

Asistencia basada en pruebas y psicoterapia: ¿es evidente la evidencia?¹

2)

Jorge L. Tizón

*Director del Equipo de Prevención en Salud Mental-EAPPP
Equip d'Atenció Precoç als Pacients amb risc de Psicosi*

Resumen

En el trabajo se realiza un repaso de las pruebas a favor de la eficacia, eficiencia, efectividad y demás componentes que miden la calidad de la psicoterapia como terapia.

Para desbrozar el terreno, el autor propone reflexionar sobre una serie de elementos epistemológicos, teóricos, técnicos y pragmáticos que subyacen hoy a la polémica acerca de la efectividad y eficiencia de la psicoterapia en salud mental y de la utilidad mayor o menor de sus diversas formas y variantes.

En tal sentido, se revisan conceptos elementales, como los utilizados para “medir” la utilidad de las investigaciones en ciencias de la salud: modelos, teorías, cualidades y metodologías (con especial atención al concepto de estudio controlado y aleatorizado, a los metanálisis y a las revisiones). También se discute el valor y fundamentos de algunas técnicas bibliométricas, tales como el FI o factor de impacto bibliométrico.

Se propone una revisión a fondo en esos cuatro ámbitos, revisión orientada por modelos epistemológicos, teóricos y técnicos actualizados, así como la necesidad de una “irrupción de la democracia social” en las organizaciones científicas y de reparto de fondos para la investigación y la asistencia, al menos en los campos de la salud mental y la psiquiatría actuales.

Palabras clave

Prevención–promoción–salud mental–psiquiatría–democracia–eficacia–calidad–investigación.

1. En el presente trabajo he introducido algunos textos de mi prólogo al libro de B. Martindale, A. Bateman, M. Crowe y F. Marginson (eds). “Las psicosis: los tratamientos psicológicos y su efectividad”. Barcelona: Herder, 2009.

Introducción

El movimiento de la “medicina basada en las pruebas” (MBP) o “en la evidencia” (MBE) se ha extendido en numerosos países del mundo, al menos entre los tecnológicamente desarrollados, y ha llegado ya a los ámbitos de la salud mental. Parece haber llegado, además, con gran radicalidad. En efecto: en parte por el ya ancestral temor de nuestros profesionales a que nos acusen de “a-cientificidad”, la apelación a los propósitos de regular la investigación y la asistencia según las propuestas de la MBP se ha convertido en un lugar común en la asistencia psiquiátrica y, en general, en la atención a la salud mental. En poco más de un decenio, la salud mental ha pasado a ser uno de los ámbitos sanitarios donde más se incluyen invocaciones a la MBP: en reuniones, congresos, cursos y cursillos, planes, normas y regulaciones, tanto asistenciales como de investigación o formación, no puede faltar la coletilla de “basada en la evidencia”, “basada en las pruebas científicas”, “basada en las mejores pruebas posibles”, etc.

Probablemente, uno de los primeros subámbitos de la salud mental a los que llegó esa preocupación fue al de la psicoterapia, una preocupación que hace más de medio siglo había puesto de relieve la inmensa polémica desatada por las críticas iniciales de Eysenck (1952, 1960). Hoy esa preocupación por la fundamentación y el estudio científico y tecnológico de las psicoterapias ha llegado incluso a campos otrora pensados como excluyentes para las psicoterapias, como es el de las psicosis. Por ejemplo, en los volúmenes de Read *et al.* (2006), o de Martindale *et al.* (2000, 2009), el lector interesado podía encontrar ya suficientes argumentos sobre la eficacia, eficiencia, efectividad y demás condiciones exigibles en una psicoterapia (o en cualquier terapia: *Joint Commission* 1990; Tizón 1997, 2001, 2004; Fisticella y Epstein 2008), pero aplicados a un tema especialmente complejo, como son las psicosis y la esquizofrenia. En definitiva, podemos decir que hoy existen revisiones y metaanálisis de todo tipo de psicoterapias en prácticamente todos los cuadros o problemas fundamentales de la salud mental y asistencia psiquiátrica contemporáneas (Fonagy 2002; Carr 2009).

Porque, independientemente de que algunos pensemos que es un acierto y que, en líneas generales, en nuestros ámbitos ya es hora de que busquemos y argumentemos basándonos en pruebas; independientemente de que haga decenios que se está trabajando en este campo, produce un cierto sonrojo observar algo que los máximos dirigentes de los dispositivos de salud mental españoles y de otras muchas latitudes afirman y difunden públicamente, incluyéndolo incluso en sus planes de servicios y planificaciones: a saber que, en el caso de la psicoterapia, “Hay que basarse en la evidencias científicas disponibles” y “Sólo deben financiarse las psicoterapias para las cuales existe suficiente evidencia científica”. Y produce un cierto sonrojo porque esos mismos dirigentes están dejando que la parte del león de los fondos de salud mental se dediquen hoy a la psicofarmacología... cuando se sabe que no hay evidencias o la evidencia va en contra del uso masivo de esos remedios terapéuticos y de cómo se están utilizando hoy en nuestros medios (Admas *et al.* 2006): por ejemplo, en el tratamiento de las depresiones leves y moderadas, de los trastornos adaptativos de adultos y niños, y de los duelos.

De la misma forma que no hay pruebas que apoyen inequívocamente a los psicofármacos más caros y recientes frente a los más antiguos y baratos, ni las dosis de tales fármacos que suelen usarse en el Sur de Europa y los USA en las psicosis...

Empero, muchos estaríamos de acuerdo en utilizar los métodos y principios de la MBE/MBP en el campo de la salud mental y la psiquiatría. Tal vez los únicos opuestos son algunos profesionales partidarios de visiones hermenéuticas de la psicoterapia y los partidarios de planteamientos epistemológicos y técnicos que en otro lugar he calificado como "Posiciones o posturas tipo Bambi" (Tizón 2001): lo nuestro no es mensurable, reducible a los parámetros de la ciencia, la técnica, la sujeción a capítulos presupuestarios...

Para orientarnos en el tema, digamos al menos algunas palabras acerca del movimiento de la MBP. Por cierto que, en el campo de la psicoterapia, el conflicto comienza con el término: ¿"Medicina Basada en Pruebas" o "Asistencia Basada en Pruebas" (ABP)? O incluso "Atención basada en pruebas (científicas)", si recogemos la aportación realizada inicialmente por la Atención Primaria a la Salud, al reintroducir el término "atención", queriendo fundamentar la medicina y, en general, la asistencia, en una articulación de la clínica y la prevención. Tal vez, en un inocente y revelador lapsus, a algunos de los más entusiastas propagandistas del tema de la MBP se les ha olvidado que hay otras terapéuticas no médicas y que, tal vez, habría que hablar de "asistencia basada en las pruebas" y no de una perspectiva meramente biológica como la que indica el rótulo de MBP o MBE. En efecto: no nos queda más remedio que renombrar la MBP/MBE como ABP, "Atención Basada en Pruebas", por mucho que les duela a los clínicos más reduccionistas a lo biológico. Pero los problemas no son tan sólo terminológicos porque, ¿qué significado tiene y puede llegar a tener la frase "suficiente evidencia científica"? ¿Es unívoca? ¿O bien, sin perspectivas contextuales, que incluyan las técnicas concretas, la observación de las mismas, la ideología, la política, el pensamiento propio, puede resultar en otra forma de parcialización e ineficiencia?

Entremos al menos superficialmente en el tema: cuando se habla de "suficiente o insuficiente evidencia científica", se está haciendo referencia al movimiento de la "Medicina basada en la evidencia" (MBE) o "Medicina basada en pruebas" (MBP), un movimiento científico puesto en marcha por Sackett y colaboradores ya hace más de un decenio (Sackett *et al.* 1997). Hasta hace poco, las decisiones en cuanto a tratamientos y/o asistencia, se realizaban de acuerdo con la tradición, la influencia de los diversos *lobbies* técnicos, la autoridad de los maestros, la experiencia anterior de los terapeutas u organizaciones, etc. Pero, ¿es esa la mejor vía para la elección de los mejores tratamientos, modelos, sistemas, organizaciones? Evidentemente, no. La MBE postula que en "la sociedad de la información" se puede proporcionar un proceso lógico simple para establecer razonamientos y tomar decisiones basado en: a) El escrutinio sistemático de la evidencia disponible. b) La obtención de conclusiones apropiadas, las cuales conducen, c) A una decisión clínica en cuando a lo adecuado o no de un tratamiento.

Indudablemente, se trata de un avance y una propuesta loables y útiles, pero que no dejan de mostrar, ya de entrada, una serie de problemas. En primer lugar, el encadenamiento, que en la definición se da como casi automático, entre a), b) y c), mientras que la realidad es que, hoy por hoy, siguen existiendo bastantes tratamientos imposibles de mensurar. Además, en otros muchos, los procedimientos de mensuración son

aún enormemente inapropiados: como ejemplos, nombraré muchos de los sistemas de mensuración de los síndromes de fatiga crónica y fibromialgia (con olvido sistemático de dimensiones de la personalidad como la dependiente y la histriónica, así como del papel que juegan en dichos síndromes)... En otros ámbitos, ese encadenamiento lógico es más que dudoso: por ejemplo, la relación entre puntaje en la Escala de Depresión de Beck y "la depresión" —o, al menos, es más que dudoso que pueda postularse una relación directamente proporcional entre la gravedad de una y las puntuaciones de la otra—. Como es más que dudosa la relación entre el sufrimiento mental y los resultados del SCL-90 o del GHQ² y EADG, o los resultados de las diversas escalas de calidad de vida con la calidad de vida que observa y mensura clínicamente el clínico avezado... (Y no digamos en las psicosis).

Dos indicadores de cómo el asunto se ha infiltrado de ideología, y de cómo hoy puede ser utilizado en contra incluso de sus principios básicos, son el mitificado tema de las "revistas de impacto" y los artículos con FI (Factor de Impacto), y, por ende, el valor diferencial de los diferentes tipos de estudios empíricos, que luego trataremos. Pero, en una perspectiva global de nuestra reflexión, como se trata de un tema científico y tecnológico, intentaré mirarlo desde los cuatro vértices que intento buscar en todo estudio científico-tecnológico de cualquier tema: ámbito epistemológico, ámbito teórico, ámbito técnico y ámbito pragmático.

De entrada, deseo hacer una aclaración previa, para que nadie se llame a engaño: en esta reflexión tomo partido claramente por defender a las psicoterapias de base psicoanalítica, sistémicas y, en general, relacionales o psicosociales, del cúmulo de descalificaciones y ninguneo que habitualmente se les dedica en los medios dominantes de la asistencia psiquiátrica. También para no engañar ni llevar a errores a nadie, de entrada recojo el hecho de que, hoy por hoy, las terapias psicológicas que más "pruebas científicas" acumulan, son las englobadas bajo el epígrafe de "terapias cognitivo-conductuales", aunque en esta reflexión me referiré menos a ellas porque: 1) En ese ámbito existen muchos otros autores más preparados que yo para hacer revisiones y reflexiones sobre esas técnicas terapéuticas. 2) Porque son relativamente poco frecuente publicaciones en las cuales se difundan las bases teóricas y científicas sólidas de otras formas de psicoterapia. 3) Porque, además, de las otras formas de psicoterapia se dice continuamente en los medios de la "asistencia psiquiátrica oficial" y en las universidades, que no tienen "pruebas científicas a su favor", lo cual es manifiestamente falso, afirmémoslo claramente de entrada (Crits-Christoph 1992; Guthrie *et al.* 2001; Karon 2003; Marginson 2003; Bachman *et al.* 2003; Bakermans *et al.* 2003; Mosher 2006; Milrod *et al.* 2007; Leutizinger-Boheler y Target 2002; Gottdiener 2000, 2002; Guimón 2004; Leischering y Rabung 2008; Frydenberg 2008; Carr 2009). De ahí mi postura, más aclaratoria que con intereses de grupo, paradigma o sectarios.

2. Empecé a utilizar el GHQ de Goldberg en las consultas de medicina, en los años 70. Unos años después, comencé a utilizarlo en consultas de psiquiatría: Pues bien, aunque sigo defendiendo su utilidad en determinadas investigaciones, clínicas y no clínicas, como la de sus versiones reducidas, uno de los resultados de mi experiencia usándolo en las salas de espera de las consultas de psiquiatría pública, por parte de los pacientes, todos ellos pacientes psiquiátricos, es que los cuestionarios positivos pocas veces llegaron a superar el 68 %.

Algunos apuntes terminológicos y epistemológicos

Primero, aclaremos algunos temas terminológicos y epistemológicos, que el lector se puede saltar si le molestan o cansan, pasando al apartado 3 de este trabajo –al menos, el lector poco interesado en los ámbitos teóricos y epistemológicos, una situación que también tiene que ver con gustos y opciones personales respetables (y no siempre con la influencia del “ateoricismo” y la “unidimensionalización” reinantes en nuestros ámbitos de la salud mental)–.

(SI CREE QUE NO LE INTERESA LA TEORÍA Y LA EPISTEMOLOGÍA, SALTE USTED AL SIGUIENTE APARTADO)

Para el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE 2000), “evidencia” es la “Certeza clara, manifiesta y tan perceptible, que nadie puede racionalmente dudar de ella”. Evidenciar: “Hacer patente y manifiesta la certeza de una cosa: probar y mostrar que no solo es cierta, sino clara”. Evidente: es lo “Cierto, claro, patente y sin la menor duda”. Con sólo leer esas definiciones, debería quedar diáfano que, en el ámbito de la salud, no deberíamos hablar de “evidencia” ni usar esos términos en nuestras traducciones.

“Prueba”, sin embargo, posee más de 20 significados diferentes. Destacaré entre ellos los de “1. Acción y efecto de probar”, y “2. Razón, argumento, instrumento u otro medio con que se pretende mostrar y hacer patente la verdad o falsedad de algo” (RAE, 2000).

El *Diccionari Enciclopèdic de Medicina* en catalán, dirigido por Oriol Casassas (2000), define la Medicina Basada en la Evidencia (*evidence based medicine*) como el “Uso consciente, explícito y cuidadoso de la mejor evidencia existente para tomar decisiones en la asistencia al paciente. Se refiere, por tanto, a las relaciones que deberían darse entre la práctica clínica y el conocimiento científico-médico disponible... Se trata, pues, de incorporar el rigor científico a la práctica clínica” (Casassas, 2000, traducción personal).

El tema posee un interés fundamental en múltiples ámbitos de nuestras disciplinas. Incluso, a nivel aplicado, para enfocar las relaciones entre la psicoterapia, el psicoanálisis y los procesos elaborativos y defensivos, por un lado, y la epistemología, por otro: en efecto, la búsqueda de la “verdad” y la “certeza” en cualquier campo se halla directamente vinculada con la evitación de las ansiedades confusionales, persecutorias y tal vez reparatorias, defensas o, como prefiero decir últimamente, con “mecanismos” o “procesos elaborativos” (Tizón 2007), que se ponen en marcha ante la inconveniencia de la equivocación, la manipulación y el error, que atacan el conocimiento. Y, mucho más, ante la intolerancia frente a esas mismas situaciones. Pero, en realidad, la noción de la “certeza” no es una realidad muy humana, pues incluso ontológicamente navegamos con numerosas incertidumbres individuales, sociales, planetarias... En ese sentido, la noción de “verdad” hay que enfocarla como un sueño o fantasía ideológicamente determinada (y aquí uso el término ideología no en el sentido de Destutt de Tracy, sino en el napoleónico). La “verdad” no es el objeto de la ciencia, aunque sí lo sea la “verosimilitud” (de nuestras explicaciones acerca de la realidad). Por consiguiente, tanto el término como el substrato ideológico que subyace al uso que algunos le dan al vocablo “evidencia”, tienen poco que ver con la ciencia (más, con la ideología, el dogma, las creencias de una secta o doctrina...).

Por otra parte, existen hoy al menos dos nociones o perspectivas de los conceptos de “evidencia” y “prueba”: la empirista-positivista y la constructivista-construccionista. En pocas palabras, la alternativa sería la siguiente: la evidencia, ¿se logra por acumulación de pruebas en el exterior de nosotros mismos, fuera del científico, del sujeto y de los grupos o sociedades científicas? ¿O más bien se construye en la interacción? Fíjense ustedes entonces en su relación con los intentos de elaborar la identificación proyectiva y, a otro nivel, con la democracia real de las organizaciones científicas y sociales. Desde la primera perspectiva, la ciencia y la metodología científica tienen que ver con la tendencia a la proyección y a las identificaciones proyectivas excesivas de todos los seres humanos, procesos emocional-cognitivos que podrían impedir la aproximación verosímil a la realidad. ¿Para qué se habría inventado la ciencia si no es por la conciencia de esa tendencia a la proyección y a la identificación proyectiva, a las deformaciones de la percepción por las necesidades y motivaciones del sujeto, deformaciones tan humanas? Si no fuera por esas tendencias de la mente humana, de nuestro “procesador de información”, no habría ningún motivo para dudar de la objetividad de las pruebas de nuestros sentidos, que es lo que afirma el “empirismo”. Pero tal perspectiva epistemológica, el empirismo, ha sido criticada por todas las teorías de la ciencia y epistemologías posteriores, como, por ejemplo, el “positivismo lógico”, el “realismo crítico”, el “realismo no representativo”, el “constructivismo”, el “construccionismo”, etc.

Para el “empirismo”, como decíamos, no habría motivos de peso para dudar de la objetividad de las pruebas de nuestros sentidos: “*empeiría*” equivale textualmente, a “experiencia”. El conocimiento se basa en la experiencia para validarse como tal. La experiencia es la base de todos los conocimientos: una idea será válida sólo cuando reproduzca fielmente una impresión sensorial o percepción. Pero hoy sabemos que el conocimiento, la percepción y, por supuesto, la representación mental se construyen internamente y en la interacción. De ahí que el empirismo, que aún forma el cemento de gran parte de los modelos y aproximaciones de la “biomedicina”, sea una fundamentación tan discutible y discutida, como ya hace tiempo ha ocurrido en las demás ciencias y, en particular, en la física –incluso más de un siglo antes de la difusión de las hipótesis de la “relatividad general”–.

El “positivismo” fue otra perspectiva de la filosofía basada en una epistemología que surgió a principios del siglo XIX, en particular con Auguste Comte y John Stuart Mill. Parte de la defensa de un cierto monismo metodológico: el “método científico-natural”. La “razón” es tan sólo un medio para otros fines (razón instrumental), y el método científico-natural, su manifestación máxima. En el mismo sentido, la forma privilegiada del conocimiento científico es la “inducción”. Para el positivismo en general, la creación de teorías es poco importante, sobre todo si se parte de principios que no han sido percibidos “objetivamente”. El positivismo o empirismo lógico busca cimentar lógica o empíricamente todo lo que se dice desde la filosofía y la ciencia (es la base de su aspiración a una “ciencia unificada”). Pero esta filosofía y esta epistemología fue pronto criticada incluso desde dentro, por ejemplo, por Karl Popper (1975): el objetivo de cimentar todo el conocimiento científico en lo empírico es irrealizable, cuestión pronto aceptada por el Círculo de Viena. El “positivismo lógico” evoluciona así hacia el “racionalismo crítico”, que no desprecia la inducción, pero vuelve a darle importancia a la teoría y a la deducción. Otros pasos más radicales en ese sentido serán el “realismo crítico”, el “realismo no representativo”, el “constructivismo”, el “construccionismo”, etc. (Quintanilla 1976; Chalmers 1987).

Una reacción contra el dominio empirista y positivista fue la “hermenéutica”: la postura hermenéutica afirma que el método de las ciencias físico-naturales es incapaz de conocer muchos de sus pretendidos objetos de estudio (la sociedad, el hombre, la cultura). Estos objetos de estudio tendrían propiedades como la intencionalidad, la auto-reflexividad y la creación de significado, dejados de lado por la epistemología positivista. La perspectiva hermenéutica suele suponer una crítica del continuo empeño de búsqueda de leyes generales y universales por parte del positivismo, porque esa búsqueda, si se hipostasía, lleva siempre el peligro de dejar de lado los elementos que no pueden ser generalizados. Así, muchos hermeneutas defienden la diferencia entre “conocimiento idiográfico” (de conocimientos más precisos, pero menos generalizables) y “conocimiento nomotético” (de leyes generales). Insisten en la necesidad de conocer las causas internas de los fenómenos, cuestión alejada de la explicación externa de los fenómenos: de ahí la dicotomía epistemológica entre “explicación y comprensión”, que ha tenido tantas repercusiones en nuestras disciplinas (Castilla 1972; Tizón 1978).

Es evidente que los problemas epistemológicos subyacentes a la versión reduccionista de la MBE/MBP son el empirismo y el positivismo, pero también el consecuencialismo. El término “consecuencialismo” fue acuñado G.E.M. Anscombe en su ensayo de 1958 “Filosofía moral moderna” (1984). Sus raíces históricas están en el “utilitarismo”, aunque teorías éticas anteriores consideraban a menudo las consecuencias de las acciones como algo relevante para la deliberación ética. El “utilitarismo” asume el “consecuencialismo”: se trata de primar la importancia de las consecuencias de las acciones. Según esta perspectiva filosófica y moral, los resultados de una acción compensan cualquier otra consideración en la deliberación moral. El “consecuencialismo” parte de la idea de que los fines de una acción suponen la base la cualquier apreciación moral que se haga sobre dicha acción y, por tanto, una acción moralmente correcta es la que supone buenas consecuencias. Dicho en términos simples, el “fin justifica los medios”. Es una postura contraria a la “deontología ética”, que enfatiza el tipo de acción en lugar de sus consecuencias, y a la “ética de la virtud”, que focaliza las motivaciones del agente.

La mayoría de las aplicaciones del consecuencialismo tienden a la maximización de las situaciones óptimas. Es algo así como la aplicación generalizada del apotegma “Después de todo, si algo es bueno, más de lo mismo será mejor”. Traducido a nuestro ámbito: si los resultados son positivos, la técnica lo es. Aunque no todas las formas del consecuencialismo adoptan esa postura, tales afirmaciones y creencias conllevan numerosos problemas epistemológicos. Por ejemplo, habría que saber previamente qué determina el valor de una consecuencia, qué elementos tiene una situación deseable, quién o cuál es el beneficiario primario de la acción, quién juzga cuáles son las consecuencias de una acción y cómo... Como puede observarse, son asuntos que no resuelve la MBP: sus defensores más sensatos nunca han intentado convencernos de tal poder. Por ejemplo, adelantando un tema sobre el que luego volveremos, y usando para ello los trabajos sobre la supuesta eficacia de la oración a distancia en determinados procedimientos médicos y cardiológicos (Sloan *et al.* 2000), nos hallaríamos ante el divertido dilema (que puede asfixiar a más de un empirista) de decidir si los “estudios controlados” y “aleatorizados” pueden también falsearse o estar equivocados, o bien tener que adoptar una “consecuencia”: organizar “servicios sanitarios de oración”.

Algunas consecuencias de la epistemología y la teoría

En nuestro ámbito de reflexión, el consecuencialismo pone de relieve en la MBP al menos tres problemas: a) La dificultad de medir los resultados, en especial en los campos “punteros” de toda disciplina. b) La propiedad de los resultados (es decir, a quién le interesan): algo directamente relacionado, por ejemplo, con el asunto de por qué se investiga tanto en psicofarmacología y tan poco en psicoterapias que no sean de apoyo a esa farmacología. c) La posibilidad de que la ética consecuencialista esté reñida con la ética científica, la ética común o la ética de grupos concretos, asunto que fue llevado a su máxima expresión con las supuestas investigaciones, supuestamente científicas, realizadas con “prisioneros de campos de exterminio” (y, en el caso de Treblinka, apoyadas por su director, el Dr. Irmfried Eberl, gran aficionado a la psiquiatría y a la genética, Müller-Hill 1988,1991; Bloch *et al.* 2001).

Extensiones del problema de la propiedad de los resultados surgen en los temas étnicos y culturales. Por ejemplo, muchas investigaciones en psicoterapia se basan en una noción de *self* judeocristiana, que, para una aproximación clínica o de investigación más cuidadosa, debería ser matizada desde otras perspectivas (“*self* familiar”, “de clan”, *self* social y cultural”, etc.), al menos si deseamos tener en cuenta otras culturas diferentes de la WASP.

En último extremo, pues ¿por qué necesitamos sistemas de control de las comunicaciones científicas y tecnológicas como la MBE? Por un lado, por la proliferación exponencial de comunicaciones y vías de comunicación. Por otro, porque la comunicación de los resultados es básica en la ciencia, aunque también, en la defensa de los puestos de trabajo y el poder de departamentos universitarios, servicios, jefaturas... Pero más allá, como recordaba arriba, a nivel epistemológico, por nuestras inseguridades con respecto a nuestra percepción, nuestras dificultades con la identificación proyectiva, nuestras dificultades con el narcisismo y la perversión que, como tendencias antisolidarias, afectan también a los científicos... Y esas inseguridades ¿se eliminan sólo acumulando datos? Y, además, esos datos ¿se construyen en la relación democrática, simétrica, entre posibilidades alternativas? Son preguntas a las que intentaremos aportar algunas reflexiones en las líneas que siguen.

De entrada tendríamos que replantearnos algunas insinuaciones generales que algunos interesadamente intentan hacer creer. La más sibilina y general: que hay paradigmas de la psicoterapia y de las disciplinas de la salud mental “científicos” y otros, radicalmente “anticientíficos”... Como intentaré ilustrar en estas líneas, no es posible hoy esa generalización interesada, a menos que usemos definiciones doctrinarias y dogmáticas, casi religiosas, de “esa cosa llamada ciencia”³.

3. “Desde mi punto de vista, esa cosa llamada ciencia” consiste básicamente en un método de conocimiento arduo por unos “criterios de científicidad”: a) Replicabilidad. b) Verificabilidad: el método produce observaciones confirmables por observadores “calificados” (un principio que, por ejemplo, no se cumple en gran parte de las investigaciones de terapias combinadas). c) Que produce predicciones. d) Con posibilidad de falsación (Popper 1959). e) Es decir, que tales afirmaciones son apofánticas, susceptibles de dirimirse en verdaderas o falsas, gracias a su terminología no ambigua. f) Que no son contradictorias con las de otras ciencias. g) Sus observaciones son cuantificables: Los datos deben ser cuantificables para proveer material para subsiguientes tratamientos lógico-matemáticos. Pero muchos epistemólogos y, desde otra perspectiva, la antropología, la sociología o la psicoterapia, ponen en duda si la única forma de mensuración es la cuantificación. Todo ello no implica que en las teorías científicas haya gran cantidad de teorías generales no probadas (p. ej. “El postdarwinismo”) y que muchas de las afirmaciones anteriores sean contempladas con vértices diferentes desde el “empirismo” y desde el “constructivismo”.

Tal vez con esas reflexiones epistemológicas iniciales podríamos entender un poco más la situación actual en muchos de los campos controvertidos de la medicina y la asistencia: por ejemplo, en el campo de la detección y atención precoz de las psicosis o en de la eficacia, efectividad y eficiencia de la psicoterapia en las psicosis y otros muchos problemas psicopatológicos. En esos ámbitos (y en muchísimos otros) nos encontramos con una situación real de múltiples “evidencias contradictorias” e incluso con “evidencias” que unos años después dejan de ser “evidentes”. Recuérdese por ejemplo el supuesto éxito de las terapias conductistas hace algunos años: prácticamente lo curaban todo, según los miles de estudios publicados. Pero de muchas de ellas “nunca más se supo”. Algo similar a lo ocurrido, por ejemplo, con algunas afirmaciones de conspicuos trabajos conductuales contra los estudios de Bowlby y sus conclusiones, basándose en la “parcialidad de sus pruebas” (?). Tampoco sus autores parece que sigan afirmando lo mismo. Item más con la fantástica eficacia de algunos neurolépticos que, después de ser “probada”... fueron retirados del mercado, en algunos casos a los seis meses de salir. O, al contrario, la sospechosa peligrosidad descubierta repentinamente, en la era de los “nuevos neurolépticos”, a uno de los “viejos (y baratos) neurolépticos” más usados: la Tioridazina... Repentinamente, ya en el siglo XXI, nos informaron, tras millones de tratamientos y miles o decenas de miles de estudios en los cuales se había utilizado, que tenía “peligrosos efectos secundarios”, por los cuales se ha retirado del mercado...

Es evidente que la MBE/MBP, en ámbitos de fuerte controversia científico-ideológica, y/o con importantes intereses en juego, o no se usa, o se usa mal, o se usa para arropar con un halo de supuesta científicidad imposiciones más o menos directas del poder. ¿No habría mejores sistemas de conseguir evidencias? Pero para eso habríamos de enfrentar el tema del poder y de la democracia en las instituciones científicas, algo que, desde luego, viene exigido por cualquier concepción post-kuhniana de la racionalidad científica. Unos ejemplos al respecto ayudarán a calibrar la importancia de los elementos teóricos y epistemológicos de los cuales hemos partido.

Por ejemplo, el “Fenómeno Darsee” y el “Efecto Utah”, hoy bastante conocidos en el ámbito de la epistemología o teoría de la ciencia. El “Fenómeno Darsee” (o cuando la ambición se dispara), es llamado así por su recordman hasta hoy, el Dr. John Darsee, conocido investigador en cardiología clínica y experimental de las Universidades de Harvard y Emory, quien en 1981 confesó las trampas que había urdido para figurar como autor de 109 trabajos “originales” entre 1978 y 1981, publicados en las revistas más prestigiosas de la especialidad: un trabajo cada 10 días (Clavero 1991). Otro buen ejemplo: el “Efecto Utah” –o cómo conseguir fondos rápidamente–, llamado así en honor de sus gestores, tres científicos de la Universidad de Utah, encabezados por el físico John Kepros, que ya en 1972 anunciaron en rueda de prensa el descubrimiento del láser por rayos X. Como Stanley Pons y Martin Fleischmann, que en 1989 anunciaron haber conseguido la fusión fría, haciendo pasar corriente eléctrica por electrodos de paladio sumergidos en agua pesada (Pool 1989; Clavero 1991). O lo que, en otro lugar, he llamado “el Efecto Crisálida” (Tizón 1978; 2001): los tratamientos al principio dan unos resultados de mucha mayor eficacia que tras años de introducirse. Es entonces cuando la “efectividad”, la eficacia en condiciones reales, vuelve a su sitio todas nuestras fantasías grandiosas.

Otro caso bien conocido es el de los Laboratorios Bell (USA), que el 27 de setiembre del 2002 despidieron al científico acusado del mayor fraude de la historia de la física: Hendrik Schön (32 años), propuesto en 2001 para dirigir el Instituto Max Planck de Stuttgart. Al parecer, “Se había inventado los datos de al menos 17 experimentos que fueron publicados en las revistas de más prestigio de su especialidad, entre 1998 y el 2002, para convertirlos en éxitos que atrajeran la atención mundial”. Y nos aseguran que sus jefes y sus padrinos científicos –en el doble sentido del término– no sabían nada, que no se enteraban de nada... Casos aún más recientes son los del premio Nobel Tonegawa, laureado en España, o el “Caso Hwang”... Algunos son casi actuales, como el denunciado en octubre del 2008 por senadores norteamericanos y también por la Universidad de Emory, la misma que en el “Caso Darsee”: uno de los más prestigiosos psiquiatras del mundo, jefe de su departamento de psiquiatría, autor y coautor de centenares de publicaciones en revistas con alto FI, fue obligado a dimitir porque no sólo había ganado, sin declararlos, más de 1’2 millones de dólares de empresas fabricantes de psicofármacos, sino que no era de una sola, sino de nueve empresas diferentes, y, en tercer lugar, porque cuando declaraba esos ingresos lo hacía por un importe 17 veces menor al real (Harris 2008). Y, como todos sabemos, no se trata tan sólo de una cuestión de evasión de impuestos, sino de que al no declarar sus múltiples patrocinadores para la investigación, gran parte de los resultados de esas investigaciones quedan en entredicho.

En definitiva: ¿y si la trampa por llegar antes, por conseguir más presupuestos, por conseguir más honores, más dinero o más poder no fuera la excepción en la historia de la ciencia, sino un componente indisoluble de su constitución –y tal vez, incluso– de algunos de sus avances progresivos?. Entonces tendríamos que mirar con mayor cuidado los avances y probaturas “empíricas” y despreciar menos otras pruebas alternativas, o los estudios observacionales y clínicos, o tantas otras cosas...

En último extremo, a nivel pragmático, el “Efecto Utah” y el “Fenómeno Darsee” no son sino sistemas de conseguir fondos, prestigio y poder rápidamente, pero se apoyan en “puntos ciegos” no sólo pragmáticos, sino incluso teóricos y epistemológicos. A nivel práctico, para cuando el fraude se haya aclarado, si algún día se aclara, esos equipos habrán logrado financiación y patentes durante tal vez un decenio: para quien conozca el campo, es un procedimiento demasiado frecuente en la investigación en salud mental. Y no sólo en la investigación farmacológica, sino también, por ejemplo, en la investigación de procedimientos psicoterapéuticos breves y “ultrabreves” que prometen una y otra vez “los bálsamos de Fierabrás”: lo curan todo y con un leve toque (Clarkin *et al.* 2007; Gabbard 2007). Naturalmente, en el ámbito de la psicoterapia de las psicosis, son un peligro público y profesional: como aquella “terapia familiar”, por supuesto incluida en el correspondiente metaanálisis, publicado en la correspondiente revista con alto FI, que consistía... en dos-tres llamadas telefónicas a la familia del paciente con psicosis. De entrada, alguien ha conseguido “colar un buen gol” en una revista con FI o incluso en un metaanálisis. Pero, más allá, seguro que a medio plazo, por mucho que se utilicen recursos mágico-numerológicos, el resultado, tal vez no deseado por el metodólogo o numerólogo de turno, es una rebaja de la eficacia de las terapias familiares (?) (Cochrane Database 2006).

Resultados del “Efecto Crisálida” son evidentes con sólo revisar los tratamientos psicológicos breves y ultrabreves de todo tipo... probados como evidentes hace 10 o 15 años. ¿Cuántos fueron realizados en medios universitarios, fuera de los sistemas de salud y los sistemas de salud públicos? En consecuencia ¿cuántos siguen practicándose esos años más tarde, cuando sus “inventores” ya han conseguido su rédito en FI? En el mismo sentido, de las investigaciones que se llevan gran parte de los exiguos presupuestos latinos para investigación en salud mental, ¿cuántas revierten usos públicos de sus avances?

Acerca del ámbito teórico de las “pruebas en psicoterapia”

Se trata de un problema no menor de la investigación actual en psicoterapia y sus pruebas, muy a tener en cuenta para evitar repetir por tercera vez algo que ya se ha dado en la historia de la psicoterapia: que el dominio abrumador de una tendencia científica haya llevado al menos en dos ocasiones a la limitación del desarrollo de la psicoterapia, tanto en sus técnicas como en sus investigaciones. Eso es lo que sucedió durante años en los USA con el dominio académico de un psicoanálisis que se posicionaba en contra de los estudios empíricos, o en todo el mundo en los años siguientes, con el domino abrumador en la universidad de las orientaciones conductistas, productoras de miles de estudios, algunos de gran valor en varios campos. Pero de otros miles y miles no se ha vuelto a saber nada... O nada bueno (como las supuestas curaciones mediante esos métodos de todo tipo de trastornos de personalidad, de conducta, obsesivos, desviaciones sexuales, etc.).

Hoy en día puede volver a ocurrir algo parecido con el domino abrumador, en la literatura científica, en las universidades e incluso en determinados ámbitos de la clínica, de una plétora de profesionales supuestamente orientados por el paradigma cognitivo-conductual, pero que nadie sabe dónde se han formado como terapeutas. En el mejor de los casos, se dedican a descalificar las orientaciones psicoterapéuticas supuestamente rivales. En el peor, con un ínfimo bagaje y experiencia técnica, se lanzan nada menos que a “terapias” o incluso “psicoterapias” de la esquizofrenia y las psicosis y a demostrar la mucha mayor eficacia y utilidad de las TCC respecto a las técnicas psicoanalíticas y de psicoterapia psicoanalítica.

Pero detengámonos un momento: desde el punto de vista teórico, ¿podemos defender que ambos tipos de terapias –cuando se practican con un adecuado nivel teórico, técnico y de efectividad–, son estrictamente comparables? ¿Tienen objetivos comunes o, al menos, comparables? ¿Es comparable una técnica para conseguir la “adherencia al tratamiento” (farmacológico, por supuesto) con una técnica, como por ejemplo algunas formas de psicoterapia en las psicosis, orientada a ayudar a la estructuración de una identidad, al proceso de separación-individuación, o, incluso más “simplemente”, orientada a mantener las capacidades emocionales del paciente? Pues sinceramente, parece que son poco comparables; que entre la psicoterapia psicoanalítica reglada y muchas técnicas cognitivo-conductuales, las teorías, los procesos y los objetivos son tan diferentes que su comparación resulta sumamente artificial, hoy por hoy.

A otro nivel, la grandilocuencia con la que se propagan y expanden los tratamientos “de moda”, gran parte de ellos voceados como accesibles, eficaces y eficientes –“buenos, bonitos y baratos”, que diría nuestro vendedor de mercadillo–, tendría que haber suprimido ya la psicopatología en nuestros pagos... ¡Y no digamos en los países anglosajones! Pero no todo el mundo lleva antiparras de no ver y por eso, en un medio tan poco sospechoso de orientaciones “anticientíficas” como el *British Medical Journal*, Holmes y otros autores (2002) han desencadenado una interesante polémica, que ha durado varios números, con su beatleano editorial “All you need is TCC?” (¿Recuerdan ustedes el tema de los Beatles “All you need is love”?).

Algo similar están manifestando a nivel empírico estudios como los de Bartelsen *et al.* (2008). Si no es con excesos de euforia o con ignorancia clínica supina, ¿alguien podía creerse que terapias simples, aplicadas dos años, producirían cambios notables y permanentes en pacientes con una psicosis ya establecida? Pues parece que se lo pueden creer muchos psicoterapeutas y, desde luego, gran parte de los investigadores y clínicos psicofarmacológicos. Pero luego, cuando el seguimiento se prolonga cinco años, el Bálsamo de Fierabrás muestra su composición más bien pobre... y no hay diferencias notables ya no con el “no-tratamiento” –éticamente imposible–, sino con el “tratamiento habitual” (Drane 1985). Y es que el “Tesoro de Carambolo” probablemente no es de este mundo y cualquier terapia que pretenda mejoras sustanciales (no digamos “recuperaciones”) en un trastorno con tanta tendencia a la cronicidad en nuestros medios como son las psicosis, y, además, prometa lograrlas sin grandes esfuerzos terapéuticos y sin grandes esfuerzos en formación y supervisión de los terapeutas, acabará mostrando, más temprano que tarde, sus métodos de encantamiento.

Algunas cuestiones del ámbito técnico

Como recordó ya hace tiempo el *Evidence Based Care Resource Group (Plos Med 2006)* el excesivo hincapié ideológico en la MBP, unido al dominio político (de poder), más de una vez ha llevado al error de que terapias que “carecen de evidencia sustantiva” sean consideradas colectivamente como “sin valor sustantivo”. En un ejemplo histórico que, sin embargo, ha resultado de alto rendimiento para la investigación en psicoterapia, esa era la extrapolación básica de Eysenck contra la psicoterapia (psicoanalítica), o lo que llevó a tantos investigadores conductuales y humanísticos a defender la llamada “paradoja del pájaro Dodó” (por el personaje de “Alicia en el país de las maravillas”): todas las psicoterapias son igualmente eficaces, un aserto con el cual comulgó gran parte de la investigación en psicoterapia durante cerca de dos decenios (Frank 1985; Tizón 1997). En contra de todo sentido común, se mantenía que una psicoterapia de una orientación era igual de poderosa que la de cualquier otra o de ninguna orientación, una puramente “pragmática” (?); que daba igual que el terapeuta fuera inexperto o experimentado; que no importaba la duración y la profundidad de la terapia, etc. Afortunadamente, la investigación empírica reciente (Targety Fonagy 1994; Bateman y Fónagy 2000, 2001; Roth y Fonagy 1996; Fòrum 2001; Fonagy 2002; Carr 2009) ha vuelto a poner las cosas... donde los clínicos más prudentes y experimentados las habían puesto al principio, con lo que se hubiera evitado un enorme despilfarro de fondos de investigación que podrían haber ido dedicados a temas mucho más provechosos.

También en este nivel técnico, ya he escrito en varias ocasiones que los que investigamos en psicoterapia, y más en psicoterapia de las psicosis, deberíamos aprender un poco de la investigación médica. Por un lado, en la redacción de “folletos o prospectos”, los descriptores del tratamiento. Tenemos mucho que aprender para poder describir nuestros tratamientos de forma clara y útil, evitando la palabrería y el panglosismo. Habría que definir mucho más estrictamente los principios activos de nuestros tratamientos, sus indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios, lugares donde se fabrican (se forman) los terapeutas, criterios de formación y acreditación... Todo eso que cualquier medicamento incluye y necesita para ser vendido... pero no cualquier psicoterapia. Es decir: deberíamos poner en práctica todo lo contrario a lo afirmado por los investigadores “antiteoricistas” que usan para ello al correoso pájaro Dodó. Y así, en la investigación en psicoterapia deberíamos estar atentos no sólo a la eficacia y al coste-eficacia o eficiencia, sino a lo que en otro lugar he llamado los once componentes de la calidad de una terapia cualquiera: “accesibilidad, adecuación, continuidad, eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad, oportunidad, satisfacción desde la perspectiva del consultante y sus allegados, mejora en la calidad de vida que produce y cómo compensa o descompensa el balance autonomía/heteronomía”, tanto del paciente como de sus allegados (Tabla 1, derivada de *Joint Commission* 1990 y adaptada por mí en 1997, 2004, 2007 y 2009). No por demostrar eficacia hemos de caer en el consecuencialismo ciego de defender automáticamente una terapia que puede ser muy poco segura o muy poco accesible, o que pasiviza y hace dependiente de por vida al consultante con respecto al profesional o al aparato sanitario... Además, una demostración de eficacia, e incluso de eficiencia, no es una demostración de efectividad, y tal vez esa terapia no puede mantenerse en las condiciones reales –en Europa, por ejemplo, eso significa, “en los sistemas públicos de salud”–.

Y, sin embargo, las posibilidades de investigación en psicoterapia son hoy múltiples, como puede observarse en la tabla 2, que introduzco aquí para, nuevamente, hacer hincapié en la poca validez de las propuestas estereotipadas del tipo “esta terapia es más efectiva que aquella otra” (¿para qué?, ¿para quién?, ¿en qué contexto? ¿con qué métodos? ¿con qué estrategias investigadoras?). Hay otras muchas posibilidades para investigar en nuestros ámbitos, y más en temas tan complejos y delicados como son las de las terapias con los pacientes con psicosis o TMS. Esa tabla representa un resumen esquemático de las posibilidades de investigación en psicoterapia aunque, desde el punto de vista de la metodología general, se suele hablar de cinco estrategias fundamentales: casos únicos, series o cohortes, pruebas abiertas sin grupo control, estudios controlados y aleatorizados (ECA) y metaanálisis. Los he agrupado en una ordenación similar al valor epistemológico y metodológico que se les concede hoy en nuestros medios científicos. En ese sentido, es indudable que el ranking viene dominado por los metaanálisis y los estudios controlados y aleatorizados (ECA).

En ese mismo ámbito técnico, un no-nato documento sobre la psicoterapia en la red pública de salud mental de la Generalitat de Catalunya (García-Ibáñez *et al.* 2004,2008; Aguilar *et al.* 2007), que lleva esperando años su publicación, mientras es sometido a repetidas “correcciones”, utilizaba para valorar la importancia de los estudios empírico sobre psicoterapia los criterios de la *Cochrane Library* (2001, 2006) y el *Centre for Evidence-Based Medicine* (Sackett 1997; Haynes *et al.* 2005; Strauss *et al.* 2005). Todos ellos coinciden en esa especie de “jerarquía epistemológica” para los estudios empíricos de la que acabamos de hablar. Nada que objetar en principio, al menos desde mi nivel de conocimientos aunque,

en el caso de los EAC, hemos de recordar que en las investigaciones sobre psicoterapia o sobre las terapias integrales o combinadas que incluyan psicoterapia, son muy difíciles los EAC o los “tratamientos placebos”. En el ámbito de la psicoterapia, y más aún, en el ámbito de la psicoterapia de los trastornos graves, hoy sabemos, por ejemplo, que no pueden hacerse ECA de todo tipo de tratamientos y en todos los momentos históricos o clínicos: por problemas éticos, por problemas de “comparabilidad teórica”, por problemas asistenciales, por “asimetría manifiesta en cuanto a posibilidades de comparación”, etc. Por otro lado, si no caemos en el consecuencialismo más ramplón, hemos de recordar que un EAC por sí mismo no garantiza teorías, ni modelos, ni la preservación de la técnica o de la ética. Por último, ya hemos mencionado con qué frecuencia en los EAC se atiende tan sólo a una supuesta eficacia, sin atender a la eficacia a medio plazo, la eficiencia, la seguridad, oportunidad, accesibilidad, etc.

El otro *top* de la investigación empírica actual está formado por los metaanálisis, una forma de tener en cuenta múltiples estudios y darles un valor global, utilizable en comparaciones globales: es el *effect size* o “tamaño del efecto”, que se calcula por una sencilla fórmula del tipo **Effect Size = $M_1 - M_2 / D.S.$** (En la cual, $M_1 =$ Media del grupo que recibió tratamiento, $M_2 =$ Media del grupo control y $D.S. =$ Desviación Estándar del conjunto).

Ventaja de los metaanálisis: que reducen las medias de resultados a un índice común y, por tanto, pueden acumularse diversos estudios. Pero eso no elimina, ni mucho menos, la inclusión de sesgos, que ya han sido denunciados en numerosos metaanálisis de los estudios en psicoterapia: en la selección de artículos (se suelen “caer” los que no concuerdan con los aprioris de los investigadores), en sesgos y parcialidades en la valoración de los resultados, en los patrocinios indispensables para realizar metaanálisis y revisiones amplios, en los rechazos y parcialidades ante determinados estudios... Es decir, que las cuestiones de prejuicio y poder siguen estando presentes en los más “estadísticos” y numéricos de los estudios empíricos. Con la magia numerológica no se resuelven problemas epistemológicos o de poder. Y ¿cómo podía ser de otra manera?: las formas democráticas de gobierno de las instituciones han tardado siglos en entrar en nuestras sociedades autocalificadas como “democráticas”. Y aún no dominan, ni mucho menos, la toma de decisiones en las sociedades e instituciones científicas y que financian la ciencia. Por eso hemos de pensar que, si no hay una situación de respeto para las minorías, ningún artilugio técnico podrá evitar la manipulación.

El tema es aún más patente en las revisiones y “revisiones sistemáticas”, también profundamente sujetas a ideología y poder. Recordemos que los EAC son muy difíciles de realizar con psicoterapias reales –no con las simplificadas ad hoc para la investigación–. Tales dificultades aumentan cuando esas psicoterapias se hallan encuadradas dentro de una terapia combinada o integral, como las que son necesarias en todos los trastornos mentales graves o crónicos. La situación es tan seria que no es la primera vez que podemos observar que se deja a los pacientes sin los tratamientos necesarios con tal de preservarles como “sujetos experimentales”. En otros casos, ¿cuál es la diferencia entre un “tratamiento habitual” (TAU) y un tratamiento “experimental”, a veces tan elemental como el empleado en el reciente estudio de Bertelson *et al.* (2008) que, naturalmente, demuestra que la mayoría de sus resultados no persisten a los cinco años? Como antes decíamos, si no es con excesos de euforia o con ignorancia clínica supina, ¿alguien podía creerse que terapias simples, aplicadas dos años, producirían

cambios notables y permanentes en pacientes con una psicosis ya establecida? ¿Alguien tenía alguna duda? Pues es alguien que conoce poco la clínica real de las psicosis (no lo que cuentan muchos manuales universitarios y artículos “científicos” sobre la misma).

Antes recordábamos cómo, desde Eysenck, un lugar común en los manuales universitarios y en la academia es afirmar la “ausencia de evidencia para las terapias psicoanalíticas”. Lo cual vuelve a plantear “a qué lado del paisaje miro para decir que es de noche”. Ya en 1997 realicé una revisión de las perspectivas de la investigación en ese campo. Aunque todavía muchos de los “planificadores”, “metodólogos” y “expertos” escogidos siguen hablando de la “baja evidencia” o la inexistencia de evidencias para las psicoterapias psicoanalíticas, esas afirmaciones vuelven a manifestar la falta de lecturas, ceguera o sesgos de esos (numerosos) pontífices: hoy en día hay trabajos empíricos de todo tipo sobre terapias de base psicoanalítica (Fahrig H *et al.* 1996, Fonagy *et al.* 1999, 2000, 2002; Roth, Fonagy *et al.* 2002; Winkelmann *et al.* 2003; Avila 2003)... incluidos metaanálisis, como el de Gottdinener (2000, 2002) o el más reciente de Leichsenring y Rabung (2008). Todo ello lo recogía la versión inicial del documento sobre psicoterapia que antes mencionábamos, cuyas correcciones, sin embargo, corren el riesgo de reducirlo para volver a enunciar lo “políticamente correcto” en el tema, aunque no sea lo científica y tecnológicamente cierto. No hay peor ciego que el que no quiere ver. ¿Imaginan ustedes qué haría una compañía farmacéutica a la que le retrasaran esos años la salida y/o financiación pública de un medicamento por correcciones en el prospecto que no puede acelerar?

Pero es que, además, existen otros muchos tratamientos con eficacia “poco medida”, pero sumamente útiles en este ámbito. Particularmente, los menos “profesionalizados”, pero tal vez los más importantes: por ejemplo, “el trabajo (protegido) en el tratamiento de las psicosis”. Por el contrario, hay supuestas evidencias y aprobaciones por la FDA de terapias como poco pintorescas, tales como el “estimulador vagal implantado”, mediante una intervención quirúrgica, para “luchar contra la depresión”. O los “probados efectos” (probados a través de EAC) conseguidos mediante la “oración a distancia” sobre diferentes tipos de pacientes médicos y quirúrgicos graves, incluidos los que han sufrido procedimientos cardiológicos (Sloan y Bagiella 2000; Sloan *et al.* 2000; Smith y Fisher, 2000), estudios a los que aludíamos en el primer apartado de este trabajo.

En el ámbito de la salud mental podríamos hablar también de los esclarecidos resultados de algunos tratamientos sobre oscuros síndromes tales como la “fatiga crónica” y “fibromialgia”, del probado éxito (comercial) de tratamientos no probados como los que usan antidepresivos en la depresión leve-moderada, o de los maravillosos efectos de algunos tratamientos (también farmacológicos, aunque tal vez acompañados de TCC como coadyuvante) en los TDAH. Por cierto que el “haber-usado-estimulantes-del-SNC-recetados-por-médicos-habiendo-sido-diagnosticado-o-no-un-TDAH”, es hoy un “factor de riesgo” sumamente frecuente en muchos de nuestros actuales primeros episodios de psicosis, psicosis incipientes y “estados mentales de alto riesgo”.

Ahora bien ¿cómo podemos ser mínimamente ecuanímenes y científicos en este campo? ¿Cómo comparar tratamientos sin tener en cuenta las enormes presiones reinantes en el mismo? Una presión que, por ejemplo, lleva a menudo a que los instrumentos de medida sean tan isomórficos con las premisas de

los investigadores que, en realidad, lo que pensamos que es una investigación, puede no ser más que una costosa tautología. Algunas investigaciones, tanto en detección como en terapia de los trastornos del comportamiento alimentario, del TDAH o del *burn-out*, son ejemplos extremos en ese sentido. Pero es que, además, los estudios de seguimiento desarrollados, casi siempre ya no con contenidos médico-biológicos, sino incluso con un seguidismo más o menos inconsciente de modelos médicos, tienden a ser puntuales, sincrónicos, de corte transversal o a corto plazo. En realidad, el modelo subyacente no es ni siquiera el “modelo médico”, sino los submodelos quirúrgico o infeccioso del mismo (Tizón 1978). Una consecuencia: estudios de seguimiento siempre breves, como en los tratamientos psicofarmacológicos o en muchas terapias de corte conductual o cognitivo-conductual y psicoterapias breves, psicoanalíticas o no. Pero, si lo que nos proponemos son cambios de la personalidad para lograr una mayor capacidad de autocontención y/o resiliencia, como en el caso de las psicosis y los TMS, de poco valdrán investigaciones con seguimientos de meses o a corto plazo. Sólo estudios de seguimiento de un mínimo de 5 años podrán hablarnos de la bondad o no de los tratamientos de cualquier tipo de trastornos biopsicosociales con tanta tendencia a la cronicidad y tan graves. Es algo que, nuevamente, están comprobando muchos terapeutas cognitivo-conductuales: por experiencia clínica o por las investigaciones empíricas, van reconociendo poco a poco el excesivo optimismo de, por ejemplo, los tratamientos intensivos y precoces de los primeros episodios de psicosis (estudiados recientemente por Francey *et al.* 2005; Amminger *et al.* 2006; Yung *et al.* 2004, 2005, 2006; Nelson y Yung 2007; Bertelsen *et al.*, 2008...). Posiblemente cualquier estudio de cualquier terapia de las psicosis o de los EMAR que no tenga un seguimiento de al menos 5 años no va a poder proporcionar más que datos sumamente inciertos, sesgados o aleatorios... Y, en ese sentido, y para que podamos contemplar en todo su esplendor el imperio de ciertos submodelos médicos en la investigación, recordemos que, por ejemplo en España, prácticamente no existen Fondos de Investigación públicos que abarquen proyectos de duración mayor de 3 años: incluyendo las correspondientes sustracciones producidas por la metodología, difícilmente se pueden solicitar ayudas para estudios que abarquen un seguimiento mayor de dos años. Pero no se sabe si es más grave ese hecho o el que el organismo que distribuye la mayor parte de los fondos sanitarios de investigación de la Seguridad Social (y, por lo tanto, fondos públicos, sustraídos a la asistencia pública) no haga públicas las listas de sus evaluadores.

Por otra parte, siguiendo con el ámbito técnico, los (pocos) estudios financiados que en nuestros medios se realizan sobre las terapias psicológicas, difícilmente admiten variables psicosociales de validación (además de las variables médicas y las propias de cada psicoterapia), tales como la calidad de vida, la dependencia/autonomía, los costes sanitarios, etc. Y, para colmo, se exigen esas “evidencias” en salud mental y psicoterapia, evidencias que difícilmente se exigen en otras ciencias o, incluso en otras disciplinas de nuestro ámbito: ¿qué estudios han proporcionado evidencias para que se recomiende el tratamiento farmacológico de la “depresión” en determinadas circunstancias “para toda la vida”? ¿Qué pruebas hay para tan dudosamente sanitaria recomendación y para un gasto sanitario tan abrumador –con pingües beneficios privados, no lo olvidemos–? Por el contrario, en ese campo, existen bastantes estudios apoyando que las alternativas no farmacológicas han mostrado una mayor eficacia en la depresión leve-moderada: ciertas terapias cognitivo-conductuales y conductuales, ciertas psicoterapias psicodinámicas breves, la psicoterapia interpersonal, el consejo no directivo, las terapias focalizadas de pareja... En todas ellas, los resultados a medio o largo plazo de los estudios disponibles

han mostrado que tales tratamientos son por lo menos tan efectivos como la terapia farmacológica y con resultados especialmente prometedores en las formas de depresión leve-moderada (Jorm *et al.*, 2002; NICE 2004; Leutizinger-Boheler y Target 2002; Guimón 2004; Leischering y Rabung 2008). Pero ¿es esa la realidad asistencial y la que siguen propalando los profesores universitarios de ciencias de la salud y la literatura dominante? El “tratamiento para toda la vida” sí que se está practicando ampliamente en la clínica psiquiátrica actual, europea y norteamericana. Sin embargo, como decíamos, la mayoría de los estudios de terapias psicológicas y psiquiátricas valoran sus efectos a los 6 o 12 meses de tratamiento y sólo excepcionalmente lo hacen a los 36 meses. De ahí no pueden postularse los beneficios del tratamiento indefinido propuesto por diversos autores o guías de práctica clínica. Ahora bien: si tenemos en cuenta que en 2004, cada español había gastado en psicofármacos pagados por los diversos servicios públicos de salud, una media de 16'45 euros, y que, aproximadamente, el 70 % de ese gasto correspondió a los ISRS, tal vez podamos explicarnos esas “deficiencias metodológicas” mejor que por cuestiones estrictamente metodológicas o epistemológicas (SNS, 2005): estamos aquí tropezando de nuevo con cuestiones pragmáticas, con cuestiones de la pragmática del poder económico-político.

A otro nivel, existen bastantes estudios sobre los efectos secundarios de los neurolépticos y nuevos neurolépticos e incluso de las terapias combinadas con neurolépticos y terapias psicológicas. Pero ¿cuántos de tales trabajos tienen en cuenta y estudian el indudable “embotamiento cognitivo-afectivo” (*cognitive-emotional blunting*) producido por seguramente todos los neurolépticos y gran parte de los antidepresivos actuales? ¿Hasta qué punto la moda de hablar de “antipsicóticos” es un nuevo procedimiento mágico para no tener que hablar de “neurolépticos”, es decir, de fármacos que producen sedación mayor y, por lo tanto, pueden agravar los “síntomas en negativo”, el “embotamiento afectivo”? ¿Hasta qué punto una psicoterapia que no sea meramente conductual y de ambiciones muy limitadas e instrumentales puede realizarse en el medio interpersonal y mental del *emotional blunting*?

Otro ejemplo del nivel técnico (de las técnicas de psicoterapia): si observamos los módulos más habituales propuestos para los grupos psicoeducativos en el tratamiento combinado de las psicosis, y, desde luego, de su modelo más utilizado en los “trabajos de investigación de las revistas con alto FI”, observamos que uno de ellos, normalmente el primero, intenta difundir entre pacientes y/o familiares de pacientes con psicosis una noción de “qué es la esquizofrenia”. Y suele hacerlo sobre la base de la definición del NIMH norteamericano de hace unos años (2005, 2007), luego corregida, aunque sólo levemente: “La esquizofrenia es una enfermedad genética del cerebro crónica y de mal pronóstico”. Pero, si no caemos en el consecuencialismo y el utilitarismo más abstrusos, hemos de plantearnos si esa definición es correcta y probada y, más allá, si es la más útil, desde el punto de vista de las técnicas grupales, la más eficaz para ser difundida en ese tipo de grupos. Algunos pensamos que no hay casi nada probado en tal definición del NIMH norteamericano (Tizón 2007)⁴.

4. Porque acerca del síndrome o trastorno esquizofrénico hay un cierto acuerdo en que, en el futuro, probablemente se desgajará en diversas etiologías y trastornos, y que, por lo tanto, como he dicho en más de una ocasión simplificando para ayudar a pensar en alternativas, el “síndrome esquizofrénico” no es “uno”, ni es una “enfermedad”, sino un trastorno biopsicosocial (según todas las definiciones), ni es genético en el sentido mendeliano ni en el más popular del término –y, en todo caso, con nuestros datos actuales, no se puede afirmar su “naturaleza genética”–, ni es tan sólo del cerebro, ni siempre tiene mal pronóstico y, desde luego, no es “la enfermedad” “más incapacitante que se conoce”: basta con pensar en el autismo y en otros síndromes y trastornos mentales graves de la infancia para desmadejar tal aserto.

Consecuentemente, en la crítica de esa forma de hacer “psicoeducación” coincidimos por ejemplo con algunos de los terapeutas de orientación cognitiva más respetados: hace ya años que Doug Turkington critica esa fórmula diciendo “Creemos que, para muchos sujetos con esquizofrenia, esa afirmación –la del NIMH– es contraproducente para su tratamiento, y que proporcionar tal información no es compatible con una aproximación terapéutica cognitivo-conductual” (Turkington *et al.*, 2006, 2008). Como era de esperar, tales afirmaciones han generado un amplio debate en el *American Journal of Psychiatry*.

A nivel intercultural: ya que se trata de un sistema para facilitar y mejorar el tratamiento de los pacientes (otra cosa es que a eso se le llame psicoterapia), a un nivel más amplio, globalizado, y no meramente para la cultura WASP, ¿quién ha probado que esa supuesta explicación “psico-educativa” sea mejor para la terapia que otras explicaciones culturales, populares o folclóricas? ¿Quién ha probado que hoy proporciona una estigmatización menor de los pacientes con trastornos mentales graves? ¿Qué modelo cultural pasiviza y estigmatiza menos? ¿las “explicaciones” y modelos biólogos, o bien los modelos populares y familiares, que al menos, ayudan a sentir al afectado como un semejante, como un ser humano que sufre y/o merece ayuda, –y no meramente como un “enfermo” necesitado de medicalización y “terapias especializadas”–?. Cuando el tema se ha estudiado empíricamente, parece que el resultado no deja lugar a dudas: los pocos estudios realizados al respecto van en el sentido opuesto al del modelo médico, el modelo de los países “tecnológicamente desarrollados”... Empero, seguimos actuando y, a menudo, defendiendo que la “psico-educación”, o muchas otras “terapias” con esas bases culturales, están apoyadas por la MBE (Cochrane Database 2006; Read *et al.* 2006) y que los “trastornos mentales” son “enfermedades mentales”. Siguiendo con el nivel técnico, pero de técnicas psicológicas, esa explicación-adoctrinamiento, ¿en qué ayuda a las familias? ¿No infunde desesperanza en vez de esperanza, que es una de las funciones básicas de todo tipo de grupos terapéuticos y, con más motivos, en los grupos de pacientes con psicosis y sus familiares?

Sin movernos del ámbito técnico, cambiemos ahora el foco desde las técnicas de psicoterapia a las técnicas bibliométricas con las cuales se miden sus trabajos: una cuestión no menor sobre la que hoy se está reflexionando y que exige inmediatas revisiones y cambios, es la del “Factor de Impacto”, el índice que mide la “calidad o importancia de una publicación científica” en nuestros medios tecnológicos. Los trabajos publicados en una revista que no tenga FI, prácticamente son desdeñados para la adjudicación de becas, ayudas, plazas de profesorado y hasta para las plazas y puestos clínicos. Y, en realidad, ¿qué es el Factor de Impacto? O, como dice una organización que ha intentado introducirse también en ese campo, ¿en qué consiste el “juego del factor de impacto”? (*Plos Medicine Editors*, 2006).

El FI de una revista se mide con una simple fórmula:

C 2008 [2006-2007] / N Art. [2006-2007]

Es decir, dividiendo las citas que, en un año cualquiera, por ejemplo 2008, y en el conjunto de revistas previamente seleccionadas, reciben todos los artículos publicados por la Revista R en 2006 y 2007. Todo ello sobre la base no sólo de las revistas preseleccionadas, sino del número de “artículos” clasificados como “citables” por *Thomson Scientific* (antiguamente, ISI) que hayan sido publicados en esos dos años.

Naturalmente, de entrada, ese índice no dice nada sobre la calidad de los artículos, sino sobre su “poder para ser citados”. No nos dice casi nada acerca de su influencia social o en las políticas de salud. Pero, lo más “interesante” es que, como en cualquier otra fórmula con un numerador y un denominador, podemos variar el FI de muchas formas. *Plos Medicine* ha desgranado una serie de sistemas utilizados por diversas revistas internacionales con FI alto para lograr ese aumento del numerador o la disminución del denominador: publicando revisiones (que se citan mucho más), publicando muy pocos artículos “originales” o “de investigación”, intentando que *Thomson Scientific* ponga fuera del FI un artículo determinado, logrando que los autores hagan menos citas externas, o simplemente, eliminando los resúmenes, con lo que el artículo ya no es “citable”. Eso puede explicarnos, al menos parcialmente, que la nacionalidad de las revistas con mayor FI en 2001 fuera la siguiente: 2200 en revistas norteamericanas, 1717 del Reino Unido... y 13 españolas (entre ellas, una de psiquiatría). Evidentemente, incluso en revistas de alto FI, de vez en cuando pueden aceptarse trabajos de los “países secundarios”, pero eso no significa que sean citados: el FI mide el impacto bibliométrico del conjunto de trabajos de una revista, no el de cada uno. ¿O alguien cree que cuando una relumbrante universidad norteamericana tiene que poner en marcha un nuevo modelo de terapia, de asistencia o de programa preventivo, tiene muy en cuenta lo publicado sobre el tema en España, Grecia, Italia o Suiza? Los que tenemos cierta costumbre de asistir y trabajar (no sólo viajar) en congresos internacionales podemos ilustrar fácilmente el comportamiento de los investigadores norteamericanos al respecto.

Para obscurecer definitivamente el tema, el *Journal Citation Reports de Thomson Scientific* no publica sus motivos para hacer “citables” los artículos. Ni siquiera se ha avenido a comunicárselos a *Plos Medicine* cuando esta empresa lo ha solicitado oficialmente, por lo cual, *Plos Medicine*, en un editorial del 2006, ha llegado a afirmar que en definitiva, con ese índice, “La ciencia resulta medida por un proceso que en sí mismo es acientífico, subjetivo y secreto”. Y, sin embargo, es un índice que pesa fuertemente no sólo en las investigaciones y ayudas para la investigación sanitarias (y en todos sus ámbitos), sino para escoger profesores universitarios, jefes de servicio y departamento, para obtener becas, ¡y hasta para la carrera profesional! No es raro un reformador o investigador social o sanitariamente influyente con bajo FI (sobre todo, en determinados momentos de su carrera o de determinados países), o la dificultad de muchos estudios, sobre todo en sus fases iniciales, para conseguir financiación, si no están adscritos a las líneas psiquiátrico-literarias dominantes en las revistas con FI dominante.

Afortunadamente, se están intentando desarrollar otros sistemas de medir la importancia de una publicación y/o de una revista científica, pero en este campo el “Efecto Utah” lleva decenios de influencia y los intereses frente al cambio son fuertes y acendrados. Se ha pensado, por ejemplo, en sistemas basados no sólo en las revistas con FI, sino en otras bases de datos automatizadas, tales como el *Google Scholar*, el *Cross Reference Index*, el “factor de uso” del *U.K. Serials Group*, el Factor Y (una combinación de FI con un rango de páginas ponderadas en *Google*), etc. Lo único que parece probable (para no decir evidente) es que en el futuro, para valorar el impacto de las comunicaciones científicas, se tendrán en cuenta otros medios de difusión, otras publicaciones, otras revistas y otras secciones de las revistas: aplicaciones de la investigación a otros campos, producción de noticias relevantes, capacidad de construir “agendas” de problemas en salud pública, producción de materiales educativos para los profesionales, etc. Eso significa, desde luego, nuevos tipos de mediciones, pero

que hoy ya son posibles gracias a las fuentes informatizadas de información a través de Internet o que están en los ciernes para serlo: número de descargas, número de visitas, uso en nuevos artículos, uso del documento en la planificación y la política, etc. Porque si esos sistemas de valorar la importancia de las comunicaciones de los científicos no cambian, determinadas ramas de la ciencia y la tecnología muy afectadas por los resabios del poder impedirán el conocimiento de los avances de otros paradigmas alternativos. Y todo ello, además de retrasar el desarrollo científico y tecnológico y, por lo tanto, humano, se hace a costa de los presupuestos públicos. Entre otras cosas, porque los efectos prácticos de las formas actuales de calibrar la supuesta evidencia o “pruebas científicas”, junto con el control de los medios de información, comunicación y difusión de nuestras disciplinas, bien concentradas en manos de potentes *lobbies* farmacológicos y/o universitarios, dejan muy poco espacio para lo divergente, lo alternativo, otras líneas, otros paradigmas... Especialmente, en los países secundarios del imperio, que no cuentan con tan ingentes fondos de investigación para repartir y donde “hacer un catedrático” puede ser casi tan sólo cuestión de FI, como pregonaba no hace mucho el Profesor C. Feinstein, después de jubilarse, por supuesto (2004).

Apuntes sobre el ámbito pragmático

Acerca de los efectos prácticos, de la pragmática de las controversias anteriores, ya hemos ido intercalando reflexiones y ejemplos. Por eso aquí me gustaría tan sólo recordar los efectos de la oración a distancia sobre las enfermedades médicas graves (?), estudio empírico avalado por sacrosantificados EAC (Sloan *et al.* 2000). Una consecuencia: o uno cree a pies juntillas en la religión o cree a pies juntillas en la ciencia... o tiene que pensar por cuenta propia, sin religiones: ni sobrenaturales, ni científicas, lo cual pasa por dudar de la ética de bastantes investigadores y dudar, por tanto, de la validez de sus resultados científicos: el que es tramposo, lo es en todos los ámbitos, como ya hemos visto con algunos ejemplos. También podría valernos en este campo la trama de confusión-especulación masiva para el sobrediagnóstico y el sobretratamiento de la “depresión” (posiblemente, el máximo exponente del “Efecto Utah”). En el tema de la psicoterapia de las psicosis, podríamos tomar como aplicación práctica de todo lo anterior la larga polémica previa a la publicación de las normas PORT norteamericanas sobre el tratamiento de la “esquizofrenia” (Lehman y Steinwachs 1998). La parcialidad y la negación de otras “pruebas” diferentes de las que los autores de marras estaban inclinados a considerar, además, no puede aducir ignorancia, porque algunos de los más experimentados clínicos del medio (Alanen *et al.*, 2000, 2009; Martindale *et al.*, 2000, 2009) intentaron comunicarse una y otra vez con los que gestionaban el desarrollo de tales normas sin obtener ninguna aceptación efectiva por su parte (Alanen 2000; Silver & Larsen 2003; Ver Eecke 2003; Gottdiener & Haslam 2003).

El resultado práctico más evidente de todo lo anterior consiste en que, ya en el 2002, en un estudio empírico de los estudios empíricos publicados por cuatro revistas de alta influencia en el campo de la psiquiatría, el porcentaje de incremento de los artículos financiados por la industria farmacéutica pasó del 25 % en 1992, al 57 % (¡en 2002, no en 2009!). Para mayor claridad, los resultados positivos en dichos estudios eran mucho más comunes si el financiador era el fabricante (78%) que si el financiado era un competidor (28%), o no había financiación de la industria (48%).

Y todo ello de forma estadísticamente independiente del FI, año, fármaco concreto, tiempo trascurrido desde su aprobación por la FDA, diagnóstico, tamaño de la muestra y variables utilizadas en el diseño (Nelly *et al.* 2006)⁵.

Otro importante resultado pragmático ha sido resumido recientemente por Adams *et al.* (2006) en una editorial del *British Journal of Psychiatry*: después de años de campañas de la industria farmacéutica, la evidencia en la cual basan su práctica los profesionales de los países con ingresos bajos y medios está menos sesgada que la de los profesionales de los países de altos ingresos. Y esa es la dura realidad: después de decenios de predominio de determinadas formas de enfocar la investigación en estos ámbitos, posiblemente todas las “pruebas” están contaminadas tanto a nivel práctico como técnico, e incluso a nivel teórico y epistemológico. El resultado es un sesgo inequitativo a favor de un determinado tipo de terapias y un determinado tipo de modelos: las terapias psicofarmacológicas y los modelos médicos-infeccioso y médico-quirúrgico del enfermar y del asistir. Se necesitarán otros tantos años para poder introducir nuevos modelos, nuevos estudios y nuevas evidencias no tan sesgadas como las anteriores.

Una alternativa para la práctica

En este ámbito, como en otros muchos del mundo actual, podemos rasgarnos las vestiduras, desear “romper la baraja” o bien afrontar seriamente en problema con deseos de reformularlo al menos. El hecho de que gran parte de la investigación empírica en nuestro campo de la práctica y el estudio de la psicoterapia esté sesgada por las influencias de los modelos e intereses psicofarmacológicos, las revistas con FI, los *lobbies*, los “Efectos Utah” y los materiales educativos simplificados y sectarios utilizados, no ha impedido que se sigan realizando estudios como los que, por ejemplo, recogen algunos de los volúmenes de la colección ISPS-Routledge (*International Society for the Psychological Treatment of Schizophrenia and Other Psychoses*), la colección española PPP (“Psicopatología y Psicoterapia de las Psicosis”, de Herder Editorial), el primer documento sobre la psicoterapia en la red pública de Catalunya (García-Ibáñez *et al.*, 2004, 2008; Aguilar *et al.* 2007), los estudios empíricos y metaanálisis sobre psicoterapias psicoanalíticas, cognitivas o sistémicas, y otros muchos.

Por todo ello, creo que en este campo nuestras posturas deben ser matizadas, y, seguramente, con la elegancia y capacidad que muestran varios de los autores que participan en el volumen ya citado sobre la psicoterapia de las psicosis (Martindale *et al.* 2009; Mosher 2009) o en el de Read, Mosher y Bentall (2006): la MBP y la “Asistencia Basada en Pruebas” (ABP) son sistemas a tener en cuenta. Como los EAC son, probablemente, los estudios con mayores garantías dentro del ranking metodológico y

5. Un aviso de hasta dónde pueden llegar las cosas en el campo pragmático, y del desprecio con el que puede llegarse a trabajar con respecto a ciertos principios éticos, lo proporciona el hecho de que la FDA, y por lo tanto, los EEUU, acaban de “darse de baja” de la firma de Declaración de Helsinki de 1964. Con todas sus sucesivas reformas, es la declaración que regula las normas éticas de la investigación con humanos. Según algunos expertos en el campo, eso puede significar que los investigadores de los EEUU, la UE y Japón dispondrán en el futuro de dos tipos de objetos humanos de investigación: sus nacionales y los extranjeros. John Le Carré ya nos había advertido de que sus invectivas contra Big Pharma en “El jardinero fiel”, se habían quedado muy cortas con respecto al desarrollo de la realidad práctica: ahora, aprovechando los últimos días de un presidente tramposo, productor de guerras y derrotado, puede que la FDA haya dado un paso más en el sentido de dividir a la humanidad en dos grupos experimentales. Con uno de ellos, los investigadores podrán actuar con criterios éticos diferentes de los dominantes en sus propios países, y ahora ya abiertamente.

epistemológico... aunque no sean los únicos métodos ni, en ocasiones, las mejores fuentes de datos y estudios. Se necesita, pues, no sólo seguir trabajando con esas perspectivas y realizando estudios según esos modelos y métodos técnicos, sino también popularizar y validar otros modelos, métodos y mediciones. Si alguien pensaba que la “evidencia científica” iba a resultar libre de las influencias políticas, y que el movimiento de la MBE iba a lograr liberar a las comunidades científicas, asistenciales y docentes de la influencia del poder, y de la necesidad de una lucha cotidiana por su propia autonomía, se ha equivocado nuevamente: las presiones políticas, el poder, influyen cualquiera de las manifestaciones humanas. Por eso, un trabajo paralelo al de investigar con amplitud de miras, independencia y honestidad, ha de consistir en comprometerse con la democratización real de las organizaciones científicas y de toma de decisiones científicas, así como con la puesta en práctica de determinadas cuotas para la investigación con otros modelos y teorías diferentes de las biológicas y biólogas, que se llevan la parte del león de los presupuestos, investigadores, actividades... Es decir: la MBE/ABP, pero pensada desde una perspectiva epistemológica y del contexto diferentes, lo cual probablemente ha de llevarnos, en el terreno de la psicoterapia, a unas priorizaciones similares a las que propongo en la tabla 3.

Todo ello sin negar la necesidad de avanzar en la operativización, verificación y falsabilidad de los métodos de psicoterapia y de los estudios empíricos y clínicos sobre tales métodos y técnicas. En ese sentido, posibles aportaciones de la MBE-ABP a las técnicas de psicoterapia y a los estudios sobre las mismas serían: a) Obligar a afinar la conexión lógica entre teoría y práctica (hoy enormemente separadas). b) Favoreciendo razonamientos deductivos e inductivos apropiados en relación al material clínico: en algunas técnicas de psicoterapia actuales, la teoría (y la “teoría de la técnica”) son aún hoy más un resultado de los ensayos y errores de los pioneros que frutos del conocimiento científico o tecnológico. c) Favoreciendo un uso no ambiguo de términos, un uso de términos apofánticos. d) Ayudando a diferenciar entre ciencia, tecnología y técnica. e) Ayudando a diferenciar entre técnicas y tecnologías con respecto a ideologías y doctrinas.

En resumen: en el tema de la investigación en las disciplinas de la salud mental, hay quien juega con ventaja, pero eso no debería eximirnos de la necesidad de investigar tanto a nivel clínico como con “metodologías para el estudio del caso único”; con metodología observacional y con metodología experimental y “cuasi-experimental”. Además, teniendo en cuenta una serie de criterios específicos para las técnicas de psicoterapia sobre los que ya he escrito anteriormente (Tizón 1997, 2001, 2009). Por ejemplo, los siguientes:

1. Salvo excepciones, enunciados y propuestas de investigación apoyados en hipótesis del tipo “la psicoterapia “x” es eficaz” o “la psicoterapia y es más eficaz que la “y”, poseen hoy por hoy muy poco valor científico –y aún menor valor clínico–. Traducen, más que nada, resabios y reminiscencias de una lucha ideológica y de poder entre diversas tendencias de las técnicas de psicoterapia. El asunto debería plantearse de forma diferente: Para tal grupo de pacientes, con tal problema o trastorno psicológico o psicopatológico tipo “p”, con tales problemas biológicos, psicológicos y sociales predominantes ¿cuál es la técnica de psicoterapia más eficaz, eficiente y, sobre todo, efectiva?

2. Desde luego, es hora de orientar la investigación de forma mucho más eficiente, con una relación esfuerzo/beneficios más parecida a la que se le exige a los procesos estudiados. Y en ese sentido, lo que realmente interesa a clínicos, administradores, planificadores sanitarios y a la población en general son temas mucho más concretos y definidos: para tal “población, problema, situación o diagnóstico ¿cuál es la técnica de psicoterapia más eficaz?” Y, teniendo en cuenta las circunstancias sanitarias y económicas del país y la administración sanitaria ¿cuál es la más “eficiente”? ¿Y cuáles son “las más accesibles, seguras u oportunas (tabla 1) para según qué problemas, en según qué poblaciones y según qué tipo de organización sanitaria y estrato sociocultural, pautas de personalidad y/o organizaciones para la relación fundamentales?” De poco vale que las técnicas “x” se hayan mostrado las más eficaces en el tratamiento de, por ejemplo, las “crisis de pánico” si luego resultan cronificantes (‘poco seguras’), costosísimas de financiar (poco eficientes), o poco accesibles, porque los equipos que las dominan son escasos o no perseveran en su uso. De poco vale que las técnicas de tipo “y” sean las más eficaces o incluso eficientes, si la población no las acepta, o no resultan “oportunas”. Para situaciones de recursos económicos escasos o decrecientes, de poco valen los tratamientos y técnicas terapéuticas que hagan aumentar la heteronomía, la dependencia con respecto a lo profesionalizado, como ocurre, por ejemplo, con numerosas técnicas psicofarmacológicas...

3. Los investigadores, por más interesados en la metodología que se hallen, habrán de estar atentos a limitar la artefactación del proceso psicoterapéutico que la investigación supone siempre. Los clínicos y las asociaciones de psicoterapeutas “interesados por la investigación”, serían tal vez buenos “tribunales de estilo” en este caso. Podrían definir cuáles son los estándares mínimos del setting o encuadre interno y externo de la psicoterapia, alterados los cuales no es posible postular ningún resultado de tal psicoterapia: sencillamente porque lo que han practicado esos investigadores y los clínicos que actuaban en el estudio... poco tiene que ver con dicha psicoterapia (tema que, a mi modesto entender, minimiza la validez de muchos de los estudios computerizados o poligráficos realizados con técnicas de telemetría primitivas: ¿cómo puede considerarse que es comparable un psicoanálisis clínico habitual y un psicoanálisis realizado con el paciente conectado a múltiples canales y aparatos de registro?).

4. En la determinación de los resultados de cualquier terapia (desde luego, no sólo de las psicoterapias), habría que tener en cuenta variables más amplias que las estrictamente relacionadas con la terapia utilizada: por ejemplo, variables como las que, de alguna forma, pueden agruparse bajo el término “calidad de vida” y sus derivadas, si a dichas variables se le confiere un significado –y unos instrumentos de medición– biopsicosociales, significado e instrumentos que, desde luego, ya existen; o variables que estudien las “pautas u organizaciones para la relación fundamentales” y su cambio mediante las terapias.

5. En la investigación y en la práctica de la psicoterapia hay que tener cada vez más en cuenta la importancia de la “sugestión” en los procesos de cambio psicoterapéutico, tema ya resaltado por ejemplo por Hipócrates o por el mismo Freud. O, en términos más complejos, elementos tales como la “colusión” entre terapeuta y paciente, la “sumisión” o “adhesividad” que se establece a lo largo del proceso, el tipo de las “identificaciones” “introyectivas” del “consultante”, etc. Nuevamente, todo ello va en el sentido de ser muy prudentes antes de considerar generalizables resultados cuyo seguimiento no haya durado al menos 5 años, habiéndose realizado 1) al triple nivel biológico, psicológico y social, y 2)

con instrumentos reactivos y no-reactivos con respecto a la terapia utilizada. Por cierto que se trata de criterios que deberían ser aplicables a “cualquier terapia” (incluidas, por supuesto, las farmacológicas). Sin embargo, una y otra vez vemos cómo dichos criterios se soslayan en la valoración de los diferentes estudios... incluso por parte de las administraciones que deberían velar por su cumplimiento. El enorme peso que el “Efecto Utah” y la “mercadotecnia” están jugando en este ámbito explica en buena parte cómo una y otra vez administración, instituciones y profesionales creemos probados los resultados de técnicas, sobre todo biológicas, para las cuales no se han cumplido ni tan siquiera mínimamente esas dos condiciones.

6. Debería extremarse la atención a los “problemas éticos” ya no sólo de las técnicas de psicoterapia sino, con mayor razón, “de la propia investigación” sobre técnicas de psicoterapia. Intentar que las técnicas de psicoterapia acojan como criterios para su modificación, aplicación o extensión, criterios “definidos” mediante la alteración de los mínimos éticos de la atención a la población es... una buena definición de “perversión”.

7. En tal sentido, he argumentado más arriba por qué creo que hoy por hoy no son aceptables los estudios que implican colocar a los consultantes de los servicios públicos en situaciones de “no tratamiento”, “tratamiento placebo(?)” o “tratamiento mínimo”, por mucho que eso complique la metodología o la aparente “calidad” de los resultados. En el mismo sentido, no debemos permitir que, en aras de la investigación “científica”, se alteren negativamente de forma importante las condiciones de trabajo de los equipos; ni situaciones que pongan en peligro la vida o el equilibrio emocional de pacientes graves; ni situaciones en las que tratamientos que se han mostrado poco seguros o poco eficaces sean aplicados a pacientes graves, etc.

8. Los verdaderos yunques y “pruebas de fuego” de la investigación (y las terapias) han de ser los medios clínicos y, más en concreto, los servicios de atención a la salud mental públicos. Debería pues estimularse, financiarse y apoyarse la investigación “directamente vinculada con equipos clínicos”, la investigación que intente adaptarse a los duros encuadres de trabajo actuales de tales equipos, y las investigaciones que procuraran sustanciales modificaciones clínicas, técnicas o de medios. Máxime, en el ámbito de las psicosis y los TMS. Hacer lo contrario ha llevado a una situación tal que muchos de los estudios de investigación, por ejemplo sobre la farmacoterapia de las psicosis, se realizan con pacientes que han de considerarse “virtuales”, ya que escasamente coinciden con los pacientes reales que acuden a los equipos reales de atención psicológica y psiquiátrica (Woods *et al.* 2000).

9. Las investigaciones y las publicaciones en revistas con FI deberían utilizarse para la planificación de la asistencia y, tal vez, como un elemento en la selección de profesorado universitario o de centros investigadores. Pero es una exageración esterilizante considerarlas el principal elemento para repartir fondos de investigación y, una exageración mucho mayor (y peligrosa) utilizarlas para la selección de tutores universitarios, profesores y tutores de clínica y, no digamos, para la selección de los clínicos en los servicios públicos o privados. Ser un buen investigador, un buen metodólogo o un profesional con muchas publicaciones no dice casi nada sobre las capacidades clínicas, asistenciales, organizativas, docentes o comunitarias de esa persona.

A menos que, como hemos apuntado más arriba, los criterios de lo que es una publicación valorable cambien profundamente (junto con las formas para valorarlos).

Lo que no es de recibo es que hasta el 60 por ciento de los gastos en salud mental en algunos países se dediquen a psicofármacos –la mayor parte de ellos, mal indicados–, situación que está poniendo al borde de la quiebra algunos sistemas públicos. Sólo unos pocos países han intentado invertir o están intentando invertir esa tendencia. Ente ellos, no se encuentra el nuestro: ni en Catalunya ni en gran parte de España el uso de la psicoterapia está oficializado por la cartera de servicios. En algunas autonomías, el documento de expertos y de trabajo que intentaba hacerlo ha visto más de 4 años retrasada su publicación. No hay argumentos para esas decisiones o falta de decisiones. Y si los hubiera, serían demasiado simples: no hay presupuesto. Evidente. Y menos habrá. Entre otras cosas porque, en un cesto de fondos limitados, si queremos presupuesto para unos objetivos, no queda más remedio que quitarlo de otros fondos o del crecimiento de algunos capítulos. Pero, ¿quién le pone el cascabel al gato? Porque estamos hablando de felinos poderosos y pesados: por un lado, el poder económico y político de los fabricantes de psicofármacos. Por otro, la amalgama hace años fraguada entre la ideología social del inmediatismo y el consecuencialismo, la baja tolerancia a la frustración, el desprecio hacia los valores humanos, sociales y sanitarios de la solidaridad y la vinculación, etc. Son influencias difíciles de cambiar, desde luego. Pero tal vez para eso existe la “política, las políticas” y las acciones comunitarias: para poder varias situaciones sociales, poder ir en contra, poder modificar esas realidades. Tal vez la crisis especulativa y económica de estos años pueda proporcionarnos espoletas para hacerlo, pues una buena forma de disminuir el paro, ya aplicada hace decenios en algunos países europeos, es el aumento del sector servicios. Pero el “sector servicios” no se reduce tan sólo a hostelería y restauración. El desarrollo de tal sector productivo y de solidaridad social, pasa por el desarrollo de amplios servicios comunitarios de salud, pedagógicos y sociales, con una inversión dominante en formación y supervisión, en personal. Indefectiblemente, tarde o temprano las cosas han de ir por ahí pero, ¿cuántos años tardarán aún en darse cuenta nuestros políticos, o cuántos años tardarán en decidirse a contrapesar las enormes presiones de esos poderes económicos y fácticos sobre ellos, que impiden la disminución del paro al tiempo que desarrollan la dependencia y la heteronomización de la población?

Por otro lado, en nuestro país es flagrante la paradoja de que las psicoterapias que se pregonan como más eficaces, eficientes, efectivas y etc. en la universidad y por los libros de texto... luego no son utilizadas por los clínicos que tratan a los pacientes necesitados de terapia. Es posible que esas terapias sean eficaces y efectivas, en el sentido de la tabla 1. Pero algo debe suceder: ¿tal vez que no son eficientes, accesibles, oportunas, o bien que implican un modo de relación con los pacientes tan rígido y controlador que no pueden ser aplicadas en los encuadres cotidianos de trabajo de los equipos? Con lo que la paradoja se multiplica y... Y llega al nivel de “contraparadoja” cuando observamos y se estudia cómo la mayor parte de los profesionales de la salud mental que trabajan en el medio comunitario, que tratan a la mayor parte de los pacientes tratados en el país... no usan en su mayoría esas terapias. ¿Qué puede estar pasando con esos profesionales? ¿No quieren o pueden aplicar esas “maravillosas terapias” que sus profesores y libros de texto académicos les dicen que son las únicas científicas? Alternativamente, ¿de veras creen en la utilidad de tratamientos psicofarmacológicos “de por vida” para gran parte de los pacientes que atienden? Se trata de dos situaciones del sistema

sanitario y universitario dignas de ser estudiadas: ¿se encontrarán medios económicos, instituciones y poder suficiente como para que algún arriesgado investigador forme un aún más arriesgado equipo e investigue ese tema? Les cedo la palabra.

TABLA 1. COMPONENTES DE LA CALIDAD DE UNA TERAPIA CUALQUIERA

1. Accesibilidad	= Facilidad con la cual los consultantes pueden obtener atención cuando la necesitan.
2. Adecuación	= Forma de provisión de un cuidado o terapia, según el estado del desarrollo tecnológico, en comparación con su definición “canónica”.
3. Continuidad	= La atención necesaria está coordinada entre diferentes profesionales, dispositivos, organizaciones y a lo largo del tiempo.
4. Efectividad	= Las técnicas o procedimientos se proporcionan de forma adecuada, según el desarrollo tecnológico medio (“eficacia real”).
5. Eficacia	= Capacidad de una técnica para solucionar los problemas para los cuales está indicada.
6. Eficiencia	= Consumo de esfuerzos, economía, personal, repercusiones indeseables, etc. de una técnica.
7. Seguridad	= Grado en el cual los procedimientos están libres de azar o peligros potenciales.
8. Oportunidad	= Grado en el cual la atención se proporciona cuando se necesita.
9. Satisfacción desde la perspectiva del consultante y sus allegados	= Evaluación “objetiva” y mediante entrevista de la satisfacción de los mismos.
10. Mejora en la calidad de vida	= Variación en la calidad de vida, evaluada según los sistemas habituales, entre el “antes” y el “después” (o “durante”) de una terapia.
11. Balance autonomía / heteronomía.	= Grado de incorporación de los pacientes y sus familias en los procesos de decisión de la técnica y en los procesos y procedimientos exploratorios y terapéuticos.

TABLA 2. FORMAS (GENERALES) DE INVESTIGACIÓN EN TÉCNICAS DE PSICOTERAPIA
(Tomada de Tizón, 2009)

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS	SISTEMA ESTUDIADO	TIPOS DE ESTUDIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de eficacia • Eficacia comparada • Evaluación de las otras diez cualidades de una terapia • Metaanálisis • Estudios sobre el "proceso Psicoterapéutico" 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Control sin tratamiento GC de lista de espera • Comparaciones de tratamientos • Investigaciones de análogos • De-construcción de tratamientos • Construcción de tratamientos • Combinación de tratamientos • Investigación de parámetros • Repercusiones externas de los tratamientos: consumo sanitario, autonomía, calidad de vida... 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema "terapeuta" • Sistema "paciente" • Sucesos y episodios. (precisan determinar marcadores, operaciones y rendimientos). • Evaluación de la eficiencia, eficacia y otras características según "sistema". 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de tareas • De casos con éxito • De "momentos clave" • De la persona del terapeuta • De la alianza Terapéutica • De otras características de la relación o interacción terapéutica • De las repercusiones psicosociales • Según cuadros, situaciones, sistemas sanitarios...

TABLA 3. DOCE AREAS QUE DEBERÍAN PRIORIZARSE EN LA INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA
(Tomada de Tizón, 2009)

<ul style="list-style-type: none"> • Muestras clínicas (habitualmente infra-representadas con respecto a las muestras recogidas en encuadres "no clínicos": análogos, voluntarios, universitarios, etc.).
<ul style="list-style-type: none"> • Evitar y controlar la artefactación de las técnicas terapéuticas.
<ul style="list-style-type: none"> • Atención específica a los problemas éticos (¿situaciones de "no tratamiento", "tratamiento mínimo", "tratamiento placebo"?).
<ul style="list-style-type: none"> • Investigación de los efectos específicos sobre problemas, cuadros, personalidades, poblaciones u otras características específicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Investigaciones en casos de "co-diagnóstico" con especial hincapié en los efectos diferenciales de cada técnica y sistema.
<ul style="list-style-type: none"> • Focalizar más las investigaciones hacia sistemas públicos, poblaciones infradotadas de medios psicosociales y poblaciones de riesgo (p. ej., niños, adolescentes, familias...)
<ul style="list-style-type: none"> • Atención especial a las técnicas infra-estudiadas, pero frecuentemente utilizadas, tales como los tratamientos de "marco de referencia" psicoanalítico y "sistémico".
<ul style="list-style-type: none"> • Investigación de los resultados de la combinación de tratamientos, de la simplificación de tratamientos y de los sistemas breves.
<ul style="list-style-type: none"> • Investigar no sólo la eficacia o la eficacia comparada, sino las otras diez características de la calidad de cualquier terapia.
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar especialmente las repercusiones a medio y largo plazo sobre la "calidad de vida".
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar los efectos de la sugestión y el "efecto placebo".
<ul style="list-style-type: none"> • Investigar más "el sistema terapeuta": empatía, contención, contratransferencia, colusión, etc.

Referencias bibliográficas

Adams C.E., Tharyan P., Coutinho E.S.F., Scott T.S. "Editorial: The schizophrenia drug-treatment paradox: pharmacological treatment based on best possible evidence may be hardest to practise in high-income countries". *Brit J Psych* 2006; 11:391-2.

Aguilar J., Duró P., García-Ibáñez J., Lago P., Flores P., Matalí J.L., Miró M., Tizón J.L., Toro J. "Orientacions per l'aplicació pràctica del document 'La psicoteràpia a la xarxa pública de Salut Mental i a la xarxa d'Atenció de les Drogodependències, segons les indicacions del Pla Director de Salut Mental i Addiccions (2004)". Barcelona: *Generalitat de Catalunya, Departament de Salut*, 2007. (polic. pendiente de publicación).

Alanen Y. "Quo vadis, ISPS?" *ISPS Newsletter*, 2000; 4:4-8

Alanen Y.O., Lehtinen V., Lehtinen K., Aaltonen J., Rökköläinen V. "The Finish integrated model for early treatment of schizophrenia and related psychoses. En Martindale B., Bateman A., Crowe M., Margison F. (eds). *Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness*". London: *Gaskell-ISPS*, 2000 (ed. Española: *Herder*, 2009).

Amminger G.P., Leicester S., Yung A.R., Phillips L.J., Berger G.E., Francey S.M., Yuen H.P., McGorry P.D. "Early-onset of symptoms predicts conversion to non-affective psychosis in ultra-high risk Individuals". *Schizophr Res*. 2006 May; 84(1):67-76.

Anscombe G.E.M. "Intención". Buenos Aires: *Paidós*, 1984.

Ávila Espada, A. "¿Hacia donde va la la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia". *Revista AEN*, 2003, 23: 67-84.

Bachman S., Resch F., Mundt C. "Psychological treatments for the Psychoses: History and Overview." *J Amer Acad Psychoanalysis & Dynamic Psychiat*, 2003, 31(1): 155-177.

Bakermans-Kranenburg M.J., van IJzendoorn M.H., Juffer F. "Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood". *Psychol Bull*. 2003; 129(2):195-215.

Bateman A., Fonagy P. "Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up". *Am J Psychiatry*, 2001; 158:36-42.

Bateman A.W., Fonagy P. "Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder". *Br J Psychiatry*. 2000; 177:138-43.

Bertelsen M., Jeppesen P., Petersen L., Thorup A., Ohlenschlaeger J., Le Quach P. et al. "Five Year Follow-up of a Randomized Multicenter Trial of Intensive Early Intervention vs Standard Treatment for Patients With a First Episode of Psychotic Illness". *Arch Gen Psychiatry*, 2008; 65(7): 762-771.

Bloch S., Chodoff P., Green S.A. (eds.). "La ética en psiquiatría". Madrid: *Triacastela*, 2001.

Carr, A. "What Works with Children, Adolescents, and Adults? A Review of Research on the Effectiveness of Psychotherapy". London: *Routledge*, 2009.

Casassas, O. (dir). "Diccionari Enciclopèdic de Medicina". Barcelona: *Enciclopedia Catalana*, 2000.

Castilla, C. "Introducción a la hermenéutica del lenguaje". Barcelona: *Península*, 1972.

Chalmers, A.F. "¿Qué es esa cosa llamada ciencia?" Madrid: *Siglo XXI*, 1987.

Clarkin J.F., Levy K.N., Lezenwerger M.F., Kernberg O.F. "Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave study". *Am J Psychiatry*, 2007; 164 (6): 922-928.

Clavero, J. (1991). "La investigación bajo sospecha". *Quadern CAPS*, 15, 55-65.

Pekkala E., Merinder L. "Psicoeducación para la esquizofrenia". *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Oxford: Update Software Ltd; 1998-* [consultada el 12 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.update-software.com/>.

Pharoah F.M., Rathbone J., Mari J.J., Streiner D. "Intervención familiar para la esquizofrenia". *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Oxford: Update Software Ltd; 1998* [consultada el 12 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.update-software.com/>.

Abbass A.A., Hancock J.T., Henderson J., Kisely S. "Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders". *Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Oxford: Update Software Ltd; 1998* [consultada el 12 de junio de 2007]. Disponible en <http://www.update-software.com/publications/cochrane/>.

Crits-Christoph. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 1992; 149:151-8.

Drane J.F. "Ética y psicoterapia. Perspectiva filosófica". En M. Rosenbaum (Ed.), "Ética y valores en Psicoterapia". México: *F.C.E.*, 1985.

Eysenck, H.J. "The effects of psychotherapy: An evaluation". *Journal of Consulting Psychology*, 1952, 16: 319-324.

Eysenck, H.J. "The effects of psychotherapy. En H.J. Eysenck (Ed.), *Handbook of abnormal psychology*." New York: *Basic Books*, 1960.

Fahrig H., Kronmüller K.H., Hartmann M., Rudolf G. "Therapieerfolg analytischer Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Die Heidelberger Studie zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie". *Z Psychosom Med Psychoanal*, 1996; 4:375-95.

Feinstein C., "Neuroethics: The Treatment of Child and Adolescent Depression: A Cautionary Tale". *Conferencia pronunciada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Ginebra*, 2004 (polic).

Fisicella K., Epstein R. "So Much to Do, So Little Time". *Arch Intern Med*, 2008;168: 1843-1852.

Fonagy P., Target M. "The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders". *J Am Acad Child Psychiatry*, 1994; 33:45-55.

Fonagy P. "Una revisión de puertas abiertas de los estudios de resultados en psicoanálisis. Informe preparado por el comité de investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional a pedido de su presidente". London: *IPA*, 2002 (polic).

Fòrum Salut Mental. "Programa de psicoteràpia a les institucions públiques". Barcelona: *Fòrum SCS*, 2001 (polic).

Francey S.M., Jackson H.J., Phillips L.J., Wood S.J., Yung A.R., McGorry P.D. "Sustained attention in young people at high risk of psychosis does not predict transition to psychosis". *Schizophr Res*, 2005 Nov 1; 79(1):127-36.

Frank J.D. "Elementos terapéuticos compartidos por todas las psicologías. En M.J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognición y psicoterapia*" Barcelona: *Paidós*, 1985; pp. 73-102.

Frydenberg E. "Adolescent Coping". London: *Routledge*, 2008.

Gabbard G.O. "Do All Reads Lead to Rome? New Findings on Borderline Personality Disorder". *Am J Psychiatry*, 2007; 164 (6):853-855.

García-Ibáñez J., Lalucat L. (coords), Aguilar J., Albaigés L., Aymerich M., Cabero L., Escario L., Farré L., Flores P., García-Tarafa D., Ibáñez M., Icart A., Isern L., Labad A., Leal J., Linares J.L., Mercade M., Miró M., Moya J., Palao D., Pérez-Simó R., Pi M., Tizón J.L., Toro J. "La Psicoteràpia en la xarxa pública de Salut Mental". Barcelona: *Programa de Salut Mental del Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya*, 2004 (polic. pendiente de publicación).

García-Ibáñez J., Lalucat L. (coords), Aguilar J., Albaigés L., Aymerich M., Cabero L., Escario L., Farré L., Flores P., García-Tarafa D., Ibáñez M., Icart A., Isern L., Labad A., Leal J., Linares J.L., Mercade M., Miró M., Moya J., Palao D., Pérez-Simó R., Pi M., Tizón J.L., Toro J. "La Psicoterapia en la xarxa pública de Salut Mental". Barcelona: *Plá Director de Salut Mental i Adiccions del Servei Català de la Salut. Generalitat de Catalunya*, 2008 (políc. Revisado, pendiente de publicación en 2008).

Gottdiener W., Haslam, N. "The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: a meta-analytic review. *Ethical Hum Sci Serv*, 2002; 4:163-87.

Gottdiener W. "The benefits of psychotherapy for schizophrenic patients: a meta-analytic review of the psychotherapy outcome literature" [tesis doctoral]. *The New School University*, TOWN, 2000.

Gottdiener W.H., Haslam N. "A Critique of Methods and Conclusions in the PORT Report". *J Amer Acad Psychoanalysis & Dynamic Psychiat*, 2003, 31(1): 191-209.

Guimón J. "Eficacia de las terapias en salud mental". Bilbao: *Desclée de Brouwer*, 2004.

Guthrie E., Kapur N., Mackway-Jones K., Chew-Graham C., Moorey J., Mendel E., et al. "A randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning". *BMJ*, 2001; 21:135-8.

Harris G. "Top Psychiatrist Didn't Report Drug Markers' Pay". *New York Times*, ed. electrónica, 3 de octubre del 2008.

Haynes R.B., Sackett D.L., Guyatt G.H., Tugwell P. "Clinical Epidemiology: How to do Clinical practice Research. 3rd edition". Philadelphia: *Lippincott, Williams and Wilkins*, 2005.

Holmes J., Neighbour R., Tarrier N., Hinselwood R.D., Bolsover N. "All you need is cognitive behaviour therapy?" *BMJ*, 2002; 324:288-294. <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/163/9/1646-c>
<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/163/9/1647?etoc>

Johannessen J.O., Martindale B. y Cullberg, J. (eds). "Psicosis en evolución: Diferentes estadios, diferentes tratamientos". Barcelona: *Herder*, 2008.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. "Primer on indicator development and application: Measuring quality in health care". Illinois: *Joint Commission*, 1990.

Jorm A.F., Christensen H, Griffiths KM, Rodgers B. "Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression". *MJA* 2002; 176:S84-S96.

Karon B.P. "The tragedy of Schizophrenia without Psychotherapy". *J Amer Acad Psychoanalysis & Dynamic Psychiat*, 2003, 31(1): 89-119.

Kelly R.E., Cohen L.J., Semple R.J., Bialer Ph., Lau A., Bodenheimer A., Neustadter E., Barenboim A., Galynker I.I. "Relationship between drug company funding and outcomes of clinical psychiatric Research". *Psychological Medicine*, 2006 Nov; 36(11):1647-56.

Khashan A.S., Abel K.M., McNamee R., et al. "Higher Risk of Offspring Schizophrenia Following Antenatal Maternal exposure to Severe Adverse Life Events". *Arch General Psychiatry*, 2008, 65 (2): 146-152.

Lehman A.F. & Steinwachs D.M. "Patterns of usual care for schizophrenics: Initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). Client Survey". *Schizophrenia Bulletin*, 1998; 24: 11-20.

Leichsenring F., Rabung S., Leibing E. "The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis". *Arch Gen Psychiatry*, 2004; 61:1208-16.

Leichsenring F., Rabung S. "Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy". *Jama*, 2008; 300(13): 1551-1565.

Leutzinger-Bohlener, M., Target, M. (Eds). "Outcomes of Psychoanalytic Treatment". London: *Whurr Publishers*, 2002.

Margison F. "Evidence-based Medicine in Psychological Treatment of Schizophrenia". *J Amer Acad Psychoanalysis & Dynamic Psychiat*, 2003; 31(1): 1177-191.

Martindale B., Bateman A., Crowe M., Margison F. (eds.). Psychoses: Psychological approaches and their effectiveness. Londres: *Gaskell*, 2000. (ed. Española, Herder 2009).

Milrod B., Leon A.C., Busch F., Rudden M, Schwalberg M, Clarkin J et al. "A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder". *Am J Psychiatry*, 2007;164 (2):265-72.

Mosher LR. "Non hospital, non-drug intervention with first episode psychoses. A: Reed J, Mosher LR, Bentall RP (eds). Models of Madness". Londres: Routledge, 2004 (ed. Española: *Herder* 2006).

Müller-Hill B. "La psiquiatría en la Era Nazi. En S. Bloch y P. Chodoff (eds.). Psychiatric Ethics" Oxford: *Oxford Medical Pub*, 1991.

Müller-Hill B. "Murderous Science". Oxford: *Oxford Univ. Press*, 1988.

National Institute of Mental Health (USA). "Schizophrenia". Bethesda, Washington: *NIMH*, 2005 y 2007.

Nelson B., Yung A.R. "When things are not as they seem: detecting first-episode psychosis upon referral to ultra high risk ('prodromal') clinics". *Early Intervention in Psychiatry*, 2007; 1: 208-211.

NICE. "Depression: management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 23". London: *NICE*, 2004.

PLOS Medicine Editors. "The Impact Factor Game". *Plos Medicine*, 2006; 3 (6):707-708.

Pool R. "Utah effects strikes again?" *Science*. 1989; 244: 420-428.

Popper K. "La ciencia normal y sus peligros. En I. Lakatos y A. Musgrave (eds.). La crítica y el desarrollo del conocimiento". Barcelona: *Grijalbo*, 1975.

Quintanilla, M.A. "Diccionario de Filosofía contemporánea. Sigúeme". *Salamanca*, 1976.

Read J., Haslam N., Sayce L., Davies E. "Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006; 114:303.

Read J., Mosher L.R., Bentall R.P. (eds). "Modelos de locura". Barcelona: *Herder*, 2006.

Real Academia Española. "Diccionario de la Lengua Española". Madrid: *RAE*, 2000.

Roth A. & Fonagy P. "What works for whom? A critical review of psychotherapy research". New York. London. *Guilford Press*, 1996.

Sackett D.L. "Evidence based medicine: how to practice and teach EBM". Edinburgh: *Churchill Livingstone*, 1997.

Silver A.-L., Larsen T.K. "Frontline: The Schizophrenic Person and the Benefits of the Psychotherapies. Seeking a PORT in the Storm". *J Amer Acad Psychoanalysis & Dynamic Psychiat*, 2003, 31(1): 1-11.

Sloan R.P., Bagiella E., Karis R. et al. "Prayer and Medical Science". *Arch Intern Med*, 2000; 160: 1735 (número monográfico).

Sloan R.P. & Bagiella, E. "Data without a prayer". *Arch Intern. Med*, 6-26-2000; 160 (12):1870-1878.

Sloan P.P., Bagiella E., VandeCreek L., Hover M., Casalone C., Jinpu Hirsch T., Hasan Y., Kreger R., and Poulos, P. "Should physicians prescribe religious activities?" *N. Engl. J Med*, 6-22 2000; 342(25):1913-1916.

Smith JG. & Fisher R. "The effect of remote intercessory prayer on clinical outcomes". *Arch Intern. Med*, 6 26-2000; 160(12):1876-1878.

SNS. Grupos terapéuticos y principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2004. *Inf Ter SNS*, 2005; 29:49-53

Straus S.E., Richardson W.S., Paul Glasziou, Haynes R.B. "Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM". Edinburgh: *Churchill Livingstone*, 2005, Third edition.

Target M., Fonagy P. "The efficacy of psychoanalysis for children with emotional disorders". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1994; 33:361-71.

Tizón J.L. "Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría". Barcelona: *Ariel*, 1978.

Tizón J.L. "Las psicoterapias psicoanalíticas breves y las "terapias de flash": I. La evolución técnica de las Psicoterapias Breves". *Informaciones Psiquiátricas*, 1994; 138,4: 358-368. "Y II. Los "Procesos de Sensibilización a lo Psicológico", Terapias "de Flash" o Psicoterapias ultrabreves". *Informaciones Psiquiátricas*, 1994; 138,4: 369-392.

Tizón J.L. "La investigación empírica sobre las psicoterapias: ¿Otra lente del "Hubble" defectuosa? En J. Vallejo (dir.). Update de Psiquiatría 1997". Barcelona: *Masson*, 1997 (pp. 67-99).

Tizón J.L. "Editorial: La hora de las terapias psicológicas". *Archivos de Neurobiología*, 1999; 62,3: 185-188.

Tizón J.L. "Investigación y docencia en Salud Mental (I): Reflexiones para el clínico antes de la Autoinmolación". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2001; 21 (77):69-96.

Tizón J.L. "Investigación y docencia en Salud Mental (II): ¿Queda algún futuro para la "Asistencia Centrada en el Consultante" y el pensamiento clínico?" *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2001; 21,78: 73-101.

Tizón J.L. "¿A qué se puede llamar atención a la salud mental y atención psiquiátrica "basadas en la evidencia"?" *Archivos de Psiquiatría*, 2002; 65 (1): 5-12.

Tizón J.L. "Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construimos y combinamos?" *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2004; 23(90): 97-131

Tizón J.L. "Los cuidados democráticos de las psicosis como indicador de democracia social". *Atopos: Salud mental, comunidad y cultura*, 2007; 6: 31-48.

Tizón J.L. "Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia". Barcelona: *Paidós*, 2007.

Tizón J.L. "Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis". Barcelona: *Herder Ed*, 2007.

Tizón J.L. "Psicosis en Evolución: Diferenciando tratamientos en función de las necesidades del sujeto, su familia y la comunidad. Prólogo a la traducción española al libro de JO Johannessen, B. Martindale y J. Cullberg. Psicosis en evolución: Diferentes estadios, diferentes tratamientos". Barcelona: *Herder*, 2008.

Tizón J.L. "Atención a los pacientes con psicosis: ¿Dónde están las evidencias? Prólogo al libro de B. Martindale, A. Bateman y M. Margison F (eds.). Psicosis: Los tratamientos psicológicos y su efectividad" Barcelona: *Herder-PPP*, 2009.

Turkington D., Kingdon D., Weiden P.J., "Cognitive behavior therapy for schizophrenia". *Am J Psychiatry*, 2006 Jul; 163(7):1294; author reply 1294-5. *Am J Psychiatry*, 2006 Sep; 163(9):1646-7; author reply 1647.

Turkington D., Sensky T., Scott J., Barnes T.R., Nur U., Siddie R., Hammond K., Samarasekara N., Kingdon D. "A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up". *Schizophr Res*, 2008 Jan;98(1-3):1-7.

Ver Eecke W. "The Role of Psychoanalytic Theory and Practice in Schizophrenia: A Rejoinder to the PORT Report's Condemnation of Psychoanalysis". *J Amer Acad Psychoanalysis & Dynamic Psychia t.*, 2003, 31(1): 11-31.

Winkelmann K., Geiser-Elze A., Hartmann M., Horn H., Schenkenbach C., Victor A.D. et al. "Heidelberger Studie zur analytischen angezeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen". *Zwischenbericht*, 2003; 1-3.

Woods S.W., Ziedonis D.M., Sernyak M.J., Díaz E., Rosenheck R.A. "Characteristics of Participants and Nonparticipants in medication Trials for Treatment of Schizophrenia". *Psychiat. Services*, 2000; 51: 79-85.

Yung A., Phillips L., McGorry P.D. "Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase". London: *Taylor & Francis*, 2004.

Yung A.R., Stanford C., Cosgrave E., Killackey E., Phillips L., Nelson B., McGorry P.D. "Testing the Ultra High Risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young People". *Schizophr Res*, 2006 May; 84(1):57-66.

Yung A.R., Yuen H.P., McGorry P.D., Phillips L.J., Kelly D., Dell'Olio M., Francey S.M., Cosgrave EM, Killackey E., Stanford C., Godfrey K., Buckby J. "Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States". *Aust N Z J Psychiatry*, 2005; 39(11-12):964-71.

