



COMEPREP

Consejo Mexicano para la Prevención de la Mala Práctica Profesional
y la Defensa de los Derechos de los Usuarios de Servicios Psicológicos

LA HISTORIA Y EL ESTADO ACTUAL DE LA TERAPIA BASADA EN LA EVIDENCIA

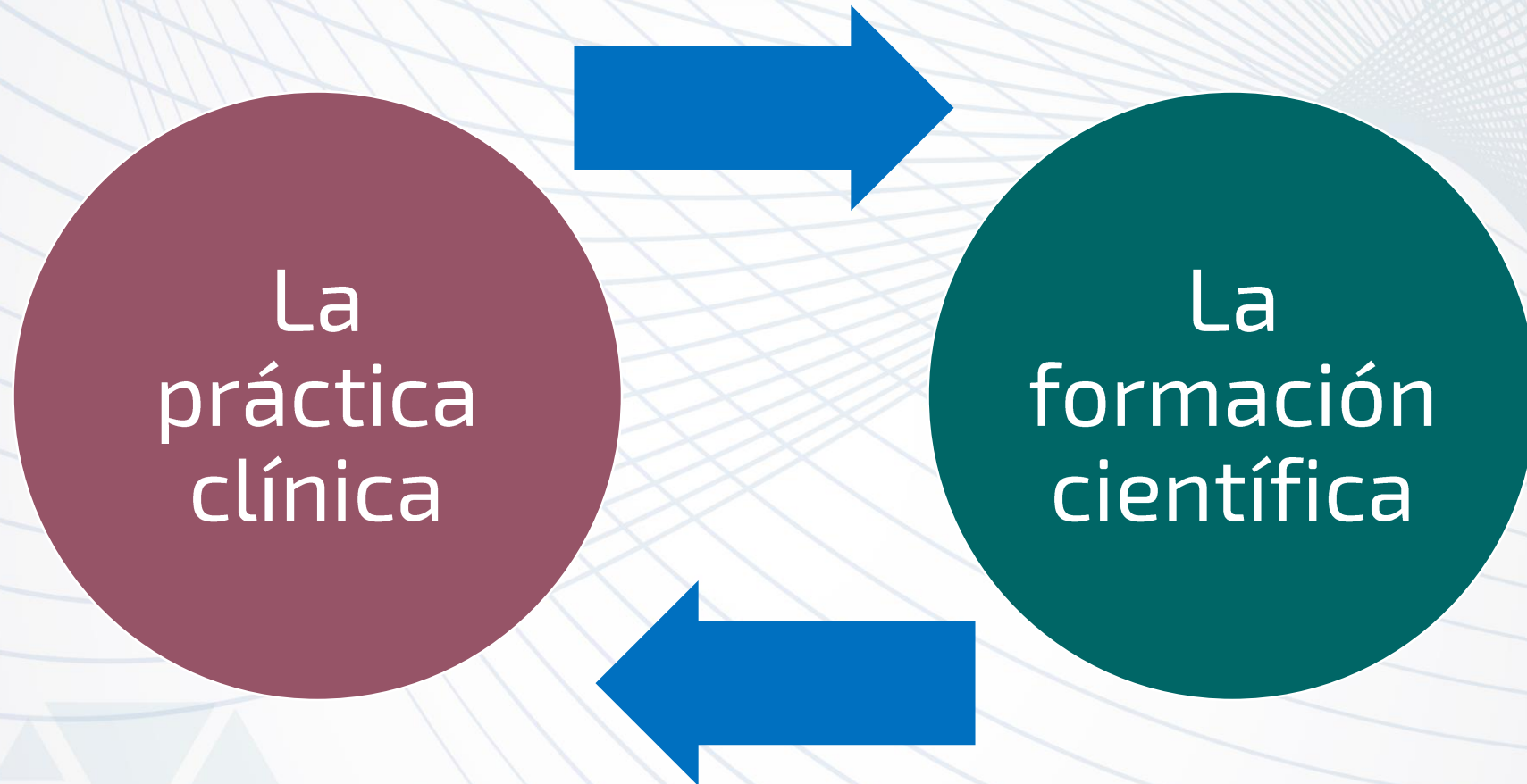
En 1949 en la CONFERENCIA DE BOULDER



se reconoce que el

ENTRENAMIENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

debe enfatizar dos aspectos:



Pero en 1952 Eysenck presentó un sombrío desafío cuando descubrió que:

**LA PSICOTERAPIA NO ERA MÁS EFECTIVA
en el tratamiento de clientes que
el simple paso del tiempo.**

**Una nueva generación de terapeutas
respondieron al desafío de Eysenck**



Nuevos

**MÉTODOS BASADOS EN LA INVESTIGACIÓN
EMPÍRICA**

fueron gradualmente desarrollados.

**Había una pregunta básica que se buscaba
responder**

**¿QUÉ TIPO DE TRATAMIENTO
es más efectivo**

**PARA EL MANEJO DE PROBLEMAS ESPECÍFICOS, BAJO
QUÉ CIRCUNSTANCIAS
Y CÓMO OCURRE ESTO?**

**En 1977 Smith and Galss realizaron un PRIMER
META-ANÁLISIS de los resultados de la
psicoterapia.**



Evaluaron

375 estudios

25,000 sujetos

833 registros

Los resultados mostraron claramente que:

LA EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA

es más alta que el simple paso del tiempo.



**En promedio UN PACIENTE QUE RECIBE
PSICOTERAPIA**

**está mejor que el 75% de la
gente que no recibió ningún
tratamiento.**

**Desde entonces HA HABIDO UNA
EVOLUCIÓN:**

**en las METODOLOGÍAS CLÍNICAS,
en los DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN y
en la COMPRENSIÓN DE LA
PSICOPATOLOGÍA.**

También han mejorado

**la NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA, las
TÉCNICAS DE EVALUACIÓN y las
TÉCNICAS DE TRATAMIENTO.**

**Y toda la sociedad ha demandado cada vez
con mayor vehemencia que**

**LAS INTERVENCIONES
PSICOLÓGICAS SE BASEN EN
LA EVIDENCIA.**

En línea con el movimiento de MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA en la psicoterapia el término PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA considera:



- ▶ **El uso de la mejor evidencia derivada de la investigación disponible sobre la efectividad de un tratamiento para un paciente con características específicas y**
- ▶ **La experiencia clínica del terapeuta.**

(American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

**En 1995 la Society of Clinical Psychology (División
12 de la American Psychological Association)**

formó un grupo de trabajo

**que tenía el objetivo de
desarrollar una**

**LISTA DE TRATAMIENTOS
PSICOLÓGICOS SOPORTADOS EN LA
INVESTIGACIÓN.**

Más tarde conocidos como:

Tratamientos con soporte empírico

O

Tratamientos Basados en la Evidencia

**Esta fuerza de tarea agrupó deliberadamente
a clínicos e investigadores de DIFERENTES**

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

Psicodinámicas

Interpersonal

Cognitivo conductual y

Sistémicas.

Distribuyeron los tratamientos en tres categorías:

Tratamientos bien establecidos

Tratamientos probablemente eficaces

Tratamientos experimentales

Los TRATAMIENTOS BIEN ESTABLECIDOS

**Tuvieron UNA EFICACIA SUPERIOR AL PLACEBO,
FÁRMACOS O CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO.**

**Además, DEBIERON DEMOSTRAR LA EXISTENCIA DE DOS
DIFERENTES EQUIPOS DE INVESTIGACIÓN QUE
OBTUVIERAN RESULTADOS SIMILARES.**

Los TRATAMIENTOS PROBABLEMENTE EFICACES



Fueron SUPERIORES A LA LISTA DE ESPERA O
CONDICIÓN CONTROL de no tratamiento y

Demostaron RESULTADOS favorables en UN SOLO
EQUIPO DE INVESTIGACIÓN.

En todos los casos se exigió que:

Los tratamientos ESPECIFICARAN LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE, (edad, sexo, origen étnico, diagnóstico, etc.) y

CONTARÁN CON UN MANUAL DE TRATAMIENTO que explicara con detalle las estrategias de tratamiento específico.

Aunque no fue estrictamente solicitado

**la lista de tratamientos se apoyó
en el DSM.**



**Los tratamientos debieron demostrar
resultados en**

**ENSAYOS CLÍNICOS CONTROLADOS, o
en una serie de
DISEÑOS DE CASO ÚNICO
bien controlados.**

El diseño debería permitir evitar la confusión de factores como:

- ▶ **El paso del tiempo.**
- ▶ **Los efectos de la evaluación psicológica.**
- ▶ **La presencia de diferentes tipos de clientes.**
- ▶ **Las diferentes condiciones del tratamiento.**

Recientemente los criterios para la evaluación de estos tratamientos fueron revisados para incluir:

Evidencia de revisiones meta-analíticas de ensayos múltiples en diversos dominios funcionales.

Y LA EVIDENCIA ES ABRUMADORA

**De todos los tratamientos,
LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL (TCC)
TIENE, CON MUCHO, UNA PROBADA
EFICACIA.**

Sin embargo, se ha encontrado que

Algunos trastornos responden al tratamiento mejor que otros y que algunos protocolos tienen mayor efecto que otros.

**A pesar de la bien planificada y ejecutada
tarea de la División 12, sus resultados
generaron acalorados debates.**



Los contraargumentos se centraron:

- (1) En el temor de que el uso de manuales llevaría a intervenciones mecánicas e inflexibles y a una pérdida de creatividad e innovación en el proceso de psicoterapia.
- (2) En la inquietud acerca de que los tratamientos efectivos en la investigación clínica, podría no ser trasladables a entornos de práctica clínica “real”.
- (3) Adicionalmente la presencia de la TCC en la lista de tratamientos también alimentó la intensidad de los debates.

Durante muchos años se ha tratado de alinear los tratamientos a las categorías del DSM



Pero esto ha limitado a veces la visión de la TCC, porque se ha dejado de lado medidas que tienen que ver con la calidad de vida, la relación con otras personas, la conducta prosocial, etc.

**La proliferación de tratamientos específicos,
que se superponen ha limitado la capacitación,
la integración de la investigación y de la
literatura científica.**

Estos tópicos, los efectos de largo plazo, la proliferación de protocolos, y los objetivos de tratamiento deben ser analizados ampliamente en las intervenciones actuales.

EL CAMPO NECESITA UNA CORRECCIÓN DEL CURSO
para responder a los desafíos del momento presente.



El modelo BIOMÉDICO ha tenido inconvenientes



Ha permitido aplicar tratamientos específicos a una amplia gama de psicopatologías pero ha ignorado los factores contextuales y situacionales que contribuyen al problema.

Cuando la Terapia Cognitivo Conductual enfatizó técnicas para síntomas específicos lo hizo a expensas de la teoría y conceptualización de casos lo que limitó su desarrollo.

Cuando domina el pensamiento sindrómico

La promoción de la salud y el desarrollo integral de las personas se vuelve menos importante.



La TCC no está en su etapa final , por lo que debe desarrollar nuevos modelos comprobables y nuevas estrategias de tratamiento.

Algunos autores sostienen que las intervenciones basadas en la evidencia ignoran en gran medida los factores comunes (en oposición a las estrategias de tratamiento específicas), y que dichos factores son en gran medida los responsables del cambio terapéutico (Laska, Gurman y Wampold, 2014).

**La confrontación entre intervenciones
específicas o la selección de factores comunes
no es productiva.**



Es hora de que la psicología clínica y la psiquiatría vayan mas allá de elegir factores comunes o tratamientos específicos.

Lo que se necesita actualmente es

**AISLAR Y COMPRENDER LOS PROCESOS
EFECTIVOS DE CAMBIO Y LA FORMA DE
DESARROLLARLOS.**

En los inicios de la Terapia de la Conducta



los problemas específicos y los objetivos de crecimiento positivo específico a menudo eran lo importante en las intervenciones.

Pero al vincularse al DSM

Los trastornos ocuparon el lugar central.



Hay un debate sobre cómo clasificar los trastornos mentales.

El DSM – 5 y LA CIE-10 están fuertemente arraigados al modelo biomédico que supone que los síntomas y signos reflejan padecimientos subyacentes.

Las primeras versiones estuvieron arraigadas en la teoría psicoanalítica.



En contraste las versiones actuales reflejan disfunciones de procesos genéticos, biológicos, psicológicos y de desarrollo como causas de los trastornos.

**Una definición sociobiológica de trastorno mental es que es una “disfunción perjudicial”
(Wakefield, 1992).**

Sin embargo esta definición ha tenido críticas importantes porque no está claro cómo definir una disfunción.

Los primeros críticos (por ejemplo, Szasz, 1961) argumentaron que



los trastornos psiquiátricos son simplemente etiquetas que la sociedad atribuye a las experiencias humanas normales y que representan construcciones sociales esencialmente arbitrarias sin ningún valor funcional.

El mismo fenómeno que se considera anormal en una cultura o en un momento de la historia puede considerarse normal o incluso deseable en otra cultura o en otro momento de la historia.

La definición oficial de trastorno mental en el DSM es



“Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, regulación de la emoción o comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen al funcionamiento mental” (American Psychiatric Association , 2013, p.20).

Aunque esta definición menciona específicamente los procesos psicológicos y de desarrollo como posibles causas primarias además de las biológicas, la psiquiatría ha operado durante mucho tiempo principalmente dentro de un marco biomédico.

El enfoque cognitivo conductual se basa más comúnmente en



Un modelo diádico de estrés, que supone que los factores de vulnerabilidad de un individuo junto con factores ambientales o estresores particulares pueden conducir al desarrollo del trastorno.

**Estos dos conjuntos de factores generalmente
no son lo mismo.**



A diferencia de otros modelos teóricos de trastornos mentales



la TCC en general está más preocupada por los factores de mantenimiento porque son el objetivo de tratamientos efectivos para las deficiencias presentes.

Por lo tanto, desde la perspectiva de la TCC,

Clasificar a las personas según los factores de mantenimiento es probablemente mucho más importante que clasificar a los individuos basándose solo en las vulnerabilidades, como los factores genéticos o los circuitos cerebrales.

**Este énfasis es congruente con la tradición
conductual**



la cual no hace énfasis en las vulnerabilidades y los factores estresantes, pero reconoce que los factores históricos que llevaron a un problema pueden diferir de los factores ambientales que lo mantienen.

El análisis funcional se centra en:

los factores de mantenimiento para los comportamientos actuales precisamente porque son estos los que deben cambiar para mejorar la salud mental de un individuo.

Los defensores del DSM señalan que un sistema de clasificación es importante porque:

- (1) Al contar con un lenguaje común para describir a las personas con trastornos psicológicos, se simplifica la comunicación entre profesionales y se proporciona un sistema de codificación para las compañías de seguros.
- (2) Permite el avance de la ciencia clínica al identificar personas con problemas similares para identificar patrones comunes y aislar los que se distinguen de otros grupos.
- (3) Esta información puede utilizarse para mejorar los tratamientos existentes o desarrollar nuevas intervenciones.

**Este último propósito es reconocido por el
DSM-5, que establece:**



**"El diagnóstico de un trastorno mental debe tener
utilidad clínica: debe ayudar a los médicos a determinar
el pronóstico, los planes de tratamiento y los posibles
resultados del tratamiento para sus pacientes"
(American Psychiatric Association, 2013, p.20).**

A pesar de esto el DSM -5 ofreció poco material nuevo o diferente a sus predecesores generando insatisfacción en la comunidad médica y de investigación.

Además de los asuntos políticos y financieros existen muchos problemas teóricos y conceptuales:

- (1) **Patologiza la normalidad usando puntos de corte arbitrarios basados en el juicio clínico y no en medidas objetivas.**
- (2) **Se enfoca en los síntomas.**
- (3) **Sus categorías describen individuos heterogéneos y un gran número de combinaciones de síntomas diferentes para el mismo diagnóstico muchos médicos utilizan el dx residual porque la mayoría de sus clientes no encajan en alguna categoría.**

Pero uno de sus mayores problemas es la comorbilidad. (es decir, la concurrencia de dos o más diagnósticos diferentes).

La comorbilidad es inconsistente con la noción básica de que los síntomas de un trastorno reflejan la existencia de una entidad de enfermedad latente.

Si los desórdenes son en realidad entidades patológicas distintas, la comorbilidad debería ser una excepción en nosología. Sin embargo, los trastornos son comúnmente comórbidos.

Estas observaciones sirvieron de base para desarrollar protocolos de tratamientos llamados transdiagnósticos. (Norton, 2012) o unificados (Barlow et al., 2010) que abarcan características principales de los trastornos a fin de desarrollar tratamientos mas parsimoniosos y tal vez más poderosos .

A demás, este enfoque podría contrarrestar el inconveniente de capacitar a los médicos en protocolos de TCC para trastornos específicos, lo que a menudo conduce a una simplificación excesiva del sufrimiento humano, inflexibilidad por parte del médico y baja adherencia a las prácticas basadas en la evidencia (McHugh, Murray, & Barlow, 2009)

Para resolver los problemas nosológicos el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) desarrolló la Iniciativa Criterios de Dominio para la Investigación (RDoC),

un nuevo marco para clasificar los trastornos mentales basados sobre las dimensiones del comportamiento observable y las medidas neurobiológicas (Insel et al., 2010).

A diferencia de los trastornos neurológicos con lesiones identificables



**los trastornos mentales se consideran
trastornos con circuitos cerebrales anormales
(Insel et al., 2010).**

En lugar de confiar en las impresiones clínicas, que dan como resultado categorías definidas arbitrariamente que comprenden grupos de diagnóstico heterogéneos y superpuestos, el NIMH sugiere integrar los hallazgos de las ciencias cerebrales modernas para definir y diagnosticar los trastornos mentales (Linsel et al., 2010).

El objetivo declarado de este proyecto es



desarrollar un sistema de clasificación para trastornos mentales basado en dimensiones bioconductuales que abarquen las categorías heterogéneas actuales del DSM.

El marco RDoC asume que las disfunciones en los circuitos neuronales se pueden identificar con las herramientas de la neurociencia clínica, incluida la electrofisiología, la neuroimagen funcional y los nuevos métodos para cuantificar las conexiones in vivo.

El marco asume además que los datos de la genética y la neurociencia clínica producirán biofirmas que pueden aumentar los síntomas y signos clínicos utilizados para el tratamiento clínico.

Por ejemplo, en el caso de los trastornos de ansiedad, el profesional del futuro utilizaría datos de imágenes funcionales o estructurales, secuenciación genómica y evaluaciones basadas en el laboratorio del miedo condicionado y la extinción para determinar un pronóstico y un tratamiento apropiado.

El producto concreto de la iniciativa RDoC es una matriz que enumera los diferentes niveles de análisis (molecular, circuitos cerebrales, conductual y síntomas) para definir constructos que se supone son el núcleo central de los síntomas de los trastornos mentales.

Aunque esta iniciativa fue aplaudida por los neurocientíficos (Casey et al., 2013) , fue criticada por varias razones:



- (1) El proyecto pone énfasis en aspectos biológicos, reduciendo los problemas de salud mental a trastornos cerebrales simples (Deacon, 2013; Miller, 2010).**
- (2) Ha tenido una utilidad clínica limitada porque su objetivo principal no es guiar las decisiones clínicas, sino avanzar en la investigación (Cuthbert y Kozak, 2013).**

(3) comparte la suposición de que los problemas psicológicos son síntomas de una enfermedad latente y sustituye los informes de síntomas e impresiones clínicas por pruebas sofisticadas (como pruebas genéticas) e instrumentos biológicos (neuroimagen).

A pesar de todo, en los últimos años se han logrado avances al definir las ideas centrales en la psicopatología.

Por ejemplo, en el caso de la psicopatología numerosos autores han identificado a la regulación emocional como uno de los principales problemas (Barlow et al., 2004; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Hofmann, Asnaani y otros, 2012, Hofmann, Sawyer, Fang, y Asnaani, 2012).

Así han surgido estrategias centradas en los antecedentes (reestructuración cognitiva, la modificación de la situación, el manejo de la atención) y otras centradas en la respuesta (supresión o tolerancia de la respuesta).

Hay muchas dimensiones patológicas involucradas en los trastornos definidos en el DSM:



El afecto negativo, el control de impulsos, el control atencional, la rumia y la preocupación, la flexibilidad cognitiva, la autoconciencia).

En la medida que estas dimensiones se han vuelto centrales en la comprensión de la psicopatología,

se ha vuelto más claro que el empleo flexible de las estrategias más apropiadas para un contexto dado y para el logro de un propósito es el método más adaptativo para el ajuste a largo plazo (Bonanno, Papa , Lalande, Westphal, y Coifman, 2004)

Muchas formas de respuestas se asocian con respuestas emocionales negativas como el miedo, la tristeza, la ira, la angustia, pero todas juegan un papel positivo en la vida.

Ninguna reacción psicológica, y ninguna estrategia para abordar una reacción psicológica, es consistentemente adaptativa o desadaptativa (Haines et al., 2016).

El objetivo de la TCC moderna no es eliminar o suprimir sentimientos, pensamientos, sensaciones o recuerdos, sino promover trayectorias de vida más positivas.

Aprender la mejor forma de enfocar los procesos relevantes que fomentan el crecimiento y el desarrollo positivo es el desafío de la ciencia de la intervención moderna.

Las preguntas planteadas al inicio y a mediados del siglo XX necesitan una reformulación



Las preguntas ya no son si las intervenciones funcionan de manera global o sobre cómo tomar decisiones tecnológicas efectivas en un contexto específico.

La primera pregunta se respondió favorablemente en el sentido de que la psicoterapia ha demostrado ser efectiva y la segunda ha llevado a una proliferación de métodos que son difíciles de sistematizar de forma progresiva.

Sin embargo ahora, hay que restar importancia al enfoque puramente sindrómico o al enfoque tecnológico.

El movimiento RDoC contiene un elemento clave en la evolución actual de la psicoterapia.

La perspectiva de una compleja red también ofrece otra perspectiva potencialmente prometedora sobre la psicopatología y el tratamiento.

Desde la perspectiva de una red compleja,



En lugar de suponer que los trastornos mentales surgen de entidades patológicas subyacentes, esta perspectiva sostiene que estos trastornos existen debido a una red de elementos interrelacionados.

De tal manera que las intervenciones efectivas pueden cambiar la estructura de la red de un estado patológico a uno no patológico al dirigirse a los procesos centrales.

De la misma manera que en el análisis funcional es necesario entender la relación causal entre los estímulos y la respuesta para identificar y tratar estos procesos centrales de la patología y cambio de una manera contextual específica.

Los estudios longitudinales también facilitan a los médicos desarrollar medidas específicas que predicen el desarrollo de una psicopatología a lo largo del tiempo.

Mediante la combinación de todas estas estrategias (RDoC, un enfoque de redes complejas, análisis funcional, diseños longitudinales) se está progresando en la identificación de los procesos centrales de cambio en la psicoterapia y en la intervención psicológica (Hayes et al., 2006).

Con un conocimiento cada vez mayor de los componentes que mueven procesos específicos (por ejemplo, Levin, Hildebrandt, Lillis y Hayes, 2012), los investigadores están construyendo sobre esa base.

El objetivo es aprender qué procesos biopsicosociales centrales deben desarrollarse en un cliente determinado que tiene un objetivo determinado en una situación dada, y luego identificar los métodos componentes que tienen más probabilidades de cambiar esos procesos.

La identificación de procesos centrales en psicoterapia guiará a los psicoterapeutas hacia el futuro. Estos procesos nos permitirán evitar las limitaciones de los protocolos de tratamiento basados en un sistema de diagnóstico rígido y arbitrario y vincularán directamente el tratamiento con la teoría.

Resumen y traducción libre por

Jorge Everardo Aguilar Morales de:

Hofmann S. & Hayes, S. (2018) The history and Current Status of CBT as an Evidence-Based Therapy. In Hayes Steven & Hofmann, Stefan. Process-Based CBT. USA: Context Press.



Consejo Mexicano para la Prevención de la Mala Práctica Profesional
y la Defensa de los Derechos de los Usuarios de Servicios Psicológicos

El Consejo Mexicano para la Prevención e la Mala Práctica Profesional y la Defensa de los Derechos de los Usuarios de Servicios Psicológicos es una organización No Gubernamental sin fines de lucro.

Todos los materiales que divulgamos tienen la intención de promover las mejores prácticas científicas entre la comunidad profesional, sugerimos visitar las fuentes originales de consulta.

Si desea comunicarse con nosotros escriba a:

www.comeprep.org
comeprep@gmail.com
[Facebook/comeprep](https://www.facebook.com/comeprep)