

ARTÍCULOS

El desarrollo de los tratamientos eficaces y la competencia profesional en la práctica clínica

The development of the efficacy treatments and the professional competence in the clinical practice

JORGE BARRACA MAIRAL¹

Fecha de Recepción: 26-05-04

Fecha de Aceptación: 14-03-05

RESUMEN

En los últimos años, muchos clínicos observan con interés el desarrollo de los tratamientos eficaces. Su divulgación supone una considerable garantía para los pacientes y es el mejor aval social para la profesión; sin embargo, para los terapeutas también acarrea una serie de presiones que raramente son expuestas en los manuales y artículos científicos. El profesional que actúa con la premisa de “la técnica es lo importante y eficaz”, puede atribuir a su falta de destreza con ella una evolución inesperada, el fracaso de la terapia o los abandonos. Convencidos del poder transformacional de determinados procedimientos, se puede olvidar que casi siempre es más sencillo y eficaz tratar de cambiar el entorno que altera al sujeto que lograr —sin cambios en ese medio— que se auto-controle, se relaje, vea las cosas de otra manera o, por último, admita su situación. Llevadas las cosas al extremo, aparece el peligro de establecer una relación exclusiva entre tratamiento y técnica, lo que supone una vulneración de los principios de la evaluación e intervención psicológica.

ABSTRACT

During the last few years many practitioners have been observing with interest the development of effective treatments. Circulation of such treatments is

¹ Universidad Camilo José Cela. Facultad de Ciencias Sociales y de la Educación. Departamento de Psicología.

a guarantee for patients and a social support for the profession. Nevertheless, it results in pressure for therapists which is seldom addressed in literature. Professionals whose practice premise is “technique is what matters” may put down to his/her lack of skillfulness an unexpected course of treatment, therapy failure or patient withdrawal from treatment. Persuaded of the transformational power of certain procedures, they may forget that most times it is easier and more effective to change subject environment than to make him/her self-control, relax, change the way they look things and finally accept his/her situation. Carrying the matter so far, the danger of establishing a unique relationship between treatment and technique may arise, thus meaning a violation of principles of psychological assessment and intervention.

PALABRAS CLAVE

Tratamientos psicológicos, Psicología clínica basada en la evidencia, Eficacia y eficiencia, Competencia profesional.

KEY WORDS

Psychological treatments, Evidence-based clinical psychological, Efficacy and Effectiveness, Expertise.

INTRODUCCIÓN: LA ECLOSIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EFICACES

En España, el interés por el desarrollo, conocimiento y difusión de los *tratamientos eficaces* es, ya

desde hace varios años, creciente entre los profesionales de la práctica clínica. A su propagación han contribuido —por citar sólo algunas publicaciones destacadas— los manuales de Labrador, Echeburúa y Becoña (2000) y de Pérez Álvarez,

Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez (2003a); la traducción de los ya clásicos textos de Natham y Gorman (1989, 2002); el monográfico de *Psicothema* (C.O.P. Asturias, 2001); o la inclusión durante meses en la portada de la página web del COP (y en el INFOCOP de enero-abril de 2003) de un texto firmado por Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados y Fernández-Montalvo (2003) centrado en esta misma temática.

A fin de no levantar ampollas y de evitar de entrada los malentendidos, debe recordarse que este enfoque no trata de legitimar unas terapias y de desacreditar otras — como en la célebre revisión de Eysenck (1952)—; ni tampoco de adoptar una actitud excesivamente condescendiente con todas al afirmar que cualquier psicoterapia establece siempre una serie de condiciones que ayudan al paciente —como acaban concluyendo Frank y Frank (1991)—. Ahora lo que se juzga no es un modelo determinado frente a otros, sino *un tratamiento específico para un trastorno concreto*. Por eso, en los listados de tratamientos eficaces se incluyen mayoritariamente técnicas derivadas del modelo conductual, pero también otras originarias del modelo sistémico (por ejemplo, para el tratamiento de la esquizofrenia) o de la terapia psicodinámica breve (en algunos casos de trastornos por dependencia de sustancias).

Este artículo no entra a debatir los pros y contras de este desarro-

llo científico-profesional, sin duda estimulante y necesario por muchas razones; ni a analizar los problemas teóricos implícitos en él, algo ya tratado con lucidez por Fernández Hermida y Pérez Álvarez (2001) o por Pérez Álvarez et al. (2003b). En realidad, pretende sólo ofrecer algunas reflexiones que tienen que ver con *los efectos de su difusión en la práctica diaria de los clínicos*. Por supuesto, en nuestro país se han publicado ya otros trabajos donde se discuten las dificultades de trasladar a la realidad de la consulta los resultados de la investigación sobre eficacia terapéutica (Cf. Becoña, 1999; Echeburúa y De Corral, 2001); discrepancia que se ha procurado significar con la distinción entre los términos *eficacia* (que correspondería a la terapia que ha demostrado experimentalmente su éxito en un trastorno concreto) y *efectividad* (que recogería la utilidad de una terapia en el contexto clínico habitual de tratamiento).

Pero más allá de estas y otras matizaciones, el acercamiento de los clínicos a las publicaciones científicas (o páginas web) donde se divulgan las técnicas de probada eficacia posee unos efectos sobre su trabajo que no se pueden soslayar y que merecen comentario. Las reflexiones que se incluyen a continuación no intentan destacar por novedosas y, probablemente, han surgido espontáneamente en muchos terapeutas en ejercicio al toparse con este nuevo escenario de su quehacer profesional. El intento de acomodar a la exigente y brillante divulgación científica que

se nos presenta desde la cotidiana, prosaica y realista labor de la consulta es su fuente original.

LA LABOR DEL CLÍNICO Y SUS SENTIMIENTOS DE EFICACIA

Los psicólogos en ejercicio tienen el deber de conocer los resultados que arroja la investigación y utilizar los procedimientos que han demostrado empíricamente su valía, tal y como recoge el código deontológico (COP, 1993). Sin embargo, no se debe perder de vista que su principal objetivo no es desarrollar la Ciencia o demostrar la mayor utilidad de un modelo concreto, sino hacer algo que ayude al paciente que tiene que tratar en ese momento. Y es una realidad innegable para cualquiera con un mínimo de experiencia que, en bastantes ocasiones, las técnicas que se estiman eficaces (y que pueden conformar el *tratamiento de elección*) presentan, cuando se llevan a la práctica en sesión, una serie de problemas raramente mencionados en las guías de tratamiento. Es más, los efectos que determinados procedimientos (algunos tan fundamentales como la Relajación, la Exposición, la Desensibilización Sistemática o la Reestructuración Cognitiva) producen en los pacientes acaban, muchas veces, por resultar paradójicos, considerando lo que se menciona en los textos. En ocasiones, estos resultados se han justificado aludiendo a la falta de preparación y rigor de los terapeutas en ejercicio o a su incapacidad para acomodar la técnica al caso. Puesto que en las mues-

tras experimentales se comprueba la eficacia de una técnica determinada se deduce que si en la clínica no se obtienen los mismos éxitos el terapeuta debe realizar una mala praxis. De este presupuesto, tan falaz que no requiere mayor discusión, los mismos clínicos son las primeras víctimas, a pesar de que conocen y comprenden las diferencias entre ambos contextos.

La práctica clínica es tan abierta, tan exigente, tan desconcertante y tan frustrante en ocasiones, que muchos anhelan disponer —al igual que en el ámbito médico— de unos tratamientos protocolizados (o, al menos, de ciertos “principios generales”) realmente contrastados y que, administrados de forma conveniente, ayuden a todas las personas con el mismo trastorno que acuden a la consulta. Cuando un psicólogo se anima finalmente a ponerse delante de un paciente, no tiene más remedio que confiar en que posee unas destrezas y unos conocimientos suficientes como para permitirle salir airoso en tan difícil trance. En concreto, estimamos que, en comparación con otros terapeutas que no son psicólogos y, a veces también, otros colegas, actuaremos eficazmente frente a un trastorno determinado por una serie de factores. Algunos de ellos se sintetizan en el cuadro 1.

El título universitario, que posibilita la colegiación y, por el momento, el trabajo como psicólogo clínico, es el primer peldaño en esa escalera que conformará nuestro sentimiento de competencia profesional. Sin embargo, casi todos los

Cuadro 1. Elementos comunes para sustentar el sentimiento de competencia profesional

- Formación universitaria.
- Trabajo continuado en un modelo teórico determinado.
- Especializaciones postgrado (Master, cursos específicos...).
- Manejo de la bibliografía (manuales de tratamiento, artículos científicos...).
- Contacto e intercambio de información con profesionales más experimentados que trabajan en los mismos problemas.
- Asistencia a foros profesionales especializados.
- Supervisión.
- Rigor, deseo genuino de ayudar, trabajo y preparación de las sesiones...

licenciados ven la necesidad de completar su adiestramiento básico con una especialización a través de master, cursos de postgrado o con la formación PIR. Pero, en el día a día, esto no es suficiente o, al menos, no durante mucho tiempo y por eso el terapeuta comprende lo imponderable de actualizar sus conocimientos consultando la bibliografía especializada (sobre todo, los manuales de tratamiento), asistiendo a foros profesionales (jornadas, symposiums, congresos...) y contactando con otros psicólogos. También la supervisión es una fuente de seguridad, aunque ésta guarda una estrecha relación con el modelo teórico de partida. Por último, cabría citar una serie de

elementos más difusos y personales como son el tenerse por una persona rigurosa y seria, que desea realmente cobrar eficacia, la preparación concienzuda de las sesiones, etc. La sensación de auto-eficacia que desprende todo este proceso es necesaria porque, dada la dificultad que presenta esta labor, es imprescindible contar con una cierta seguridad, apoyarse en sentimientos que alienten al profesional.

En consecuencia con todo lo anterior, cuando llegan pacientes de otros terapeutas que no han resuelto sus problemas es fácil tender a creer que han fallado en algunos de los puntos que se reflejan en el cuadro 2.

Cuadro 2. Algunas causas del fracaso de "otros" terapeutas

- Poca atención a la motivación del paciente.
- Actuación estereotipada.
- Incorrecta elección de las técnicas para el caso.
- Falta de rigor en el conocimiento de las técnicas (por ejemplo, cambios esperables a corto plazo en la relajación...).
- Falta de entrenamiento continuado en esas técnicas.

Por supuesto, los terapeutas más experimentados saben que un paciente que no ha logrado sus objetivos a pesar de acudir regularmente a terapia con otros profesionales tiene menos posibilidades de éxito, por muy bien que se le trate. Pero, también con bastante frecuencia, muchos clínicos (sobre todos los más noveles) creen, de entrada, que, ahora que está en sus manos, el caso seguirá un curso positivo. Estiman que ellos sí sabrán “hacerse” con el paciente (motivarlo...), que harán una mejor evaluación y, sobre todo, que elegirán la técnica adecuada. Lo importante es destacar que, en muchos casos, ese énfasis en la técnica dificulta considerar otras alternativas. Cuantos más libros se han manejado sobre tratamientos de elección, cuanta más formación se posee, cuanta más evidencia se ha reunido (artículos, conferencias, cursos...), más fe se deposita en las técnicas y más estatus causal se les concede.

LA CLÍNICA Y LA EXPERIMENTACIÓN EN LOS TRATAMIENTOS EFICACES

Sin embargo, se produce aquí

un auto-engañó pues, en principio, los resultados de la clínica *no deberían ser* como los que se publican en las revistas científicas. Igual que es muy difícil que un paciente se acomode exactamente a lo que se describe en el DSM, los resultados experimentales que *teóricamente* se obtienen en el tratamiento de las crisis de pánico o de la depresión no se pueden replicar con los pacientes de la consulta. Algunas razones de esta aseveración se sintetizan en el cuadro 3.

Por otro lado, el marco de la terapia incorpora una serie de variables que no pueden ser “integradas” o “subsumidas” en ninguna técnica y que tienen que ver con la realidad total del mundo en que vivimos —algo que no es muy distinto del tratamiento médico, pues la edad de los sujetos, su estado físico, su contexto social y familiar, etc. influyen en la elección de los procedimientos de actuación—. En el cuadro 4 se resumen algunas de esas características singulares.

No es que esto sea original; en

Cuadro 3. Diferencias entre la investigación y el tratamiento clínico real (basado en Becoña, 1999; Echeburúa y Del Corral, 2001; Seligman, 1995).

- Protocolos estándar de tratamiento.
- Cómo y por qué entran los pacientes en el programa.
- Motivación de los terapeutas. Intereses.
- Desecho de los casos perdidos: “mortalidad experimental”.
- Falta de análisis del porcentaje de sujetos que no mejoraron.
- Publicación únicamente de las investigaciones con buenos resultados.
- Desatención a otros problemas del paciente que van surgiendo durante la terapia.

Cuadro 4. Algunas variables especiales del contexto clínico

- Los pacientes se implican más o menos en la puesta en práctica de las técnicas dependiendo de la impresión que tengan del terapeuta.
- Distintos trastornos del Eje II y características de la personalidad (incluyendo la inteligencia) afectan al resultado de la aplicación de las técnicas.
- La red social de apoyo (en particular, la familia) es una variable fundamental en el éxito terapéutico.
- El contexto social (por ejemplo, la marginalidad, factores culturales, religiosos, étnicos...) tiene un peso primordial sobre el empleo de la técnica.
- Toda la historia de contactos con profesionales sanitarios (y con la red sanitaria en su conjunto) juega un papel muy importante en la respuesta de los pacientes.

realidad, son factores que se conocen desde siempre y que las mismas guías de tratamientos eficaces no dejan de mencionar. En Becoña (1999) o Echeburúa y De Corral (2001) se describen también con más detalle. El problema estriba en que el terapeuta que sustenta su labor en el seguimiento fiel de los tratamientos eficaces *no se siente* en concordancia con la realidad de que los resultados de la clínica y de la investigación han de discrepar. Por eso, cuando se da un fracaso en el tratamiento, a pesar de la correcta elección de la técnica y su ajustada puesta en práctica, o cuando se produce un abandono terapéutico, no se considera que eso puede ser lo normal, lo esperable, lo que lógicamente tenía que pasarle a uno mismo o a cualquier otro terapeuta. Por el contrario, la conclusión a la que se llega es que uno ha fallado. Y es que resulta difícil no razonar así cuando en los trabajos experimentales se menciona que las crisis de angustia con agorafobia se solucionan en un 81% de los casos con el tratamiento de

Craske y colaboradores (Barlow, Raffa y Cohen, 2002; pp. 310) o que las fobias específicas se pueden corregir en un 90% de los casos con la exposición con prevención de respuesta (Barlow et al., 2002; pp. 315). Sin embargo, hay que insistir: el índice de éxito de ciertos manuales de tratamientos eficaces será necesariamente distinto al de la clínica real. Y hasta es posible que, si las peculiaridades del caso lo exigen, resulte necesario optar por una técnica distinta a la de elección para ese trastorno.

UN EJEMPLO CONCRETO: LOS RESULTADOS DE LA PRÁCTICA DE LA RELAJACIÓN

Como ejemplo, podemos detenernos ahora en una situación paradigmática. Frente a los buenos resultados que, en teoría, posee la *relajación muscular progresiva* sería interesante conocer por medio de una encuesta entre profesionales bien formados en esta técnica y que la aplican regularmente cuántos de

ellos se han visto obligados a interrumpir el proceso de entrenamiento y cuántos, pese a finalizarlo en óptimas condiciones, no obtuvieron los resultados que esperaban.

Un entrenamiento completo de este tipo culmina satisfactoriamente según los manuales (por ejemplo, Bernstein y Bokovec, 1983) cuando consigue instaurar en la vida real y diaria del paciente una relajación evidente, y ese cambio acarrea un alivio significativo en la ansiedad del sujeto (medidas pre- y post-). Además, idealmente, se debe contar con alguna evaluación, más o menos objetiva, para confirmar la calidad de la relajación (conductancia disminuida, rotación libre de los miembros, sensaciones corporales especiales, pies caídos...), aparte de la sensación subjetiva de relajación (ver cuadro 5). Pero si no es esto lo que se consigue la mayor parte de las veces en la práctica real ¿por qué está reflejado así en los textos como lo habitual? ¿Son la mayoría de los terapeutas incompetentes con la relajación?

EL ACENTO SOBRE LA TÉCNICA, EL ACENTO SOBRE LA RELACIÓN Y OTROS ACENTOS

Si se parte del esquema “la técnica es lo eficaz para modificar cómo se siente el sujeto” pueden surgir una serie de problemas en la práctica. Tal vez estos problemas son los que hacen que un terapeuta más abierto o experimentado vaya poniendo las técnicas en un segundo plano; o, mejor, las enmarque dentro de un trabajo más amplio y abierto. En el cuadro 6 se reflejan algunos de los posibles problemas.

Es indudable que cuanto más se centra el terapeuta en perfeccionar la técnica menos atención puede poner sobre otras realidades del sujeto. Por ejemplo, si cree que la relajación es lo que necesita, entonces pospondrá otros temas que el paciente menciona pues interfieren con el entrenamiento (y un buen entrenamiento y práctica requieren mucho tiempo). Además, si se producen resultados paradójicos

Cuadro 5. Criterios de éxito en un entrenamiento en relajación progresiva

- La relajación se ha integrado en el entorno-problema del sujeto (por ejemplo, a pesar del episodio de ansiedad se relaja de pie, activo, en un lugar no tranquilo).
- Existen medidas que evidencian un cambio significativo en las conductas del sujeto (por ejemplo, actividades recuperadas).
- Existen medidas objetivas de la calidad de la relajación (conductancia de la piel, sensaciones propioceptivas, rotación de miembros sin resistencia, apariencia de dormido...).
- Existen evidencias razonables de que no hay otros factores alternativos a la relajación que puedan explicar los cambios del sujeto (en particular, ansiolíticos).

Cuadro 6. Algunas implicaciones del énfasis en la técnica

- Más tiempo en el entrenamiento de la técnica supone menos tiempo de sesión para otros problemas del paciente.
- Menor receptividad a los efectos paradójicos y a lo que suponga fracaso del procedimiento.
- Olvido del marco total en el que se desarrolla el problema. Excesiva atomización.
- Mayor dominio y profundización en una técnica implica menor conocimientos de otras (es imposible dominarlas todas).
- Sesgo de la práctica (uso más aquello que manejo con frecuencia).

cos es posible que esté menos receptivo a ellos (por el tiempo y esfuerzo que lleva el entrenamiento, por la convicción con que tuvo que presentarlo al paciente para motivar su práctica, etc.). Es un problema de disonancia cognoscitiva, de la que nadie está libre. Por último, debe destacarse que cuanto más se centre el terapeuta en la técnica menos podrá fijarse en el sentido de todo el problema (la función de la sintomatología); y, desde luego, a mayor fe en la técnica menos intentará la modificación del entorno. Si, por ejemplo, un clínico tiene una gran confianza en la relación para ayudar al paciente a librarse de sus problemas de ansiedad, menos probable es que contemple otras vías, como el enfrentamiento y cambio de las circunstancias que le provocan ansiedad. Y es que, cuando se piensa que una técnica indudablemente librará al sujeto de una sensación de malestar ¿para qué molestarse en cambiar las circunstancias que llevan a sufrir ese malestar? En forma de analogía: si dispongo de un analgésico muy potente quizás permita que el sujeto siga llevando a cabo una conducta perjudicial por-

que casi no nota sus efectos negativos. En síntesis, lo que se afirma es que, gracias a la técnica, es posible que se toleren mejor actividades inconvenientes a largo plazo y que, de este modo, se dificulte un enfrentamiento a una situación determinada, un cambio imprescindible en la vida o, incluso, la aceptación de una situación dolorosa que ya no tiene solución.

Quizás puede parecer un tanto artificial excluir de la técnica mismas realidades vitales como las señaladas. O, en otras palabras, juzgar que algo como la relación terapéutica es parte inextricable del tratamiento, pues este no debe verse (como sí sucede con un fármaco) como algo ajeno por completo al sujeto. Sin duda, esta última perspectiva es más acorde con la realidad, pues un *tratamiento eficaz* no es tanto una técnica específica cuanto un programa de tratamiento que incluye distintas técnicas, orientaciones y marcos de intervención. No obstante, por el momento, el maridaje entre variables de situación terapéutica y tratamientos eficaces está lejos de producirse. Existen algunas investigaciones

sobre la relación entre variables personales y eficacia de la intervención (Cf. Kanfer y Sheft, 1988), pero en las guías de tratamiento éstas no se contemplan de forma sistemática. También es cierto que ha quedado como una afirmación incontrovertible el que la relación terapéutica es el elemento más destacado en la mejora del paciente; aunque, en realidad, no es fácil llevar a cabo trabajos empíricos capaces de demostrar este aserto.

Ya hemos afirmado que el paradigma de los tratamientos eficaces es en sí una fuente indudable de mejora para nuestro ejercicio profesional; el problema surge cuando se atomizan, se deshacen y quedan en procedimientos muy particulares; pero, fundamentalmente, cuando por una incompleta comprensión de su utilidad llevan a olvidar el contexto general de la actuación. En realidad, el análisis psicológico de la situación terapéutica debe incluir mucho más que las variables vinculadas a la relación terapéutica, ya que éstas son sólo una parte del todo. En el apartado siguiente se explica con mayor profundidad esta afirmación.

TÉCNICAS EFICACES Y CONTEXTO

Con lo anterior se quiere rescatar uno de los principios fundamentales del trabajo psicológico. Y es que, llevadas las cosas al extremo, aparece el peligro de establecer una relación exclusiva entre tratamiento y técnica; no peor que la relación habilidad del terapeuta y

eficacia, lo que supone reducir enormemente nuestro marco de actuación y volver a perder así la actividad más propiamente psicológica. Por eso, en ocasiones, un fracaso terapéutico pese a la efectividad de la técnica, también puede abrirnos a otras alternativas.

Es posible que algunos problemas de ansiedad no se puedan controlar con ningún tratamiento; más exactamente, que no haya técnicas que sirvan o puedan funcionar en unas circunstancias determinadas y con determinados sujetos, pues la concepción misma **problema de ansiedad** ➔ **técnicas para desembarazarse de la ansiedad** dificulta gozar de una perspectiva más amplia y capaz de ofrecer soluciones alternativas al caso. Para empezar, quizás se deba plantear toda la situación de otra manera: no tratar de modificar nada del sujeto, sino su entorno. Es decir, volver a poner en cuestión el cambio intra-psíquico para dirigir nuestros esfuerzos al cambio del entorno o de todo el contexto donde se da la dificultad. Y si ese entorno que lleva al paciente a estar ansioso no se puede alterar, entonces otra posibilidad pasa por intentar enseñar al paciente que debe aceptarlo, lo que supone también un trabajo propiamente psicológico.

En realidad, esta perspectiva ha sido reflejada en algunos manuales de intervención con tratamientos eficaces. Por ejemplo, Pérez Álvarez et al. (2003b) han subrayado la necesidad de no contemplar como éxito de la terapia únicamente la

desaparición de los síntomas típicos del trastorno (criterios DSM), sino también considerar otras medidas más globales como el ajuste psicosocial, la calidad de vida o el hecho de que, en vez de una existencia estancada por un síntoma, el paciente recupera su capacidad de dirigirse hacia sus metas vitales y vuelve a gozar de una vida con sentido. Todo lo cual nos recuerda la importancia de fijarnos otra vez en nuestro “secreto mejor guardado” (Morgan y Morgan, 2001; Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2001): la evaluación individual (cuya traducción sería en el modelo cognitivo-conductual el análisis funcional) y el acomodo de la terapia a cada sujeto.

Añadamos que retomar esta senda permite escapar de un modelo médico de intervención que, aunque impuesto paradigmáticamente, en realidad nos es ajeno. La desmedicalización de la enfermedad mental (aunque estos términos ya suponen un problema de concepción) es una tarea crítica y absolutamente necesaria para que la Psicología tenga cabida y sea vista como algo útil con independencia de las intervenciones médicas, como apuntan Pérez Álvarez et al. (2003c). Y los tratamientos eficaces, al dotar al clínico de herramientas de intervención alternativas al fármaco, representan un sólido camino en esa dirección. Sin embargo, a la vez, suponen un problema pues parten con un lastre difícil de desprender, y que es el

que sigan organizándose de acuerdo con las categorías psicopatológicas DSM.¹

CONCLUSIONES: EL ACERCAMIENTO DE LOS PROFESIONALES A LOS TRATAMIENTOS EFICACES

Lo que se viene afirmando en los párrafos anteriores no se opone al desarrollo y propagación de las técnicas eficaces. Es más, su investigación se deben llevar a cabo con la más concienzuda y escrupulosa atención, pues resulta imprescindible determinar experimentalmente cuáles de nuestros procedimientos merecen seguir engrosando el arsenal terapéutico y cuáles deben desaparecer. Del mismo modo que debe continuar la investigación en fármacos ansiolíticos para mejorarlos día a día. Todos los profesionales han de estar satisfechos con la aparición de los manuales y las guías de técnicas eficaces. Pero eso no significa que sus conclusiones no se pongan en el sitio que les corresponde dentro del amplio y complejo trabajo terapéutico. La eficacia no puede hacer olvidar que la labor del psicólogo clínico se enmarca en un conocimiento amplio del paciente —de cada paciente— y que un uso exagerado de la más efectiva de las técnicas, paradójicamente, puede llevarle a desdibujar el problema fundamental.

En realidad, el que en la clínica

¹ Para ser justos, habría que añadir que la corriente anti-sistemas clasificatorios y exclusivamente “recetaria” también existe en la Psiquiatría, aunque ahora sea minoritaria.

nuestras técnicas no sean en la actualidad tan eficaces puede tener sus ventajas. Advertimos que es fácil depender y hasta hacerse adicto a un ansiolítico, pero difícilmente a una técnica de relajación o a la exposición. Ciertamente, el estado de la cuestión nos impulsa a sazonar las útiles técnicas con muchos elementos que vuelven nuestro trabajo más variado y enriquecedor. Y, sobre todo, como se ha defendido más arriba, el tratamiento eficaz nunca podrá estar tan ampliado y matizado como para subsumir toda la actividad propiamente psicológica, aunque sea un complemento imprescindible.

Por último, habría que detenerse en un aspecto aledaño a nuestra discusión, aunque en absoluto ajena a ella, como es la dificultad de los clínicos para interesarse y formarse en los nuevos tratamientos eficaces. Es cierto que, por desgracia, los tratamientos que aún no han probado su eficacia tienen más difusión y se emplean más que los que sí la han probado (Echeburúa y De Corral, 2001). Así mismo, los psicólogos son criticados por mostrarse tan sordos a los resultados de la investigación empírica, en particular cuando ésta contradice su propia experiencia clínica (Garb, 2000); y, en cambio, se alaba la celeridad con que los médicos adoptan nuevos fármacos o procedimientos evaluativos. Caben varias

interpretaciones para esta actitud y una profundización en este tema desborda el propósito y la intención de este artículo. Se mencionará, eso sí, un dato quizás anecdótico: desde algunos modelos teóricos se afirma que el paciente que se niega a adoptar los cambios que mejorarían su vida se 'resiste'; sin embargo, cuando es el terapeuta el que no los lleva a cabo en su trabajo clínico se buscan justificaciones de índole bien distinta.

Debe advertirse que las enormes diferencias que unos paradigmas mantienen con otros explica, al menos en parte, esta realidad. Téngase en cuenta que cuando un médico sustituye un determinado fármaco, por muchos años que lleve usándolo, no cambia de modelo. Pero adoptar el enfoque de los tratamientos eficaces no es equivalente a ello; y no es equivalente para un terapeuta u otro: en algunos casos puede suponer desprenderse de toda una concepción del hombre que está implícita en el trabajo clínico. Como se afirmó al principio, determinados tratamientos eficaces parten del modelo sistémico o incluyen postulados de la orientación psicodinámica. Adaptarse a planteamientos tan dispares como el conductual, el sistémico o el psicodinámico no puede hacerse de la noche a la mañana; es un proceso sumamente largo y que debe partir desde la misma formación universitaria.

REFERENCIAS

- Barlow, D.H., Raffa, S.D. y Cohen, E.M. (2002). Psychosocial Treatments for Panic Disorders, Phobias, and Generalized Anxiety Disorder. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (Ed.). *A Guide to Treatments that Work (2º Edition)* (pp. 301-335). Nueva York: Oxford University Press.
- Becoña, E. (1999). La discrepancia entre la investigación y la práctica clínica en la terapia de conducta. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 4*, 71-103.
- Berstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- COP (1993). *Código deontológico del psicólogo*. Madrid: Publicaciones del Colegio Oficial del Psicólogo.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*, 181-204.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-324.
- Fernández Hermida, J.R. y Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema, 13*, 337-344.
- Frank, J.D. y Frank, J.B. (1991). *Persuasion & Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Garb, H.N. (2000). On Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. *Prevention & Treatment, 3 (Artículo 29)*. Disponible en Internet: <http://www.journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030029c.html>.
- Kanfer, F.H. y Sheft, B.K. (1988). *Guiding the Process of Therapeutic Change*. Champaign, IL: Research Press.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. 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. *Infocop, enero-abril 2003*, 25-30.
- Morgan, D.L. y Morgan, R.K. (2001). Single-participant research design. Bringing science to managed care. *American Psychologist, 56*, 119-127.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (1998). *A Guide to Treatments that Work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (2002). *A Guide to Treatments that Work (2º Edition)*. Nueva York: Oxford University Press.
- Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J.R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema, 13*, 523-529.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2003a). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I, II y III*. Madrid: Pirámide.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2003b). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Coords.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 17-34). Madrid: Pirámide.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2003c). Camino recorrido y tarea

futura de los tratamientos psicológicos. En M. Pérez Álvarez, J.R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Coords.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I* (pp. 215-236). Madrid: Pirámide.

Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.

C.O.P. Asturias (2001). Monográfico: Tratamientos Eficaces. *Psicothema*, 13 (3).