

---

# Reflexiones Sobre la Reflexión de Morales: La TBE y la PPBE No es lo Mismo Ni se Escribe Igual

---

*Guillermo Bernal, Ph.D.*

*Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras*

*Cristina Adames*

*Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras*

## **Resumen**

### **Palabras claves:**

*Tratamientos Basados en Evidencia, Prácticas Psicológicas Basadas en Evidencia, Puerto Rico, Efectividad*

Planteamos la posibilidad de diálogos que den cuenta de cómo los Tratamientos-Basados en Evidencia (TBE) y las Prácticas Psicológicas-Basadas en Evidencia (PPBE) se fundamentan en un sistema de inteligibilidad para dar cuenta de la efectividad de las terapias psicológicas. Establecemos diferencias entre los conceptos y sus posibles méritos. Estos acercamientos son fundamentales para la construcción de una psicología puertorriqueña.

## **Abstract**

### **Keywords:**

*Evidence-Based Treatment, Evidence Based-Practice in Psychology, Puerto Rico, effectiveness*

We engage in a dialogue in which both Evidence-Based Treatments (EBT) and Evidence-Based Practice in Psychology (EBPP) are grounded in a system of intelligibility that supports the claims of the effectiveness of psychological treatments. We establish differences between concepts and their possible merits. These approaches are fundamental for the development of psychotherapy in Puerto Rico,

---

Los comentarios de Morales (2015) están enmarcados dentro del discurso de la complejidad (Byrne, 1998) que paradójicamente lo reduce a un debate dicotómico planteado como epistemologías encontradas. A nuestro entender, según expuesto por Morales (2015), estos planteamientos podrían dar una impresión errónea de que no hay posibilidad de integración entre métodos experimentales y métodos cualitativos. En vez de polos opuestos o epistemologías encontradas proponemos diálogos, trílogos o posicionamientos multilaterales que presten atención a las preocupaciones planteadas por Morales (2015), pero que a su vez permitan dar cuenta de las diferentes aportaciones y méritos

---

que presentan los Tratamientos Basados en Evidencia (TBE) (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995) y las Prácticas Psicológicas-Basadas en Evidencia (PPBE) (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006b) (APA, 2006). Estos acercamientos brindan diferentes formas de avanzar el desarrollo de la ciencia que aporta a una psicología autóctona para Puerto Rico. Dicho de otra manera, nuestro trabajo es uno que pretende aportar a una psicoterapia que pueda dar cuenta de los beneficios concretos para los y las puertorriqueños/as.

Nuestro trabajo sobre el estado de la ciencia de la psicoterapia en Puerto Rico (Bernal, Adames, & Almonte, 2015) tiene como planteamiento principal la importancia de documentar qué tratamientos se han estudiado en Puerto Rico que entran dentro de los estándares de los Tratamientos Basados en Evidencia (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995). Hacemos un llamado para realizar más estudios que ayuden a construir un cuerpo de evidencia necesaria para realizar Prácticas Psicológicas Basadas en Evidencia (PPBE) (APA 2006). Con frecuencia hay confusión en el campo entre los TBE (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006a) y las PPBE (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006a). De hecho algunos críticos como Morales (2015) tienden a considerar como intercambiables los TBE y las PPBE. Estos no son lo mismo ni se escribe igual. Los TBE parten del diagnóstico para escoger el tratamiento. Dicho tratamiento está sustentado principalmente por la evidencia de ensayos clínicos aleatorizados, ensayos clínicos abiertos o una serie de estudios de caso con líneas de base múltiples. Aquí sí se privilegian los métodos experimentales pero también se incluyen estudios de caso. Por otro lado, las PPBE parten de un modelo que pretende integrar la mejor evidencia de investigación disponible, que incluye la de los TBE pero no se limita a ensayos clínicos aleatorios exclusivamente. Las reglas de evidencia son más amplias incluyendo ensayos abiertos, estudios epidemiológicos, etnográficos, estudios de caso, entre otros. Y por consiguiente, la mejor evidencia disponible se une al peritaje clínico y a la consideración de las preferencias, cultura, creencias, y

características particulares de la persona que solicita ayuda. Es el o la profesional en su práctica de la clínica que hace dicha integración. Por lo tanto, el modelo de la PPBE es uno mucho más flexible que el de los TBE (Bernal & Rodríguez, 2012). En este modelo se amplían los criterios sobre qué se considera evidencia, que bajo ningún concepto está limitada por los estudios experimentales. Por lo contrario, se incluye desde lo etnográfico, estudios de caso cualitativos hasta los estudios experimentales. Contrario a lo señalado por Morales (2015), nuestro escrito no se sitúa en ningún polo del debate. Todo lo contrario, intentamos hacer un llamado a la integración y a generar más conocimiento sobre la efectividad de las psicoterapia en Puerto Rico. Tal parece que se confunde la TBE con las PPBE. Estos términos no son intercambiables.

Los TBE pretenden identificar modalidades de tratamientos psicológicos eficaces para determinadas condiciones. Los criterios para que un tratamiento pueda ser considerado como un TBE son: 1) hacer uso de un manual o guías estandarizadas, 2) tratamientos evaluados por medio de estudios de diseños controlados; 3) datos sobre el rendimiento o resultado del tratamiento mediante medidas objetivas, 4) investigaciones llevadas a cabo por grupos de investigación diferentes (Mullen & Streiner, 2004). Estos tratamientos pueden ser clasificados como tratamientos bien establecidos, tratamiento probablemente eficaz, tratamientos con evidencia limitada y tratamientos que carecen de evidencia. Como indicamos en nuestro escrito, los TBE usan criterios más estrictos en lo que respecta a cómo se obtiene la evidencia, ya que conllevan una evaluación de calidad de los estudios y requieren de ensayos clínicos o ensayos abiertos.

Por otro lado, las PPBE presentan criterios más flexibles en tanto y cuanto las reglas de evidencia no están limitadas a ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos abiertos. Las PPBE se definen como la integración de la mejor evidencia disponible unido a el peritaje clínico del o la proveedor/a tomando en consideración el contexto, las características de los clientes o pacientes su cultura y sus preferencias. Los criterios para los PPBE son: 1) la mejor evidencia disponible (ensayos clínicos, estudios de caso, estudios

etnográficos, correlaciones, entre otros); 2) el peritaje clínico; y 3) la consideración de las preferencias, creencias, la visión de mundo, la cultura, y el contexto de la persona en terapia. En Puerto Rico, le añadimos un cuarto criterio que es la consideración de la ética (Bernal & Rodríguez, 2012). Como se desprende del criterio de la “mejor evidencia disponible” las reglas de evidencia son mucho más amplias donde se considera no solo ensayos clínicos aleatorios pero también, estudios de casos, estudios etnográficos, y estudios cualitativos. También las PPBE le dan mucha flexibilidad a la persona del terapeuta en tanto y en cuanto el peritaje clínico de dicha persona es lo que determina cuál es la mejor evidencia a utilizar en el caso para el servicio del cliente.

Cuando Morales plantea sus críticas lo hace dirigiéndose a los TBE sin siquiera mencionar a las PPBE. Su racional es que el carácter relacional de la psicoterapia, la variedad y complejidad de situaciones hace difícil, si no imposible, la aplicación de instrucciones y manuales. Sackett, Rosenberg Gray, Haynes y Richardson (1996) nos dicen que el peritaje clínico es importante, ya que la psicoterapia sin esto se puede convertir en una tiranía. Aun cuando los estudios tengan la mejor validez posible, existe la posibilidad de que en la práctica sea difícil de aplicar o inapropiada para el paciente, pero también señalan que una práctica psicológica carente de evidencia corre el riesgo de estar tan fuera de tiempo, que sea dañina para el paciente (Sackett et al., 1996).

Coincidimos con Morales que hay varias formas de concebir la ciencia y que no es necesario adoptar estrategias de las ciencias naturales para aplicarlas ciegamente a las ciencias sociales. Sin embargo, en el caso de la toma de decisiones sobre qué tratamiento escoger o qué tratamiento recomendar, se requiere algún sistema de inteligibilidad del cual partir. Por ejemplo, en el caso de una persona que en su carácter privado decida acudir a un psicoterapeuta ya bien sea psicoanalista, cognitivista, conductista o incluso a un santero, curandero, espiritista u otros recursos de sanación y lo paga de su bolsillo, aquí no hay gran debate. Cada cual tiene el derecho de acudir al recurso que entienda es el más indicado y a tono con sus necesidades, valores y recursos

personales. Sin embargo, cuando el asunto involucra a un tercero como sería el estado, la situación es muy distinta ya que los estándares de selección cambian. Organizaciones de salud, aseguradoras y el estado junto a sus respectivas agencias se han movido a promover que profesionales de la salud como psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales, y consejeros/as, entre otros, empleen prácticas basadas en evidencia cada vez que sea posible (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006a). Distintas organizaciones profesionales se han movido a trabajar sobre cómo mejor conceptualizar y examinar la base científica de la práctica y el movimiento de la práctica-basada en la evidencia se ha convertido en una pieza clave del sistema de salud y de la política de salud (Nathan, 2004). Es de esperarse que cuando hay un tercero involucrado en lo que respecta a quién y cómo se brinda un servicio de salud mental pagado por el estado se ha de requerir algún tipo de evidencia demostrando que dicho tratamiento es basado en algún sistema de inteligibilidad en el que haya consenso sobre los beneficios del mismo. En el mundo contemporáneo se privilegian tratamientos que puedan dar cuenta clara de los beneficios del mismo sobre otros tratamientos que no cuentan con dicha información. Además, debería de ser la responsabilidad del estado velar o monitorear cómo se utilizan los recursos del pueblo. En un mundo ideal, las decisiones debería tomarse a base de qué tratamientos son los que más beneficiarían a una persona con determinada condición. Y dichas decisiones deberían estar informadas por la mejor evidencia disponible. Muy a pesar de los argumentos de Morales (2015) demonizando el modelo médico, no queda claro qué criterio se utilizaría para determinar que el estado o una aseguradora reembolsen a profesionales que practican psicoterapias que no cuentan con evidencia de su efectividad. En otras palabras, no queda claro porqué, el pueblo de Puerto Rico, tendría que pagar tratamientos que no cuentan con la evidencia que determinados tratamientos son beneficiosos para la población. Esto nos parece un criterio mínimo para velar por la seguridad pública.

Hay diversos métodos en las ciencias sociales para establecer consenso desde el uso de encuestas, grupos focales, investigación

---

basada en la participación comunitaria (CBPR, por sus siglas en inglés) y el método Delphi (e.g., Lineston & Murray, 1974; Gordon, 1994; Pill, 1971). Algunas de estas son estrategias cualitativas que de una forma u otra llegan a un consenso entre expertos en determinado tema. De lo que se trata es de utilizar algún sistema de inteligibilidad para llegar a una recomendación. El método Delphi es uno particularmente útil para llegar a la toma de decisiones o establecer un consenso entre expertos en distintas áreas del conocimiento.

Norcross y colegas (2006) utilizaron el método Delphi para evaluar tratamientos psicológicos con respecto al valor o efectividad con la que cuentan y llegar a un consenso sobre cuáles de estos pueden considerarse como “desacreditados”. Los y las autores convocaron a un panel de 101 expertos que participaron en una encuesta de dos etapas. Las personas en dicho panel informaron familiaridad con 56 tratamientos. Los mismos se presentaron conjuntamente con tratamientos no considerados desacreditados. Se logró consenso en una serie de tratamientos “desacreditados”. De hecho, los primeros diez tratamientos desacreditados son: Terapia de Ángel; Terapia de Orgona; Uso de Pirámides; Sanación de Cristal; Terapia de Vidas Pasadas; Terapia de Renacer; Terapia de Color; y Terapia del Grito Primal. Reseñamos este esfuerzo como una alternativa para determinar qué tratamientos cuentan con el aval de expertos que certifican los beneficios de los mismos.

Los movimientos de los TBE y las PPBP han buscado dar cuenta de qué tratamientos cuentan con evidencia de efectividad y para quién. De esta manera se hace un llamado a proveer y evaluar los servicios psicoterapéuticos que se ofrecen al público y que los mismos estén informados por la mejor evidencia disponible. En nuestra profesión entramos en debates “académicos” sobre las mejores teóricas, conceptos, y divergentes paradigmas y frecuentemente perdemos de vista que las soluciones que reclaman nuestros pacientes. También, nos enfrascamos en debates sobre conceptos y paradigmas a veces olvidando que nuestros pacientes se merecen los tratamientos que claramente cuentan con la mejor

evidencia para atender los malestares y la angustia que agobia a nuestra población. Y en este sentido, las palabras de Ignacio Martín-Baro nos deben de servir de guía e inspiración:

“Que no sean los conceptos los que convoquen a la realidad, sino la realidad la que busque a los conceptos; que no sean las teorías las que definan los problemas de nuestra situación, sino que sean esos problemas los que reclamen y, por así decirlo, elijan su propia teorización. Se trata, en otras palabras, de cambiar nuestro tradicional idealismo metodológico en un realismo crítico. A los psicólogos latinoamericanos nos hace falta un buen baño de realidad, pero de esa misma realidad que agobia y angustia a las mayorías populares” (Martín-Baró, 1998, p. 314).

## Referencias

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006a). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. Retrieved from <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-statement.pdf>
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006b). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Bernal, G., Adames, C., & Almonte, M. (2015). El estado de la psicoterapia en Puerto Rico: ¿Una copa media llena o media vacía? *Ciencias de la Conducta*, 30(1), 69-115.

- Bernal, G., & Rodríguez, N. d. C. (2012). La práctica psicológica basada en la evidencia: Hacia una integración de la investigación, el peritaje profesional, la singularidad del/a cliente, su contexto y con la ética. En A. Martínez-Taboas & N. Quintero (Eds.), *Practica Psicológica Basada en la Evidencia en Puerto Rico* (pp. 8-34 ). Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Byrne, D. S. (1998). *Complexity theory and the social sciences: an introduction*: New York: Psychology Press.
- Gordon, T. J. (1994). The delphi method. *Futures research methodology, 2*. Recuperado de: <http://fpf.ueh.edu.vn/imgnews/04-Delphi.pdf>
- Linstone, H. A., & Turoff, M. (Eds.) (1975). *The Delphi method: Techniques and applications* (Vol. 29). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. Madrid: Trotta.
- Mullen, E. J., & Streiner, D. L. (2006). The evidence for and against evidence-based practice. *Foundations of Evidence-based Social Work Practice, 2*, 21-34.
- Nathan, P. E. (2004). The evidence base for evidence-based mental health treatments: Four continuing controversies. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 4*(3), 243-254.
- Norcross, J. C., Koocher, G. P., & Garofalo, A. (2006). Discredited psychological treatments and tests: A Delphi poll. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(5), 515-525.
- Pill, J. (1971). The Delphi method: substance, context, a critique and an annotated bibliography. *Socio-Economic Planning Sciences, 5*(1), 57-71.
- Nathan, P. E. (2004). The evidence base for evidence-based mental health treatments: Four continuing controversies. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 4*(3), 243-254.



Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Division of Clinical Psychology, Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report on recommendations. *Clinical Psychologist, 48*, 3-23.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ, 312*(7023), 71-72.