

¿La psicoterapia sirve para tratar patologías mentales?

¿Por qué la psicoterapia debe probar sus efectos?

La psicoterapia es un dispositivo orientado a reducir el sufrimiento de las personas en distintas áreas de su vida. Con ese fin las sociedades invierten una gran cantidad de recursos (por lo general, escasos) para solventar la aplicación y el desarrollo de tratamientos psicoterapéuticos, lo que incluye tanto recursos económicos como humanos. Del mismo modo, los pacientes que realizan estos tratamientos invierten su tiempo y dinero con la esperanza de lograr una merma en su malestar cotidiano.

Este hecho lleva una pregunta incómoda pero necesaria, en función de la relevancia social que se le debe otorgar a un dispositivo de esta naturaleza: ¿existen evidencias de que la psicoterapia sirve para los objetivos que se le atribuyen? En otras palabras, ¿tanto los sujetos, como los organismos públicos y privados que financian esta práctica, están invirtiendo adecuadamente sus recursos para incrementar los niveles de salud mental y bienestar de la sociedad y de los individuos que la componen, o están malgastando dichos recursos en una práctica sin fundamentos?

Primeros intentos para establecer si la terapia funciona

Desde ya, no somos los primeros en preguntarnos esto. Desde sus orígenes los abordajes terapéuticos, además de estar basados en fuertes desarrollos teóricos, han intentado establecer evidencias mediante la investigación empírica para probar sus efectos.

Hasta la década del 70 del siglo pasado un gran volumen de investigaciones había intentado saldar esta deuda, con resultados divergentes. Algunos estudios mostraban que la psicoterapia servía para tratar patologías mentales y que sus efectos superaban a la desaparición espontánea de los síntomas (Bergin, 1971; Lambert, 1976). Otros, en cambio, sostenían que la psicoterapia no solo era inocua – no producía efectos terapéuticos – sino que incluso era iatrogénica, haciendo que los pacientes empeorasen en su condición (Eysenck, 1965). A finales de la década del 80, había más de 400 investigaciones cuantitativas que habían estudiado los efectos de la psicoterapia; con metodologías diversas y variedad de resultados.

Frente a la gran heterogeneidad de resultados, en 1977 Smith y Glass desarrollaron una herramienta metodológica innovadora para dar cuenta de los efectos de la psicoterapia: el meta-análisis. Esta estrategia permite sintetizar mediante métodos cuantitativos los resultados de un gran volumen de estudios acerca de un tema específico (Roussos, 2007). Los meta-análisis permiten, por ejemplo, resumir en un único número el tamaño del efecto que tiene una intervención (en este caso, la psicoterapia) sobre los resultados buscados. De esta forma, el primer meta-análisis en la historia de las ciencias tuvo por objeto analizar los efectos que producía la psicoterapia. Sintetizando los resultados de cientos de artículos de eficacia y efectividad, los autores encontraron que la psicoterapia producía efectos y al compararla con grupos de control (pacientes que no realizaban

tratamientos), el efecto era grande. Observaron que, al finalizar el tratamiento, el paciente promedio de psicoterapia, se encontraba mejor que el 75% de los pacientes que no habían hecho tratamiento.

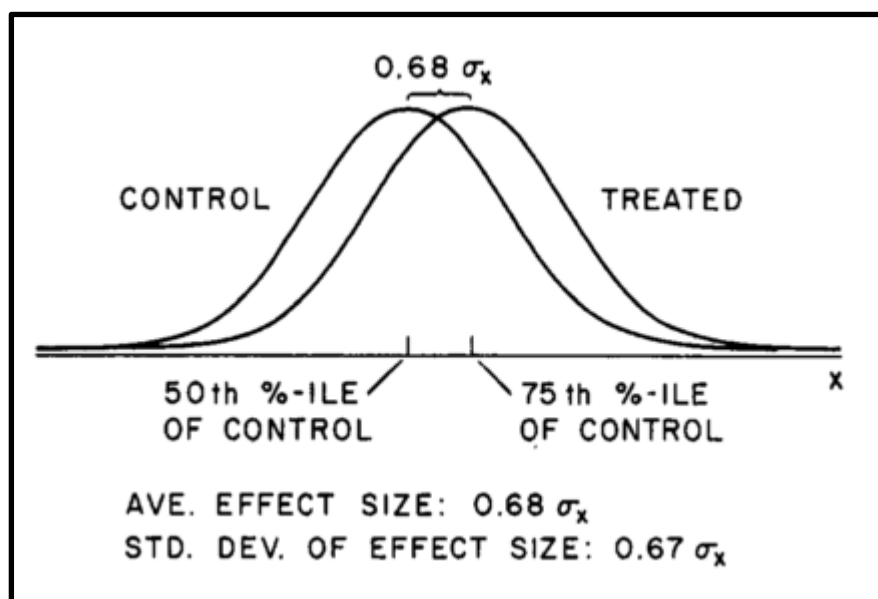


Gráfico original presentado en el artículo de Smith y Glass (1977), donde se presentan las distribuciones de mediciones sintomáticas entre pacientes que realizaron terapia y sujetos en grupos de control

Estado actual: ¿cuántos pacientes logran mejorar a partir de la terapia?

Luego del trabajo pionero de Smith y Glass, diversos meta-análisis se realizaron intentando replicar sus resultados, y observando la misma magnitud de tamaño de efecto de la terapia presentado en el meta-análisis original (Lambert y Bergin, 1994; Wampold, 2000). A partir de estos estudios, en la actualidad existe un consenso general de que en promedio el 65% de los pacientes que hacen terapia mejoran significativamente (tienen una mejoría confiable que no se explica por puro azar) (Lambert, 2013). Es decir, 2 de cada 3 pacientes que comienzan una terapia tienden a mejorar significativamente. Mientras que la remisión espontánea se ubica en el 33%. Este tamaño de efecto es muy importante, considerando que hay decenas de prácticas farmacológicas con tamaños de efecto mucho más leves que son de primera elección para el tratamiento de patologías médicas (Wampold, 2010). Por añadidura, la psicoterapia no cuenta con muchos de los efectos adversos característicos de varias prácticas médicas.

La psicoterapia ha mostrado ser eficaz para diversas patologías entre las que se incluyen trastornos de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, desórdenes alimentarios, disfunciones sexuales, dolor crónico, insomnio, trastornos de personalidad, esquizofrenia, trastorno bipolar, déficits atencionales, entre otros (Society of Clinical Psychology Committee on Science and Practice, 2015).

¿Qué pasa con el 35% restante que no responde?

La investigación en psicoterapia ha tratado de determinar si el porcentaje de pacientes que no mejoran tienen características específicas que podrían dificultar los procesos de tratamiento. Algunos estudios han visto que hasta un 30% de la variabilidad de los resultados se puede explicar por las características de los pacientes (Norcross y Lambert, 2011).

Las investigaciones han permitido observar características de los pacientes con impacto escaso, impacto medio e impacto fuerte.

Variables con impacto escaso o nulo sobre resultados (Bohart & Greaves Wade, 2013):

- Edad de los pacientes.
- Género de los pacientes.
- Nivel socio-económico (presenta un efecto débil).
- Soporte social (presenta un efecto débil).

Variables con impacto medio (Bohart & Greaves Wade, 2013):

- Severidad de la sintomatología: Aquellos pacientes con mayor severidad tienden a mejorar más, pero a tener un peor pronóstico al terminar el tratamiento
- Comorbilidad de varias patologías: Los pacientes que tienen más de un problema psicológico tienen peor pronóstico.

Variables que mostraron impacto fuerte sobre la terapia (Bohart & Greaves Wade, 2013):

- Motivación para realizar tratamiento.
- Rasgos perfeccionistas.
- Apego inseguro/ansioso.
- Problemas interpersonales.

Teniendo en cuenta estas características de los pacientes es posible realizar pronósticos más finos de los resultados de la terapia. Pero también conocer estos predictores de resultados negativos sirve para desarrollar estrategias de intervención para operar tempranamente sobre estas variables, buscando mejorar los resultados. Por ejemplo, frente a la importancia de la motivación por el tratamiento se han desarrollado dispositivos específicos para aplicar al comienzo de la terapia, buscando aumentar la motivación para el cambio (Miller y Rollnick, 2002) y, por ende, mejorar la posibilidad de obtener resultados positivos.

¿Algunos modelos de tratamiento presentan mejores resultados que otros?

Luego de establecidos los efectos genéricos de la psicoterapia, diferentes estudios intentaron determinar si algún modelo de tratamiento contaba con efectos superadores respecto de otros.

Una serie de investigaciones han mostrado que en términos globales no existen diferencias sustanciales entre las distintas formas de terapia (Wampold, 1997). Es decir, aquellos abordajes surgidos en distintos modelos teóricos, que han estudiado su eficacia, no han presentado diferencias sustanciales. No se ha observado que los tratamientos de un marco teórico sean más eficaces que los de otros.

La *Society of Clinical Psychology*, dependiente de la *American Psychological Association* se dedica a elaborar un listado de tratamientos con soporte empírico. Dichos tratamientos son aquellos que han mostrado evidencias de eficacia a partir de más un estudio experimental y controlado (*RCT*) realizado por investigadores independientes (Chambless y Hollon, 1998).

El listado de tratamientos (Disponible en: <http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/>) cuenta con una clara predominancia de tratamientos conductuales y cognitivos de segunda y tercera generación.

No obstante, esto podría explicarse en cierta medida porque estos modelos de tratamiento tienen una mayor orientación hacia la investigación empírica de resultados. Lo que no implica, necesariamente, que aquellos tratamientos sin soporte empírico no produzcan efectos.

De esta manera, el listado elaborado por la APA da soporte a los tratamientos que menciona. Pero de ninguna manera deben interpretarse las faltas de algunos abordajes en ese listado, como indicadores de que los mismos son menos eficaces que aquellos que sí se mencionan.

Conclusiones Generales

- **La psicoterapia es una práctica eficaz y eficiente** para el tratamiento de patologías mentales, sustentada en los resultados de cientos de investigaciones que prueban sus efectos.
- **Los efectos de la psicoterapia son sustanciales**, superando en muchos casos los efectos de prácticas médicas muy difundidas.
- **Existen características de los pacientes que predicen resultados negativos.**
- Si bien algunos tratamientos tienen mayor soporte empírico, en general **no se han observado diferencias sustanciales entre los resultados de diferentes marcos teóricos.**

Referencias

- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. En: A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 217-270). New York: Wiley.
- Bohart, A.C. y Greaves Wade, A. (2013). The Client in Psychotherapy. En: M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 219–257). New York: John Wiley & Sons.

- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7–18. doi:10.1037/0022-006X.66.1.7
- Eysenk, H.J. (1965). The effects of psychotherapy. *Journal of Psychology*, 1, 97-118.
- Lambert, M. J. (1976). Spontaneous remission in adult neurotic disorders: A revision and summary. *Psychological Bulletin*, 83, 107–119.
- Lambert, M. J. y Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En: A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Norcross, J.C. y Lambert, M.J. (2011) Evidence-Based Therapy Relationships. En: J.C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-Based responsiveness* (pp. 3-24). New York: Oxford University Press.
- Roussos, A.J. (2007). Uso de métodos meta-analíticos en psicología clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(2), 161-169.
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies. *American Psychologist*, 32, 752–760.
- Society of Clinical Psychology Committee on Science and Practice (2015). *Psychological Treatments*. Disponible en: <http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/>
- Wampold, B.E. (2000) Outcomes of individual counseling and psychotherapy: empirical evidence addressing recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 2-23.
- Wampold, B.E. (2010). *The Basics of Psychotherapy: An introduction to Theory and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. y Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122, 203-215.