

## El grano y la criba de los tratamientos psicológicos

Marino Pérez Álvarez y José Ramón Fernández Hermida  
Universidad de Oviedo

Se presentan las conclusiones de revisar la eficacia (así como la efectividad) terapéutica para los catorce trastornos psicológicos siguientes: Esquizofrenia, Drogadicción, Anorexia y Bulimia, Trastornos de Personalidad, Hipocondría, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Disfunciones Sexuales, Ansiedad Generalizada, Fobias Específicas, Agorafobia, Trastorno de Pánico, Trastorno por Estrés Post-traumático, Depresión unipolar y Depresión bipolar. De cada uno de ellos, se ha podido decir qué tratamientos están bien establecidos, cuáles son probablemente eficaces y los que están en fase experimental. Ello ha supuesto, por tanto, un proceso de separación y clasificación (criba). Es de notar que, en la mayor parte de los trastornos revisados, se cuenta con algún tratamiento psicológico bien establecido, aún cuando también puede haberlo de tipo farmacológico. Conviene resaltar igualmente que se echan en falta numerosos tratamientos psicológicos ampliamente difundidos pero que no se han sometido a estudios de este tipo. Aun cuando el panorama reflejado invita al optimismo, los autores se muestran críticos, cuestionando tanto la concepción psicopatológica de los trastornos como la sobresimplificación y limitación del carácter de los tratamientos que se deriva de establecer correspondencias específicas entre un cuadro clínico pre-establecido y un procedimiento terapéutico específico.

*Finding the kernel: psychological treatments through the sieve.* This paper presents the conclusions drawn from a review of the efficaciousness (as well as the effectiveness) of therapy for the following fourteen psychological disorders: schizophrenia, drug-dependence, anorexia and bulimia, personality disorders, hypochondria, compulsive-obsessive disorder, sexual dysfunctions, general anxiety, specific phobias, agoraphobia, panic disorder, post-traumatic stress disorder, unipolar depression and bipolar depression. For each one of these, it has been possible to say which treatments are well established, which are probably efficacious and which are at the experimental stage. This has thus involved their separation and classification – a kind of sifting process. It is notable that, for the majority of the disorders reviewed, there is some type of well-established psychological treatment, even though there may also exist a pharmacological one. It is also important to point out that numerous well-known psychological treatments have not been subjected to this type of study. Even though the current situation leaves room for optimism, authors are critical, questioning both the psychopathological conception of disorders and the oversimplification and limitations of the nature of the treatments that derives from the establishment of a specific correspondence between a pre-established clinical condition and a given therapeutic procedure.

Se ha llevado a cabo una revisión de catorce trastornos psicológicos, de los más caracterizados. En concreto, de los siguientes: Esquizofrenia (Vallina Fernández & Lemos Giráldez, 2001), Drogodependencias (Secades Villa & Fernández Hermida, 2001), Anorexia y bulimia (Saldaña, 2001), trastornos de personalidad (Quiroga Romero & Errasti Pérez, 2001), Hipocondría (Fernández Rodríguez & Fernández Martínez, 2001), Trastorno obsesivo-compulsivo (Vallejo Pareja, 2001), Disfunciones sexuales (Labrador & Crespo, 2001), Ansiedad generalizada (Capafons Bonet, 2001), Fobias específicas (Capafons, 2001), Agorafobia (Bados López, 2001), Trastorno de pánico (Botella, 2001), Trastorno de

estrés post-traumático (Báguena Puigcerver, 2001), Depresión unipolar (Pérez Álvarez & García Montes, 2001) y Trastorno bipolar (Becoña & Lorenzo, 2001).

Obviamente, no son todos los trastornos o problemas psicológicos, ni dentro de cada uno se han incluido con el mismo detalle las variedades que cabe considerar. Aun así, constituyen una buena muestra del campo clínico adulto. Posteriores revisiones harán lo propio en la psicología clínica infantil y en la psicología de la salud.

Se han elegido estos, aparte su relevancia, por ser precisamente de los más estudiados a este respecto de la eficacia terapéutica. De ahí que, más que descubrir algo nuevo para el que estuviera al tanto, se trata de poner al día el estado de la cuestión. Ahora bien, el estado de la cuestión no se refiere sólo a cada trastorno en concreto sino a la cuestión misma de plantear la eficacia de los tratamientos, ya que supone dirimir entre ellos o, como sugiere el artículo introductorio (Fernández Hermida & Pérez Álvarez, 2001), cribarlos, es decir, someterlos a selección. Ambas cuestiones se retoman en este artículo: la primera como balance de conclusiones,

bajo el título de «yendo al grano», y la segunda como cuestión de fondo, bajo el título justamente de «cuestionando la criba».

#### Yendo al grano

Como se verá más adelante, hay un Cuadro de trastornos relativamente bien caracterizados para los que se puede decir con razonable fundamento qué tratamientos son eficaces, según las categorías de «bien establecidos», «probablemente eficaces» o «en fase experimental». De los catorce revisados, doce cuentan con tratamientos «bien establecidos» y los otros dos (trastornos de personalidad e hipocondría) con tratamientos «probablemente eficaces». No quiere decir que no haya otros tratamientos posibles, distintos de los que figuran en el Cuadro, pero tendrán que implicarse en investigaciones que permitan decir de ellos lo que cabe decir de los aquí presentados.

En conjunto, y en principio, se revela un panorama positivo, al que no se puede por menos que saludar enfáticamente, tanto desde el punto de vista del cliente como del clínico y, en su caso, del tercer pagador. Habida cuenta, por lo demás, que se refiere en general a tratamientos de corta duración, en torno a quince sesiones, consistentes en programas más o menos estructurados. Se exceptúan, en cuanto a la brevedad señalada, las intervenciones psicoeducativas y los paquetes multimodales relativos a la esquizofrenia y los programas de las drogodependencias, así como las terapias de los trastornos de personalidad, como la terapia de conducta dialéctica, cuya duración se mide más por años que por sesiones, no obstante, dentro de tiempos especificables.

Desde la perspectiva de la psicoterapia o del tratamiento psicológico no puede pasar desapercibido su gran desarrollo en los últimos tiempos y, de hecho, su mayor contribución al «cuadro de tratamientos eficaces», en relación a los tratamientos farmacológicos. Con excepción de un trastorno (depresión bipolar), en los demás, allí donde hay un tratamiento farmacológico bien establecido hay también uno psicológico, cuando no es que el tratamiento mejor establecido sea el psicológico, como en los trastornos de la alimentación, las fobias y el estrés post-traumático. Es más, en ciertos trastornos donde hay un tratamiento farmacológico bien establecido a la par del psicológico, sus revisores llegan a afirmar incluso que el tratamiento psicológico es el de elección, como en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo, la ansiedad generalizada y la depresión unipolar. Esto mismo podría decirse de las disfunciones sexuales y de la agorafobia. Allí donde no hay tratamiento bien establecido (trastornos de la personalidad e hipocondría), el psicológico parece más prometedor y, en todo caso, el más recomendable en el estado actual.

Por su lado, la combinación de tratamientos farmacológicos y psicológicos, por razonable que parezca, en general, no se ha encontrado que mejore la eficacia de cada uno por su lado. Es una cuestión abierta, pero muy poco se puede decir sobre una base empíricamente fundada acerca de su combinación. Únicamente cabe apuntar dos excepciones, quizá tres. Una es la esquizofrenia, donde se impone la combinación de medicación e intervención psicológica, de acuerdo con modelos y programas que contemplan ambas perspectivas. Otra es la depresión bipolar, donde los tratamientos psicológicos pueden mejorar la eficacia de la medicación, facilitando su adhesión. Una tercera sería la agorafobia, donde los fármacos parecen ser más eficaces si además se hace exposición in vivo, así como la exposición y la terapia cognitivo-conductual parecen también más eficaces (al menos a corto plazo) combina-

dos con fármacos (antidepresivos). Más allá de esto, de las revisiones de los restantes trastornos no se puede dejar de concluir que, en el caso de haberlos, los datos son contradictorios.

Si bien, en cuanto a la eficacia los tratamientos psicológicos no tienen nada que envidiar a los farmacológicos, respecto a la efectividad y, en particular, por lo que se refiere a la comodidad de aplicación, la farmacoterapia tiene su ventaja. La prescripción de fármacos y por parte del paciente su toma, es más fácil de llevar a cabo que la aplicación y el seguimiento de todo un programa psicoterapéutico. De todos modos, es posible que los pacientes estén cada vez más orientados a terapias de «hablar», como acaso identifiquen los tratamientos psicológicos, que a la «pastilla», como es el caso que identifican los farmacológicos. Ciertamente, el «paciente psiquiátrico», y a lo dice la palabra, está hecho a imagen y semejanza del paciente médico. Sin embargo, la diseminación de las terapias psicológicas puede ir creando su propia imagen de «paciente», que ya no sería tal, sino «cliente» o persona que busca ayuda psicosocial (más que «tratamiento»), que se implica en un proceso de cambio (a este respecto, no puede ser en vano que las terapias psicológicas se auto-definan como programas, cursos, intervenciones psicoeducativas) y, como se decía en el artículo introductorio del presente monográfico (Fernández Hermida & Pérez Álvarez, 2001), que esté al tanto de las terapias empíricamente apoyadas. En lo que se refiere a la eficiencia, apenas existen estudios en los que se considere todo lo que hay que considerar para estimar el coste-beneficio que supone la aplicación farmacológica en relación con la psicológica. Sin embargo, algún estudio citado a propósito de la depresión revela una mayor eficiencia de la psicoterapia en relación con la medicación.

Relativo a otro punto de interés en las revisiones, como era la averiguación de posibles factores predictores del resultado terapéutico, la conclusión en su conjunto es decepcionante. Fuera de obviedades, poco menos que decir que peores condiciones predicen resultados peores, no parece haber nada establecido en la literatura. Cabe apuntar, siquiera irónicamente, que la valoración de los resultados por el clínico predice una mayor eficacia terapéutica en relación con su valoración por los propios pacientes, según observaciones a propósito del trastorno por estrés post-traumático y de la depresión. Así mismo, el mayor predictor de la eficacia de un medicamento parece ser el laboratorio que financia la investigación (Freemantle, Anderson & Young, 2000).

A la vista del Cuadro, tampoco puede pasar desapercibida la variedad de terapias en correspondencia con la diversidad de trastornos y, en su caso, con las distintas formas de los mismos, aun cuando no están todos ni estos en todas su variedades. En esta línea, no es mala cosa hacer estas dos matizaciones. Por un lado, tras dicha variedad, hay una homogeneidad de fondo, en el sentido de que la mayor parte de las terapias son de la familia cognitivo-conductual. Esto es así porque la evaluación de los resultados es una preocupación de primer orden para este enfoque terapéutico, mientras que otros enfoques suelen estar más interesados (cuando lo están) en la investigación de los procesos. El problema, se aprovecha para decirlo, es que la indagación de los procesos sin saber los resultados puede ser una tarea tan inútil como lo es sin fin (aparte del gran interés para el investigador). Mientras que todas las terapias tienen procesos, no todas tienen necesariamente resultados. Por otro lado, sobre esa homogeneidad de fondo, hay una heterogeneidad de formas (más que variedad, en este caso) en el sentido de que los «tratamientos psicológicos» que figuran en el Cuadro no son de la misma categoría. Así, unos tienen la cate-



<i>Tabla 1 (continuación)</i> Clasificación de los Tratamientos Eficaces según los Trastornos				
<i>(Tipo 1: Tratamiento Bien Establecido; Tipo 2: Tratamiento Probablemente Establecido; Tipo 3: Tratamiento en Fase Experimental)</i>				
Trastornos Tratamientos	Tipo 1		Tipo 2	Tipo 3
	a	b		
<i>Eyacuación Precoz</i> Terapia Sexual Farmacoterapia	X	X		
<i>Inhibición Eyaculatoria</i> Terapia Sexual				X
<i>Deseo sexual hipoactivo femenino</i> Entrenamiento orgásmico Terapia Sexual y Marital Farmacoterapia			X X	X
<i>Trastorno Orgásmico femenino</i> Entrenamiento masturbatorio	X			
<i>Vaginismo</i> Desensibilización Sistemática	X			
<b>Ansiedad Generalizada</b> Terapia Cognitivo – Conductual Farmacoterapia Reestructuración Cognitiva Relajación Terapia Cognitivo – Conductual centrada en la preocupación Terapia no directiva Hipnosis adjunta a Terapia Cognitivo – Conductual	X	X	X X	X X X
<b>Fobias Específicas</b> Exposición Terapia Cognitivo – Conductual Realidad virtual	X	X		X
<b>Agorafobia</b> Exposición en vivo Terapia Cognitivo – Conductual Farmacoterapia	X	X X		
<b>Trastorno de pánico</b> Tratamiento para el Control del Pánico (Barlow) Programa de Terapia Cognitiva para el Pánico (Clark) Relajación Aplicada Exposición Farmacoterapia	X X		X X	
<b>Trastorno por Estrés Post-traumático</b> Terapia de exposición Terapia Cognitiva Manejo de la ansiedad Hipnoterapia Farmacoterapia		X X	X	X X
<b>Depresión</b> Programa de Actividades Agradables - Activación Conductual Entrenamiento Habilidades Sociales Curso de Afrontamiento de la Depresión (Lewinsohn) Terapia de Autocontrol de la Depresión Terapia de Solución de Problemas Terapia Conductual de Pareja Terapia Cognitiva de la Depresión Beck Terapia Interpersonal Farmacoterapia Psicoterapia Psicodinámica Terapia Sistémica	X	X X X X		X X
<b>Trastorno Bipolar</b> Psicoeducación Terapia Marital y Familiar Terapia Cognitivo – Conductual Terapia Interpersonal y del Ritmo Social Farmacoterapia (Litio)	X	X X X		X

ría de toda una terapia, por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual o la terapia de conducta, que casi funcionan como terapias genéricas, otros en cambio no son sino técnicas dentro de una terapia como, por ejemplo, desensibilización sistemática o exposición en vivo y otras, en fin, son terapias específicas de un trastorno como por ejemplo «terapia sexual» o «tratamiento del control del pánico», con un contenido muy preciso, a veces, incluso, ligadas al nombre de su autor. Así pues, será buena cosa que el lector tenga conciencia tanto de la homogeneidad de fondo como de la heterogeneidad de formas que habitan en el Cuadro de este artículo.

Si antes se ha sugerido una contra-posición entre tratamientos farmacológicos y psicológicos, dentro de éstos cabe también apreciar ciertas tensiones, a pesar de la homogeneidad de fondo o aire de familia que los asemeja. Una de ellas se podría registrar entre la terapia cognitiva y la terapia de conducta, habitualmente resuelta con el guión cognitivo-conductual. Sin embargo, esta solución no vale más que para reuniones familiares de andar por casa. La cuestión que se disimula con el compuesto cognitivo-conductual es, en realidad, la de dos enfoques contra-puestos, por un lado, un enfoque intra-psíquico (cognitivo, individualista) y, por otro, un enfoque contextual (conductual, interpersonal). Esta polémica se encuentra, a veces, más que planteada en términos conceptuales, llevada sobre la competencia entre modelos para un mismo trastorno como pueden ser, por ejemplo, las terapias de Lewinsohn y de Beck para la depresión, polémica re-actualizada en el análisis de componentes donde la «activación conductual» se sitúa frente al paquete completo (ver más adelante), o las terapias de Barlow y de Clark para el trastorno de pánico.

Una tensión mayor se aprecia entre la terapia cognitivo-conductual, considerando lo anterior, por un lado, y la terapia interpersonal, de distinta familia, por otro. Hasta ahora, la arena de la polémica estaba en la depresión, donde la terapia interpersonal es la más directa y probablemente ventajosa competidora de la terapia cognitiva o cognitivo-conductual, pero la terapia interpersonal va a más, tanto por su parsimonia como por la importancia que cobra el contexto interpersonal. De hecho, un enfoque interpersonal de los problemas psicológicos parece más compatible con la cultura latina (latinoamericana) que un enfoque cognitivo, típicamente individualista como corresponde más bien a una cultura angloamericana (donde, por esto mismo, el enfoque interpersonal también resulta, si no compatible, en principio, sí necesario, al fin). El triunfo, sin embargo, del enfoque cognitivo en España quizá se deba, aparte cuestiones de importación, a que es muy compatible con el discurso académico (de suyo intelectualista). [No deja de resultar irónico que la psicología americana esté ahora preocupada por la psicología indígena, de cada pueblo, siendo que los distintos pueblos, incluyendo el español, están afanados por adoptar la psicología cognitiva americana]. En esta misma línea interpersonal habría que ver también la terapia de pareja y de familia, al igual que la terapia de conducta dialéctica, en la medida en que pone en juego la relación clínica como relación terapéutica.

En otro orden de cosas, se ha de advertir que el Cuadro de tratamientos eficaces merece algunos reparos para su mejor lectura. En relación con los tratamientos, aparte de lo anterior, no está demás añadir que para su cabal intelección se hace preciso acudir a las revisiones de las que se han extraído. Así tendrá que ser para identificar y matizar los tratamientos concretos como, sin duda, es imprescindible tocante a la medicación, donde no se nombra más que «farmacoterapia». Por su parte, las categorías de los tratamientos en «bien establecidos», «probablemente eficaces» y «en

fase experimental», aunque responden a las directrices de las revisiones, resultan al final un tanto engañosas en ciertos puntos. Así, por ejemplo, figuran en la categoría de «en fase experimental» tratamientos que de hecho no están históricamente en esa fase como la relajación, la psicoterapia psicoanalítica o alguna medicación, siendo probablemente que no den más de sí para el trastorno en cuestión, en vez de que estén pendientes de nuevos estudios. En cambio, en otros casos, como la «realidad virtual» e incluso la hipnoterapia, responden mejor a esa categoría. Por su parte, la categoría «bien establecido» no quiere decir que los tratamientos acogidos a ella sean plenamente satisfactorios para resolver el correspondiente trastorno. Es, en todo caso, una categoría relativa, que está en relación con los otros tratamientos pero no «bien establecida» en el sentido de «perfectamente asentada». Con todo, la categoría de «bien establecida» no sólo quiere decir que es el mejor procedimiento sino que está apoyado empíricamente, de acuerdo con determinados requisitos. Dentro de esto, sobre estar bien establecidos, hay tratamientos que cuentan con una mayor tradición empírica, por lo que están más «asentados» en la práctica clínica que otros, aun cuando responden también a los criterios básicos como, por ejemplo, la terapia cognitiva de la depresión respecto de la terapia de auto-control. Es por ello que se ha introducido una doble sub-categoría (a y b) dentro de la categoría de «bien establecidos» para matizar la posición en el sentido dicho. Así mismo, esta sub-categorización sirve para discriminar entre tratamientos «bien establecidos» cuya eficacia está o no exenta de inconvenientes, generalmente, «efectos secundarios» (como suele ser el caso de la medicación), por lo que con frecuencia se ha ubicado en b. Como quiera que fuera, se hace preciso consultar las revisiones de referencia.

#### Cuestionando la criba

En vista de lo anterior, la pregunta no se hace esperar: ¿es esto todo lo que hay?, ¿se trata de cuestiones que llegan al final del asunto? Ciertamente, la respuesta sería no. En primer lugar, porque no es todo lo que hay. Hay otros muchos problemas psicológicos de relevancia clínica que no son estos y estos no van a ser necesariamente así siempre. Por el lado de los tratamientos, lo mismo. Hay muchos otros que no son estos y estos pueden tener su metamorfosis. En segundo lugar, porque son conclusiones cuyo final, lejos de cerrar, abre nuevas cuestiones. Si acaso, lo que encierran es una dinámica movediza como corresponde a los asuntos de la vida humana.

Sin ir más lejos, cabría preguntar si es necesario pasar por la criba. La respuesta en este caso sería sí. Lo contrario sería tanto como rehuir la crítica. No en vano criba viene a decir crítica, sabido que criticar significa etimológicamente se parar, clasificar, tener criterio y, en definitiva, cribar. Se podría cuestionar si tiene que ser ésta o de este tipo la criba, es decir, una criba que permita hablar de tratamientos empíricamente apoyados. Hay razones a favor y en contra, pero las razones a favor pesan más que las razones en contra (Fernández Hermida & Pérez Álvarez, 2001).

Dentro de esto, la clasificación es necesaria, aunque sólo fuera por responsabilidad ante la sociedad que paga, siendo además que es posible, en tanto se cuenta con criterios que permiten hacerlo de una forma controlada y objetiva. No se olvide que se vive en la sociedad que se vive. A este respecto, se recordaría que tanto los trastornos psicológicos que tiene la gente como lo propios clínicos que los tratan proceden de la misma sociedad que paga por ello y

dispone de métodos científicos para valorarlo. No se concibe un clínico que trabajara en una ciencia arcana, lo que es contradictorio en los términos, ni fuera incapaz de medir sus efectos cuando lo es, sin embargo, de valorar sus emolumentos.

Por lo demás, la criba de la que se habla es pública, tanto la criba como utensilio (los métodos de investigación en psicoterapia) como la acción de cribar (la publicación de los resultados en los foros apropiados). Al exponer el método seguido y los resultados obtenidos, sus autores se exponen también ellos mismos a la crítica de los demás y gracias a ello las psicoterapias mejoran su condición, aunque sólo fuera por ponerse a la altura de los tiempos. En este sentido, hasta la crítica que hacen los detractores de la evaluación de la eficacia terapéutica no deja de contribuir a su mejora, siquiera negativamente, en la medida en que «fuerzan» a responder a objeciones y a incluir aspectos de otra manera quizá desapercibidos. Así, por ejemplo, ante la objeción relativa a la estandarización de los tratamientos, se han llevado investigaciones que incluían aplicaciones flexibles de los mismos (por cierto, sin que esta forma fuera superior a la estándar), ante la objeción referida a la focalización únicamente en los síntomas, se han valorado también el ajuste general y la calidad de vida (lo que no es ajeno a la eficacia terapéutica) o, en fin, ante la objeción contra la directividad terapéutica sin preocuparse por la profundidad de la experiencia se han incluido condiciones no-directivas en tal sentido (donde la terapia directiva mejora los síntomas y la no-directiva la profundidad de experiencia) (Chambless & Ollendick, 2001). A la inversa también se dan influencias, entre tanto psicoterapias apalancadas en su auto-complacencia se ven movidas a despabilar y ponerse al día ante el movimiento de la eficacia, no vayan a tener todos los apoyos menos lo que hacen falta.

Con todo, las mayores y más fructíferas críticas se dan entre las propias terapias interesadas en la valoración de su eficacia, pues ahora ya no es sólo cuestión de competencia sino de competitividad entre ellas. El primer frente a este respecto, y el más importante, se da entre tratamientos psicológicos y tratamientos farmacológicos. Según lo dicho, quitando algún trastorno, como la depresión bipolar y fases agudas de la esquizofrenia, donde los fármacos tienen su ventaja, allí donde hay un fármaco eficaz hay también una psicoterapia no menos eficaz y a menudo más, aparte, trastornos sin medicación recomendable. Dentro de las psicoterapias, el caso más claro de competitividad dentro de la competencia se da en la depresión unipolar entre la terapia cognitiva y la terapia interpersonal y, sobre todo, entre la terapia cognitiva y la terapia de activación conductual (Jacobson & Gortner, 2000). A lo que parece, la terapia cognitiva de la depresión se ha hecho con el «mercado» clínico y académico, si se permite hablar como es de suponer que hablan los laboratorios de psicofármacos, y, sin embargo, no es la única terapia eficaz en su campo ni probablemente la más, luego, estas otras que también ganan, quieren sus premios, para hablar ahora como se habla en la investigación de la psicoterapia.

Todas estas críticas no pueden ser en balde, sino que tienen que producir alguna crisis (que también viene de crítica). Como todo terapeuta sabe, las crisis son momentos decisivos en los que cuesta perder algo pero acaso se gana más. Puesto en términos epistemológicos, y en palabras titulares de Jacobson y Gortner (2000) en este mismo sentido, se diría que la crisis supone una revolución científica, pero el campo magnético de la ciencia normal planta resistencia contra-revolucionaria (aferrándose a cualquier argumento hasta donde pueda). En fin, que si de la armonía no se sale de cómo se está, de la crisis cabe esperar salir para mejor.

Yendo más lejos, cabe preguntar ahora si es para conformarse con esta situación, aun cuando sea la mejor en las condiciones actuales. El Cuadro anterior es probablemente complaciente para el psicólogo pero pronto debiera despertar de esa posible auto-complacencia. Lo que de entrada se ofrece como una virtud, según pueda serlo un cuadro de trastornos que cuentan con tratamientos eficaces, se revela a una mirada desde más lejos o a mayor altura como lo que es, un cuadro, cuyo problema está en que, fácilmente, puede llevar al clínico al vicio de trabajar desde, por, sobre y para el cuadro. Sería así en la medida en que no viera más problemas que esos para los que dispone de un tratamiento y, de este modo, en vez de ver el problema de la persona en sus circunstancias, como un problema de la vida y un esfuerzo adaptativo, lo viera en función del cuadro clínico y del tratamiento disponible. El caso es que si lo hace de este modo puede terminar viendo que las cosas son así, y lo son, pero acaso más debido a su canalización que a lo que es debido por como son las cosas. Se estaría en presencia de un sistema auto-confirmatorio como otro cualquiera (por ejemplo, el que conflictos edípicos sólo los encuentren los psicoanalistas o las polaridades psíquicas se solucionen con la técnica de la silla vacía especializada en tratarlas). Ciertamente, este vicio no estaría tanto en el cuadro como en un clínico cuadrículado. Sin embargo, el cuadro de tratamientos eficaces se presta a eso, al margen de su objetividad.

La cuestión aquí es más de fondo que de forma. El fondo de la cuestión es esta: semejante cuadro, con todas sus virtudes, que las tiene, responde a una concepción médica más que a una propiamente psicológica. En este sentido, la gran potencia del cuadro es que combate en el propio terreno clínico (médico) el asunto de los trastornos psicológicos y la competencia terapéutica para tratarlos que, aunque no tienen una naturaleza médica, vienen dados sin embargo en esos términos (nomenclatura y terreno).

Yendo, pues, más lejos de donde se acaba de llegar, suponiendo que este Cuadro es un avance, la tarea del futuro, es decir, de nuestro tiempo, sería des-medicalizar los trastornos psicológicos, en el sentido que Jacobson y Gortner (2000) plantean, en concreto, para la depresión. Se empezaría por reconocer, y para ello antes por denunciar, si fuera el caso, la concepción médica implícita en la doctrina psicológica dominante en el ámbito clínico. La concepción médica «internalista» está implícita en la concepción psicológica intra-psíquica.

La concepción psicológica intra-psíquica toma varias formas, pero hay que decirlo directamente, su forma dominante hoy día viene dada por la explicación cognitiva de los trastornos psicológicos, como en su día lo fuera la explicación psicodinámica. No es una casualidad, sino no que está en el orden de la causalidad, el que la terapia cognitiva tenga una génesis psicoanalítica, como dice el propio Aaron T. Beck en su retrospectiva (Beck, 1991). Génesis que ha impreso carácter al modelo cognitivo. En efecto, el modelo cognitivo tiene el carácter del modelo psicoanalítico, como se ve cuando se comparan los diagramas que los representan (Pérez Álvarez, 1996: diagrama 1.2, página 14 y diagrama 6.1, página 549). En todo caso, como hay que verlo es intelectualmente, comparando las concepciones y las ideas que los constituyen, lo que lleva a sus creyentes a mirar más en un sitio que en otro y a hacer más de esto que de aquello.

La concepción intra-psíquica guarda también una similitud más real que aparente con la concepción neurobiológica, que es la concepción médica llevada a los trastornos psicológicos (o «enfermedades mentales», para decirlo con toda exageración). Si se compa-

ran los diagramas anteriormente aludidos con el diagrama del modelo neurobiológico propuesto por Geman E. Berrios (Berrios, Marková & Olivares, 1995), se «vería» que vienen a ser en el fondo lo mismo. Allí donde en un modelo hay «esquemas cognitivos», en otro hay «conflictos edípicos» y en otro «locus cerebral perturbado».

Pues bien, semejante cuadro tiene que ver con el aire de familia entre la concepción psicológica intra-psíquica y la concepción médica «internalista». Aunque el asunto no se reduce a afinidades conceptuales, sino que tiene precisas conexiones histórico-institucionales, por las que la psicología clínica se abrió paso en el contexto y el terreno de la psiquiatría, de ahí el cuadro al modo médico y el encuadre del psicólogo clínico en estructuras sanitarias que, ahora, habiendo llegado aquí, no se avienen del todo bien con lo que puede hacer la psicología. Sin embargo, sin estar aquí probablemente tampoco se haría lo que se hace.

Frente a ello, y de acuerdo con Jacobson y Gortner (2000), se reivindicaría un planteamiento decididamente contextual. Nótese que se dice «decididamente» puesto que nadie reniega del contexto, pero los enfoques intra-psíquicos («internalistas») lo subsumen y, a la postre, el contexto se sume en las profundidades psíquicas. Esto supondría potenciar el análisis funcional de la conducta, en vez del recuento de síntomas para completar un cuadro. En esta línea, sería hora de descubrir el «secreto mejor guardado»

de la metodología de investigación que más conviene en clínica y que no es otro que el diseño de participante-único (Morgan & Morgan, 2001). Así mismo, supondría orientar a la persona hacia los objetivos importantes en su vida, en vez de ensañarse con los síntomas. En esta línea, cobraría más relevancia que el «tratamiento» de los síntomas la re-orientación de la persona a los valores que importan en su vida, de acuerdo con una larga tradición que se remonta a Alfred Adler, pasa por Viktor E. Frankl, continúa por Burhus F. Skinner (donde los valores se llaman «reforzadores») y termina (de empezar) en la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Siendo así, tendrían seguramente que redefinirse los criterios de mejoría. En esta línea, contaría tanto o más que la reducción de síntomas, la aceptación y el distanciamiento de ellos y, por supuesto, los logros de asuntos valiosos. Por su parte, el tratamiento psicológico se configuraría en sus propios términos (psicológicos). De hecho, la mayor parte de los tratamientos revisados se autopresentan ya como programas, cursos, intervenciones psicoeducativas, terapias de grupo, lejos, en todo caso, de la imagen de un «tratamiento médico». Quedan, quedarán quizá, los términos médicos como «tratamiento», «intervención», «psicología clínica», pero es de esperar que sean metáforas que utilice el psicólogo en vez de ser utilizado por ellas. Sería buena cosa que llegaran a ser escaleras por las que se ha subido en vez de escaleras en las que se está subido.

#### Referencias

- Bados López, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13, 453-464.
- Báguena Puigcerver, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13, 479-492.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy. A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 4: 368-375.
- Becoña, E. & Lorenzo, M. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, 511-522.
- Berrios, G. E., Marková, I. S. & Olivares, J. M. (1995). Retorno a los síntomas mentales: hacia una nueva metateoría. *Psiquiatría Biológica*, 2, 2: 51-61.
- Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13, 465-478.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13, 442-446.
- Capafons Bonet, J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13, 447-452.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Freemantle, N., Anderson, I. M. & Young, P. (2000). Predictive value of pharmacological activity for relative efficacy of antidepressant drugs. Meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 177, 292-302.
- Fernández Hermida, J. R. & Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 337-344.
- Fernández Rodríguez, C. & Fernández Martínez, R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría. *Psicothema*, 13, 407-418.
- Jacobson, N. S. & Gortner, E. T. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21<sup>st</sup> century: scientific revaluations, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 103-117.
- Labrador, F. J. & Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13, 428-441.
- Morgan, D. L. & Morgan, R. K. (2001). Single-participant research design. Bringin science to managed care. *American Psychologist*, 56, 2: 119-127.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas
- Pérez Álvarez, M. & Gracia Montes, J. M. (2002). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13, 493-510.
- Quiroga Romero, E. & Errasti Pérez, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13, 393-406.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13, 381-392.
- Secades Villa, R. & Fernández Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Vallejo Pareja, M. A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13, 419-427.
- Vallina Fernández, O. & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13, 345-364.

Aceptado el 30 de mayo de 2001