

Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica

Evidence Based Practices in Psychology: Benefits and Challenges for Latin America

Alfonso Martínez-Taboas

Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico

Resumen

Este artículo presenta las características medulares de las prácticas psicológicas basadas en la evidencia (PPBE). Enfatiza en que las PPBE son un movimiento internacional, que se ha integrado al abordaje de la salud por gobiernos y una amplia pléthora de organizaciones profesionales. La investigación actualizada apunta al hecho que las PPBE usualmente maximizan resultados positivos en muchas poblaciones. Las PPBE plantean la integración de tres variables al momento de realizar una intervención psicológica: (a) la utilización de la mejor evidencia disponible, que provee la Psicología para la toma de decisiones, (b) considerar las preferencias y características culturales de la población a la cual se dirige la intervención y (c) integrar el peritaje y la experiencia profesional del psicólogo. El artículo evalúa las adaptaciones culturales de diferentes PPBE y presenta evidencia que estas intervenciones producen mejores resultados comparados con intervenciones no adaptados. Revisa asuntos fundamentales como la internacionalización del fenómeno de las PPBE, su aplicabilidad y la efectividad en diferentes escenarios y su adaptabilidad con diferentes etnias y razas. Finalmente, se discuten posibles beneficios y barreras de transportar las PPBE a países latinoamericanos. Se utiliza el ejemplo de Puerto Rico para documentar cómo la Psicología puertorriqueña paulatinamente se ha movido por esta línea.

Palabras clave: prácticas psicológicas basadas en la evidencia, adaptaciones culturales, investigación en psicoterapia, diseminación

Abstract

This article presents the core characteristics of evidence-based psychological practices (EBPP). It emphasizes EBPP as an international movement that is being integrated into public health care by many governments and numerous professional organizations. Current research points to the fact that EBPP tends to maximize positive outcomes in many populations. EBPP integrates three variables: (a) the use of the best current evidence from Psychology for decision-making, (b) the participant's preferences and cultural characteristics, and (c) the expertise and professional judgment of the psychologist. The article evaluates cultural adaptations of different EBPPs and presents evidence that these produce superior outcomes when compared with un-adapted interventions. The article proceeds to review fundamental topics, such as the internationalization of the EBPP phenomenon, its applicability and effectiveness in different scenarios, and its adaptability to different ethnicities and races. Finally, it presents the potential benefits of introducing EBPP to Latin America, and some barriers that may hinder their dissemination. The Puerto Rican example is used to illustrate these advances and challenges.

Keywords: Evidence-based Practice in Psychology, Cultural Adaptations, Psychotherapeutic Research, Dissemination

Alfonso Martínez-Taboas, Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Alfonso Martínez-Taboas, dirección electrónica: AMartinez@albizu.edu



Este artículo pretende lograr una meta primordial: que el lector pueda entender a plenitud lo que son las prácticas psicológicas basadas en la evidencia (PPBE), su trasfondo histórico, los beneficios que trae a la Psicología y las dificultades y retos que esta postura implica para la práctica psicológica. El artículo está diseñado con el formato de preguntas y respuestas, lo cual facilitará la comprensión del material. Se tomará como ejemplo la situación particular de Puerto Rico para ilustrar los avances y los retos que plantean las PPBE.

¿Qué son las prácticas basadas en la evidencia (PBE)?

Las prácticas basadas en la evidencia (PBE) son una práctica constitutiva de diversas profesiones; hay literatura creciente de trabajo social basado en la evidencia; arquitectura basada en la evidencia y medicina basada en la evidencia, por citar algunos ejemplos.

A nivel de definición, las PBE tienen tres pilares conceptuales: (a) el fundamento empírico, (b) la integración de preferencias, valores e idiosincrasias de la población en la intervención y (c) el peritaje y la experiencia del profesional.

El primero consiste en que la práctica en Psicología se basa predominantemente en la mejor evidencia que produce la Psicología. Por “mejor evidencia” se entiende que cada campo ha desarrollado un andamiaje empírico en donde se han puesto a prueba sus supuestos, conjeturas, hipótesis y teorías. Esta producción empírica trae como consecuencia que las profesiones desarrollan estándares de intervención o de cuidado.

En la psicología, sin embargo, antes de 1980 existía una tendencia de basar las intervenciones en anécdotas, en figuras de autoridad, en dogmas burdos y en estudios empíricos defectuosos (Rachman & Wilson, 1980). Todo lo anterior tenía una repercusión desfavorable: muchos profesionales en ciencias de la salud basaron sus intervenciones en supuestos que prácticamente carecieron de fundamento empírico fuerte, lo que trajo a su vez la aplicación de intervenciones inefectivas o hasta dañinas: Algunos ejemplos fehacientes fueron las teorías e intervenciones psicoanalíticas basadas en la madre esquizofrenogénica y la teoría de la madre refrigeradora para explicar el autismo infantil (Fuller Torrey, 1992). Otro ejemplo lo constituyó la intervención a mansalva de terapias de lobotomías a innumerables pacientes psiquiátricos (Valenstein, 1986).

En las PPBE, el psicólogo basa sus intervenciones (a nivel individual, familiar, comunitario) en la mejor evidencia que se desprende de su campo. Esta “mejor evidencia” se visualiza a nivel electrónico en sitios tales como el *National Institute for Health and Clinical Excellence*, las revisiones publicadas en el *The Cochrane Library* u organizaciones prestigiosas que publican guías de práctica (guidelines) basadas en la evidencia. Estas guías se basan eminentemente en metanálisis, estudios controlados u otros tipos de evidencia rigurosa que aportan a contestar preguntas de efectividad. Un esfuerzo sistemático fue la creación del *National Registry of Evidence-Based Programs and Practices* creado por la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (<www.nrepp.samhsa.gov>) en donde se encuentra innumerable información sobre tratamientos basados en la evidencia para trastornos de sustancias y mentales.

Sobre la palabra “evidencia” se puede levantar una inquietud: ¿Cómo se determina lo que es la mejor evidencia? En el año 2007 definí este concepto como “los resultados de todo esfuerzo investigativo cualitativo, cuantitativo o la combinación de ambos, que le provea al profesional de la Psicología una

base documentada, en la cual fundamentar su práctica en un momento determinado” (Grupo Especial de Trabajo, 2007, pp. 16-17). Existe un consenso entre expertos, de que debe haber una jerarquía sobre lo que constituye una evidencia fuerte y razonable. En el tope se encuentran estudios controlados, lo que usualmente se considera el “estándar dorado” en el campo. Además, las revisiones de literatura, producto de metanálisis, juegan un papel importante en emitir recomendaciones basadas en la evidencia. Más debajo en la jerarquía se encuentran estudios de ensayo abierto (open clinical trials), estudios con metodología cualitativa y estudios de casos con diseños experimentales. Las anécdotas clínicas y los estudios de caso no controlados no juegan una parte prominente en este algoritmo, debido a un sinnúmero de amenazas a su validez interna y externa. Sin embargo, los estudios de casos clínicos siguen jugando un papel prominente a la hora de enriquecer el bagaje clínico en Psicología, de generar nuevas ideas clínicas y de ejemplificar con detalles vívidos, cómo trabajan los colegas, en especial con situaciones clínicas retantes y novedosas (Martínez-Taboas & Bernal, 2014).

El segundo pilar en las PBE consiste en que el profesional integre en su intervención preferencias, valores e idiosincrasias de la población que desea impactar. Por lo tanto, en las PBE no se trata solo de obtener cierta evidencia, sino de preguntar: ¿Esta intervención le será de utilidad o será efectiva con este grupo de personas? Imaginémonos el ejemplo de un psicólogo que ha desarrollado un programa efectivo para que las personas sean asertivas, que desarrollen una autoestima robusta y para que sean más centrados en sí mismos. Esta intervención puede, muy bien, ser efectiva en países individualistas, en donde el concepto del yo-interno resalta como vital e importante. Sin embargo, es muy probable que en países colectivistas (como Japón, India, China), una intervención que resalte demasiado el yo-interno sea vista como inapropiada y hasta dañina (Sue & Sue, 2008).

El tercer pilar es el peritaje y la experiencia de la persona que ofrece la intervención. Aquí entra en juego no solo la evidencia a favor de una intervención, sino decisiones individuales de conceptualización de casos y de ver la totalidad contextual de la situación en la cual se interviene. Por ejemplo, hace unos años atendí una mujer en mi consultorio con ataques de pánico frecuentes y severos. Si solo me hubiese dejado llevar por la evidencia, hubiese empleado de inmediato algún programa efectivo de terapia para combatir el pánico. Pero, mi peritaje y experiencia me permitieron auscultar más y descubrí que esta mujer, desde hacía años, estaba presentando amnesias y despersonalizaciones profundas. Esto me llevó a conceptualizar el caso como uno de crisis disociativas, con la eventualidad de entender mucho mejor el cuadro clínico de esta mujer.

Por lo tanto, dentro de las PPBE se integra y se da prioridad a la mejor evidencia producida por la Psicología o el área de peritaje, al tomar en cuenta los valores y las preferencias culturales de los participantes y, finalmente, utilizar el juicio clínico para conceptualizar, cómo mejor aplicar todo este andamiaje informativo. De esta manera, las PPBE no se basan solo en el concepto de evidencia. El movimiento de las PBE es la contraparte de las limitaciones de basar decisiones terapéuticas solo en la evidencia.

Lo anterior precisamente fue el punto débil y controversial de lo que en los años 1990 comenzó a conocerse como psicoterapias con apoyo empírico (PAE) propulsadas por la División 12 de la *American Psychological Association* (APA). Las PAE solo endosaron como deseables aquellas intervenciones que tuvieran a su haber evidencia contundente y rigurosa de su efectividad, principalmente en estudios clínicos controlados. Este movimiento, aunque bien intencionado, incluía dos puntos débiles: (a) Le daba una primacía excesiva a la evidencia, sin tomar en cuenta variables culturales y peritajes clínicos y (b) dejaba fuera un sinnúmero de intervenciones terapéuticas que han obtenido evidencia persuasiva de ser

efectivas, pero que se desconsiderarían si se aplican estándares tan rigurosos.

Más aún, varias divisiones de la APA se han adentrado de manera sistemática en auscultar otras áreas importantes de intervenciones psicológicas, como son las relaciones terapéuticas basadas en la evidencia (Norcross, 2011) y los principios de cambio terapéutico basado en la evidencia (Castonguay & Beutler, 2006).

¿Cuándo surgió el movimiento de las PBE?

Existe un consenso que las PBE comenzaron a tomar forma y fuerza en los años 1980, cuando aparecieron los primeros artículos en revistas de medicina, que argumentaron que muchos pacientes, al buscar ayuda médica, recibieron servicios subóptimos, inefectivos y hasta anticuados (Stout & Hayes, 2005). De aquí surgió el concepto de las “mejores prácticas” (*best practices*), que remite a la idea, de que un paciente atendido por un profesional de la salud debe recibir el mejor servicio y la mejor intervención basada en la información actualizada de su campo, aplicada dentro de una conceptualización de caso y dentro de las preferencias culturales y valorativas de ese paciente.

Esta idea revolucionó completamente el área de la Medicina, Enfermería, Trabajo social, Psiquiatría y, obviamente, la Psicología. En relación con la psicología, Barlow (2008) describe las mejores prácticas de la siguiente forma: “Las prácticas basadas en evidencia (PBE) es una de esas ideas que llega de manera ocasional a los campos del saber e impacta como una tormenta” (p. ix). De acuerdo con Barlow

Desde ese momento las PBE han tenido un impacto arrollador, en especial en las personas responsables de hacer política pública y en los gobiernos, así como en organizaciones profesionales alrededor del mundo. Se ha decidido de manera colectiva que las intervenciones relacionadas al cuidado de la salud, incluyendo el cuidado de la salud conductual, deben estar basadas en evidencia. Llevar a cabo este mandato es la meta de las PBE (p. ix).

En otro escrito reciente, Barlow, Bullis, Comer & Ametaj (2013) amplían esta idea:

En el momento actual, los gobiernos alrededor del mundo y sus sistemas de salud, confrontados con sistemas de salud que son demostrablemente inadecuados y sumamente costosos, han decidido que la calidad del cuidado de salud tiene que mejorar, que tiene que tener una base en la evidencia, y que es en interés público que esto ocurra (p. 3).

Como ejemplos indiscutibles de estas movidas de política pública, Herschell, Reed, Mecca & Kolko (2014) indican que en los EE.UU., varios estados, como California, Pensilvania y Nueva York, crearon centros y recursos para diseminar e implementar las PPBE. Norcross, Hogan & Koocher (2008) documentan en su libro cómo en unos 12 años el nivel de publicaciones sobre las PBE aumentó estratosféricamente. Por ejemplo, en *Medline*, en el año 1994, menos de 200 publicaciones se dirigían a las PBE, mientras para el año 2006, *Medline* publicaba más de 6,000 artículos anuales en PBE. En el área psicológica, al utilizar PsycINFO, en el año 1992, menos de 100 publicaciones se referían a las PPBE, mientras para el año 2006, unas 3,500 publicaciones iban por esta línea. Como bien dicen Norcross, Hogan & Koocher (2008) “verdaderamente, las PBE se han convertido en una fuerza gigantesca internacional” (p. 2).

Barlow apunta, que casi todas las organizaciones profesionales de Psicología y Psiquiatría (con algunas excepciones) han endosado como política oficial, que el ejercicio de la práctica de su profesión debe estar entrelazado con las PBE. Como bien lo expresa Thomason (2010)

Ya queda claro que la tendencia en las organizaciones profesionales es apoyar el desarrollo de tratamientos basados en la evidencia. Prácticas basadas en la evidencia en la psicología clínica y en consejería son necesarias para establecer la credibilidad y efectividad de las intervenciones, y muchas agencias que proveen fondos externos ya han hecho mandatorio el uso de prácticas basadas en la evidencia (p. 30).

Clark (2012) describe que en octubre del año 2007, el Gobierno del Reino Unido anunció una iniciativa que se conoce traducido como mejorando el acceso para las terapias psicológicas para personas con trastornos de ansiedad y depresión. Entre los años 2008 al 2011, cerca de 3,600 psicólogos fueron entrenados para brindar terapias con base en la evidencia a miles de personas. Del 2011 al 2014 se entrenarían unos 2,400 adicionales. Los resultados iniciales indicaron que las PPBE ofrecieron beneficios terapéuticos inusualmente más altos que las terapias previas usuales.

Otro ejemplo contundente muestra la implantación de las PPBE en la Administración de Salud de Veteranos (ASV) de Puerto Rico. Desde el año 2007 hasta hoy, la ASV tomó como política administrativa oficial implementar y diseminar terapias que cuentan con un bagaje significativo de efectividad para ser utilizadas de manera sistemática con pacientes veteranos de guerra. Entre estas terapias se encuentran: la terapia de exposición, la terapia de procesamiento cognitivo, la terapia de aceptación y compromiso, entre otras. Para el año 2012, el 96% de las facilidades de la ASV ofrecía terapias basadas en la evidencia y los datos preliminares indicaron que los veteranos intervenidos con PPBE mejoraron de manera significativa. Más aún, dichas ganancias se relacionaron a menos costos operacionales, pues los pacientes, al sentirse mejor, recurrieron menos a buscar servicios de salud mental (Gillihan, Conklin & Foa, 2014; Ruzek, Karlin & Zeiss, 2012).

Algunas organizaciones internacionales de Psicología ignoraron la idea de las virtudes y la urgencia de mantener las PPBE. La *American Psychological Association* convocó un *Task Force* de eruditos reconocidos, quienes llegaron a la recomendación unánime que las PPBE deben ser parte de la APA. En el 2006, la APA oficializó esta decisión.

¿Cómo trabajan los psicólogos en la actualidad?

Esta pregunta resulta muy relevante, pues las PPBE solo son viables y posibles si los psicólogos mantienen una práctica informada por las investigaciones que se generan en el campo. Sin embargo, estudios demuestran que la gran mayoría de los psicólogos mantiene una práctica clínica que no se basa en la evidencia (Elbogen, Mercado, Scalora & Tomkins, 2002; Lucock, Hall & Noble, 2006; Steward & Chambless, 2007). Al revisar esta área, Baker, McFall & Shoham (2009) encontraron que la mayoría de los psicólogos no creyeron que las investigaciones de psicoterapia jueguen un papel importante en el tratamiento o evaluación de sus clientes:

Esto es, estos psicólogos privilegian sus intuiciones y su solución de problema informal por encima de lo que la literatura de investigación tiene que aportar [...] Por ejemplo, en los últimos 30 a 40 años, las encuestas han encontrado de manera consistente que los clínicos valoran los factores experienciales sobre la investigación al momento de guiar el proceso de actividades y decisiones de evaluación, y sus prácticas de evaluación muchas veces entran en conflicto con la mejor evidencia de investigación disponible [...] De manera similar, la mayoría de los clínicos le dan más peso a sus experiencias personales que a la ciencia al momento de tomar decisiones acerca de alguna intervención (p. 80).

Esta situación se complicó con psicólogos que manifestaron no interesarse en basar su práctica en la mejor evidencia disponible, al considerar que la evidencia científica de su campo fuera irrelevante o poco informativa en las decisiones de su práctica clínica (Palmiter, 2004; Wade & Baker, 1977). Este punto se agudizó con la investigación de Stewart & Chambles (2007), quienes preguntaron a casi 600 psicólogos en práctica privada en qué se basa su toma de decisiones al momento de hacer intervenciones. Los resultados revelaron una tendencia de no basarse en la evidencia, sino en procesos intuitivos. Boisvert & Faust (2006) indican que muchos psicólogos clínicos no conocieron la literatura sobre terapias apoyadas empíricamente. Baker, et al. (2009) refiere al respecto:

En resumen, estamos en una situación en donde muchos o la mayoría de los psicólogos clínicos no aparentan estar receptivos a la ciencia, son incapaces de tomar ventaja de la investigación científica y no están preparados para adaptarse a los cambios en el sistema de cuidado de salud (p. 83).

Aunque las intuiciones y la experiencia clínica ciertamente tienen un papel que jugar en el algoritmo de las decisiones de tratamiento, estos procesos por sí solos son malogrados en ofrecer una base confiable en la práctica clínica. Al revisar esta temática, Garb (1998) documenta que el juicio clínico, sin el resguardo de guías empíricas, llevó a los psicólogos a errores inferenciales al momento de tomar decisiones sobre el diagnóstico, la evaluación e intervenciones adecuadas. Otros estudios encontraron que cerca del 15% de las intervenciones que los psicólogos ofrecían a sus clientes fueron potencialmente dañinas, lo que propició que psicólogos comenzaron a publicar e identificar estilos dañinos de psicoterapia (Barlow, 2010; Lilienfeld, 2007).

Las PPBE adaptadas al contexto puertorriqueño

En Puerto Rico, Bernal y Rodríguez-Soto (2012) realizaron un estudio con 165 profesionales de la salud mental y estudiantes doctorales entre la edad de 20 a 80 años ($X = 43$ años) para conocer sus actitudes y conocimientos de las PPBE. El 51% indicó estar “totalmente de acuerdo” con que las PPBE son útiles, el 56% manifestó estar “totalmente de acuerdo” con que las PPBE mejoran la calidad del servicio a los clientes y el 52% apoyó que las PPBE ayudan a tomar decisiones sobre el servicio profesional ofrecido. Estos datos indican que alrededor del 50% de los psicólogos tuvieron actitudes favorables hacia las PPBE. Sin embargo, los datos indican, también, que el otro 50% de la muestra tuvo renuencia o rechazo a las PPBE. En cambio, al medir conocimientos sobre las PPBE, los datos revelaron un escenario muy distinto: Solo un 10% señaló estar familiarizado con las PPBE, un 11% indicó utilizarlas con regularidad y solo un 13% indicó sentirse con las competencias necesarias para utilizar las PPBE. El cuadro que obtuvieron Bernal y Soto-Rodríguez apunta al hecho de que un número considerable de psicólogos muestra actitudes favorables hacia las PPBE, pero solo un 10% manifestó conocerlas lo suficiente para utilizarlas en su trabajo clínico. Este desfase evidencia que muchos psicólogos no han recibido la capacitación necesaria para conocer cómo aplicar estas terapias e intervenciones en el ambiente de su trabajo diario.

La invitación de las PPBE es precisamente basar el trabajo psicológico al tomar en cuenta no solo la experiencia, sino también la mejor evidencia disponible, las mejores prácticas profesionales y la adaptación de la evidencia al marco cultural del cliente o de la comunidad.

En Puerto Rico comenzaron algunos esfuerzos por esta línea. Un grupo de investigadores publicó activamente sobre el proceso de adaptar intervenciones con base en la evidencia en este contexto cultural con adolescentes deprimidos (Duarté-Vélez, Bernal & Bonilla, 2010; Rosselló & Bernal, 1999; Rosselló, Bernal & Rivera-Medina, 2012), con niños con problemas de conducta (Cabiya et al. 2008),

con niños prescolares con problemas de déficit de atención con hiperactividad (Matos, Bauermeister & Bernal, 2009) y una terapia cognitiva-conductual aplicada a 15 mujeres deprimidas puertorriqueñas de bajos recursos económicos, que mostró resultados efectivos (Reyes, 2005).

Vera et al. (2010) realizaron un estudio en Puerto Rico con intervenciones basadas en la evidencia de tipo colaborativo para mejorar los perfiles de personas deprimidas, comparado con el cuidado usual que recibieron dichos pacientes. Parte de esta intervención colaborativa fue la implantación de la terapia PPBE cognitiva-conductual. Los resultados indicaron que el cuidado colaborativo redujo más los síntomas de depresión y mejoró más el funcionamiento social, que el grupo de cuidado usual.

Para resumir esta sección:

Muchos psicólogos mantienen una práctica clínica desarraigada de las mejores prácticas profesionales y guías generadas de un mejor cuidado. Diversos estudios reflejan que un número cuantioso de colegas manifiesta basar su práctica no en la evidencia sino en anécdotas, tradición y preferencias idiosincráticas. Esto, como señalan los autores citados, pone en riesgo la credibilidad profesional de los psicólogos en un mundo que cada vez se inclina más a pedir y exigir la producción de resultados claros y contundentes. Las PPBE tienen el potencial de crear un escenario intelectual y práctico más responsivo al pedido de la población que busca ayuda.

A continuación, planteo preguntas y respuestas a diversas inquietudes que quizás surjan al lector.

De la eficacia a la efectividad

En los años 1990 surgió un debate que cuestionó si la literatura producida en estudios de investigación de psicoterapia se podía extrapolar o transportar a un escenario típico clínico (Nemeroff, Gipson & Jensen, 2004). Al repasar este tema, los autores manifiestan que las investigaciones de eficacia se refieren a estudios que aleatorizan a los clientes, utilizan manuales estandarizados de terapia, tratan a clientes con perfiles clínicos similares, evitan poblaciones con mucha comorbilidad y, en general, reflejan rigurosidad en los procedimientos de medir el cambio terapéutico. Mientras los estudios de efectividad se caracterizan por acercarse a cómo los clínicos trabajan día tras día en su práctica clínica. Ellos aceptan casi todos los clientes que buscan ayuda, no hay tanto énfasis en la utilización estandarizada de manuales, los clientes pueden tener perfiles comórbidos y, en general, la terapia se acerca más a cómo se utilizaría en un hospital o clínica psiquiátrica.

En los años 1990 existía mucha incertidumbre sobre si los resultados de terapias empíricamente apoyadas se podían generalizar al ambiente de la práctica clínica. Había algunos autores que pensaban que sí y otros que no.

En una revisión de $N = 35$ estudios, Hunsley & Lee (2007) examinaron si los resultados de estudios sobre efectividad coincidieron con los obtenidos en estudios de eficacia bajo los mismos tratamientos. Los estudios de efectividad revisados fueron con trastornos en adultos ($N = 21$) y trastornos en niños y adolescentes ($N = 14$). Las tasas de conclusión de tratamiento documentadas en estos 35 estudios de efectividad fueron paralelas a los que se obtuvieron en los estudios de eficacia. Estos datos iniciales constituyeron un apoyo a la idea de que las terapias desarrolladas en estudios controlados, podían ser transportadas de manera exitosa a escenarios clínicos de tratamientos de efectividad.

Esta transportabilidad tiene que ser diseñada y trabajada tomando en cuenta la cultura organizacional y los recursos humanos y económicos con que cuenta dicha organización o clínica.

Mi práctica clínica tiene un fuerte componente de PPBE. Luego de un análisis conceptual de la situación clínica del cliente (o consultante), yo discuto abiertamente con mi cliente (o consultante) las opciones terapéuticas disponibles basadas en las mejores prácticas al momento. Mi estilo en particular permite al cliente escoger la modalidad o la técnica de tratamiento por practicar. Por ejemplo, en un caso reciente de un cliente con un trastorno obsesivo-compulsivo, le planteé que teníamos dos opciones: la de una terapia de exposición o una terapia basada en la mentalización. El cliente prefirió la última y se lograron cambios significativos.

Las terapias basadas sobre las PPBE no se utilizan como un “libro de cocina” en donde se sigue paso por paso un protocolo, sino en una adaptación de dichos modelos terapéuticos de acuerdo con las necesidades idiosincráticas del cliente, el peritaje y las preferencias. El lector interesado puede consultar cómo puse en práctica estrategias de PPBE en un caso de un señor “poseído por varios espíritus” que lo hacían hablar lenguas extrañas (Martínez-Taboas, 1999) y en otro caso de una señora con convulsiones psicógenas cuya fenomenología estaba anclada en sus creencias espiritistas (Martínez-Taboas, 2005).

¿Y los aspectos culturales?

La literatura señala que gran parte de lo que se publica sobre resultados de psicoterapias está basado en poblaciones estadounidenses y europeas. Los ingleses, los estadounidenses, los canadienses, los australianos, los holandeses (para mencionar unos ejemplos) producen una abundante literatura al respecto. Sin embargo, ese no es el caso con otras etnias y culturas. Por lo tanto, no hay mucha evidencia sobre investigación de psicoterapia en poblaciones asiáticas y latinas.

Bernal & Scharró-del-Río (2001) realizaron un cuestionamiento de importar terapias empíricamente apoyadas a poblaciones étnicas no anglosajonas. Los autores notaron que los criterios establecidos para determinar las terapias efectivas dejaron fuera a un número substancial de investigación de efectividad de psicoterapia. Por lo tanto, concluyeron que se desconoce sobre la validez ecológica y la validez externa de dichos tratamientos aplicados a una población latina. Los autores proponen utilizar métodos alternos de generar conocimiento, como la investigación orientada en el descubrimiento (*Discovery Oriented Research*), que permite una mirada más exploratoria, fenomenológica y contextualizada del conocimiento al tomar en consideración estudios de efectividad y estudios de procesos terapéuticos. Además, proponen que este método de descubrimiento sea comparado con el método científico tradicional hipotético-deductivo para lograr un mayor pluralismo metodológico, que permite otorgarle credibilidad y peso a aquellos estudios que quizás no tengan el rigor de los de eficacia, pero que aporten un conocimiento válido y científico. Una mirada a estos estudios de efectividad indica que ciertas terapias de familia sistémica, interpersonal y cognitivas-conductuales son efectivas en poblaciones latinas (Griner & Smith, 2006; Zane, Hall, Sue, Young & Nuñez, 2004).

Bernal, Jiménez-Chaffey & Domenech (2009) defendieron la idea de lo que llaman “procedimientos de adaptación cultural”. Por este término o procedimiento abogaron por la modificación rigurosa de terapias que tienen base en la evidencia, al incluir variables como la cultura, el contexto y el lenguaje y que ello daría paso a la generación de una psicoterapia eficaz, pero contextualizada al entorno de significados culturales del cliente. Los autores puntualizan en unos adelantos significativos en dicha área al señalar que, aunque antes del año 1995, este tipo de intervención no se elaboraba, en la última década relució un número creciente de intervenciones con adultos y niños encaminados a adaptar o acomodar psicoterapias tradicionales con variables de corte cultural.

En años recientes se publicaron tres revisiones de literatura sobre los resultados de adaptar intervenciones efectivas y basadas en la evidencia con variables culturales:

Griner & Smith (2006) realizaron una revisión metanalítica de 76 estudios y encontraron un tamaño del efecto de $d = .46$ (efecto moderado) al comparar grupos controles con una psicoterapia basada en la evidencia y adaptada culturalmente. Este resultado apunta a que las intervenciones culturalmente adaptadas y basadas en la evidencia resultaron más eficaces que aquellas que no lo son. En el caso específico de los latinos, el tamaño del efecto fue de $d = .56$. De interés resultó el hecho de que los tamaños de los efectos obtenidos en estudios rigurosos de tipo experimental o cuasi-experimental, obtuvieron un tamaño del efecto de $d = .40$, lo que resulta casi idéntico al obtenido de manera general.

En otra revisión, Huey & Polo (2008, 2010) realizaron un metanálisis con poblaciones étnicas diversas en niños o adolescentes. Estos autores encontraron un tamaño del efecto de $d = .44$ (moderado) y eso implica que el 67% de los participantes que obtuvieron terapias basadas en la evidencia estaban mejor al terminar el tratamiento que los participantes que obtuvieron intervenciones no-basadas en la evidencia. Los autores apuntaron que hubo 13 tratamientos que cumplieron los criterios rigurosos de “probablemente efectivos” y 17 de “posiblemente efectivos”. Además, encontraron tratamientos eficaces para jóvenes de minorías étnicas que tenían problemas de hiperactividad, problemas de agresividad, depresión, ansiedad, de sustancias y trastornos comórbidos. Los autores anotaron que las intervenciones basadas en terapias cognitiva-conductuales “mostraron el record más robusto de éxito con minorías juveniles” (p. 452).

Más recientemente, Smith, Domenech-Rodríguez & Bernal (2011) realizaron un tercer metanálisis con 65 estudios que evaluaron la efectividad de las terapias con PBE y adaptadas culturalmente. En los 65 estudios colaboraron 8,620 participantes: 39% asiático-americanos, 32% latinos, 20% afroamericanos, 4% americanos nativos y 5% otras etnias. Los resultados compaginaron con los dos metanálisis anteriores, al encontrar un tamaño del efecto de $d = .46$, que significa que los pacientes que recibieron PBE adaptados culturalmente, mejoraron significativamente más que personas que no recibieron terapias culturalmente adaptadas.

Chavira et al. (2014) compararon la aplicación de una terapia basada en la evidencia en 85 latinos (77 recibieron las intervenciones en inglés) con trastornos de ansiedad con 251 personas blancas no-latinas. Los resultados no indicaron diferencias estadísticamente significativas en la efectividad de la intervención, tanto para los latinos como para las personas blancas no-latinas. Los autores concluyen que muchas intervenciones clínicas efectivas con poblaciones anglosajonas, al ser aplicadas a poblaciones de otras etnias, muestran una efectividad comparable y robusta.

¿Qué podemos concluir de todo esto? Dado a que las variables culturales influyen activamente en la construcción del mundo social e interno de las personas, lo más sensato a nivel conceptual es adaptar las psicoterapias basadas en la evidencia con variables que las contextualicen (Zane, Hall, Sue, Young & Núñez, 2004). Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahluwalia & Butler (2000) defendieron la idea de que una intervención culturalmente sensible incluya “las experiencias, normas, valores, patrones conductuales y creencias de la población impactada, como también las fuerzas históricas, ambientales y sociales son incorporadas en el diseño, aplicación y evaluación de [...] dichos programas” (p. 272).

En Puerto Rico, como documenté anteriormente, se publicaron los resultados de algunas de estas adaptaciones. Todos estos estudios indicaron el dato de que las PPBE adaptadas culturalmente producen resultados beneficiosos y que se comparan a los obtenidos en países anglosajones. El lector, que muestre

interés en este tema, puede beneficiarse del libro editado por Bernal & Domenech-Rodríguez (2012) que examina con rigor esta literatura y presenta ejemplos específicos de cómo adaptar culturalmente terapias exitosas con pacientes latinos, asiáticos y afroamericanos.

¿Cómo puedo comenzar a enterarme y utilizar las PPBE?

Existen muchas rutas posibles para que los psicólogos se enteren de las PPBE y las apliquen en su quehacer práctico. A continuación se mencionan algunas ideas:

Algunas organizaciones e instituciones con portales electrónicos proveen información específica sobre intervenciones, terapias o prácticas que han resultado exitosas y efectivas, p.ej., el *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, <<http://www.cochrane.org>>), que contiene revisiones de literatura sobre diversas condiciones clínicas y las terapias que han obtenido los mejores resultados.

El *National Institute for Health and Clinical Excellence* (Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica, <<http://www.nice.org.uk>>), ubicado en el Reino Unido, ofrece acceso a guías revisadas de intervenciones basadas en la evidencia. De manera análoga, el *National Guideline Clearinghouse* (Base de Datos de Guías Nacionales, <www.guideline.gov>) posee más de 160 guías específicas sobre tratamientos mostrados efectivos, publicados por organizaciones profesionales en los EE.UU. Otra fuente importante es el *National Registry of Evidence Based Programs and Practices* (Registro Nacional de Programas y Prácticas Basadas en la Evidencia, <www.nrepp.samhsa.gov>), la cual compendia guías de mejores prácticas en prevención de abuso de sustancias y salud mental.

Otra manera en que los psicólogos pueden aprender e incorporar las PPBE es a través de la lectura de manuales de terapia. Los manuales de terapia son libros cortos (usualmente unas 150 páginas) que explican con detalle cómo administrar, aplicar y practicar diversas técnicas terapéuticas, que previamente han demostrado ser efectivas en ensayos clínicos controlados. Usualmente, estos manuales guían al lector, sesión por sesión, sobre la aplicación de diversas técnicas y los resultados por esperar.

Las editoriales *Oxford University Press* y *Guilford Press* incluyen en sus catálogos de libros secciones de terapias manualizadas. Aclaro que leer un manual no genera que el lector de manera milagrosa se convierta en un perito en determinado modelo terapéutico, pero ayuda a familiarizarse con diversas técnicas y puede constituir una buena base para capacitarse más en esos modelos o técnicas de interés.

Asimismo, muchas revistas de Psicología clínica ya tienen una política editorial en relación con los artículos sobre evaluación e intervención, pues idealmente deben cumplir criterios mínimos de estar insertos dentro de las PPBE. El resultado fue una explosión de publicaciones (libros y revistas), donde el tema de las PPBE es un asunto prominente.

He encontrado de mucha utilidad dos libros recientes: El primero es el editado por McHugh & Barlow (2012) titulado *Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Interventions* y el otro es el editado por Sturmey & Hersen (2012) titulado *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology*, que llega casi a las 1,500 páginas de texto.

Retos en Latinoamérica

En el año 2007 fui elegido como Presidente de la Asociación de Psicología de Puerto Rico. Para ese año había literalmente miles de publicaciones de PPBE y cientos de talleres y conferencias a nivel

internacional. Sin embargo, el tema era necesario discutirlo de manera amplia y crítica, pues en Puerto Rico, muy pocos profesionales estaban conscientes de este tema. Por lo tanto, decidí tomar como eje de mi presidencia el tema de las PPBE. Muchos mostraron una curiosidad saludable; algunos se mostraron contentos con el tema y otros se mostraron molestos y con cierta antipatía al tema.

En primer lugar aclaré, una y otra vez, que las PPBE no son una imposición de la APA. Las PPBE constituyen un movimiento científico internacional. Otro malentendido común correspondió a que quienes endosan las PPBE fueran científicistas extremos que idolatran la evidencia. Al respecto, enfatiqué en que las PPBE contextualizan la evidencia dentro de variables sociales, culturales y personales. Asimismo, recalqué que toda evidencia debe ser entendida y adaptada al peritaje clínico.

Mi experiencia en este tema, que se remonta a una década, consiste en que Latinoamérica tiene unos retos difíciles, pero no insuperables, con la adopción de las PPBE. En primer lugar está el asunto del lenguaje. Casi toda la literatura que se publica sobre las PPBE no está disponible en español. De hecho, se nos ha hecho muy difícil conseguir libros y literatura especializada de PPBE en español. Una excepción notable es el libro editado por Labrador & López (2012) con el título *Psicología clínica basada en la evidencia*. Ambos autores están ubicados en España. Otro libro es el editado por Martínez-Taboas & Quintero (2012) titulado *Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: una perspectiva hispana* y un artículo útil en español es el de Daset & Cracco (2013).

En segundo lugar, la incorporación de las PBE requiere modificaciones a veces radicales en cómo se lleva a cabo la práctica psicológica. En síntesis, ahora resulta necesario incorporar la mejor evidencia de nuestra área de trabajo. Además, vimos que muchos colegas con los años se apartaron totalmente de enterarse, capacitarse y leer los adelantos científicos en su campo.

En tercer lugar, las PBE requieren un proceso riguroso y sistemático de disseminación y, luego, de transportación de dichas prácticas al ambiente de trabajo (hospitales, clínicas, comunidades). Para ello, es necesario invertir dinero y esfuerzo para cambiar políticas públicas relacionadas al manejo de la salud mental. Muchos países latinoamericanos carecen de dinero cuantioso para realizar estos cambios.

En cuarto lugar, las PPBE requieren documentar de manera rigurosa el resultado de la intervención. A esto se le conoce en inglés como *accountability*. Existen programas de tratamiento y prevención de salud mental que reciben, a veces, cuantiosas cantidades de dinero para ofrecer intervenciones que no se miden ni se cuantifican. Este aspecto ha comenzado a cambiar, pues varias agencias importantes internacionales están exigiendo la documentación de la efectividad de las intervenciones para continuar recibiendo el dinero.

Otro reto, pero no el último, se refiere a aspectos teóricos e ideológicos. Por ejemplo, en Argentina imperan modelos psicoanalíticos (con algunas importantes excepciones). Esto puede ser un impedimento para algunos, pues en el psicoanálisis, y muy en particular el laciano, no hay una tradición ni una trayectoria de documentar sus postulados teóricos o terapéuticos con evidencia empírica persuasiva. En vez de hacerlo, se recurre a la anécdota, al cuento, a la narrativa de un caso no controlado y, a veces, se citan figuras, como Freud, Klein y Lacan, para ponerle punto final a asuntos contenciosos. Estos colegas, a menudo, no aprecian las PPBE, pues su manera de trabajar a nivel conceptual y teórico no necesita nutrirse de estudios rigurosos y sistemáticos basados en la evidencia. Por lo tanto, es predecible que algunos psicólogos muestren apatía y hasta cierta hostilidad hacia las PPBE.

En Puerto Rico, la disseminación de las PPBE ha comenzado y se ha ramificado. En primer lugar, porque algunos de los programas doctorales para estudiar Psicología clínica en Puerto Rico están acre-

ditados por la APA. Ello implica que las supervisiones clínicas, los prontuarios de clase y los internados han tenido que moverse hacia las PPBE. En segundo lugar, muchos programas de prevención en Puerto Rico reciben fondos externos que provienen de los EE.UU. Esto ha obligado a que dichos programas se mueven hacia incorporar terapias e intervenciones basados en la evidencia. En tercer lugar, a Puerto Rico llega un flujo considerable de libros y revistas sobre PPBE publicados en inglés, los cuales son leídos y asimilados por muchos colegas puertorriqueños. En cuarto lugar, en Puerto Rico, desde el año 2011, se creó la Junta de Prevención Basada en la Evidencia, la cual recoge un conjunto de profesionales a nivel multisectorial, que educa al gobierno y otras agencias en la necesidad imperiosa de moverse hacia las PBE.

Conclusiones

Este artículo ofrece una sinopsis breve de algunas razones por las cuales los psicólogos deberían insertarse en las PPBE. Comprendemos que siempre hay resistencia a lo nuevo, máxime cuando las PPBE implican que muchos colegas no solo tienen que aprender otros enfoques terapéuticos, sino también reconceptualizar su práctica clínica o su enseñanza.

Sin embargo, nosotros, los profesionales de la Psicología, nos debemos a la salud y al bienestar de nuestros clientes (consultantes) al ofrecerles enfoques, estrategias y soluciones efectivas a su problemática, ya sea desde alivio de síntomas, la producción de cambios más profundos en la estructura de la personalidad, una mejor calidad de vida o en su entorno social y comunitario.

Las PPBE priorizan esta búsqueda de ofrecimientos efectivos. Quiero aclarar que las PPBE no se basan solamente en utilizar técnicas que han resultado efectivas -es solo una parte de este quehacer- sino también, no menos importante, en insertar dentro del proceso terapéutico estilos efectivos de alianza terapéutica, que sean adecuados a la problemática del cliente, construcciones culturalmente informadas de los síntomas reportados y, desde luego, el bagaje y estilo único terapéutico de cada psicólogo. Esa conjunción es la médula espinal de una buena práctica basada en la evidencia.

Fuera quedan, entonces, estilos terapéuticos basados en el dogma, desinformados acerca de la mejor evidencia producida en el campo, los que solo privilegian el uso de técnicas sin conceptualizar el caso particular y las prácticas basadas únicamente en intuiciones y anécdotas.

Hay muchos retos y barreras por delante. Al tomar el ejemplo de Puerto Rico, los problemas de la salud mental se siguen agudizando y vemos poco en el panorama, en términos de servicios efectivos, que atempere este deterioro rampante. En términos de las PPBE, un próximo paso sería transportar paulatinamente estas estrategias a nuestro contexto a gran escala: en clínicas de salud mental y a nivel de hospitales psiquiátricos. Sin embargo, para transportar estas intervenciones, se necesitan directrices claras y sistemáticas de cómo comenzar a trabajar de manera diferente.

En Puerto Rico, estos cambios están comenzando, pero aún no han madurado. Sí, escuchamos de comités, de reuniones y conferencias aisladas, pero no notamos algún esfuerzo organizado, sistemático y riguroso de cómo transportar las PPBE en múltiples escenarios de salud. Probablemente, la única excepción a esta regla es la práctica psicológica en el Hospital de Veteranos, pues todos los psicólogos que laboran en este escenario reciben constantemente adiestramientos rigurosos en PPBE.

En los contextos universitarios, el escenario parece ser más factible. Sería altamente deseable que los docentes de los diferentes programas de Psicología integren conceptos, teorías, conceptualizaciones y

discusiones de casos utilizando modelos de PPBE. Asimismo, las supervisiones clínicas deberían incluir al menos un caso en donde el estudiante comience a familiarizarse con las PPBE.

Las PPBE no son una moda pasajera, las cuales típicamente dejan pocas o ningunas huellas en nuestro devenir terapéutico. Las PPBE ponen de relieve que aquella época donde nuestra disciplina podía darse el lujo de no justificar o documentar sus intervenciones, de no investigar las hipótesis de trabajo y de tener una práctica basada en preferencias y prejuicios idiosincráticos, va a ir cayendo en desuso y quizás en descrédito. Las PPBE, con el tiempo, van a deslindar lo que será “una práctica profesional responsable”, de una que podrá ser cuestionada a nivel forense, clínico y social.

Referencias

- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2009). Current status and future prospects of clinical psychology. *Psychological Science in the Public Interest*, 9(2), 67-103. doi: 10.1111/j.1539-6053.2009.01036.x Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943397/>
- Barlow, D. H. (2008). Preface. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step by Step Treatment Manual* (4th Ed.; pp. ix-xi). New York, US: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2010, Jan). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65(1), 13-20. doi: 10.1037/a0015643
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013, Mar). Evidence based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1-27. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629
- Bernal, G. & Domenech-Rodríguez, M. (Eds.) (2012). *Cultural adaptations: Tools for evidence-based practice with diverse populations*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I. & Rodríguez, M. M. D. (2009, Ago). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology*, 40(4), 361-368. doi: 10.1037/a0016401
- Bernal, G. & Scharró-del-Río, M. R. (2001, Nov). Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities? Toward an alternative approach for treatment research. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7(4), 328-342. doi: 10.1037/1099-9809.7.4.328
- Bernal, G. & Rodríguez-Soto, N. (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 la ética. En A. Martínez-Taboas & N. Quintero (ed.), *Prácticas psicológicas basadas en la evidencia* (pp. 8-34). Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Boisvert, C. M. & Faust, D. (2006, Dic). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research for science-practice relations. *Professional Psychology*, 37(6), 708-716. doi: 10.1037/0735-7028.37.6.708
- Cabiya, J. J., Padilla-Coto, L., González-Cruz, K., Sánchez-Cestero, J., Martínez-Taboas, A. & Sayers, S. (2008, Aug). Effectiveness of a cognitive-behavioral intervention for Puerto Rican children. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(2), 195-202. Retrieved form http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902008000200002&script=sci_arttext&tlng=en
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (Eds.) (2006). *Principles of Therapeutic Change that Work*. New York, USA: Oxford University Press.
- Chavira, D. A., Golinelli, D., Sherbourne, C., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., ..., & Craske, M. (2014, Jun). Treatment engagement and response to CBT among Latinos with anxiety disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 392-403. doi: 10.1037/a0036365

- Clark, D. M. (2012). The English improving access to psychological therapies (IAPT program: History and progress). In R. K. McHugh & D. H. Barlow (Eds.), *Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Interventions* (pp. 61-77). New York, US: Oxford University Press.
- Daset, L. & Cracco, C. (nov, 2013). Psicología basada en la evidencia: Algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 209-220. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212013000200009&script=sci_arttext
- Duarte-Vélez, Y., Bernal, G. & Bonilla, K. (2010, Aug). Culturally adapted cognitive-behavior therapy: Integrating sexual, spiritual, and family identities in an evidence-based treatment of a depressed Latino adolescent. *Journal of Clinical Psychology-In Session*, 66(8), 895-606. doi: 10.1002/jclp.20710
- Elbogen, E. B., Mercado, C. C., Scalora, M. J. & Tomkins, A. J. (2002). Perceived relevance of factors for violence risk assessment: A survey of clinicians. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(1), 37-47. doi: 10.1080/14999013.2002.10471159
- Fuller Torrey, E. (1992). *Freudian Fraud*. New York, US: Harper.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the Clinician: Judgment Research and Psychological Assessment*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Gillihan, S. J., Conklin, P., & Foa, E. B. (2014). Dissemination and implementation of evidence-based treatments. In P. Emmelkamp & T. Ehring (Eds.), *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders* (Vol. II, pp. 1228-1241). New York, US: Wiley Blackwell.
- Griner, D. & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 43(4), 531-548. doi: 10.1037/0033-3204.43.4.531
- Grupo Especial de Trabajo (2007). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia. *Boletín de la Asociación de Psicología de Puerto Rico*, 29, 16-17.
- Herschell, A. D., Reed, A. J., Mecca, L. P., & Kolko, D. J. (2014, Jun). Community-based clinician's preferences for training in evidence-based practices: A mixed method study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 188-199. doi: 10.1037/a0036488
- Huey, A. J. & Polo, A. J. (2008, Apr). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical & Adolescent Psychology*, 37(1), 262-301. doi: 10.1080/15374410701820174
- Huey, A. J. & Polo, A. J. (2010). Assessing the effects of evidence-based psychotherapies with ethnic minority youths. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 451-465). Nueva York, US: The Guilford Press.
- Hunsley, J., & Lee, C. M. (2007, Febr). Research-informed benchmarks for psychological treatments: Efficacy studies, effectiveness studies and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 21-33. doi: 10.1037/0735-7028.38.1.21
- Labrador, F. J. & López, M. C. (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid, España: Pirámide.
- Lilienfeld, S. O. (2007, Mar). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x
- Lucock, M. P., Hall, P. & Noble, R. (2006, Mar-Apr). A survey of influences on the practice of psychotherapists and clinical psychologists in the UK. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(2), 123-130. doi: 10.1002/cpp.483
- Martínez-Taboas, A. (1999). Case study in cultural psychiatry: A case of spirit possession and glossolalia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23(3), 333-348. doi: 10.1023/A:1005504222101
- Martínez-Taboas, A. (2005). Psychogenic seizures in an Espiritismo context: The role of culturally sensitive psychotherapy. *Psychotherapy*, 42(1), 6-13. doi: 10.1037/0033-3204.42.1.6

- Martínez-Taboas, A. & Bernal, G. (ed.) (2014). *Estudio de casos clínicos: contribuciones a la psicología en Puerto Rico*. Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Martínez-Taboas, A. & Quintero, N. (ed.) (2012). *Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: Una perspectiva hispana*. Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Matos, M., Bauermeister, J., & Bernal, G. (2009, Jun). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process*, 48(2), 232-252. PMID: 19579907
- McHugh, R. K. & Barlow, D. H. (Ed.) (2012). *Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Interventions*. New York, US: Oxford University Press.
- Nemeroff, R., Gipson, P., & Jensen, P. (2004). From efficacy to effectiveness: What we have learned over the last 10 years. In T. H. Ollendick & J. S. March (Ed.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 476-505). New York, US: Oxford University Press.
- Norcross, J. (Ed.) (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd Ed.). New York, US: Oxford University Press.
- Norcross, J., Hogan, T. P., & Koocher, G. P. (2008). *Clinician's Guide to Evidence-Based Practices*. New York, US: Oxford University Press.
- Palmiter, D. J. (2004, Apr). A survey of the assessment practices of child and adolescent clinicians. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(2), 122-128. doi:10.1037/0002-9432.74.2.122
- Rachman, S. & Wilson, G. T. (1980). *The Effects of Psychological Therapy*. New York, US: Pergamon.
- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S. & Butler, J. (2000, May). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 271-290. DOI: 10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO;2-I
- Reyes, M.-L. (2005). Acercamiento cognitivo conductual a la psicoterapia. En G. Bernal & A. Martínez-Taboas (ed.), *Teoría y práctica de la psicoterapia en Puerto Rico* (pp. 66-76). Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Rosselló, J. & Bernal, G. (oct, 1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 734-745. doi: 10.1037/0022-006X.67.5.734
- Rosselló, J., Bernal, G. & Rivera-Medina, C. (2012, Aug). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Journal of Latino/a Psychology*, 1(S), 36-51. doi: 10.1037/2168-1678.1.S.36 (originally in *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 2008, Vol. 14, No. 3, 234-245).
- Ruzek, J. I., Karlin, B. E., & Zeiss, A. (2012). Implementation of evidence-based psychological treatments in the Veterans Health Administration. In R. K. McHugh & D. H. Barlow (Eds.), *Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Interventions* (pp. 78-96). New York, US: Oxford University Press.
- Smith, T. B., Domenech, M., & Bernal, G. (2011). Culture. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that Work* (2nd Ed., pp. 316-335). New York, US: Oxford University Press.
- Stewart, R. E. & Chambless, D. L. (2007, Mar). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 611-631. DOI: 10.1002/jclp.20347
- Stout, C. E. & Hayes, R. A. (2005). *The Evidence-Based Practice: Methods, Models, and Tools for Mental Health Professionals*. Nueva York, US: Wiley.
- Sturmey, P. & Hersen, M. (ed.) (2012). *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology*. New York, US: Wiley.

- Sue, D. W. & Sue, D. (2008). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and practice*. New York, US: Wiley.
- Thomason, T. (2010). The trend toward evidence-based practice and the future of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 64(1), 29-38.
- Valenstein, E. (1986). *Great and Desperate Cures: The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness*. New York, US: Basic Books.
- Vera, M., Pérez-Pedrogo, C., Huertas, S. E., Reyes-Rabanillo, M. L., Juarbe, D., Huertas, A., ..., & Chaplin, W. (2010, Feb). Collaborative care for depressed patients with chronic medical conditions: A randomized trial in Puerto Rico. *Psychiatric Services*, 61(2), 144-150. doi: 10.1176/appi.ps.61.2.144
- Wade, W. A. & Baker, T. B. (1977, Oct). Opinions and use of psychological tests: A survey of clinical psychologists. *American Psychologist*, 32(10), 874-882. doi: 10.1037/0003-066X.32.10.874
- Zane, N., Hall, G. C. N., Sue, S., Young, K., & Núñez, J. (2004). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 767-804). New York, US: Wiley.

Recibido 26 de junio de 2014
Revisión recibida 30 de agosto de 2014
Aceptado 30 de setiembre de 2014

Reseña del autor

Alfonso Martínez-Taboas obtuvo su bachillerato (magna cum laude) y su máster en Psicología y su doctorado en Psicología clínica (Ph.D., high distinction) de la Universidad de Puerto Rico, Río Piedras. Es desde 1987 miembro de la Asociación de Psicología de Puerto Rico. Desde el año 1995 labora como profesor en la Universidad Carlos Albizu, San Juan Campus, Puerto Rico y desde 2010 como profesor adjunto de la Universidad Interamericana, Metro Campus, Guaynabo, Puerto Rico. Es miembro asociado a la American Psychological Association, la American Society for Psychological Research, la Puerto Rican Psychological Association, la Interamerican Psychological Society, la Association for the Advancement of Behavior Therapy, la International Society for the Study of Trauma and Dissociation, la International Society for Traumatic Stress Studies y la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration.

Primera publicación en línea (*pre-print*): 24 de diciembre de 2014