief cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia: A two-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1139-1147.
  - Martínez, C. (2007). *Introducción a la suicidología. Teoría, investigación e*

- intervenciones*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Martínez, V.A. y Moriana, J. A. (2009). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia. Alcances y controversias. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 1(2), 73.
  - Matusiewicz, A.K., Hopwood, C.J., Banducci, A.N., y Lejuez, C.W. (2010). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 657-685.
  - McCroy, D. Pezien, D., Hasselblad, V. y Gray, R. (2001) *Behavioral and physical treatments for tension-type and cervicogenic headache*. Des Moines: Foundation for Chiropractic Education and Research.
  - McIntosh, V.V.W., Jordan, J., Carter, F.A., Luty, S.E., McKenzie, J.M., Bulik, C.M., Frampton, C.M.A., y Joyce, P.R. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 162, 741-747.
  - Medrano, L. & Marchetti, P. (2011). Impacto de un Programa de Entrenamiento en Aprendizaje Autorregulado y Habilidades Sociales Académicas sobre el Rendimiento y la Deserción de Ingresantes Universitarios. Manuscrito enviado para su publicación.
  - Medrano, L. & Olaz, F. (2008). Autoeficacia Social en Ingresantes Universitarios: su relación con el Rendimiento y la Deserción Académica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 61 (4), 369-383
  - Medrano, L. (2008). *Modelo Social Cognitivo del Rendimiento Académico en Ingresantes Universitarios. La contribución de la Autoeficacia Social Académica*. Tesina de Licenciatura. Inédita. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
  - Medrano, L.; Galleano, C.; Galera, L. & Fernández, R. (2010). Creencias Irracionales, Rendimiento y Deserción Académica en Ingresantes Universitarios. *Revista Liberabit* 16 (2), 183-191.
  - Medrano, L.; Mirantes, R. & Marchetti, P. (2009) Evaluación del Impacto de un Programa de Entrenamiento en Aprendizaje Autorregulado y Habilidades Sociales Académicas en Ingresantes Universitarios. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento* 1 (2), 116-117.
  - Melzack, R. y Wall, P. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
  - Mendes, D.D., Mello, M.F., Ventura, P., de Medeiros Passarela, C., y de Jesus Mari, J. (2008). A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38, 241-259.
  - Miklowitz, D.J., Otto, M.W., Frank, E., Reilly-Harrington, N.A., Kogan, J.N., Sachs, G.S., Thase, M.E., ...Wisniewski, S.R. (2007). Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: Results from a 9-month randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1340-1347.
  - Miró, J. (2003). Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
  - Mitchell, J.T., Nelson-Gray, R.O., y Anastopoulos, A.D. (2008). Adapting

an emerging empirically supported cognitive-behavioral therapy for adults with ADHD and comorbid complications: An example of two case studies. *Clinical Case Studies*, 7, 423-448.

- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 88, 27-45.
- Mohlman, J. (2004). Psychosocial treatment of late-life generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 24, 149-169.
- Molioli, B. y Merayo, L. A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 12, 476-484.
- Montero, I. & León, O.G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862
- Moretti, L. S. (2010). Variables cognitivas implicadas en la experiencia de dolor crónico. *Revista Argentina de Ciencias del comportamiento*, 2: 3, 21-29.
- Moriana, J. A. (2008). Psicología y salud. En R. E. Parisí y J. G. Fouce Fernández. (Comps.). *Psicólogos Sin Fronteras: Psicología y solidaridad*. CABA: Ediciones Cooperativas.
- Moriana, J. A. y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y la evaluación y diseño de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2.
- Morin, C.M., Bootzin, R.R., Buysse, D.J., Edinger, J.D., Espie, C.A., y Lichstein, K.L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: Update of the recent evidence (1998-2004). *Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 29, 1398-1414.
- Morin, C.M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., y Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: a randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 281, 991-999.
- Morrison, A.P. (2009). Cognitive behaviour therapy for first episode psychosis: Good for nothing or fit for purpose? *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 1, 103-112.
- Muñoz-Solomando, A., Kendall, T., y Whittington, C.J. (2008). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 332-337.
- Mustaca, A. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (1), 11-20.
- Nau, S.D., McCrae, C.S., Cook, K.G., y Lichstein, K.L. (2005). Treatment of insomnia in older adults. *Clinical Psychology Review*, 25, 645-672.
- Newman, M.G. y Anderson, N.L. (2007). Una revisión de la investigación básica y aplicada sobre el trastorno de ansiedad generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16, 7-20.
- Newman, M.G. y Borkovec, T.D. (1995). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *The Clinical Psychologist*, 48, 5-7.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. (1998). Entrenamiento En Solución De Problemas.

In V. E. Caballo (Ed.), Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (4 ed., pp. 527-553). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S. A.

- NIH (1996). Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and relaxation Approaches Into Treatment of Chronic Pain and Insomnia. *Journal of Medical Association*, 276, 313-316.
- Norcross JC (2000). Toward the Delineation of Empirically Based Principles in Psychotherapy: Commentary on Beutler (2000), *Prevention y Treatment*, 3.
- Norcross, J. C. (2001). Empirically supported therapy relationships: summary report of the Division 29 Task Force. *Psychotherapy*, 38, 345-356.
- Norcross, J. C. (2001). Purposes, process, and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 345-356.
- Norcross, J. C. y Lambert, M. J. (2005). What should be validated? The therapy relationship. En J. C. Norcross, L. E. Beutler y R. F. Levant (Eds.). *Evidence-based practices in mental health*. Washington: American Psychological Association.
- Norton, P.J. y Price, E.C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 195, 521-31.
- Oei, T.P.S., Llamas, M., y Devilly, G.J. (1999). The efficacy and cognitive processes of cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 63-88.
- Olatunji, B.O., Cisler, J.M., y Deacon, B.J. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 557-577.
- Opazo, R. (2001). Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica. Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Orbach, I. (1999). Brief Cognitive Therapy for Depressed and Suicidal Adolescents: A Critical Comment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4(4), 593-596.
- Orenstein, H. y Orenstein E. y Carr, J.E. (1975). Assertiveness and anxiety: a correlational study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 203-207.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M. y Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. En M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-393). Nueva York: Wiley.
- Ortiz, J. y Vera-Villarreal, P. (2003). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile: Un análisis bibliométrico de tres revistas de Psicología. *Terapia Psicológica*, 21(1), 61-66.
- Ost, L.G. y Westling, B.E. (1995). Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 145-158.
- Parloff, M. B. (1982) Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla. *American Journal of Psychiatry*, 139, 718-727.

- Pascual, A., García Campayo, J., Lou, S. e Ibáñez, J.A. (2004). Evaluación psicométrica de la fibromialgia. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 71/72, 13-21.
- Pascual, J., Frías, M.D., Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 87, 1-8
- Pelham, W.E., Jr. y Fabiano, G.A. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 184-214
- Perales, A., Sogi, C., Sanchez, E., y Salas, R. E. (1995). *Adaptación del cuestionario de Salud Mental para población de 12 - 17 años de Lima* (1993). Conductas violentas en adolescentes: identificación de factores de riesgo para diseño de programa preventivo. Serie Monografías de Investigación. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (3), 51-60.
- Pereyra, M. (1991). *Psicología de la Esperanza. Un enfoque cristiano de la salud y la historia*. Libertador San Martín: Universidad Adventista del Plata.
- Phillips, K.A. y Hollander, E. (2008). Treating body dysmorphic disorder with medication: Evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image*, 5, 13-27.
- Pinquart, M., Duberstein, P.R., y Lyness, J.M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging y Mental Health*, 11, 645-657.
- Podea, D., Suciú, R., Suciú, C., y Ardelean, M. (2009). An update on the cognitive behavior therapy of obsessive compulsive disorder in adults. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9, 221-233.
- Ponniah, K. y Hollon, S.D. (2009). Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A review. *Depression and Anxiety*, 26, 1086-1109.
- Powell, V.B., Abreu, N., de Oliveira, I., y Sudak, D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for depression. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 73-80.
- Powers, M.B., Halpern, J.M., Ferenschak, M.P., Gillihan, S.J., y Foa, E.B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635-641.
- Prazeres, A.M., de Souza, W.F., y Fontenelle, L.F. (2007). Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: Revisão sistemática da última década. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29, 262-270.
- Primero, G. (2009). Tratamientos con apoyo empírico: críticas y propuestas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 1(2), 72.
- Pull, C.B. (2005). Current status of virtual reality exposure therapy in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 7-14.
- Pull, C.B. y Damsa, C. (2008). Pharmacotherapy of panic disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4, 779-795.
- Rachman, S. (2009). Psychological treatment of anxiety: The evolution of behavior therapy and cognitive behavior therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2009, 97-119.
- Raheb, C., Bielsa, A., Batlle, S., Rafael, A., y Tomás, J. (2006). *Psicopatología*



y conducta suicida en la adolescencia, 7º Congreso Virtual de Psiquiatría (pp. 1-19): Interpsiquis.

- Rathod, S. y Turkington, D. (2005). Cognitive-behaviour therapy for schizophrenia: A review. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 159-163.
- Rathod, S., Kingdon, D., Weiden, P., y Turkington, D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant schizophrenia: A review. *Journal of Psychiatric Practice*, 14, 22-33.
- Rayburn, N.R. y Otto, M.W. (2003). Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: A review of treatment elements, strategies and outcomes. *CNS Spectrums*, 8, 356-362.
- Redondo, M., León, L., Pérez, M., Jóver, J.A. y Abasolo, L. (2008). El Dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Clínica y Salud*, 19, 359-378.
- Reinecke, M. A. (2008). *Resolución de Problemas: Un enfoque conceptual a la suicidalidad y psicoterapia*. In T. E. Ellis (Ed.), *Cognición y Suicidio. Teoría, Investigación y Terapia* (pp. 235-258). México: Editorial El Manual Moderno, S. A.
- Rennie, D. L. (2000). Aspects of the client's conscious control of the psychotherapeutic process. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 151-168.
- Resick, P.A., Nishith, P., Weaver, T.L., Astin, M.C., y Feuer, C.A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867-879.
- Richaud de Minzi, M. C. (2003). Coping Assessment in Adolescents. *Adolescence*, 38(150), 321-330.
- Riemann, H.G. (2009). Insomnias. Pharmacological and psychotherapeutic treatment options. *Nervenarzt*, 80, 1327-1340.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F.J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J.J., Martínez, F.G., Tornero, J., Vallejo, M.A. y Vidal, J. (2006) Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, 2 Supl 1, 55-65.
- Rivera, J., Moratalla, C., Valdepeñas, F., García, Y., Osés, J.J., Ruiz, J. y Vallejo, M.A. (2004) Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: A physical exercise based program and cognitive behavioral approach. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 5, 184-192.
- Rodríguez Biglieri, R., Vetere, G., y Keegan, E. (2006). Resultados del seguimiento de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo tratados con dos variantes de terapia cognitiva. *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVII Jornadas de Investigación y Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: Alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 87, 45-55
- Rogers, S.J. y Vismara, L.A. (2008). Evidence-based comprehensive

- treatments for early autism. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 37, 8-38.
- Rosário, P.; Nuñez, J.C.; Salgado, A.; González-Pienda, J.A.; Valle, A.; Joly, C. y Bernardo, A. (2008). Ansiedad ante los exámenes: su relación con variables personales y familiares. *Psicothema*, 20 (4), 563-570.
  - Rostain, A.L. y Ramsay, J.R. (2006). A Combined Treatment Approach for Adults With ADHD. Results of an Open Study of 43 Patients. *Journal of Attention Disorders*, 10, 150-159.
  - Roussos, A. y Vallejo, M. (2004). El psicoanálisis y su relación con los modelos de salud mental basados en la evidencia. *Revista de Psicoanálisis*. 61(3), 817-835.
  - Rowa, K. y Antony, M.M. (2005). Psychological Treatments for Social Phobia. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 50, 308-316.
  - Ruiz Hernández, J. A., Navarro-Ruiz, J. M., Torrente Hernández, G., y Rodríguez González, A. (2005). Construcción de un cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida: el CCCS-18. *Psicothema*, 17(4), 684-690.
  - Rutzstein, G. (1997). El aspecto central de la anorexia nerviosa. *Investigaciones en Psicología*, 2, 103-128.
  - Rutter, P. A. y Behrend, A. E. (2004). Suicide Risk: Four psychosocial factors. *Adolescence*, 39(154), 295-302.
  - Saavedra Castillo, J. (Ed.). (2003). *Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Sierra Peruana 2003*. Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (Vol. 19). Lima: Órgano Oficial del Instituto Especializado en Salud Mental.
  - Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. y Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
  - Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., Haynes, R. B. (2000). Evidence-Based Medicine - How to practice and teach EBM. Churchill Livingstone: Edinburgh.
  - Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-391.
  - Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A.I., Marín-Martínez, F, y Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 37-50.
  - Santibáñez, P. M.; Román, M. F y Vinet, E. V. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.
  - Santos Fernandes, C., De Oliveira Falcone, E. M., y Sardinha, A. (2012). Deficiencias em habilidades sociais na depressao: estudo comparativo. *Psicologia: teoria e prática*, 14(1), 183-196.
  - Sarason, I.G. (1984) Stress, anxiety, and cognitive interference: Reactions to test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 929-938.
  - Sarmiento, P.B., Fernández Gutierrez, M., Barbacil Vicario, A., y Guitiérrez Vázquez, C. (2006). Perspectivas actuales en el tratamiento del trastorno de



estrés postraumático en la población infantil: Análisis bibliométrico. *Clinica y Salud*, 17, 69-89.

- Schatzberg, A.F., Rush, A.J., Arnow, B.A., Banks, P.L., Blalock, J.A., Borian, F.E., Howland, R., ...Keller, M.B. (2005). Chronic depression: medication (nefazodone) or psychotherapy (CBASP) is effective when the other is not. *Archives of General Psychiatry*, 62, 513-520.
- Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., ...Eisler, I. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164, 591-598.
- Scogin, F., Welsh, D., Hanson, A. Stump, J., y Coates, A. (2005). Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 222-237.
- Scott, R.W., Mughelli, K., y Deas, D. (2005). An Overview of Controlled Studies of Anxiety Disorders Treatment in Children and Adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 97, 13-24.
- Seligman, M. E. P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50: 12, 965-974.
- Shakow, D., Hilgard, E. R., Kelly, E. L., Luckey, B., Sanford, R. N., y Shaffer, L. F. (1947). Recommended graduate training program in clinical psychology. *American Psychologist*, 2, 539-558.
- Shapiro, D. A. y Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Sharp, T. J. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behavior Research and Therapy*, 39, 787-800.
- Silverman, W. H. (1996). Cookbooks, manuals, and paint-by-numbers: Psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy*, 33, 207-215.
- Silverman, W.K., Ortiz, C.D., Viswesvaran, C., Burns, B.J., Kolko, D.J., Putnam, F.W., y Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 156-183
- Silverman, W.K., Pina, A.A., y Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 105-130.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud y Adicciones. Perfil Epidemiológico del Suicidio en Argentina: Algunas Aproximaciones. (2011). (Vol. 3, pp. 1-45): Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-60.
- Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. L. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Smits, J.A.J., O'Cleirigh, C.M., y Otto, M.W. (2006). Combining cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for the treatment of panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 75-84.
- Sofronoff, K., Attwood, T., Hinton, S., y Levin, I. (2007). A randomized

- controlled trial of a cognitive behavioural intervention for anger management in children diagnosed with Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1203-1214.
- Steinhausen, H. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
  - Steinhausen, H. y Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: Findings from one-quarter century of research. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1331-1341.
  - Stevens, K. y Méndez, D. (2007). Nuevas herramientas para la psicología clínica: las terapias basadas en la evidencia. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1: 3, 174-371.
  - Stunkard, A. (1997). Eating disorders: The last 25 years. *Appetite*, 29, 181-190.
  - Sturmey, P. (2009). Behavioral activation is an evidence-based treatment for depression. *Behavior Modification*, 33, 818-829.
  - Sullivan, M. J. L.; Thorn, B; Haythornthwaite, J.; Keefe, F.; Martin, M.; Bradley, L. A. y Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17, 52-64.
  - Sze, K.M. y Wood, J.J. (2008). Enhancing CBT for the treatment of autism spectrum disorders and concurrent anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 403-409.
  - Szentagotai, A. y David, D. (2010). The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: a quantitative meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 66-72.
  - Tarrrier, N. (2005). Cognitive Behaviour Therapy for Schizophrenia. A Review of Development, Evidence and Implementation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 136-144.
  - Tarrrier, N. y Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1377-1401.
  - Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
  - Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
  - Terence, W.G. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465.
  - Terence, W.G. (2005). Psychological treatment of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 439-465.
  - Thomanson, T. C (2010). The trend toward evidence-based practice and the future of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 64 (1), 29-38.
  - Thomas, J.R., Petry, R.A., y Goldman, J.R. (1987). Comparison of cognitive and behavioral self-control treatments of depression. *Psychological Reports*, 60, 975-982.
  - Thorn, B. E.; Boothby, J. L. y Sullivan, M. J. L. (2002) Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. *Cognitive and Behavioral*

- Practice*, 9, 127-138.
- Tolin, D. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 710-720.
  - Toth, K y King, B.H. (2008). Asperger's syndrome: diagnosis and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 165, 958-963.
  - Tsatsanis, K.D., Foley, C., y Donehower, C. (2004). Contemporary outcome research and programming guidelines for Asperger syndrome and high-functioning autism. *Topics in Language Disorders*, 24, 249-259.
  - Turk, D. C. y Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70: 3, 678-690.
  - Turner-Stokes, L.; Erkeller-Yuksel, F; Miles, A.; Pincus, T.; Shipley, M. y Pearce, S. (2003). Outpatient cognitive behavioral pain management programs: a randomized comparison of a group-based multidisciplinary versus an individual therapy model. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 84, 781-788.
  - Valero Aguayo L. (1999). Evaluación de ansiedad ante exámenes: datos de aplicación y fiabilidad de un cuestionario CAEX. *Anales de Psicología*, 15, 2, 223-231.
  - Vallejo, M.A. (2005) Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.
  - Vallejo, M.A. (2008) Perspectivas en el estudio y tratamiento psicológico del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 19, 417-430.
  - Vallejo, M.A. y Comeche, M.I. (1999) *Depresión, ansiedad y dolor crónico*. En E. G. Fernández-Abascal y F. Palmero (eds.). Emociones y salud. Barcelona: Ariel, págs.: 279- 299.
  - Vallejo, M.A., Comeche, M.I., Ortega, J., Rodríguez, M.F. y Díaz, M.I. García (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos de Psicología*, 2, 28-34.
  - Vallejo, M.A., Rivera, J., Esteve-Vives, J. e ICAF Group (2010) Development of a selfreporting tool to obtain a Combined Index of Severity of Fibromyalgia (ICAF). *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 2.
  - Van Balkom, A.J.L.M., Bakker, A., Spinhoven, P, Blaauw, B.M.J.W., Smeenk, S., y Ruesink, B. (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 510-516.
  - Van-der Hostadt, C. J. y Quiles, M. J. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8, 503-510.
  - Vázquez, C. y Nieto, M. (2003). Psicología (clínica) basada en la evidencia (PBE): una revisión conceptual y metodológica. En J. L. Romero (Ed.). Psicópolis: paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea. Barcelona: Kairos.
  - Vera-Villarroel, P. (2005). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit*, 4-10.

- Vera-Villarroel, P. y Mustaca, A. (2006). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 3, 551-565.
- Vera-Villarroel, P. y Mustaca, A. (2006). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (3), 551-565.
- Vera-Villarroel, P.; Valenzuela, P.; Abarca, O., y Ramos, N. (2005). Evaluación de una Intervención Conductual Intensa y Breve para el Manejo de Estados Emocionales: Un Estudio Piloto. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 121-131.
- Verheul, R., van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., de Ridder, M.A.J., Stijnen, T., y van den Brink, W. (2003). A 12-month randomized clinical trial of Dialectical Behavior Therapy for women with borderline personality disorder in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Verheul, R., y Herbrink, M. (2007). The efficacy of various modalities of psychotherapy for personality disorders: A systematic review of the evidence and clinical recommendations. *International Review of Psychiatry*, 19, 25-38.
- Vidal-Coll, C. y Alegre, C. (2007) Fibromialgia (FM): manifestaciones clínicas y clasificación. *Dolor*, 22, 137-141.
- Vittengl, J.R., Clark, L.A., Dunn, T.W., y Jarrett, R.B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 475-488.
- Walther, M.R., Ricketts, E.J., Conelea, C.A., y Woods, D.W. (2010). Recent advances in the understanding and treatment of trichotillomania. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24, 46-64.
- Wampold, B. E. (2005) What should be validated? The psychotherapist. En J. C. Norcross, L. E. Beutler y R. F. Levant (Eds.). *Evidence-based practices in mental health*. Washington: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The Humanistic (and Effective) Treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873.
- Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W. y Waehler, C. A. (2002). Principles of empirically supported interventions in counseling psychology. *Counseling Psychologist*, 30, 197-217.
- Wang, M., Wang, S., y Tsai, P. (2005). Cognitive behavioural therapy for primary insomnia: *A systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 553-564.
- Watson, H.J. y Rees, C.S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 489-498.
- Weisenberg, M. (1999). Cognitive aspects of pain. En P. D. Wall y R. Melzack (Eds.). *Textbook of pain*. (345-358). Hong Kong: Churchill Livingstone.
- Weiss, M., Safren, S.A., Solanto, M.V., Hechtman, L., Rostain, A.L., Ramsay, J.R., y Murray, C. (2008). Research forum on psychological treatment of adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11, 642-651.
- West, A.E., Jacobs, R.H., Westerholm, R., Lee, A., Carbray, J., Heidenreich, J., y Pavuluri, M.N. (2009). Child and family-focused cognitive behavioral

therapy for pediatric bipolar disorder: Pilot study of group treatment format. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 239-246.

- White, S.W., Ollendick, T., Scahill, L., Oswald, D., y Albano, A.M. (2009). Preliminary efficacy of a cognitive-behavioral treatment program for anxious youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1652-1662.
- Whittal, M.L., Agras, W.S., y Gould, R.A. (1999). Bulimia nervosa: A meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behavior Therapy*, 30, 117-135.
- Wilson, G.T. (1999). Cognitive behavior therapy for eating disorders: progress and problems. *Behavior Research and Therapy*, 37, 79-95.
- Wise, K. L. y Bundy, K. A. (1991). Social skills training for young adolescents. *Adolescence*, 26(101), 233-242.
- Wolfe, F., Clauw, D.J., Fitzcharles, M., Goldenberg, D.L., Katz, R.S., Mease, P., Russell, A.S., Russell, I.J., Winfield, J.B. y Yunus, M.B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Research*, 62, 600-10.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, P.L. y Tugwell, P. (1990) The American College of Rheumatology 1990, criteria for the classification of fibromialgia: report of the multicentre criteria committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33, 160-172.
- Wolitzky-Taylor, K.B., Castriotta, N., Lenze, E.J., Stanley, M.A., y Craske, M.G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27, 190-211.
- Woody, S. R., Weisz, J. y McLean, C. (2005). Empirically Supported Treatments: 10 Years Later. *The Clinical Psychologist*, 58, 5-11.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., y Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523-537.
- Young, M.E. y Fristad, M.A. (2007). Evidence based treatments for bipolar disorder in children and adolescents. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 157-164.
- Zaidler, T.I. y Heimberg, R.G. (2003). Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 72-84.