



FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE CHILE

La racionalidad ética de la práctica basada en la evidencia en psicología

Memoria para optar al título de psicólogo

Autor

José María Pizarro Chacón

Profesor Patrocinante

Claudio Zamorano Díaz

Santiago de Chile, Julio 2019

Resumen

La presente investigación constituye una consideración crítica de la práctica basada en la evidencia en psicología y, más en concreto, de los tratamientos con apoyo empírico. A través de la revisión y el análisis de antecedentes históricos relevantes, se identifica la aparición de una difusión de los tratamientos con apoyo empírico que, en algunas partes del mundo, tiende a excluir y prohibir alternativas psicoterapéuticas que no son parte de su modelo. Frente a esto, se releva la necesidad de realizar un análisis del marco normativo ético del modelo de la práctica basada en la evidencia en psicología que incluye a los tratamientos con apoyo empírico. De este modo, nuestra investigación se propone determinar los supuestos y nociones éticas fundamentales que constituyen ese marco normativo, para abrir en investigaciones futuras el desarrollo de una crítica sistemática del modelo en cuestión. Para ello, se llevó a cabo un análisis conceptual y hermenéutico de la práctica basada en la evidencia, que permite establecer hipótesis sobre su marco normativo ético. A partir de este análisis, establecemos que dicho marco normativo se constituye por el principio de utilidad en el contexto de una serie de limitaciones deontológicas, presentando además concepciones restringidas respecto de la naturaleza de la psicoterapia, su estructura teleológica y del bien que interesa producir como efecto de la práctica psicoterapéutica. Finalmente, se señala la posibilidad y necesidad de investigaciones futuras.

Palabras clave: Evidencia, psicoterapia, ética, tratamientos, empírico.

Índice

I	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
II	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
III	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	8
IV	MARCO TEÓRICO	10
V	MARCO METODOLÓGICO	25
VI	ANÁLISIS Y RESULTADOS	27
VII	CONCLUSIONES.....	57
VIII	DISCUSIÓN	63
IX	BIBLIOGRAFÍA.....	73

I.- Problema de Investigación

A partir del inicio de la institucionalización de la psicología como una disciplina científica, caracterizado por la inauguración del primer laboratorio de psicología experimental de Wundt en 1879, puede rastrearse a lo largo del siglo XX un interés de la disciplina por la científicidad y la eficacia de las intervenciones prácticas que se producen bajo su alero. En ese contexto, se llegó a constituir el campo disciplinar de la psicología clínica y, con ello, se han desarrollado diversos enfoques y prácticas psicoterapéuticas. Mucho puede decirse e investigarse en torno de la historia de la disciplina en estos respectos. Diversas disputas de orden teórico y preguntas empíricas sobre la efectividad de las distintas prácticas psicoterapéuticas han llegado a plantearse en esta historia. No obstante, no constituye el foco de esta investigación el llevar adelante un trabajo historiográfico exhaustivo que dé cuenta de todo aquello. Dirijamos la mirada, por el contrario, hacia las recientes décadas que comprenden en su extensión a nuestra situación actual.

¿Qué ha ocurrido recientemente con los enfoques clínicos que buscan atribuirse un carácter científico y eficaz? En este respecto, ¿se han desarrollado actualmente disputas y tensiones que tengan consecuencias problemáticas en un orden práctico, político y legislativo? Algunos hechos históricos recientes tienden a responder afirmativamente a esta última pregunta. Actualmente es posible observar manifestaciones específicas de ciertas orientaciones clínicas con pretensiones de científicidad y eficacia en distintas partes del globo. En este caso, y más en concreto, este tipo de orientaciones clínicas han tomado la forma de lo que se ha dado en llamar la Práctica Basada en la Evidencia en Psicología, los Tratamientos con Apoyo Empírico y la Terapia Cognitivo-conductual¹. Diremos que este tipo de orientaciones tiende a centrarse en el desarrollo de intervenciones estandarizadas que demuestren eficacia y un carácter científico, sobre la base de su evaluación por un diseño experimental, y que tienden a abordar trastornos mentales, tal y como los clasifica el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (en adelante, DSM). Esta caracterización adquirirá un arraigo en la literatura científica especializada en la medida en que se consiguen y desarrollen en mayor medida los conceptos propios de este enfoque en nuestro marco teórico. Ahora bien, observemos sintéticamente las consecuencias prácticas

¹ En sus formulaciones originales en inglés: *Evidence-based practice in psychology* (EBPP), *empirically supported treatments* (EST) y *cognitive-behavioral therapy*, respectivamente.

que ha tenido, a través de variadas partes del mundo, el establecimiento y la difusión de la práctica basada en la evidencia en psicología y los tratamientos con apoyo empírico, nombrados de ese modo, junto con las implicancias que en particular ha tenido el establecimiento y la difusión de las terapias cognitivo-conductuales.

Por una parte, los tratamientos con apoyo empírico tienen un lugar prioritario en ciertos lineamientos para la elección de tratamiento y algunos de sus defensores buscan constituirlos como los tipos de terapia que los programas de formación han de priorizar (Campbell, 2002; Bohart, 2005). Más aún, los defensores de los tratamientos con apoyo empírico han levantado la pretensión de que éstos han de ser los únicos tratamientos que debiesen desarrollarse, excluyendo y prohibiendo las intervenciones clínicas que no cumplan con sus estándares (Bohart, 2005). Por otra parte, cabe señalar que la terapia cognitivo-conductual ha buscado, y ganado en algunos casos, mayor presencia en el desarrollo de políticas públicas e investigaciones con fondos estatales (Campbell, 2002; Holmes, 2002). La terapia cognitivo-conductual se ha llegado a constituir en el tratamiento preferente en diversas políticas estatales y en lineamientos para la elección del tratamiento, en desmedro de otras psicoterapias e intervenciones clínicas en psicología (Holmes, 2002). Asimismo, en algunos casos la terapia cognitivo-conductual y los tratamientos con apoyo empírico han buscado ser el único tipo de tratamiento que sea válido de realizar por ley y en términos éticos (Aflalo, 2015; Bohart, 2005). Así, se ha intentado establecer la prohibición legal de realizar otro tipo de práctica psicoterapéutica que no cumpla con los estándares de cientificidad establecidos por los adherentes a la terapia cognitivo-conductual, o por los criterios de clasificación de los tratamientos con apoyo empírico (Aflalo, 2015; Bohart, 2005). En ese contexto, el psicoanálisis y otras prácticas psicoterapéuticas han visto amenazada su existencia, su autonomía institucional, y su ejercicio libre y autónomo (Aflalo, 2015). Este conjunto de afirmaciones será apropiadamente fundamentado a través de una revisión y un análisis histórico de mayor extensión que será desarrollado en nuestro marco teórico. En esa sección, se desarrollarán en mayor medida las consideraciones que dan cuenta de los hechos históricos que fundamentan estas ideas. Por lo tanto, presentaremos una fundamentación prospectiva de estas afirmaciones. Ello fundamentalmente porque en esta sección, en virtud de la extensión espacial y la brevedad, interesa establecer las premisas centrales que constituyen nuestro problema de investigación, mientras que la fundamentación adecuada

de estas premisas requiere el desarrollo de una serie de antecedentes y consideraciones en una extensión espacial mucho mayor.

En consecuencia, puede considerarse que la difusión de la orientación mencionada, representada por los tratamientos con apoyo empírico y la terapia cognitivo-conductual, implica en ocasiones un interés prohibicionista y comporta un carácter excluyente. Esta orientación establece un tipo de producción científica, un tipo de metodología y un tipo de práctica psicoterapéutica como los únicos propiamente científicos, útiles y deseables. Correlativamente, aquellas producciones científicas, metodologías y tipos de prácticas psicoterapéuticas que no cumplen con las condiciones que satisfacen los tipos anteriores son devaluados, no se les atribuye carácter científico, no son fomentados en su desarrollo e incluso se les ha buscado prohibir por ley. Se tienden a establecer lineamientos para la práctica clínica que promueven los tratamientos con apoyo empírico y que desacreditan, devalúan y hasta prohíben toda intervención clínica que no presente las condiciones necesarias y suficientes para ser parte de la categoría de los tratamientos con apoyo empírico. Diremos, entonces, que algunos de los defensores de los tratamientos con apoyo empírico tienden a establecer un imperativo según el cual toda intervención clínica que no cumpla con los criterios para ser calificada como tratamiento con apoyo empírico debe dejar de practicarse. Bajo sus criterios, se establece que los tratamientos que tienen apoyo empírico deben usarse y que los tratamientos que no tienen apoyo empírico no deben usarse (Westen y Bradley, 2005).

Más en particular, a través de un ejercicio hermenéutico, es posible establecer la hipótesis de que hay algunos defensores de los tratamientos con apoyo empírico (o bien, los defensores de tratamientos pretendidamente eficaces y científicos, como los defensores de las terapias cognitivo-conductuales) que comportan y manifiestan un juicio normativo, según el cual *toda intervención clínica en psicología que se aplica debe haber sido evaluada como eficaz a través de la metodología de ensayos controlados aleatorizados*. Es posible establecer la hipótesis de que suponen este juicio en la medida en que se tienen en cuenta las acciones y tendencias que serán señaladas a través de la revisión histórica y política de la difusión de la práctica basada en la evidencia en psicología, dentro de las que incluso es posible encontrar la manifestación explícita de este tipo de juicio normativo. Más aún, es posible seguir desarrollando esta hipótesis y establecer que los defensores de los tratamientos con apoyo empírico comportan y manifiestan un *juicio de obligación moral*, con

el contenido anteriormente señalado. Esta es la **hipótesis fundamental de trabajo n°1** que estableceremos en el ejercicio interpretativo que estamos llevando a cabo.

Diremos que se establece precisamente un *juicio de obligación moral* en la medida en que el juicio que hemos hipotetizado presenta las características esenciales de un juicio de esa naturaleza. Esto quedará más claro cuando, en nuestro marco teórico, revisemos la conceptualización de estos juicios. Sin embargo, en defensa de nuestra hipótesis hemos de señalar que, por un lado, se prescribe una acción como obligatoria y se prescriben otras como prohibidas. Por otro lado, este juicio se realiza desde un punto de vista ético, pues sus defensores les atribuyen a las acciones que buscan prohibir un carácter *no ético* (usualmente sinónimo de moralmente incorrecto) o el de una forma de mala praxis (un tipo de acción moralmente incorrecta), buscando situarlas en el ámbito de lo legalmente prohibido.

Ahora bien, la exigencia por la eficacia y los juicios normativos respecto de la práctica psicoterapéutica no son ideas que flotan en el aire, ajenas a todo contexto de carácter conceptual e histórico. Los juicios de esta naturaleza refieren inevitablemente a un conjunto de premisas y supuestos en los que se fundamentan y en virtud de los cuales tienen sentido. De este modo, es posible plantear la hipótesis de que existe un conjunto de asunciones y, más aún, un marco normativo, que subyace a la tendencia a la imposición de los tratamientos con apoyo empírico como únicas intervenciones clínicas eficaces, científicas, útiles y, en definitiva, deseables. Esta constituye la **hipótesis de trabajo fundamental n°2** de este ejercicio hermenéutico: *existe un marco normativo de carácter ético, o bien, una moralidad, que fundamenta y le da sentido al juicio de obligación moral expresado en la hipótesis n°1.*

Veamos a continuación una serie de razones por las cuales la difusión de este movimiento, sus consecuencias y sus consideraciones normativas han de resultar problemáticas. En primer lugar, es posible llegar a pensar que lo revisado y, por lo tanto, la difusión en cuestión, supone una amenaza para el desarrollo del pensamiento autónomo, junto con el desarrollo de la producción científica y de la práctica clínica en condiciones democráticas y de libertad. Ello en la medida en que el desalentar y el prohibir investigaciones y prácticas psicoterapéuticas que no sean estudios relativos a ensayos controlados aleatorizados ni tratamientos con apoyo empírico, implica la pérdida *a priori* de

posibilidades en la producción de conocimiento y en el trabajo práctico, que pueden resultar valorables desde un punto de vista epistémico, político y ético. En segundo lugar, puede pensarse que esto supone también una amenaza para las libertades civiles. Esto en tanto que se limitan las posibilidades de elección que tienen los ciudadanos a la hora de decidirse por un abordaje psicoterapéutico. En algunos casos, la posibilidad misma de elegir el tratamiento de forma libre y autónoma se ve amenazada. Además, se limitan las posibilidades de elección que tienen los terapeutas a la hora de decidir ejercer una intervención clínica que puede resultar valorable desde un punto de vista clínico, político y ético.

En virtud de lo anterior, si se quiere defender el ejercicio psicoterapéutico y la producción investigativa en el ámbito clínico bajo condiciones democráticas y de libertad, así como las libertades civiles en virtud de las cuales la ciudadanía puede elegir los abordajes psicoterapéuticos de su preferencia sin limitaciones de acceso, se torna perentorio evitar la instalación de un modelo hegemónico que implique lo anteriormente señalado. Por ello, se vuelve necesario el desarrollo de una revisión crítica de la práctica basada en la evidencia en psicología para debatir su difusión que tiene consecuencias excluyentes y prohibicionistas. A su vez, esta revisión crítica y la elaboración de una respuesta frente a los argumentos que justifican dicha difusión, torna necesaria la tematización del marco normativo ético que hipotetizamos como subyacente al modelo de la práctica basada en la evidencia. Al tematizar este marco normativo ético, junto con el juicio de obligación moral que relevamos, podremos determinar y clarificar las afirmaciones, supuestos y argumentos que la orientación por la eficacia pone en juego para su desarrollo. Esta clarificación constituye una condición necesaria para la realización de una crítica, la presentación de argumentos pertinentes y, en definitiva, el desarrollo de un debate fecundo dentro del ámbito ético, frente a las problemáticas que sitúa la difusión y la instalación de un modelo hegemónico que la aparición de la práctica basada en la evidencia en psicología ha traído consigo.

II.- Pregunta de investigación

Por lo tanto, el presente trabajo se propone la siguiente pregunta de investigación:

- (a)** ¿En qué supuestos de carácter normativo y moral (o bien, ético) se sustenta el juicio según el cual toda intervención clínica en psicología que se aplica debe haber sido evaluada como eficaz a través de la metodología de ensayos controlados aleatorizados?

III.- Objetivos de investigación

1. Objetivo general de investigación.

Coherentemente con ello, el presente trabajo se propone el siguiente objetivo de investigación general:

- (a)** Determinar los supuestos de carácter normativo y moral (o bien, ético) en los que se sustenta el juicio normativo según el cual toda intervención clínica en psicología que se aplica debe haber sido evaluada como eficaz a través de la metodología de ensayos controlados aleatorizados.

2. Objetivos específicos de investigación.

El logro del objetivo general de investigación requiere la consecución de los siguientes objetivos específicos:

- (a)** Determinar los distintos ámbitos teóricos propios de la ética como disciplina filosófica y sus principales tradiciones asociadas.
- (b)** Especificar los tipos de elementos conceptuales que se pueden encontrar en el marco normativo ético de la práctica basada en la evidencia en psicología.
- (c)** Determinar los supuestos de carácter normativo y moral (o bien, ético) que el marco normativo de la práctica basada en la evidencia en psicología comporta en torno de los ámbitos teóricos de la ética.

- (d)** Relacionar las consideraciones, supuestos, juicios y nociones que el modelo de la práctica basada en la evidencia en psicología comporta respecto de cada uno de los distintos ámbitos teóricos de la ética.

Destaquemos, como corolario, que la descripción de la pregunta y de los objetivos de investigación deja entrever el hecho de que la determinación de los supuestos que constituyen el marco normativo ético en cuestión se hará a través de un proceso particular. Este proceso incluirá la investigación y elucidación de las principales teorías y tradiciones de la ética como disciplina filosófica, junto con sus distinciones y categorías fundamentales. Asumimos, por una parte, que las consideraciones éticas que comporte la orientación de la psicoterapia basada en la evidencia podrán adscribirse, o por lo menos asemejarse, a supuestos y posicionamientos propios de alguna de las teorías y tradiciones éticas históricamente constituidas. Por otra parte, consideramos necesario disponer de una serie de distinciones y categorías conceptuales en torno del ámbito ético, además del material de análisis propio de la práctica basada en la evidencia en psicología, para el desarrollo de hipótesis y la determinación de los supuestos de nuestro interés. De otro modo, sin los conceptos y consideraciones pertinentes sobre la base de los cuales trabajar, la consecución de nuestro objetivo de investigación se torna lejana y hasta imposible. Nuestro ejercicio analítico e interpretativo requiere de distinciones y categorías previas.

Finalmente, relévese que el presente trabajo investigativo se propone como una revisión crítica y sistemática de la orientación que constituye la práctica basada en la evidencia en psicología. Más en particular, es una revisión de la tendencia concreta hacia la difusión de los tratamientos con apoyo empírico y la prohibición de las intervenciones clínicas que no se adecúan a sus estándares. Al mismo tiempo, este trabajo se concibe como una contra-respuesta a las críticas desarrolladas por los defensores de los tratamientos con apoyo empírico, así como de los llamados tratamientos eficaces y científicos. De este modo, esta investigación se constituye en una defensa de la existencia, el desarrollo y la aplicación de las intervenciones clínicas que no cumplan en su totalidad con las condiciones necesarias y suficientes para ser clasificadas como tratamientos con apoyo empírico, pero que han demostrado valor en virtud de diversas fuentes de evidencia en sentido amplio y en función de razones de distinta naturaleza.

IV.- Marco Teórico

Para la consecución de nuestros objetivos de investigación, es necesario situar una serie de conceptos y distinciones básicas propias del modelo de la práctica basada en la evidencia en psicología. Ésta última constituye una orientación general que, a su vez, comprende a los tratamientos con apoyo empírico y a la terapia cognitivo-conductual. Esto último quedará más claro en la medida en que los conceptos mencionados sean desarrollados con mayor extensión. Sobre la base de este conjunto de conceptualizaciones se llevará a cabo el posterior análisis y el resto del trabajo investigativo. Más aún, en esta sección desarrollaremos una consideración histórica, política y legislativa de la práctica basada en la evidencia en psicología y sus representantes, para contextualizar de un modo apropiado nuestro trabajo analítico y darle arraigo a las afirmaciones centrales que constituyen nuestra formulación del problema de investigación.

En un nivel global, existen lo que se han dado en llamar Ciencias de la Salud Basadas en la Evidencia² (Holmes, Murray, Perron y Rail, 2006). Desde la perspectiva de estas ciencias así consideradas, la práctica clínica debe estar basada en la investigación científica (Holmes et al., 2006). De este modo, estas ciencias presentan la premisa de que las acciones que realiza un profesional de la salud deben estar basadas en evidencia que establece que esa acción obtendrá el resultado deseado (Holmes et al., 2006). Además, destáquese que aquí la medicina institucional ocupa un lugar central y de liderazgo (Holmes et al., 2006). Particularmente, al interior de la medicina se llegó a constituir hace más de 20 años la llamada Medicina Basada en la Evidencia³, que busca mejores resultados en los pacientes, al informar la práctica clínica con la investigación científica relevante (Sox y Woolf, 1993; Woolf y Atkins, 2001). Más aún, la medicina basada en la evidencia ha llegado a ser definida como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones respecto del cuidado de pacientes individuales⁴ (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes y Richardson, 1996).

Es dentro de este contexto y movimiento general que se llegó a constituir la práctica basada en la evidencia en psicología. Más en específico, ésta última se presenta como

² En su formulación original en inglés, tienden a denominarse *Evidence-based Health Sciences*.

³ En inglés y originalmente, *Evidence-based Medicine*.

⁴ La definición original es la siguiente: "*the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients*" (Sackett et al., 1996, p.71-72).

consistente con el trabajo desarrollado por la medicina basada en la evidencia (American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice [APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice], 2006). Con ello, adquiere una manifestación institucional concreta el interés en psicología por generar prácticas clínicas de carácter científico y que presenten mayores niveles de eficacia. En este contexto, diversas instituciones oficiales de la psicología y la psiquiatría han publicado, en sus sitios webs, listas de tratamientos eficaces para diversos trastornos específicos (Ferro y Vives, 2004). Entre ellas, cabe mencionar a la *American Psychological Association* (en adelante, APA), la *American Psychiatric Association*, y el Colegio Oficial de Psicólogos de España (Ferro y Vives, 2004). Del mismo modo, publicaciones en revistas especializadas (como el número 3 del volumen 13 de la revista *Psicothema* del año 2001) y diversos libros se han dedicado a exponer guías completas de tratamientos eficaces en psicología (Ferro y Vives, 2004).

Más en particular, desde un punto de vista institucional, la APA, a través de la *APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, publicó en 2006 un reporte dentro del que define y explicita en qué consiste la práctica basada en la evidencia en psicología. El reporte la define como la integración de la mejor investigación disponible con la experticia clínica, en el contexto de las características del paciente, su cultura y sus preferencias⁵ (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Asimismo, y de un modo más general, es posible encontrar en la literatura relativa al tópico la idea de que la práctica basada en la evidencia en psicología refiere a un proceso de toma de decisiones clínicas que integra la evidencia de la investigación, la experticia clínica y las características, las preferencias y la cultura del paciente (Spring, 2007). Ello junto con la idea de que la práctica basada en la evidencia en psicología es una aproximación transdisciplinaria e ideográfica que promueve el aprendizaje continuo (Spring, 2007).

Por lo tanto, en un sentido lato y desde el punto de vista de los planteamientos formales de la institucionalidad de la disciplina, diremos que la práctica basada en la evidencia en psicología es una manera general de tomar decisiones clínicas en el desarrollo

⁵ En su idioma original, el reporte establece la siguiente definición: “*Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences*” (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p.273).

de un proceso psicoterapéutico y, consecuentemente, una orientación general respecto del desarrollo de intervenciones clínicas en psicología que comporta características particulares. Por un lado, esta orientación general considera los distintos tipos de evidencia científica disponibles sobre las intervenciones clínicas, para informar la práctica clínica (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Por otro lado, en cuanto a la experticia clínica, considera que ésta debe estar constituida por diversas competencias y habilidades, dentro de las que cabe destacar las siguientes: juicio clínico y de evaluación, formulación de casos sistemática, planeación del tratamiento, toma de decisiones clínicas, implementación del tratamiento, monitoreo del progreso, experticia interpersonal, continua auto-reflexión y adquisición de habilidades, apropiada evaluación y uso de la evidencia, comprensión de la influencia de las diferencias individuales y culturales en el tratamiento, y búsqueda de recursos disponibles complementarios y de ayuda para el tratamiento (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Por último, esta orientación entiende que los elementos anteriores deben integrarse en el contexto de las características individuales de los pacientes, su cultura y sus preferencias (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Ahora bien, como ya se sugirió en un principio, esta tendencia general ha tenido manifestaciones concretas y operacionalizaciones particulares (Westen y Bradley, 2005). Destaquemos el hecho de que, dentro del contexto de esta orientación general que constituye la práctica basada en la evidencia en psicología, se han desarrollado listas de lo que se dio en llamar Tratamientos con Apoyo Empírico. En este respecto, se reconoce que los tratamientos con apoyo empírico son un componente importante de la práctica basada en la evidencia en psicología, pero que ésta última no puede ser reducida a ellos (Spring, 2007; APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Westen y Bradley, 2005). Estos son tratamientos cuyo apoyo empírico se considera bien establecido, tras ser testeados a través de ensayos controlados aleatorizados⁶, que utilizaron una población específica y un manual de tratamiento (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Más aún, y a pesar de las declaraciones explícitas que en la literatura se han hecho en torno a las definiciones, en la práctica y en determinados planteamientos se descubre que hay ocasiones en que la práctica basada en la evidencia en psicología y los tratamientos con apoyo empírico son considerados como conceptos homologables, donde

⁶ En inglés, como suelen encontrarse en la literatura científica, *randomized controlled trials*.

la primera se reduce a los segundos. Dicho de otra manera, la noción de una intervención basada en la evidencia en psicología se ha vuelto equivalente de un procedimiento clínico que ha sido evaluado como eficaz a través de la metodología de los ensayos controlados aleatorizados (Fishman, 2000).

En virtud de lo anterior, determinemos las características de la metodología de los ensayos controlados aleatorizados y conjuntamente las características de los tratamientos con apoyo empírico. Por un lado, la metodología de los ensayos controlados aleatorizados permite controlar los diversos posibles factores causales dentro de un estudio, de tal manera que los cambios observados en una o más variables de interés puedan ser atribuidos solamente a determinadas causas (Campbell, 2002). Dicho de otra manera, con esta metodología se desarrolla un control de variables que nos permite hacer inferencias causales con mayores grados de validez. Por lo tanto, los ensayos controlados aleatorizados se enfocan en el aseguramiento de la *validez interna* de un estudio, es decir, en la habilidad para argumentar que la variable independiente (causativa) es la responsable más probable de los cambios en la variable dependiente (reactiva) (Campbell, 2002; Seligman, 1995). Además, en esta metodología los pacientes evaluados son diagnosticados con una categoría psicopatológica en función de los criterios establecidos por el DSM. Después, estos pacientes son asignados aleatoriamente a las llamadas condiciones de tratamiento y de control sin que ellos lo sepan, para eliminar los efectos de la expectativa en los resultados observados en el estudio (Campbell, 2002). Luego, evaluadores que no conocen la condición a la que fue asignado cada paciente analizan los resultados obtenidos por el estudio, sobre la base de la evaluación de los síntomas (Campbell, 2002).

En una caracterización sistemática, Seligman (1995) establece que en los estudios de eficacia y, por lo tanto, en un ensayo controlado aleatorizado:

(1) Los pacientes son asignados aleatoriamente a las condiciones de control y de tratamiento.

(2) Los controles son rigurosos: no sólo se incluyen pacientes que no reciben tratamiento, sino que también se incluyen placebos que contienen ingredientes potencialmente terapéuticos y creíbles para el paciente y el terapeuta.

(3) Los tratamientos son manualizados, con una descripción explícita y detallada de la terapia. La fidelidad al manual se evalúa usando grabaciones audiovisuales de las sesiones.

(4) Los pacientes reciben un número fijo de sesiones.

(5) Los resultados esperados son adecuadamente operacionalizados (por ejemplo, trastorno del DSM-IV diagnosticado por un clínico o auto-reportes de ataques de pánico).

(6) Quienes evalúan y diagnostican son ciegos respecto del grupo del que proviene el paciente.

(7) Los pacientes cumplen con los criterios para un solo trastorno diagnosticado y los pacientes con múltiples trastornos son típicamente excluidos.

(8) Los pacientes son seguidos por un periodo fijo después de la finalización del tratamiento con una batería de evaluación rigurosa.

Pascual, Frías y Monterde (2004) dan cuenta de las mismas características, siguiendo a Seligman (1995), en su revisión de los tratamientos con apoyo empírico y la práctica clínica basada en la evidencia. En este punto, resulta relevante señalar la distinción entre eficacia, efectividad y eficiencia. La eficacia de un tratamiento dice relación con la capacidad del mismo de obtener resultados favorables en un contexto de investigación, particularmente en el contexto de los ensayos controlados aleatorizados tal y como fueron descritos (Echeburúa, de Corral y Salaberría, 2010). La efectividad de un tratamiento consiste en la capacidad del mismo de obtener resultados favorables en la práctica clínica habitual (Echeburúa et al., 2010). Por último, la eficiencia guarda relación con la obtención de los objetivos terapéuticos al menor costo posible, pensado en dinero, tiempo del terapeuta y sufrimiento del paciente (Echeburúa et al., 2010).

Finalmente, señalemos que, en este caso y para efectos prácticos, haremos una homologación conceptual entre la terapia cognitivo-conductual y la práctica basada en la evidencia en psicología (y más en particular, los tratamientos con apoyo empírico), en la medida en que la mayor parte de los listados de tratamientos con apoyo empírico, que se han producido al alero de la práctica basada en la evidencia en psicología, está constituida por terapias cognitivo-conductuales. Más aún, es posible observar que gran parte de quienes defienden el establecimiento y la difusión de la práctica basada en la evidencia en

psicología, en desmedro de otros tipos de terapias que no caen bajo ese modelo, adhieren a un enfoque conductual bajo cualquiera de sus formas, que suelen llamarse *olas*. El conductismo a secas suele considerarse la *primera ola del conductismo*, el enfoque cognitivo-conductual suele considerarse la *segunda ola del conductismo*, y las terapias recientemente desarrolladas que incorporan elementos de diversas disciplinas bajo un marco conductual suelen considerarse la *tercera ola del conductismo*. Referencias que serán posteriormente mencionadas sustentan la homologación conceptual descrita.

Ahora bien, habiendo explicitado los conceptos y distinciones básicas que supone el modelo de la práctica basada en la evidencia en psicología en distintos niveles, abordemos esta orientación desde un punto de vista histórico y político. A continuación, haremos una revisión de una serie de hechos que son el resultado de la introducción y el desarrollo de la práctica basada en la evidencia en psicología, y su espíritu cientificista, en distintas partes del mundo y a través de las recientes décadas. El desarrollo de estos antecedentes y consideraciones funcionará como fundamentación de las premisas centrales que fueron situadas en la formulación del problema en este trabajo de investigación. Estas premisas dicen relación con la aparición de una difusión (que tiene consecuencias excluyentes y prohibicionistas) del modelo de la psicoterapia basada en la evidencia, usualmente homologado a los tratamientos con apoyo empírico. Esta fundamentación fue apropiadamente referenciada en la formulación misma del problema y es en este punto donde se desarrollará con mayor extensión.

En primer lugar, consideremos en un nivel general a las ciencias de la salud basadas en la evidencia y a la medicina basada en la evidencia. En relación a ellas, hay autores que afirman que las primeras han aceptado los ensayos controlados aleatorizados como el estándar dorado del conocimiento basado en la evidencia (Holmes et al., 2006). Además, para estos autores, las ciencias de la salud basadas en la evidencia se han involucrado en un extraño proceso de eliminación de algunos modos de conocimiento, donde los conocimientos que no están basados en un diseño de investigación específico (en este caso, principalmente el diseño propio de los ensayos controlados aleatorizados) llegan a ser cuestionados y eventualmente descartados (Holmes et al., 2006). Pareciera que hay una serie de conocimientos que estas ciencias de la salud no promueven, a saber, los conocimientos (en tanto que maneras de entender el mundo) que son descalificados como no conceptuales, insuficientemente elaborados, ingenuos, jerárquicamente inferiores, y

como conocimientos que están debajo del nivel requerido de erudición y científicidad (Holmes et al., 2006). A su vez, en el ámbito propio de la psicología coherente con lo anterior, es posible encontrar defensores de la práctica basada en la evidencia para los cuales la metodología de los ensayos controlados aleatorizados provee el nivel más alto de evidencia sobre la eficacia de un tratamiento particular (Campbell, 2002). Más aún, puede llegar a considerarse que hay quienes suponen la existencia de una jerarquía de evidencia, donde ya no sólo los ensayos controlados aleatorizados por sí solos constituyen el estándar dorado de la investigación, sino que la revisión de un número variado de éstos constituye ese estándar dorado, en tanto que otras formas de evidencia y de metodologías de investigación se sitúan en niveles inferiores de esta jerarquía (Ramchandani, Joughin y Zwi, 2001).

Por otro lado, consideremos la lista de tratamientos empíricamente validados⁷ (que posteriormente fueron nombrados como tratamientos con apoyo empírico) publicada por la APA en 1998, que consistía en 71 tratamientos con eficacia bien establecida o probable. En esta lista, el 86% de los tratamientos eran conductuales o cognitivo-conductuales (Campbell, 2002). En este contexto, hay quienes comenzarían a argumentar que esta lista prueba que estos tratamientos son los únicos que han sido científicamente probados (Campbell, 2002). Asimismo, lo anteriormente descrito pareció haberse estado traduciendo en el aumento del dominio de la terapia cognitivo-conductual en distintos ámbitos, a saber, las investigaciones hechas con fondos estatales, los lineamientos de tratamientos recomendados y las instituciones de entrenamiento en psicoterapia, dentro del mundo anglosajón (Holmes, 2002). Más en particular, en el Reino Unido, una serie de publicaciones hechas por el *National Health System* y por el *Department of Health*, hacen una serie de recomendaciones que establecen la terapia cognitivo-conductual como el tratamiento de elección (Holmes, 2002). El marco del servicio nacional y los lineamientos del *Department of Health* establecen la terapia cognitivo-conductual como tratamiento de primera línea (es decir, como el tratamiento que ha de preferirse y, por tanto, realizarse primero) para trastornos como la depresión, los trastornos alimenticios, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, el daño autoinfligido deliberado, la agorafobia, los

⁷ En su formulación original en inglés, se denominan *empirically validated treatments*.

trastornos de ansiedad generalizada, los trastornos por estrés post-traumático, la bulimia y la fatiga crónica (Holmes, 2002).

Particularmente salientes, para los intereses de este trabajo investigativo, son los hechos ocurridos en Francia, entre octubre del 2003 y principios del 2004. En este período tuvo lugar lo que algunos autores han llamado *el asesinato fallido del psicoanálisis* (Aflalo, 2015). A partir de octubre de 2003, un grupo de franceses de variada constitución (científicos, académicos, políticos, etcétera) intentó llevar adelante públicamente el llamado *Accoyer Amendment*, un proyecto de ley que buscaba introducir una regulación del ejercicio de la psicoterapia (Aflalo, 2015). A través del *Accoyer Amendment*, *décrets d'application*, decretos legales y publicaciones científicas de distinta naturaleza, se intentó instalar una política de salud mental que tenía implicancias altamente problemáticas para distintos grupos. Por una parte, la política de salud mental propuesta establecía a los psiquiatras como coordinadores regionales, quienes serían los encargados de asignar autoritariamente el tipo de terapeuta al que cada ciudadano debería asistir (Aflalo, 2015). Además, el *Accoyer Amendment* buscaba, en última instancia, prohibir por ley el psicoanálisis lacaniano, en la medida en que no cumplía con ciertos estándares de científicidad (Aflalo, 2015). Se desarrolló una desacreditación científica sistemática del psicoanálisis, que favorecía la aplicación del modelo biopsicosocial dentro del sistema de salud mental, así como el desarrollo y el ejercicio de las terapias cognitivo-conductuales e intervenciones psicoterapéuticas afines a ese enfoque (Aflalo, 2015). Para ello, se hicieron diversas publicaciones en revistas especializadas, donde se pretendía mostrar la ineficacia del psicoanálisis y su falta de características propias de un método terapéutico científico, tales como la reproductibilidad del método terapéutico, el uso del DSM para el diagnóstico, el uso de medidas objetivas para la evaluación de la eficacia, entre otros elementos (Aflalo, 2015). Del mismo modo, otro tipo de psicoterapias vieron amenazada su existencia, su autonomía institucional y su libre ejercicio (Aflalo, 2015).

Asimismo, es posible encontrar defensores de los tratamientos con apoyo empírico en Estados Unidos que han afirmado públicamente que, si un psicoterapeuta no utiliza un tratamiento con apoyo empírico en su práctica, no está ejerciendo su profesión de forma ética (Bohart, 2005). También hay quienes han afirmado que el no usar un tratamiento con apoyo empírico es una forma de mala práctica en psicología clínica (Bohart, 2005). Por ejemplo, en un *Board of Psychology Newsletter* de California, dos escritores afirmaron que

quienes ejercían la terapia de juego en niños debían estar dispuestos a recibir demandas por mala práctica, en tanto que la terapia de juego no era un tratamiento con apoyo empírico, a pesar de haber demostrado efectividad de otros modos (Bohart, 2005). Asimismo, a nivel general e institucional, la idea de la práctica basada en la evidencia en psicología entendida como la aplicación de los tratamientos con apoyo empírico ha ganado mayor presencia en los cuerpos de desarrollo de políticas en la APA y, al mismo tiempo, es posible encontrar en estándares de acreditación de la APA la estipulación de que un programa debe incluir la enseñanza de tratamientos con apoyo empírico (Bohart, 2005).

Recientemente en Latinoamérica, hacia finales del año 2017, se generó en Argentina un intenso debate a propósito de la aparición de un proyecto de decreto reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (Iglesias, 2017). En apariencia, el debate sigue aún inconcluso y las modificaciones legales que se proyectaron aún no se han hecho efectivas. En virtud de nuestros fines, cobra particular relevancia el hecho de que el proyecto de decreto presenta artículos en los que se establece que los diagnósticos y las prácticas de atención que se realicen deben adecuarse a normas aceptadas internacionalmente (inclúyase en estas normas clasificaciones diagnósticas internacionales como la propia del CIE-10) y han de estar basados en evidencia científica (Iglesias, 2017). Fue en torno a este hecho que una serie de agrupaciones psicoanalíticas argentinas levantaron una voz crítica, mostrando su desacuerdo con lo estipulado en estos artículos y afirmando el carácter problemático de sus consecuencias (Aparicio, 2017). Dentro de las implicancias del proyecto y de los artículos mencionados, las agrupaciones señalan una tendencia hacia la homogeneización y a la segregación de las singularidades subjetivas, así como una justificación del retorno al conductismo, la evaluación y los protocolos, entre otros elementos (Aparicio, 2017). Asimismo, junto con las asociaciones psicoanalíticas, numerosas otras agrupaciones de profesionales asociados a los servicios de salud mental en Argentina se mostraron en desacuerdo con el proyecto de decreto, manifestando preocupación por distintos aspectos que asociaron al mismo, como la instalación de un modelo biomédico hegemónico, la pérdida de la perspectiva de derechos humanos en la Ley Nacional de Salud Mental, etcétera (Iglesias, 2017).

Por su parte, en Chile no se han registrado acontecimientos como los que se mencionaron respecto de Francia y Argentina, de manera que el debate en torno de la psicología basada en la evidencia no ha tenido alcances políticos ni legislativos de tal

naturaleza. Del mismo modo, tampoco se han podido identificar debates en torno del tópico con implicancias prohibicionistas a nivel académico. Sin embargo, es posible hacer algunas observaciones respecto del estado del arte de la práctica basada en la evidencia en Chile, principalmente en términos de la investigación y la formación en psicología clínica que se desarrolla. En general, se ha dicho que gran parte de la producción chilena se ha concentrado más en la realización de estudios teóricos que en la búsqueda de evidencia empírica respecto de técnicas o programas de intervención terapéutica (Stevens y Méndez, 2007), pero dadas nuestras referencias y las observaciones que pueden hacerse en general, esta afirmación puede cuestionarse y ser objeto de problematización.

Vera-Villaroel y Mustaca (2006) llevaron a cabo una revisión de tres revistas chilenas y tres revistas argentinas en relación a la presencia de investigaciones empíricas en psicología clínica, teniendo en cuenta los criterios establecidos por Chambles y Hollond (1998), y por Seligman (1995), para el establecimiento de tratamientos con apoyo empírico. Los autores señalan que existe una baja producción de estudios aplicados en intervenciones en psicología clínica, tanto en Chile como en Argentina, donde las investigaciones que pueden encontrarse no cumplen con la totalidad de los criterios mencionados para la clasificación de tratamientos con apoyo empírico (Vera-Villaroel y Mustaca, 2006). Sin embargo, también señalan que es posible considerar en general que los estudios chilenos pueden resistir un análisis sobre la efectividad, pero no respecto de la eficacia ni eficiencia (Vera-Villaroel y Mustaca, 2006). Por ejemplo, mencionemos que los autores señalan como resultado obtenido: “sólo el 5,9% de la producción chilena y el 2,29% de la producción argentina evaluadas en este estudio se dedica a validar o buscar evidencia empírica respecto de técnicas o programas de intervención terapéutica” (Vera-Villaroel y Mustaca, 2006, p.561). Asimismo, los autores reportan optimismo a propósito del aumento observado de investigaciones empíricas sobre intervenciones clínicas basadas en la evidencia, dado en mayor medida en Chile (Vera-Villaroel y Mustaca, 2006).

Además, y más allá de lo planteado por los autores anteriores, en Chile es posible encontrar un amplio cuerpo de investigación empírica dedicada a la evaluación de los resultados de la psicoterapia y el cambio terapéutico. Junto con ello, en tales investigaciones suelen evaluarse las variables, mecanismos y procesos que se relacionan con esos cambios terapéuticos. Dicho de otro modo, existe una importante preocupación por el desarrollo de investigación científica en Chile que mida y analice los resultados de la

psicoterapia en general. No obstante, este tipo de investigaciones no siempre tienen la forma de un ensayo controlado aleatorizado. Por lo tanto, las intervenciones psicoterapéuticas que evalúan no cumplen con la totalidad de los criterios para ser calificadas como tratamientos con apoyo empírico.

Dentro del conjunto de investigaciones empíricas señalado, es posible identificar los siguientes estudios. Mellado, Pérez, Suárez, Dagnino, Gloger y Krause (2018), investigaron la relación entre autocrítico y abandono en psicoterapia en pacientes deprimidos, evaluando el rol mediador y moderador de otras variables, en un diseño longitudinal. Valdés, Krause, Vilches, Dagnino, Echavarrí, Ben-Dov, Arístegui y de la Parra (2011) desarrollaron un estudio cualitativo a través del cual determinaron y describieron tipos de acciones comunicacionales, realizadas por terapeutas y pacientes en terapia de grupo con pacientes adictos, en relación al cambio. Valdés (2014) estudió el rol de los mecanismos cognitivos subyacentes en los procesos de cambio en dos terapias psicodinámicas, a través del análisis de los patrones comunicacionales y las palabras verbalizadas por terapeutas y pacientes. Besser y Moncada (2015) realizaron un estudio cualitativo, utilizando entrevistas episódicas y desde la perspectiva de ocho mujeres terapeutas que trabajan con pacientes mujeres con anorexia nerviosa, para estudiar los factores que facilitan y obstaculizan el cambio terapéutico. Dagnino, Valdés, de la Fuente, Harismendy, Gallardo, Gómez-Barris, y de la Parra (2018), desarrollaron un estudio longitudinal con pacientes deprimidos, con el objetivo de evaluar la relación entre el funcionamiento estructural y el estilo depresivo, y para evaluar el efecto que estas variables tienen en el cambio psicoterapéutico. Cortés, Fernández, Capella, Espinosa, y Krause (2018) buscaron caracterizar el contenido del cambio terapéutico en psicoterapias con adolescentes deprimidos. Para ello, llevaron a cabo una investigación cualitativa en la que consideraron distintas perspectivas: la de los adolescentes, los terapeutas y la de observadores externos. Calderón (2003) realizó un estudio con el que describió los resultados terapéuticos obtenidos por pacientes diagnosticados con un trastorno de personalidad y que pasaron por una psicoterapia integrativa propuesta por el Modelo Integrativo Supraparadigmático. Estas son algunas de las investigaciones que pueden señalarse y describirse para dar cuenta del tipo de investigaciones que se desarrollan en Chile respecto del tópico de los resultados en psicoterapia y, en ese sentido, respecto de la eficacia y efectividad de la psicoterapia.

Ahora bien, hagamos algunas observaciones respecto de uno de los enfoques cuyos tratamientos son representativos de, y están ampliamente presentes en, las listas de tratamientos con apoyo empírico, a saber, el análisis y la terapia del comportamiento (i.e., terapia conductual). En el presente y pasado reciente (posterior a la vuelta de la democracia en Chile), es posible observar un aumento en la producción científica propia de este enfoque, particularmente respecto de aplicaciones en poblaciones institucionalizadas (Montesinos, 2000). Se observa el desarrollo de aportes teóricos y metodológicos al análisis del comportamiento en Chile, así como la realización de diversos estudios sobre intervenciones conductuales específicas (Vera-Villaroel, Montesinos y Prieto, 2006). Además, cabe señalar que la orientación conductual se encuentra presente y bien establecida en los currículos de formación de psicólogos, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, aun cuando no sea posible identificar la orientación conductual como la que es mayormente preferida en la comunidad psicológica chilena (Vera-Villaroel et al., 2006).

Por último, situemos una serie de distinciones y categorías conceptuales propias del ámbito de la filosofía moral o ética. Con estos conceptos, determinaremos los distintos ámbitos teóricos que pueden asociarse a la disciplina filosófica de la ética, logrando en parte el primero de nuestros objetivos específicos de investigación. El análisis que desarrollaremos ulteriormente se realizará a la luz de estas categorías conceptuales. Más en particular, las hipótesis que formularemos en torno de los supuestos constitutivos del marco normativo ético de la psicoterapia basada en la evidencia se inscribirán en alguno de los ámbitos teóricos que a continuación distinguiremos.

Para desarrollar lo anterior, recordemos, en primer lugar, que de lo que se trata en este trabajo investigativo es de determinar la *moral*, en nuestro sentido amplio, asociada al modelo de la psicoterapia basada en la evidencia y la comunidad de sus defensores. Por ello, consideremos primero en qué consiste una *moral* bajo su forma sustantivada y cuáles son sus elementos constitutivos. Teniendo eso clarificado, será posible establecer con mayor especificidad cuáles son los tipos de elementos que en general cabe esperar encontrar en la moral o el marco normativo propio de la psicoterapia basada en la evidencia.

Siguiendo a Frankena (1973) y su obra panorámica e introductoria respecto de la ética en filosofía, la moralidad, sus problemas y sus juicios asociados son el objeto de

estudio de la ética como disciplina filosófica. En ese contexto, una moralidad o moral es un sistema que regula las relaciones entre los individuos y sus acciones, donde este sistema tiene un carácter social en sus orígenes, sanciones y funciones (Frankena, 1973). Es un sistema de regulación del comportamiento que no es la invención de un individuo en particular (más bien, es generado por una sociedad o un grupo social en su conjunto), que presenta demandas y sanciones exteriores en principio al individuo. Asimismo, la moralidad comparte algunas de las características de lo que Frankena (1973) llama la *convención* y la *ley*, sin identificarse con ninguna de ellas. Por un lado, la moral aborda cuestiones cruciales de importancia social (lo que la distingue de la convención) y, por otro lado, no se crea a través de un acto legislativo o judicial deliberado, presentando sanciones asociadas generalmente distintas de la fuerza física y la amenaza (lo que la distingue de la ley) (Frankena, 1973). Por último, destaquemos el hecho de que es posible asociar una moral a distintos tipos de grupos sociales y no sólo a una sociedad completa, tales como una familia, una clase social e incluso un individuo (Frankena, 1973).

Teniendo hecha la caracterización anterior del objeto de la ética, la moral o moralidad, consideremos a continuación sus elementos constitutivos. Sobre la base de la sistematización hecha por Frankena (1973), destacaremos dos grandes ámbitos de elementos constitutivos de una moral: (1) *juicios particulares* que versan sobre objetos particulares, respecto de los cuales establecen alguna cualidad moral, obligación o responsabilidad; y (2) *juicios generales* que expresan principios, reglas, ideales y virtudes (es en virtud de estos juicios que se formulan los juicios particulares y se dan razones para ellos). En esta sección de análisis, nos centraremos en estos dos ámbitos, en la medida en que ellos son los que constituyen el objeto de análisis de interés delineado en los objetivos de investigación. Lo que buscamos determinar en el marco normativo ético de la psicoterapia basada en la evidencia son precisamente supuestos y nociones de esta naturaleza. Sin embargo, mencionemos que es posible encontrar otros elementos constitutivos de una moralidad, aunque estos no sean relevantes para nuestros objetivos de análisis.

Asimismo, relevemos la distinción según la cual cabe identificar por lo menos tres grandes ámbitos teóricos en los que es posible encontrar distintos tipos de juicios y, por lo tanto, supuestos y nociones dentro del orden de la ética. Dicho de otra manera, dentro de la reflexión filosófica ética, es posible encontrar tres tipos de teorías que, a su vez, tienen

asociados distintos tipos de juicios, a saber: (1) la teoría de la obligación moral, (2) la teoría del valor moral y (3) la teoría del valor no moral (en algunas clasificaciones, estas dos últimas teorías pueden agruparse en lo que suele llamarse la teoría del valor en general) (Frankena, 1973; Schroeder, 2016; Alexander y Moore, 2016; Sinnott-Armstrong, 2015). A la primera se asocian los juicios de obligación moral o *deónticos*, a la segunda se asocian los juicios de valor moral o *aretáicos* y a la tercera se asocian los juicios de valor no moral (Frankena, 1973; Alexander y Moore, 2016). Estas teorías abordan distintos tipos de problemas filosóficos y, por lo tanto, los juicios que se formulan dentro de su ámbito pretenden resolver distintos tipos de cuestiones.

La teoría de la obligación moral (o bien, la ética normativa, como también se ha dado en llamar) tiene la pretensión de abordar el problema central de cuáles son los principios, criterios o estándares por los que determinamos qué es lo que debemos hacer moralmente, qué es lo moralmente correcto o incorrecto, y cuáles son nuestros derechos morales (Frankena, 1973). En otra formulación, puede decirse que a la teoría de la obligación moral le concierne la siguiente pregunta: ¿qué es lo que moralmente un agente debe hacer en una situación determinada? En ese sentido, la teoría de la obligación moral busca guiarnos en la toma de decisiones y en la realización de juicios sobre acciones en situaciones particulares (Frankena, 1973). En contraste con ello, la teoría del valor moral busca responder a la pregunta de qué tipo de personas somos y debemos ser, desde un punto de vista moral (Alexander y Moore, 2016). Más en general, la teoría del valor moral pretende abordar el siguiente problema: ¿sobre la base de qué estándar enjuiciamos si una persona, rasgo de carácter, motivo, intención, es moralmente bueno o malo, responsable, admirable o despreciable? (Frankena, 1973). Es decir, la teoría del valor moral se preocupa por responder al problema de cuáles son los principios, criterios o estándares en función de los cuales determinamos las cualidades morales de una persona, un grupo de personas o elementos de su personalidad.

Coherentemente con lo anterior, señálese que los juicios correlativos de la teoría de la obligación moral son los *juicios deónticos*, mientras que los juicios correlativos de la teoría del valor moral son los *juicios aretáicos* (Frankena, 1973). Más aún, teniendo ello en cuenta, cabe decir que la primera teoría se ocupa de determinar la base sobre la cual formulamos juicios deónticos, mientras que la segunda teoría se ocupa de determinar la base sobre la cual formulamos juicios aretáicos. Como se puede entrever a través de lo señalado en

párrafos anteriores, los juicios deónticos determinan si una acción o un tipo de acción (su objeto) es correcta, incorrecta, obligatoria, un deber, algo que debe o no debe hacerse (Frankena, 1973). En general, son juicios a través de los cuales se formulan deberes relativos a nuestro actuar. En contraste con ello, los juicios aretáicos determinan si una persona, motivos, intenciones, rasgos de carácter o grupos de personas (su objeto), son moralmente buenos, malos, virtuosos, responsables, santos, despreciables, etcétera. Son juicios a través de los cuales se formula lo que las personas, o elementos de su personalidad, son o deben ser desde un punto de vista moral. En una distinción gruesa que puede admitir reformulaciones, puede decirse que los juicios deónticos refieren a las acciones, al tiempo en que los juicios aretáicos refieren al ser.

Consideremos ahora lo que mencionamos como la teoría del valor no moral. En general, la teoría del valor (en cuyo ámbito puede ser considerado el valor moral y no moral) se ocupa de preguntas teóricas relativas al valor y la cualidad de bueno (Schroeder, 2016). De este modo, considera cuestiones como la naturaleza del valor, su relación con otras categorías morales, qué tipo de cosas son consideradas buenas, qué queremos decir cuando decimos que algo es bueno, etcétera (Schroeder, 2016). Es en este contexto donde podemos situar la teoría del valor no moral que, más en particular, aborda por lo menos tres tipos de problemas o preguntas: (1) ¿Qué es deseable o bueno, o qué vale la pena en la vida?; (2) ¿qué es la buena vida, en distinción con una vida moralmente buena?; y (3) ¿qué valores debemos perseguir para nosotros y los otros? (Frankena, 1973). Más aún, siguiendo las formulaciones hechas anteriormente respecto de la teoría de la obligación moral y la teoría del valor moral, la teoría del valor no moral aborda el problema de cuáles son los principios, criterios y estándares por los que determinamos que algo es valioso como fin en sí mismo (Frankena, 1973).

V.- Marco metodológico

En este respecto, señálese que el análisis propio de este trabajo investigativo tendrá un carácter predominantemente conceptual. Este análisis consistirá en el desarrollo de un ejercicio hermenéutico. Es decir, se desarrollará un trabajo interpretativo, con todos los procesos cognitivos que implica, sobre la base de los objetos y materiales de análisis que han sido seleccionados. Como resultado de este ejercicio hermenéutico, se pretende obtener los supuestos y nociones éticas fundamentales que constituyen el marco normativo del modelo de la psicoterapia basada en la evidencia, tal y como aquí ha sido tematizado.

Más en particular, el análisis conceptual tendrá la siguiente forma y estructura. Se podrán identificar tres grandes partes del análisis que se corresponderán con los tres grandes ámbitos teóricos en los que se inscribirán nuestras hipótesis sobre los supuestos que nos interesa determinar. Estos grandes ámbitos teóricos son (1) el ámbito de la estructura teleológica de una acción o *praxis* (en este caso, de la práctica propia de la psicoterapia basada en la evidencia); (2) el ámbito de la teoría de la obligación moral; y (3) el orden de la teoría del valor, particularmente en su variante no moral.

Respecto de cada uno de estos ámbitos teóricos, nuestro trabajo analítico y argumentativo tomará la siguiente forma. En primer lugar, se irán situando diversas distinciones y categorías conceptuales propias del ámbito de la reflexión filosófica y ética que se esté tematizando.

En segundo lugar, se presentarán distintos planteamientos e ítems constitutivos del modelo de la psicoterapia basada en la evidencia (y su presentación bajo la forma de los tratamientos con apoyo empírico) como objetos y materiales de análisis. Los objetos y materiales de análisis sobre los que se desarrollará la interpretación serán de tres tipos: (1) descripciones de aspectos y características fundamentales del modelo de la psicoterapia basada en la evidencia, en su sentido amplio y bajo su forma de tratamientos con apoyo empírico, obtenidas del marco teórico y literatura pertinente; (2) declaraciones de conjuntos de principios, reglas y estándares éticos a los que plausiblemente cabe adscribir la práctica de la psicoterapia basada en la evidencia; y (3) planteamientos, plasmados en declaraciones y citas, propios de algunos de los defensores del modelo en cuestión y que, bajo ciertos aspectos, pueden considerarse representativos de la psicoterapia basada en la evidencia aquí tematizada, en su sentido amplio y bajo su forma de tratamientos con

apoyo empírico. No obstante, considérese que los objetos y materiales de análisis particulares que se irán situando a través de la sección de análisis de este trabajo, no serán presentados necesariamente en el orden en que fueron descritos aquí.

En tercer lugar, se buscará articular las primeras distinciones conceptuales con los aspectos propios del modelo de la psicoterapia basada en la evidencia, de manera tal que puedan desarrollarse hipótesis respecto de su marco normativo, en el ámbito teórico que se esté trabajando. Este proceso estará mediado, a su vez, por diversos procesos cognitivos, tales como inferencias, hipotetizaciones de distinta naturaleza, conjeturas y proyecciones.

Por último, aun cuando ya ha sido señalado a través del texto, enfatizamos el hecho de que este trabajo investigativo se desarrolla dentro del orden teórico específico de la ética. Los supuestos y nociones que se buscarán determinar, y en torno de los cuales se pretende desarrollar la reflexión, son de carácter eminentemente ético. No se determinarán ni desarrollarán *in extenso* supuestos, nociones, conceptos ni consideraciones propios del ámbito ontológico, epistemológico ni metodológico. Ello aun cuando es posible pensar que los supuestos y nociones éticas que serán trabajadas aquí pueden llegar a ponerse en relación con supuestos y nociones de esos otros órdenes. Suponemos aquí que el modelo de la psicoterapia basada en la evidencia (y su manifestación concreta en tratamientos con apoyo empírico) comporta distintas asunciones a nivel ontológico, epistemológico y metodológico, pero éstas no son el objeto fundamental de tematización de este trabajo, aunque pueden llegar a ser mencionadas y referidas sin transformarse en el objetivo principal de la investigación.

VI.- Análisis y Resultados

Para comenzar nuestro análisis, destaquemos y retomemos el hecho de que en nuestro marco teórico hemos situado una serie de distinciones y categorías conceptuales básicas propias del ámbito de la filosofía moral o ética. Ahora, a la luz de estas distinciones, hagamos una serie de planteamientos relativos a la psicoterapia basada en la evidencia. En primer lugar, dijimos que el modelo de la psicoterapia basada en la evidencia comportaba un marco normativo. Luego, sobre la base de la revisión de las distinciones y elementos constitutivos de un marco normativo ético en general (o bien, una moral/moralidad), estamos en condiciones de identificar qué tipo de elementos constitutivos de ese marco normativo cabe encontrar. Pues bien, en este respecto, concluiremos que en el marco normativo asociado al modelo de la psicoterapia basada en la evidencia será posible encontrar los siguientes elementos:

- (1) Un grupo de *juicios particulares* respecto de objetos particulares. En este caso, tales objetos pueden ser prácticas psicoterapéuticas, acciones o tipos de acciones desarrolladas en el contexto psicoterapéutico, elementos constitutivos de un terapeuta, etcétera.
- (2) *Principios, reglas, ideales y virtudes expresadas en juicios generales*, sobre la base de los cuales se formularán los juicios particulares y, más aún, el juicio normativo que fue hipotetizado en la problematización de este trabajo.
- (3) Dentro de los *juicios generales*, un *conjunto de juicios deónticos*, es decir, una serie de supuestos propios de la teoría de la obligación moral y, por lo tanto, un posicionamiento en ese ámbito.
- (4) Dentro de los *juicios generales*, un *conjunto de juicios de valor no moral*, es decir, una serie de supuestos propios de la teoría del valor no moral y, consecuentemente, una postura en ese respecto.
- (5) Dentro de los *juicios generales*, un *conjunto de consideraciones respecto de la naturaleza de la psicoterapia*, es decir, una serie de supuestos que en su

totalidad constituyen una concepción determinada respecto de aquello en lo que consiste una intervención psicoterapéutica, sus objetivos y motivaciones.

Por lo tanto, hasta aquí hemos delimitado cuáles son los tipos de juicios, supuestos y nociones que esperamos identificar como componentes del marco normativo, propio del modelo de la psicoterapia basada en la evidencia, que fue hipotetizado dentro de la problematización de este trabajo investigativo. Consecuentemente, desarrollaremos el resto del análisis tratando de determinar los juicios, supuestos y nociones que cabe identificar dentro de los ámbitos teóricos que fueron distinguidos y que consideramos de mayor relevancia. Para ello, comenzaremos el ejercicio interpretativo considerando el tipo de supuestos que el modelo de la psicoterapia basada en la evidencia comporta respecto de la naturaleza de la psicoterapia y lo que llamaremos su *estructura teleológica*.

A.- Consideraciones respecto de la naturaleza de la psicoterapia y su estructura teleológica en el marco normativo de la psicoterapia basada en la evidencia.

En primer lugar, clarifiquemos el uso del significante que fue señalado: *estructura teleológica*. En este caso, estamos usando la expresión en un sentido lato y consecuentemente no cualificado. Con esta expresión referimos al hecho de que la acción bajo consideración se realiza tendiendo a un fin, junto con el fin específico que busca realizar el desarrollo de esta acción. Coherentemente con ello, cuando decimos que queremos determinar la estructura teleológica de la psicoterapia, decimos que queremos determinar el tipo de fin que se persigue con la realización de la psicoterapia, suponiendo que ella misma tiende hacia la realización de un fin.

Sobre la base de las clarificaciones hechas anteriormente, con esto señalamos que la tarea en este punto es determinar los supuestos que el modelo en cuestión tiene sobre aquello en lo que consiste la psicoterapia, sobre lo que es la psicoterapia, así como respecto de cuáles son los fines que tiende a realizar la psicoterapia y eventualmente las motivaciones en un sentido amplio que acompañan su realización. El conjunto de estos supuestos articula la manera en que este modelo concibe la psicoterapia.

A partir de este punto, procedamos a través de distintos niveles de análisis. En un primer nivel de análisis, trabajemos las concepciones que podemos encontrar a la hora de considerar **los tratamientos con apoyo empírico**. Para ello, recordemos el conjunto de características y condiciones con los que un tratamiento psicológico debe cumplir para ser

considerado como tratamiento con apoyo empírico⁸ (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Seligman, 1995; Pascual et al., 2004; Echeburúa et al., 2010). Considerando este conjunto de notas esenciales, trataremos de responder a las siguientes preguntas: ¿A quiénes está destinada la psicoterapia en este caso? ¿Qué debe realizar la psicoterapia para ser considerada eficaz? ¿Cómo se concibe la psicoterapia en este contexto?

Consecuentemente, para responder a tales preguntas, hagamos notar que los tratamientos con apoyo empírico se realizan a personas que cumplen con los criterios para ser diagnosticadas con un trastorno mental, generalmente bajo la tipificación del DSM en sus versiones actuales. Además, pareciera que el tratamiento psicológico es considerado eficaz en la medida en que su aplicación tiene como efecto una remisión sintomática significativa, idealmente en un grado tal que permita que a la persona receptora de la intervención se le remueva el diagnóstico psiquiátrico. Entiéndase aquí la remisión sintomática como la desaparición de la sintomatología inicial sobre la que se realizó el diagnóstico. De este modo, por ejemplo, un tratamiento con apoyo empírico es tal cuando se le aplica a una persona diagnosticada sólo con depresión mayor, que luego de la intervención tiene una remisión sintomática suficiente como para dejar de ser considerada como portadora de dicho diagnóstico. El ejemplo tiene un fin ilustrativo, concretizando algunas de las condiciones necesarias de un tratamiento con apoyo empírico. Debemos recordar que un tratamiento con apoyo empírico siempre debe cumplir con todas las condiciones establecidas. En definitiva, si consideramos que, en general, algo es eficaz en la medida en que tiene la capacidad de lograr el efecto deseado o esperado, entonces aquello que se desea o busca a través de la aplicación de un tratamiento con apoyo empírico es la remisión sintomática y, consecuentemente, la desaparición del diagnóstico psiquiátrico.

Ahora bien, dada la centralidad de la idea de diagnóstico psiquiátrico y, correlativamente, de la idea de trastorno mental, traigamos a nuestra discusión la definición que se hace del concepto de trastorno mental en el DSM-V, para considerar las implicaciones conceptuales que tiene:

⁸ La caracterización detallada de los tratamientos con apoyo empírico se desarrolla a partir de la página 13 de este trabajo, en la sección del Marco Teórico.

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sean políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente (American Psychiatric Association, 2014, p.20).

Subrayemos, además, para complementar esta definición, la precisión que la *American Psychiatric Association* nos ofrece respecto de esta definición en el DSM-V. Esta precisión afirma que en la definición en cuestión se establecen aspectos necesarios y esenciales de un trastorno mental, pero no se establece la totalidad de las características particulares que uno puede encontrar en un trastorno particular. Véase: “Aunque ninguna definición puede abarcar todos los aspectos de todos los trastornos que contiene el DSM-5, se deben cumplir los siguientes elementos” (American Psychiatric Association, 2014, p.20).

Por lo tanto, de las observaciones y descripciones anteriores se puede desprender lo siguiente respecto de la manera en que se concibe la psicoterapia dentro del concepto de los **tratamientos con apoyo empírico**, tal y como fue revisado. En primer lugar, la psicoterapia tiene un destinatario específico, a saber, las personas que sufren un trastorno mental. En segundo lugar, el objetivo inmediato (o bien, el efecto esperado) es la disminución significativa de la sintomatología propia de un trastorno mental. En tercer lugar, la psicoterapia se concibe como una práctica que ejerce un profesional de la salud mental y que debe tener una relación causal con la disminución de la sintomatología como efecto esperado. En cuarto lugar, teniendo en consideración la noción esbozada de trastorno mental, el objetivo de la psicoterapia en un mayor nivel de abstracción es la corrección de la disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en la función mental de quien padece un trastorno psicológico. En quinto lugar, la psicoterapia tiene como objetivo la adecuación de quien padece un trastorno mental a una norma, es decir, a un funcionamiento normativo de los procesos psicológicos, biológicos y del

desarrollo que fueron afectados. Por lo tanto, dentro de esta concepción de la naturaleza de la psicoterapia y su estructura teleológica, encontramos un **énfasis en la noción de trastorno mental, en la disminución de la sintomatología constitutiva de un trastorno mental y en el restablecimiento de un funcionamiento normativo del individuo.**

Veamos ahora si pueden encontrarse el mismo tipo de concepciones en torno de la psicoterapia desde la perspectiva del concepto más amplio de **la práctica basada en la evidencia en psicología**. Como vimos, éste último concepto presenta mayor extensión en comparación con el concepto de tratamiento con apoyo empírico, donde los últimos pueden entenderse como una manifestación específica de la orientación general que representa la práctica basada en la evidencia en psicología. En este respecto, diremos que es necesario, en primer lugar, hacer una distinción: **la práctica basada en la evidencia en sus inicios históricos** es distinta del concepto general que fue definido en nuestro marco teórico y que fue formulado por el cuerpo especializado de la APA más reciente. El concepto actual es distinto de la manera en que esta práctica se concibió y desarrolló en su origen histórico.

En uno de sus documentos especialmente dedicados al tema, la APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) da a entender que el movimiento de la práctica basada en la evidencia en psicología se desarrolló histórica e institucionalmente a través de la formación de cuerpos especializados⁹. Entre los primeros cuerpos especializados formados, destacan aquellos de 1992 y de 1995, dentro de la historiografía de la APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). A través de los planteamientos de estos cuerpos, se puede entrever que la psicoterapia era concebida y evaluada del mismo modo en que fue descrita bajo nuestra consideración de los tratamientos con apoyo empírico. A favor de esta idea, podemos encontrar el hecho de que los cuerpos de 1992 establecieron como criterios fundamentales para la evaluación de la evidencia asociada a los tratamientos psicológicos la *eficacia* y la *utilidad clínica*. Por medio de la eficacia, se evalúa la relación causal que puede establecerse entre el tratamiento y los trastornos bajo tratamiento (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Bajo la utilidad clínica, se considera la evidencia disponible respecto de la capacidad de generalización, la confiabilidad y los costos y beneficios de una intervención (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Del mismo modo, cabe decir

⁹ En este caso, traducimos como cuerpos especializados la idea de *Task Forces*, tal y como se formula en el documento original de la APA.

que fue el cuerpo de 1995 el que publicó por primera vez criterios para identificar un tratamiento validado empíricamente, que luego pasarían a llamarse tratamientos con apoyo empírico (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Por último, incluimos, a favor de la idea que fue señalada en un principio, que el objetivo de establecer criterios para la identificación de un tratamiento con apoyo empírico era poder identificar tratamientos con evidencia de su eficacia que fuese comparable a la evidencia de la eficacia de un medicamento (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Por lo tanto, sobre la base de lo anterior, es posible conjeturar que el movimiento de la práctica basada en la evidencia en psicología, a través de sus primeros cuerpos especializados, comenzó concibiendo y evaluando la psicoterapia *en analogía con los psicofármacos*. Ello con las mismas consideraciones que caracterizan el modo de concebir a la psicoterapia bajo el concepto de tratamiento con apoyo empírico, tal y como fue descrito anteriormente. Entonces, así como se concibe que un psicofármaco es una causa que tendrá como efecto la disminución de la sintomatología que conforma un trastorno mental, la psicoterapia se concibe como un factor causal que tendrá el mismo efecto deseado. Tanto la administración de un psicofármaco como el desarrollo de una psicoterapia se realizan para personas con un trastorno mental, con el objetivo de eliminar ese trastorno por la vía de la disminución de la sintomatología, llevando al individuo a la adecuación a un funcionamiento normativo.

Ahora bien, consideremos **el concepto actual que fue acuñado al alero del último de los cuerpos especializados¹⁰ dedicados al tema**, designado el 2005, antes de la publicación del documento emitido por la APA que constituye nuestro objeto de análisis (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Teniendo en cuenta la definición esbozada en nuestro marco teórico¹¹, consignemos las siguientes observaciones que hace la APA respecto de la práctica basada en la evidencia en psicología. En este contexto, la APA establece que una *intervención* refiere a cualquier servicio directo prestado por psicólogos dedicados al cuidado de la salud, lo que puede incluir actividades como la evaluación, el diagnóstico, la prevención, el tratamiento, la psicoterapia y la consulta (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Además, utiliza el término *paciente* para referir al receptor de estos servicios psicológicos, aunque reconoce que

¹⁰ Este cuerpo se denomina *APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*.

¹¹ Esta definición se encuentra en la página 11 de este trabajo, en la sección del Marco Teórico.

existen razones válidas e importantes para utilizar términos como *cliente, consumidor o persona* (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Asimismo, se observa que los psicólogos apuntan a una *gran variedad de problemas*, incluyendo problemas de salud mental, académicos, vocacionales, relacionales, de salud, comunitarios y otros problemas que pueden encontrarse en su práctica profesional (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006).

Consecuentemente, es posible decir que las conceptualizaciones relativas a la práctica psicológica y la psicoterapia en este caso son más amplias y, para nuestros efectos, equívocas respecto de lo que pudimos observar bajo el concepto de tratamiento con apoyo empírico y en las primeras consideraciones históricas de esta orientación. Desde la perspectiva del concepto de la práctica basada en la evidencia en psicología, una práctica psicológica no se reduce a un tratamiento psicológico que aborda trastornos mentales y que, consecuentemente, tiene por objetivo la remisión sintomática. Aquí, una práctica puede ser una serie de actividades distintas del tratamiento y puede abordar una mayor variedad de problemas que no se reducen exclusivamente a un trastorno psicológico, pudiendo el receptor de los servicios psicológicos ser una persona con un trastorno mental o un individuo caracterizado de otro modo.

Dada esta amplitud en las conceptualizaciones, resulta difícil inferir las concepciones y determinaciones asociadas a la psicoterapia. Por una parte, cabe la posibilidad de que la psicoterapia, o la actividad específica del tratamiento, se conciba tal y como fue descrito al alero de los tratamientos con apoyo empírico. Pero, por otra parte, también cabe la posibilidad de que, bajo este concepto amplio de la práctica basada en la evidencia en psicología, la psicoterapia pueda llegar a ser concebida de un modo distinto, de manera tal que sus destinatarios no sean personas diagnosticadas con un trastorno mental, que así aborde problemas o situaciones más amplias que no se reduzcan a un trastorno mental, y que sus objetivos no sean la remisión sintomática que a la larga puede traducirse en la adecuación a una norma. Considerando las notas esenciales de una práctica basada en la evidencia esbozadas en la definición ofrecida por la APA¹², para que una práctica que llamamos psicoterapia sea basada en la evidencia, basta con que esté informada por la evidencia científica, y que tome en consideración tanto la experticia clínica

¹² Estas características se desarrollan a partir de la página 11 de nuestra investigación, en el Marco Teórico.

como las características particulares asociadas a un individuo. Una práctica psicoterapéutica de esa naturaleza puede tener la forma específica de un tratamiento con apoyo empírico o no. A favor de esto, además, podemos incluir algunas observaciones que hace la APA a la hora de comparar los medicamentos con la terapia psicológica, ya no en términos de sintomatología, sino que en términos de satisfacción de vida y de los costos médicos¹³. Ello da cuenta de que bajo esta perspectiva puede considerarse como objetivo de la psicoterapia algo distinto de la reducción sintomática, como por ejemplo el aumento de la satisfacción con la vida¹⁴.

Por último, a modo de un apartado pertinente que no constituye el foco central de esta porción del análisis, hagamos algunas observaciones respecto de los objetivos y motivaciones fundamentales del movimiento de la práctica basada en la evidencia en psicología. Para ello, traigamos a nuestra discusión algunos planteamientos de la APA, propios del texto que estamos trabajando¹⁵. Dentro del desarrollo de la definición del concepto, se declara que el propósito inmediato de la práctica basada en la evidencia en psicología es promover una práctica psicológica *efectiva* (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). De esta manera, se busca el *mejoramiento de la calidad*

¹³ Esto se establece en la siguiente cita: “*Further, research has demonstrated that psychotherapy can and often does pay for itself in terms of medical-cost offset, increased productivity, and life satisfaction*” (Chiles, Lambert, y Hatch, 2002; Yates, 1994 en APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p.274).

¹⁴ En este respecto, queremos agregar la siguiente cita como evidencia textual, en tanto que resulta ilustrativa respecto del modo general en que se concibe y caracteriza la práctica psicológica en este contexto:

Psychological practice is a complex relational and technical enterprise that requires clinical and research attention to multiple, interacting sources of treatment effectiveness. There remain many disorders, problem constellations, and clinical situations for which empirical data are sparse. In such instances, clinicians use their best clinical judgment and knowledge of the best available research evidence to develop coherent treatment strategies. Researchers and practitioners should join together to ensure that the research available on psychological practice is both clinically relevant and internally valid (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p.275).

¹⁵ Las citas del texto en cuestión, dentro de las que se desarrollan fundamentalmente estos planteamientos, son las siguientes:

“The goals of evidence-based practice initiatives to improve quality and cost-effectiveness and to enhance accountability are laudable and broadly supported within psychology, although empirical evidence of systemwide improvements following their implementation is still limited” (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p.273).

Y luego: *“The purpose of EBPP is to promote effective psychological practice and enhance public health by applying empirically supported principles of psychological assessment, case formulation, therapeutic relationship, and intervention”* (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p.273).

y de la *rentabilidad* (o bien, de la relación coste-rendimiento) de los servicios psicológicos (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Además, se plantean como objetivos el mejoramiento de la salud pública y la capacidad de los servicios psicológicos, y de quienes los desarrollan, para dar cuenta de sus actividades y responsabilizarse por ellas (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Tales son los objetivos de las iniciativas de la práctica basada en la evidencia declarados por la APA. Es decir, esta orientación busca garantizar la obtención de ciertos resultados esperados a través de los servicios psicológicos, la disminución del costo asociado a la obtención de esos resultados, y la capacidad de los servicios psicológicos para dar cuenta de esos resultados frente a distintos agentes. En ese sentido, diremos que hay un especial énfasis en la obtención de los resultados esperados y una preocupación económica por los mismos. Notemos, sin embargo, que en las declaraciones de la APA no hay una especificación explícita respecto de aquello en lo que consiste la calidad de un servicio psicológico, ni de los resultados que se esperan de esos servicios en general o en todos los casos. Dadas las revisiones que hicimos anteriormente, es posible suponer que una parte importante de los resultados que se espera obtener es la disminución sintomática en individuos con un trastorno mental y, correlativamente, la disminución de los trastornos mentales en la población. Asimismo, podemos suponer que los resultados esperados, al menor costo posible, son el aumento del bienestar en los individuos que reciben los servicios psicológicos, si tomamos la remisión sintomática como sinónimo del aumento de bienestar, con todas las ambigüedades e indeterminaciones que el concepto de *bienestar* puede incluir.

B.- Supuestos relativos al ámbito de la teoría de la obligación moral: entre perspectivas deontológicas y utilitaristas.

Continuando con nuestro análisis, aboquémonos ahora al ámbito de la teoría de la obligación moral, tal y como fue mencionado a la hora de señalar nuestro proceder analítico. Como vimos, la teoría de la obligación moral aborda fundamentalmente el problema de la determinación de las acciones correctas, obligatorias o que constituyen deber. Dicho de otra manera, establece una serie de tesis respecto de cuáles son los principios, criterios o estándares en virtud de los cuales determinamos la rectitud moral u obligatoriedad de una acción (Frankena, 1973). En este contexto, es posible distinguir dos grandes teorías o

posicionamientos que buscan dar respuesta a este problema, a saber, las teorías teleológicas y las teorías deontológicas (Frankena, 1973).

Las teorías teleológicas establecen en general que el criterio último para determinar lo moralmente correcto u obligatorio es el valor no moral que es producido (Frankena, 1973). Por lo tanto, para estas teorías, una acción es moralmente correcta, incorrecta u obligatoria dependiendo de la cantidad de bien, en un sentido no moral, que esa acción produce (Frankena, 1973). En ese sentido y siguiendo a Frankena (1973), para las teorías teleológicas, la teoría de la obligación moral y la teoría del valor moral dependen de la teoría del valor no moral. Esto implica que para saber qué es lo correcto, lo obligatorio y lo moralmente bueno debemos saber qué es lo bueno en un sentido no moral. Asimismo, destáquese que dentro de las teorías teleológicas podemos encontrar las teorías utilitaristas, que son un tipo de consecuencialismo y que usualmente se sitúan en contraposición con las teorías deontológicas (Frankena, 1973; Sinnott-Armstrong, 2015).

El consecuencialismo es la visión según la cual las propiedades normativas de un ítem dependen de sus consecuencias (Sinnott-Armstrong, 2015). De este modo, el consecuencialismo, dentro del ámbito ético que estamos trabajando, es la visión según la cual la rectitud moral de una acción depende de las consecuencias de esa acción (Sinnott-Armstrong, 2015). En este contexto, el utilitarismo puede considerarse como un tipo de consecuencialismo, que generalmente incluye mayores especificaciones en las tesis que sostiene. Más en particular, puede señalarse que el utilitarismo es la visión según la cual el estándar último por el cual se determina lo correcto, lo incorrecto y lo obligatorio es el *principio de utilidad* (Frankena, 1973). Este principio establece que el fin moral que hay que buscar en todo lo que hacemos es el *mayor balance posible de bien sobre mal* en el mundo en su conjunto (Frankena, 1973). En otra formulación, podemos decir que el principio de utilidad establece que una acción es moralmente correcta si y sólo si *maximiza el bien* (Sinnott-Armstrong, 2015). Es decir, una acción es moralmente correcta si y sólo si: la cantidad de bien que esa acción produce es mayor que la cantidad de bien que produce cualquier otra acción alternativa e incompatible con ella (donde la cantidad de bien producido es el resultado de la resta entre la cantidad total de bien generado para todos por la acción, menos la cantidad total de mal generado para todos por la acción) (Sinnott-Armstrong, 2015).

En este contexto, el bien y el mal se entienden en un sentido no moral, y distintos autores utilitaristas pueden tener variadas posturas respecto de lo que es bueno y malo en un sentido no moral, de modo tal que podemos encontrar autores hedonistas, no hedonistas o pluralistas (Frankena, 1973; Sinnott-Armstrong, 2015). Los utilitaristas hedonistas identifican el bien en un sentido no moral con la felicidad y, a su vez, identifican la felicidad con el placer. Correlativamente, identifican el mal en un sentido no moral con el dolor (Frankena, 1973). Otros, dentro de su teoría del valor no moral, identifican el bien en este sentido con ítems distintos del placer y pueden reconocer una diversidad de valores, como el conocimiento, la libertad, el poder, etcétera (Frankena, 1973; Sinnott-Armstrong, 2015).

Por su parte, las teorías deontológicas niegan la afirmación por la que lo moralmente correcto, obligatorio o bueno sean en su totalidad una función de lo que es bueno en un sentido no moral, ya sea directa o indirectamente (Frankena, 1973). Niegan el que lo moralmente bueno, correcto y obligatorio dependan de la cantidad de valor no moral producido como consecuencia de las acciones en cuestión, o bien, creen que existen otras características por las cuales está dada la rectitud moral de una acción (Frankena, 1973). Esta última propiedad normativa, desde esta perspectiva, puede estar dada por otro hecho relativo a la acción o por la naturaleza misma de ella (Frankena, 1973). En general, las teorías deontológicas establecen un conjunto de reglas que hacen a determinadas acciones moralmente correctas u obligatorias, donde la validez de estas reglas está dada por cuestiones distintas a la cantidad de bien no moral producido como consecuencia de las acciones humanas: a quienes defienden este tipo de posturas se les puede llamar deontologistas de reglas (Frankena, 1973).

Más en particular, lo que hace a una acción correcta es su conformidad con normas morales, donde cada agente moral simplemente tiene que obedecer tales normas (Alexander y Moore, 2016), independientemente del bien producido. Dicho de otra manera, la rectitud moral de una acción está dada por el hecho de que esa acción realice una norma moral, de tal manera que *lo correcto* tiene prioridad por sobre *lo bueno* (Alexander y Moore, 2016). Consecuentemente, para una teoría deontológica ciertas acciones pueden ser correctas incluso si no maximizan el bien como su consecuencia, así como hay otras acciones que no pueden justificarse por sus efectos, es decir, hay acciones que están moralmente prohibidas, independientemente del bien que produzcan como su consecuencia (Alexander y Moore, 2016).

Asimismo, dentro de las teorías deontológicas es posible encontrar la distinción según la cual, por un lado, están las teorías centradas en el agente y, por otro lado, las teorías centradas en el paciente (o receptor; lo importante aquí es no entender paciente en un sentido clínico) (Alexander y Moore, 2016). Por un lado, las teorías centradas en el agente establecen un conjunto de deberes. Más en particular, tienden a establecer un conjunto de obligaciones y permisos que son relativos al agente, es decir, obligaciones de realizar o no realizar ciertas acciones, junto con permisos para llevar a cabo determinadas acciones, que son relativos a un agente en particular y no para cualquier agente (Alexander y Moore, 2016). Del mismo modo, es posible observar que los contenidos de los deberes establecidos por estas teorías dicen relación con estados mentales como las intenciones, con acciones o con ambos elementos juntos (una intención más una acción, por ejemplo) (Alexander y Moore, 2016). En este contexto, encontramos, por ejemplo, deberes de tratar a *mi* familia de una determinada manera por el hecho de ser *mía*, o deberes como la prohibición del asesinato que incluye una intención específica y una acción determinada como el matar (Alexander y Moore, 2016).

Por otro lado, las teorías centradas en el paciente tienden a basarse en la noción de derechos y, correlativamente, establecen un conjunto de derechos que limitan nuestras acciones, a veces con la pretensión de dar razones neutrales respecto del agente, es decir, razones para la acción que son relativas a cualquier agente y no a un agente en particular (Alexander y Moore, 2016). En ese sentido, las teorías deontológicas centradas en el paciente son propiamente caracterizadas como teorías que toman como premisas los derechos de las personas (Alexander y Moore, 2016). De modo ilustrativo, podemos encontrar las teorías deontológicas libertarias que toman, como derecho central, el derecho de no ser usado sólo como un medio para producir buenas consecuencias sin el propio consentimiento (Alexander y Moore, 2016).

En definitiva, con todas estas distinciones destacamos el hecho de que las teorías deontológicas establecen un conjunto de principios y reglas que determinan la rectitud moral de una acción, donde la noción de deber o de derecho puede ser central para este conjunto. Además, en este conjunto de principios y reglas, los deberes pueden tomar como contenidos los estados mentales, acciones o conjuntos de elementos de ambos tipos.

Ahora bien, traigamos en este punto objetos y materiales de análisis relativos al modelo de la psicoterapia basada en la evidencia, para articularlos con la serie de distinciones y categorías que fueron delineadas en torno de la teoría de la obligación moral. En primer lugar, traigamos al análisis la hipótesis de trabajo que situamos en nuestra problematización. Según ella, algunos de los defensores de los tratamientos con apoyo empírico sostienen el siguiente juicio de obligación moral: *toda intervención clínica en psicología que se aplica debe haber sido evaluada como eficaz a través de la metodología de ensayos controlados aleatorizados.*

Esta afirmación sería parte de los juicios particulares que constituyen el marco normativo asociado al modelo de la psicoterapia basada en la evidencia. Es particular en la medida en que refiere a un tipo de práctica particular bien cualificada, a saber, un tratamiento psicológico que fue evaluado como eficaz a través de ensayos controlados aleatorizados. Además, se constituye en un juicio de obligación moral en la medida que establece una propiedad normativa respecto de esa práctica particular, desde un punto de vista ético. Tal propiedad normativa es su obligatoriedad y, consecuentemente, su rectitud moral. Como corolario, este juicio nos lleva a la idea de que la realización de una práctica clínica en psicología que no constituya un tratamiento con apoyo empírico es moralmente incorrecta o no ética. Por lo tanto, dentro de este marco normativo, la realización de tratamientos con apoyo empírico es obligatoria, moralmente correcta y ética, mientras que la realización de intervenciones que no son tratamientos con apoyo empírico es moralmente incorrecta y no ética. Veamos, a continuación, qué tipo de supuestos y consideraciones deben tenerse para poder afirmar estos juicios en el orden de la teoría de la obligación moral.

En primer lugar, intentemos adscribir estos juicios normativos a una postura general propia de la teoría de la obligación moral. Para ello, notemos como un elemento destacado el hecho de que la propiedad normativa, que se afirma en el primer juicio normativo respecto de una práctica particular, depende precisamente del carácter *eficaz* de esa práctica. Aquí, la obligatoriedad y rectitud moral de una acción dependen de la eficacia. Asimismo, notemos que la eficacia de una práctica depende, a su vez, de las consecuencias de la misma. En general, una acción es eficaz si produce los efectos deseados o esperados. Y en este caso en particular, una práctica psicoterapéutica es eficaz en la medida en que genera ciertos efectos, tras ser evaluada a través de una metodología específica: los

ensayos controlados aleatorizados. Por lo tanto, para la perspectiva que estamos analizando, en última instancia, la obligatoriedad moral de una práctica psicoterapéutica depende de las consecuencias que produzca. En ese sentido, podemos decir que el modelo de la psicoterapia basada en la evidencia, que afirma el juicio de obligación moral que estamos analizando, adscribe a un posicionamiento consecuencialista, considerando la definición que dimos de esta visión.

Hecho lo anterior como primera observación, consideremos ahora los objetivos y motivaciones fundamentales de la práctica basada en la evidencia en psicología que fueron examinados en secciones anteriores del análisis, para establecer con mayor claridad qué principios propios del ámbito de la obligación moral determinan su orientación. En este respecto, vimos que el movimiento de la práctica basada en la evidencia en psicología busca generar ciertos resultados y disminuir los costos asociados a ellos. Según nuestras observaciones e hipótesis, le interesa producir mayor salud pública, mejor calidad en los servicios psicológicos de salud, disminuir la sintomatología de quienes padecen trastornos mentales, disminuir la cantidad de personas afectadas con trastornos mentales y, por lo tanto, aumentar el bienestar de la población. Correlativamente, le interesa producir esos resultados disminuyendo los costos asociados a los mismos, como la cantidad de dolor, daños y perjuicios producidos en el paciente por la aplicación de un tratamiento, así como la cantidad de dinero, tiempo y profesionales requeridos para la producción de los resultados de interés. En general, puede pensarse, por analogía, que se buscan reducir cuestiones similares a los gastos médicos asociados a la producción de los resultados esperados. En definitiva, en un mayor nivel de abstracción, es posible pensar que a este movimiento le interesa maximizar la producción de ciertos bienes, es decir, de una serie de estados de cosas que considera buenos y deseables, disminuyendo una serie de estados de cosas que considera malos e indeseables. Cabe decir, entonces, que la práctica basada en la evidencia en psicología se orienta hacia la *maximización del bien*. Esto implica que este modelo orienta sus iniciativas y su práctica en virtud de los mismo estándares y objetivos que establece el *principio de utilidad*, en la medida en que busca el *mayor balance de bien sobre mal* producido por las acciones que se realizan bajo su alero. Por lo tanto, en general, asociado al modelo de la práctica basada en la evidencia en psicología es posible encontrar un posicionamiento consecuencialista, con consideraciones utilitaristas y una orientación general de esa naturaleza.

En este contexto, consideremos ahora qué supuestos se necesitan para afirmar el juicio normativo de nuestra hipótesis n°1. Dado el principio de utilidad que atribuimos al marco normativo del modelo que analizamos, la acción que debemos realizar es aquella que maximiza el bien en mayor medida, comparándola con otras acciones alternativas. Consecuentemente, teniendo en consideración todo lo anterior, si el juicio normativo establece que lo que debe realizarse es un tratamiento con apoyo empírico, este juicio implica que el tratamiento con apoyo empírico es aquel que maximiza el bien en mayor medida, en comparación con otros tratamientos e intervenciones psicoterapéuticas posibles y alternativas.

De este modo, los defensores de este juicio normativo deben suponer que el bien neto que un tratamiento con apoyo empírico produce es siempre mayor que el bien neto que produce un tratamiento que no se caracteriza por tener apoyo empírico en su sentido cualificado (donde el bien neto es lo que resulta de la resta entre la cantidad total de bien producido menos la cantidad total de mal producido por la acción psicoterapéutica). Ahora bien, a la base de esta afirmación comparativa, se puede estar considerando lo siguiente:

- (1) O bien, que el *balance total del bien por sobre el mal* producido por los tratamientos que no tienen apoyo empírico es menor que el balance total que obtienen los tratamientos con apoyo empírico, de modo que la relación costo-desempeño asociada a los primeros tratamientos no se considera aceptable por alguno u otro criterio.
- (2) O bien, pueden considerar que las intervenciones que no constituyen un tratamiento con apoyo empírico no producen bien alguno en la medida en que no han demostrado eficacia, contraviniendo el principio de utilidad y, más aún, lo que más adelante revisaremos como el *principio de beneficencia*.

Siguiendo con nuestro análisis, supongamos que la interpretación que hemos ofrecido no es necesariamente correcta, en comparación con otras alternativas posibles. Pongamos a prueba nuestra interpretación, contrastándola con otras posibilidades interpretativas y con otros planteamientos que introducen conceptos nuevos respecto de los ya tematizados. Consideremos otras interpretaciones del juicio de nuestra hipótesis n°1, que no adscriben directamente el modelo que estamos analizando al principio de

utilidad, para ver si efectivamente refutan o excluyen la interpretación que en un comienzo hemos ofrecido con el principio de utilidad.

Por un lado, hay quienes pueden pensar que las exigencias normativas planteadas por este modelo simplemente responden a un *deber de eficacia*. Efectivamente, es posible plantear que este modelo presente dentro de su marco normativo el deber de que los tratamientos sean eficaces, es decir, el *deber de que los tratamientos psicológicos cumplan con los objetivos que se proponen*. Sin embargo, frente a esta posibilidad cabe decir que la existencia de un deber de esta naturaleza no excluye el hecho de que el juicio normativo que analizamos, y la orientación general de este modelo, estén determinados por el principio de utilidad. De hecho, puede plantearse que el deber de que los tratamientos sean eficaces, o bien, de que los tratamientos cumplan con sus objetivos, está dado precisamente por el principio de utilidad. Aunque sea desde un punto de vista puramente formal, puede plantearse la posibilidad de que el sentido de que las psicoterapias cumplan con un deber de eficacia es que, de esa manera, produzcan el bien al que tienen que tender, dadas las consideraciones teleológicas básicas de la teoría de la obligación moral. Por lo tanto, en este respecto concluimos que el ofrecer una explicación alternativa como esta no excluye la adscripción de la práctica basada en la evidencia en psicología al principio de utilidad. Más aún, afirmamos que dentro de su marco normativo hay efectivamente un deber de eficacia, puesto que es precisamente eso lo que plantea el juicio normativo que hipotetizamos en nuestra problematización, pero con mayores especificaciones y cualificaciones.

Por otro lado, algunos de los defensores de los tratamientos con apoyo empírico tienden a señalar que la realización de intervenciones clínicas que no constituyen tratamientos con apoyo empírico es una forma de *mala praxis* (Echeburúa et al., 2010). Esto es otra manera de plantear que la realización de tratamientos que no tienen apoyo empírico en este sentido específico es moralmente incorrecta o no ética, pero ahora bajo el concepto de mala praxis. Veamos si la inclusión de este concepto en el planteamiento normativo excluye o refuta la interpretación que hemos esbozado, según la cual el marco normativo de la práctica basada en la evidencia en psicología responde al principio de utilidad y, por ende, presenta un posicionamiento consecuencialista. Para ello, veamos primero una cita en la que pueden verse los planteamientos relativos a la mala praxis. Esta es una cita de un artículo publicado por defensores de la aplicación de tratamientos con apoyo empírico

(y plausiblemente representativa de la comunidad de defensores en general), hecha en una consideración de aspectos deontológicos asociados a la práctica psicoterapéutica:

Según el Artículo 4.7b de la LOPS, de aplicación para los psicólogos clínicos, la actuación del profesional sanitario «estará basada en la evidencia científica y en los medios disponibles y amparados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial». Ello quiere decir, en un plano legal, que la evaluación de las terapias psicológicas permite establecer operativamente la práctica profesional inadecuada, que da lugar a hipotéticas responsabilidades civiles o penales.

En concreto, la mala praxis se configura cuando un profesional se separa de la *lex artis* (normas o guías de actuación profesional consensuadas) y actúa de forma técnicamente inadecuada. Esto es más claro cuando, como ocurre en la actualidad, comienzan a existir guías de actuación profesional en los distintos trastornos (Echeburúa et al., 2010, p.95)

En consecuencia, la mala praxis se considera como la práctica clínica que se aparta de las normas y guías consensuadas dentro de la comunidad científico-profesional. En el mismo planteamiento, se cita una guía que establece cuáles son los tratamientos eficaces para determinados trastornos¹⁶, para luego decir en el mismo texto que los psicólogos también pueden ser acusados de mala praxis (Echeburúa et al., 2010). En este planteamiento, por lo tanto, parece sugerirse que la realización de tratamientos no indicados en guías que clasifican tratamientos eficaces constituye mala praxis. Consecuentemente, es una práctica no ética o moralmente incorrecta.

A partir de lo anterior, revisemos ahora si el considerar las intervenciones que no cualifican como tratamiento con apoyo empírico bajo el concepto de mala praxis, implica necesariamente la adscripción del modelo a una posición distinta de la teleológica, dentro del ámbito de la obligación moral que estamos tematizando. En este respecto, es posible encontrar planteamientos según los cuales los deberes de adecuación a estándares de calidad técnica y científica, así como la exigencia de desarrollar una buena praxis, están supeditados al principio de beneficencia¹⁷. Esto está presente dentro del marco normativo

¹⁶ Para acceder a esta guía, véase Pérez, Fernández-Hermida, Fernández, y Amigo, 2003.

¹⁷ Un planteamiento tal puede encontrarse en la siguiente cita, hecha en el contexto de una exposición general de los principios éticos que regulan la práctica médica, que desarrolla aquello que implica el Principio de beneficencia:

que regula la práctica médica. No obstante, por analogía, podemos pensar que el mismo tipo de consideraciones pueden estar presentes en el marco normativo de la psicoterapia basada en la evidencia. Esta analogía adquiere plausibilidad en la medida en que nuestro modelo analizado tiene explícitamente la pretensión de ser coherente con la práctica médica basada en la evidencia, lo que implica en cierta medida adscribir a un marco normativo similar que regula esa práctica. En consecuencia, supondremos la misma supeditación al principio de beneficencia en el contexto de la práctica basada en la evidencia en psicología.

Entonces, con la entrada del concepto de mala praxis, se introduce la posibilidad de que las exigencias normativas que estamos considerando estén supeditadas a un principio de beneficencia y no a un principio de utilidad. Evaluemos esta posibilidad interpretativa. El principio de beneficencia nos plantea que debemos hacer el bien y no realizar el mal (Frankena, 1973). Esto es coherente con la formulación que la APA hace de este principio, según la cual los psicólogos buscan beneficiar a aquellos con los que trabajan y se cuidan de no realizar daño (American Psychological Association [APA], 2002). Como vimos, las exigencias de calidad técnico-científica y de buena praxis pueden estar supeditadas a este principio. Sin embargo, afirmaremos que no es posible que estas exigencias se deriven directamente del principio de beneficencia, puesto que las intervenciones que cumplen con estas exigencias y que constituyen buena praxis no producen *sólo bien* de forma pura y, por ende, contravienen en sentido estricto el principio de beneficencia. Por ejemplo, con probabilidad, la aplicación de un tratamiento con apoyo empírico producirá cierto bien como

“Dirigir las acciones de la práctica médica a buscar el beneficio del paciente y de la sociedad, mediante la prestación de la atención médica”. Incluye los siguientes conceptos:

1. Todos los procedimientos médicos deben estar dirigidos a beneficiar al paciente.
2. Evitar cualquier acción que pueda dañar al paciente (Principio de no maleficencia): “Primero no hacer daño”.
3. Procurar que todos los actos médicos permitan lograr el máximo beneficio para el paciente, exponiéndolo al mínimo riesgo.
4. La atención médica debe otorgarse conforme a los estándares más altos de calidad.
5. El médico que otorga la atención debe hacerlo con apego a los conocimientos médicos vigentes. Para mantener la vigencia de sus conocimientos, el médico debe estar involucrado en un proceso de educación médica continua y actualizar su certificación con la periodicidad establecida.
6. El médico no debe atender a pacientes correspondientes a una especialidad diferente a aquella para la cual esté certificado, excepto en casos de urgencia cuando no se encuentre el especialista requerido, debiendo referirlo a dicho especialista en su oportunidad (Aguirre-Gas, 2005, p.506).

la reducción de cierta sintomatología y un aumento del bienestar del paciente, pero eso implicará también ciertos males como experiencias displacenteras, de incomodidad y de tensión, así como el gasto de dinero, de esfuerzo y de tiempo por parte de quien sostiene el tratamiento. Entonces, si estas exigencias se plantean en virtud de la producción de *bien* (dada su supeditación al principio de beneficencia), y si las intervenciones exigidas han de generar *cierto mal* (con probabilidad, ciertas sensaciones de displacer e incomodidad asociadas al tratamiento, costos del tipo de los costos médicos, etcétera), entonces lo más probable es que respondan de forma más inmediata al principio de utilidad, respondiendo de forma mediata al principio de beneficencia. Si se busca producir bien y no se puede evitar cierto mal, es probable que lo deseable en este caso, para esta perspectiva, sea la maximización del bien. En ese sentido, el principio de utilidad debe estar en algún tipo de relación de implicación con el principio de beneficencia. El primero debe suponer al último: de lo que se trata en última instancia es de hacer el bien.

Entonces, vemos que la exigencia de eficacia (por ende, el juicio normativo de nuestra hipótesis n°1), planteada bajo el concepto de mala praxis, ha de adscribir plausiblemente al principio de utilidad y, en último término, al principio de beneficencia. Es más, afirmaremos que la exigencia de eficacia, aún sin el concepto de mala praxis, debe referir al principio de beneficencia, en la medida en que consideramos que, en cierto sentido, el principio de utilidad debe suponer el principio de beneficencia: debe suponer la tendencia hacia la producción del bien a secas. Por lo tanto, bajo estas consideraciones, la última alternativa interpretativa que estuvimos considerando tampoco ha de ser necesariamente excluyente con la interpretación que ofrecimos y, más aún, puede hacerse coherente con la asociación de la psicoterapia basada en la evidencia al principio de utilidad.

Por otro lado, observemos que con la introducción del principio de beneficencia en el análisis que venimos desarrollando, se sugiere la posibilidad de que el marco normativo que estamos considerando no sea puramente utilitarista. Recordemos que una posición utilitarista sólo admite el principio de utilidad como el estándar último de determinación de la rectitud moral. Esa es su caracterización clásica y simple. Al incluir otros principios como estándares para la determinación de las acciones moralmente correctas u obligatorias dentro de nuestro marco normativo, nos acercamos a una posición distinta de la utilitarista. Más aún, con la introducción del principio de beneficencia en el marco normativo de la

práctica basada en la evidencia en psicología, se sugiere la posibilidad de que este marco ya no sea puramente utilitarista, sino deontológico.

Dado lo anterior, consideremos en mayor detalle la posibilidad que aquí fue esbozada, ahora en relación con las teorías deontológicas. Evaluemos la posibilidad de que el marco normativo ético de la práctica basada en la evidencia sea deontológico o de otra naturaleza. En este respecto, hay un hecho que resulta decisivo. La APA (2002) declara en uno de sus documentos oficiales, destinados a explicitar sus posicionamientos éticos y el código de conducta para los psicólogos, lo siguiente: se establecen cinco principios generales como ideales regulativos a los que tiene que tender el actuar del psicólogo y a los que tiene que atender a la hora de resolver problemáticas éticas (APA, 2002). Aquí, lo más razonable es pensar que el movimiento de la práctica basada en la evidencia en psicología adscribe a estos principios, en la medida en que es un movimiento amparado por la APA e institucionalizado en ella. Correlativamente, la misma adscripción puede pensarse para los defensores de los tratamientos con apoyo empírico en particular y el concepto de los mismos en general. Esto porque los tratamientos con apoyo empírico son una manifestación de la práctica basada en la evidencia en psicología, de modo que los primeros adhieren a los lineamientos de la segunda y, por ende, al marco normativo dado por la APA (2002).

Destaquemos, además, que los principios señalados por la APA (2002) son los siguientes: (1) El principio de Beneficencia y No-Maleficencia; (2) el Principio de Fidelidad y Responsabilidad; (3) el Principio de Integridad; (4) el Principio de Justicia; (5) el Principio del Respeto por los Derechos de las Personas y su Dignidad¹⁸ (APA, 2002). Revisemos el contenido general y fundamental de estos principios, considerando que su contenido total incluye mayores especificaciones respecto de conductas y situaciones particulares. El Principio de Fidelidad y Responsabilidad afirma que los psicólogos establecen relaciones de confianza con los que trabajan y son conscientes de sus responsabilidades científicas y profesionales con la sociedad y las comunidades con las que trabajan (APA, 2002). El Principio de Integridad establece que los psicólogos buscan promover la precisión, la honestidad y la veracidad en la ciencia, la enseñanza y en la

¹⁸ En su formulación original en inglés, los principios son los siguientes: *Principle A: Beneficence and Nonmaleficence; Principle B: Fidelity and Responsibility; Principle C: Integrity; Principle D: Justice; Principle E: Respect for People's Rights and Dignity* (APA, 2002).

práctica de la psicología (APA, 2002). El Principio de Justicia señala que los psicólogos reconocen que la imparcialidad y la justicia dan derecho a todas las personas a acceder y a beneficiarse de las contribuciones de la psicología y a igual calidad en los procesos, procedimientos y servicios desarrollados por psicólogos (APA, 2002). Por último, el Principio del Respeto por los Derechos de las Personas y su Dignidad establece que los psicólogos respetan la dignidad y el valor de todas las personas, y los derechos de los individuos a la privacidad, la confidencialidad y la auto-determinación (APA, 2002). Estos principios son propiamente deontológicos. Esto quiere decir que son constitutivos de una teoría deontológica y que, por lo tanto, no son propios de una posición utilitarista. En la literatura filosófica general relativa a este tópico (Frankena, 1973; Alexander y Moore, 2016), los principios como los descritos se adscriben típicamente a teorías deontológicas. Son principios distintos del principio de utilidad y, en cualquier caso, no pueden derivarse formalmente de él. En consecuencia, para ser coherentes con las distinciones y planteamientos hechos por la literatura filosófica en cuestión, afirmaremos la idea de que estos son principios de carácter deontológico. Consecuentemente, la adscripción a estos principios implica la adscripción a un posicionamiento deontológico.

Por lo tanto, la práctica basada en la evidencia en psicología y los tratamientos con apoyo empírico han de adherir a principios deontológicos. No obstante, siguiendo el análisis que realizamos, cabe afirmar que también responden al principio de utilidad. Esto nos lleva a la conclusión de que **el marco normativo de la práctica basada en la evidencia en psicología tiene que estar constituido por una teoría mixta**¹⁹. Tiene que ser una teoría deontológica, puesto que son precisamente ellas las que admiten otros estándares fundamentales además del principio de utilidad (Frankena, 1973), pero que incluye a éste último en el conjunto de principios por los que determina la rectitud moral y la obligatoriedad de una acción. En otra formulación, diremos que el marco normativo de la práctica basada en la evidencia en psicología está tajante y radicalmente constituido por el principio de utilidad, de modo que tiende a la maximización del bien, donde esa orientación (y el cálculo costo-beneficio que implica) está limitada por consideraciones deontológicas.

C.- Consideraciones sobre la teoría del valor no moral asociada a la práctica basada en la evidencia en psicología.

¹⁹ Para una ilustración y descripción de una teoría mixta, véase Frankena (1973).

Por último, hemos de tematizar los supuestos y consideraciones que el modelo de la práctica basada en la evidencia en psicología puede llegar a comportar en el ámbito de la teoría del valor no moral. Para ello, recordemos primero aquello que en general aborda la teoría del valor y la teoría del valor no moral. En coherencia con nuestras formulaciones anteriores, diremos que la teoría del valor no moral busca identificar cuáles son los fundamentos sobre los cuales podemos afirmar de determinadas cosas, actividades, experiencias y vidas que son buenas, deseables o que valen la pena como fines en sí mismos (Frankena, 1973). En ese sentido, la teoría del valor no moral establece qué tipo de cosas son buenas en un sentido no moral (o bien, qué cosas son deseables y valen la pena), qué tipo de valor se asocia a las cosas que se consideran buenas y cómo su bondad se relaciona con la bondad de otras cosas (Schroeder, 2016; Frankena, 1973). Entiéndase, en la formulación anterior y en las que siguen, cosas en un sentido amplio y no en un sentido restringido como productos estrictamente materiales. Asimismo, destaquemos que la teoría del valor se hace cargo de problemáticas asociadas a las cuestiones anteriores, como el problema de la cantidad existente de valores, de la incompatibilidad o inconmensurabilidad de valores, de la relación de las categorías evaluativas con categorías deónticas, etcétera (Schroeder, 2016). Sin embargo, en este apartado nos remitiremos fundamentalmente a las primeras cuestiones señaladas.

En primer lugar, destaquemos que es posible establecer una serie de diferencias sistemáticas por las cuales podemos distinguir lo que es bueno en sentido moral, de lo que es bueno en sentido no moral. En este respecto, Frankena (1973) indica que un valor moral se distingue de un valor no moral por el *tipo de objeto* del que se habla en uno y otro caso, así como por los *fundamentos* por los cuales se predica valor del objeto en cuestión. En el caso del valor moral, hablamos de personas, grupos de personas y elementos de su personalidad (rasgos de carácter, disposiciones, emociones, motivos e intenciones) (Frankena, 1973). En el caso del valor no moral, hablamos de objetos físicos, experiencias (como el placer, el conocimiento y la libertad) y formas de gobierno como la democracia (Frankena, 1973). Además, en lo que respecta a los fundamentos de nuestros juicios de valor, Frankena (1973) afirma que solemos juzgar la bondad moral de una acción o de una persona por referencia a los motivos, intenciones, disposiciones o rasgos de carácter que manifiesta, lo que no es el caso de los juicios relativos al bien no moral.

En este contexto, señalemos que hay una serie de distinciones que resultan fundamentales para la teoría del valor no moral y sus problemas. Es posible encontrar un conjunto de categorías tradicionales en la teoría del valor no moral, que en definitiva distinguen variados tipos de valor. Siguiendo a Frankena (1973), las categorías en cuestión son las siguientes:

- (1) Los *valores de utilidad o instrumentales*, que refieren a cosas que son buenas por su utilidad para algún propósito.
- (2) Los *valores extrínsecos*, que refieren a cosas cuyo bien está dado por el hecho de que son un medio para lo que es bueno.
- (3) Los *valores inherentes*, que son cosas que son buenas porque la experiencia de su contemplación es buena o satisfactoria en sí misma.
- (4) Los *valores intrínsecos*, que son cosas buenas en sí mismas, o bien, buenas en virtud de sus propiedades intrínsecas.
- (5) Los *valores contributivos*, referidos a cosas que contribuyen a una vida intrínsecamente buena, o bien, que son partes de la misma.
- (6) Los *valores finales*, referidos a cosas que resultan buenas desde una evaluación total, es decir, que considera su bondad en todos sus aspectos (instrumental, extrínseco, inherente, intrínseco, etcétera).

Puede llegar a pensarse que esta es una manera posible de clasificar los valores, en este caso con distinciones bien específicas. No obstante, en este respecto, hay quienes hablan solamente de valores instrumentales y valores intrínsecos en un nivel más general, donde cabe pensar que varias de las categorías que fueron enumeradas pueden caer bajo el concepto de instrumental o intrínseco. Aquí, una cosa es un valor instrumental en la medida en que es buena por su relación con otra cosa a la que lleva, mientras que suele pensarse que un valor intrínseco es una cosa buena por sí misma o por sus propiedades intrínsecas, ya no por su relación con otra cosa (Schroeder, 2016). Observemos, sin embargo, que esta distinción gruesa ha sido cuestionada en ocasiones (Schroeder, 2016).

A propósito de ello, existen visiones, por ejemplo, para las cuales la bondad misma es una propiedad intrínseca y el valor no instrumental es llamado *télico* o *final* (Korsgaard, 1983). No obstante, para efectos del análisis nos atenderemos a la distinción tradicional, dado el hecho de que es posible atribuirle plausibilidad y fecundidad para el desarrollo de hipótesis y análisis conceptuales, aun cuando sea objeto de problematización filosófica.

Finalmente, digamos algunas palabras en torno de la contraposición entre el hedonismo y el no hedonismo. Ambas posturas intentan determinar cuáles son los fundamentos por los cuales juzgamos que una cosa, actividad o experiencia es buena como fin en sí mismo, o bien, un valor intrínseco (Frankena, 1973). Esta distinción guarda estrecha relación con la distinción entre monismo y pluralismo en la teoría del valor, donde la problemática en torno de la que se discute es la cuestión de si hay uno o más valores fundamentales (Schroeder, 2016) Una posición hedonista identifica la felicidad con el placer o con la cualidad de ser placentero (Frankena, 1973; Sinnott-Armstrong, 2015). Siguiendo a Frankena (1973), el hedonismo también establece que todos los placeres son intrínsecamente buenos o que lo que es placentero es bueno en sí mismo, donde *sólo* los placeres son intrínsecamente buenos. Asimismo, una postura hedonista afirma que la cualidad de ser placentero es el criterio de la bondad intrínseca. Es lo que hace a las cosas buenas como fines. Por el contrario, para Frankena (1973), una postura no hedonista establece que la cualidad de ser placentero no es la *única* cualidad que hace de algo un valor intrínseco. En general, estas posiciones tienden a negar las premisas que describimos como propias del hedonismo, pero pueden llegar a incluir el placer como un bien fundamental o valor intrínseco. Junto con él, o en reemplazo de él, pueden identificar otros bienes con tal estatuto, como el conocimiento, la belleza, el poder, la libertad, etcétera (Frankena, 1973).

Situados todos estos planteamientos y distinciones, aboquémonos ahora a nuestro objeto de análisis, la práctica basada en la evidencia en psicología. Ahora bien, antes de comenzar con su tematización directa, hagamos una aclaración semántica. Hablaremos de *bien* o *bienes* para hablar de *las cosas que son buenas*, lo que no debe confundirse con la propiedad misma de ser bueno o bondad. Los términos *valor* y *valores* suelen cubrir esta distinción y llevar a confusión (Frankena, 1973). Sin embargo, cuando hablemos de valor en general, también referiremos a *las cosas que son buenas*. A cada una de esas cosas se

le podrá asociar un *tipo de valor* (por ejemplo, si es un valor que está dado por su relación con otra cosa y, por ende, un valor instrumental, o si es un valor intrínseco, etcétera).

Aclarado lo anterior, consideremos los bienes a los que tiende la actividad amparada en el modelo de la práctica basada en la evidencia en psicología. Dicho de otra manera, y a la luz de desarrollos anteriores de nuestro análisis, consideremos el tipo de bienes que le interesa producir como efecto de su actuar, en su tendencia a la maximización del bien. En este respecto, ya dimos algunas indicaciones en nuestra sección anterior relativa a la teoría de la obligación moral. Así, para identificar estos bienes, tomemos como material de análisis los objetivos y motivaciones relativos, en específico, a la práctica basada en la evidencia que pudimos encontrar en planteamientos explícitos de la APA. También consideremos las descripciones relativas a los tratamientos con apoyo empírico y nuestros análisis en torno de ellos. Por último, tomemos como objeto complementario la siguiente declaración de los objetivos de la APA en general, según la cual: los objetivos de la *American Psychological Association* serán promover la psicología como una ciencia y profesión y como un medio para la promoción de la salud, la educación y el bienestar humano a través del fomento de la psicología en todas sus ramas de la manera más amplia y liberal (American Psychological Association [APA], 2018)²⁰. Podemos pensar que la práctica basada en la evidencia en psicología adhiere a estos objetivos generales en tanto que es una orientación que, como vimos, está amparada e institucionalizada en la APA.

En consecuencia, tomando en consideración lo anterior, podemos señalar que a la práctica basada en la evidencia en psicología le interesa producir los siguientes bienes: (1) Salud pública; (2) Bienestar; (3) Calidad de los servicios psicológicos de salud; (4) Disminución de la sintomatología psiquiátrica; (5) Desaparición de los trastornos mentales. La declaración de objetivos generales de la APA refuerza la idea de que esta orientación tiende a la producción de salud y bienestar como bienes fundamentales. En esta declaración, también se señala la educación como objeto a promocionar, pero no lo consideraremos en mayor medida, dado el hecho de que nuestro campo de discusión es

²⁰ Esta descripción de los objetivos de la APA es nuestra traducción del planteamiento original formulado en inglés. Éste último es el siguiente: “*The objects of the American Psychological Association shall be to advance psychology as a science and profession and as a means of promoting health, education and human welfare by the encouragement of psychology in all its branches in the broadest and most liberal manner*” (APA, 2018, p.1).

estrictamente clínico. Entonces, los bienes que señalamos son los que pueden enumerarse en una primera formulación.

Ahora bien, hacia una segunda formulación, podemos plantear, primero, que la disminución de la sintomatología psiquiátrica y la desaparición de los trastornos mentales no son, en definitiva, bienes estrictamente distintos de los bienes de la salud y del bienestar. Puesto que, en última instancia, pareciera ser que la salud y el bienestar se conciben en términos de sintomatología y trastornos. Más en particular, los materiales de análisis que fueron revisados parecieran sugerir que la salud y el bienestar se conciben como la ausencia de sintomatología psiquiátrica y, por ende, como la ausencia de trastornos mentales. Más aún, como es posible considerarlo sobre la base de la noción de trastorno mental que fue señalada, la ausencia de sintomatología psiquiátrica y de trastornos mentales significa la presencia de un funcionamiento normativo de la función mental de un individuo. Esto último implica, a su vez, la presencia de un funcionamiento normativo de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo asociados a esa función mental. Asimismo, dada la noción en cuestión, esto implica la ausencia de un estrés clínicamente significativo y de discapacidad social, laboral o de otras actividades.

Por lo tanto, dada la identificación entre la salud y el bienestar con la desaparición de la sintomatología psiquiátrica y de los trastornos mentales, cabe afirmar que a la práctica basada en la evidencia en psicología le interesa producir salud y bienestar concebidos de un modo específico. Esto es, hay un interés por los bienes de la salud y el bienestar en tanto que un funcionamiento normativo del individuo, caracterizado por la ausencia de trastornos mentales, estrés y discapacidad. Además, hagamos notar en este punto que el mismo tipo de identificaciones no puede establecerse respecto del bien de la calidad de los servicios psicológicos de salud, que está referido a un fenómeno distinto. Por ello, este último bien ha de seguir siendo considerado de forma independiente. En consecuencia, ahora en una segunda formulación, diremos que a la práctica basada en la evidencia en psicología le interesa producir los siguientes bienes, a los cuales se les asocia una cualificación determinada: (1) Salud pública; (2) Bienestar; (3) Calidad de los servicios psicológicos de salud.

Por otro lado, consideremos con mayor extensión los *males* que a esta orientación en psicología clínica le interesa evitar. En otras palabras, tematicemos los males que esta

orientación toma en consideración en su tendencia a obtener el mayor balance de bien por sobre mal: los males que entran en el cálculo para la obtención de ese balance. Aquí, dado el interés visto en la salud, el bienestar y la satisfacción de vida, con todas las implicancias que esto tiene por mediación de la noción de trastorno mental, podemos establecer la siguiente hipótesis. Por oposición con lo anterior, esta orientación evita como males: (1) Dolor, como una experiencia contrapuesta a una experiencia de bienestar y satisfactoria; (2) Daños y perjuicios, entendidos eventualmente como el agravamiento de la sintomatología psiquiátrica, el desarrollo de un trastorno mental, la producción de estrés o el desarrollo de discapacidad. Luego, dadas las preocupaciones de este modelo por la rentabilidad y la capacidad de los servicios de dar cuenta de su desempeño frente a distintas instituciones y agentes²¹, esta orientación también supone como males a evitar lo siguiente: (3) Gasto de dinero; (4) Gasto de tiempo; (5) Gasto de esfuerzo; (6) Gasto de profesionales. En general, y por analogía con la medicina, estos males pueden agruparse bajo la categoría más general de *gastos médicos y del paciente* asociados a un tratamiento psicológico.

Para darle mayor plausibilidad a lo hasta aquí dicho respecto de los males, podemos señalar lo siguiente. En la literatura, es posible encontrar, en una exposición de las razones por las que hemos de medir los resultados de la psicoterapia y su efectividad, la idea de que una de las razones para ello es el evitar gastar dinero, tiempo y esfuerzo en algo que no está ayudando (Walton, 2012). Asimismo, es posible encontrar la idea de que debemos basar nuestra práctica clínica en la evidencia científica para evitar desarrollar intervenciones inseguras que produzcan efectos iatrogénicos, es decir, dañinos para el paciente (Salguero, 2016). Por ende, en la defensa de la psicoterapia basada en la evidencia que garantiza resultados, hay una preocupación por el gasto y por los efectos dañinos.

En este orden de ideas, hagamos algunas observaciones respecto de los últimos males que pudimos identificar, distintos del dolor y del daño. Destaquemos lo esencial que resulta en estos males la noción de *gasto*. Aquí, el fenómeno que se considera indeseable y, en ese sentido, normativamente malo, es el fenómeno de la *pérdida* de una serie de ítems disponibles. Esto nos puede llevar a pensar que, dentro del conjunto de consideraciones asociado al modelo que analizamos, se supone y se valora positivamente un *capital* de distintos elementos disponibles para su uso, a saber, dinero, tiempo, esfuerzo y

²¹ A esto se le suele llamar, en inglés, *accountability*. Tal es el término que se usa en los documentos trabajados.

profesionales. Este capital será propio de la institución que mantiene económicamente el desarrollo de los servicios psicológicos, o será el capital del paciente o receptor de los servicios que paga por los mismos. El dinero, el tiempo, el esfuerzo y los profesionales se sitúan como bienes, donde la pérdida y el gasto de los mismos se sitúan como males que han de evitarse en la producción de los bienes de la salud, el bienestar y la calidad de los servicios psicológicos. En ese sentido, en el conjunto de consideraciones de este modelo relativas a los males, hay una importante preocupación económica, junto a las preocupaciones por el detrimento en la salud entendido como desviación de una norma. Asimismo, notemos que en general la valoración del gasto y la pérdida dependen de la cantidad de capital disponible. Coherentemente con ello, podemos sugerir la hipótesis de que, en nuestro contexto de análisis, el tipo de gasto que se considera indeseable e inaceptable, y por ende un mal, depende de la cantidad de capital de bienes en cuestión del que dispone la institución y/o el receptor de los servicios, así como de las necesidades económicas de los mismos.

Por otro lado, tratemos de aplicar a estos bienes y males (o bien, en otra formulación, a este *sistema de valoraciones*) las distinciones que situamos en relación a los tipos de valor y en torno del hedonismo con su contraparte. Primero, tratemos de esclarecer las relaciones instrumentales que pueden establecerse entre los mismos bienes y males que constituyen el conjunto que describimos. Respecto de los bienes, la salud y el bienestar no parecen estar al servicio de otra cosa que ellos mismos, lo cual no es el caso de la calidad de los servicios psicológicos. Ésta última es una condición propia de una actividad que se concibe como un medio para la consecución de otros fines y bienes relativos a la salud mental de quienes reciben los servicios. Por lo tanto, es posible generar la hipótesis de que la salud y el bienestar se consideran dentro de este sistema como valores intrínsecos, mientras que la calidad de los servicios psicológicos se considera un valor instrumental. Del mismo modo, a los bienes cuyo gasto es objeto de preocupación económica se les atribuye típicamente un valor instrumental. El dinero, el tiempo, el esfuerzo y los profesionales disponibles para el desarrollo de servicios son bienes que tienen como consecuencia la obtención de otros bienes, como otros valores instrumentales o experiencias satisfactorias, salud y bienestar en tanto que fines en sí mismos.

En segundo lugar, tratemos de asociar a este sistema de valoraciones un posicionamiento hedonista o no hedonista. Para ello, observemos que los bienes que se

consideran valores intrínsecos implican una experiencia satisfactoria contrapuesta al dolor, la adecuación a un estándar normativo del funcionamiento del individuo y la capacidad de desarrollar actividades laborales, sociales u otras en contraposición a la discapacidad. Por extensión, es decir, si consideramos que al valorar un ítem se está valorando al mismo tiempo sus elementos constitutivos, cabe plantear la hipótesis de que se le atribuye valor a la cualidad de ser satisfactorio. Eso hace plausible, a su vez, la idea de que se considere la cualidad de satisfactorio como una cualidad que hace de un bien un valor intrínseco, acercándose el sistema de valoraciones en cuestión a un posicionamiento hedonista. Ello en la medida en que homologuemos la cualidad de ser satisfactorio con la cualidad de ser placentero, aunque esto puede llegar a cuestionarse. Sin embargo, destaquemos el hecho de que, sobre la base de las revisiones y observaciones realizadas, no hay información suficiente para poder concluir definitiva y tajantemente que es posible adscribir el sistema de valoraciones que estamos analizando a una posición hedonista. Sólo cabe observar que se establecen como valores ítems que implican una experiencia satisfactoria contrapuesta al dolor y que, por lo tanto, la cualidad de satisfactorio puede ser un criterio en virtud del cual se establecen valores intrínsecos. No obstante, no hay indicaciones suficientes para identificar esa cualidad con la cualidad de ser placentero y, luego, identificar el placer con la felicidad, es decir, para establecer tesis típica y constitutivamente hedonistas.

Asimismo, la adscripción del modelo de la psicoterapia basada en la evidencia a principios y limitaciones deontológicas sugiere el hecho de que, además de los bienes vistos, se valoren cuestiones como la repartición justa de los bienes, la dignidad humana y la autonomía, es decir, bienes distintos del placer. Además, la valoración de estos bienes puede estar dada por considerarlos placenteros o por otros criterios. En virtud de aquello, cabe la posibilidad de que haya un posicionamiento no hedonista, que establece criterios distintos de la cualidad de ser placentero para el establecimiento de valores intrínsecos y que, más en particular, distingue valores distintos del placer mismo. No obstante, queda claro en relación a estos bienes derivados de la adscripción a principios deontológicos que, dentro de las formulaciones del modelo, no son los bienes que se buscan producir como resultado del desarrollo de tratamientos psicológicos. Es decir, en los planteamientos explícitos del modelo y en la manera en que fueron descritos a través de nuestros análisis, no se deja entrever que, por ejemplo, una intervención clínica tienda a la producción de mayor autonomía o mayor dignidad humana, aun cuando el desarrollo de un servicio

psicológico puede estar limitado por y enmarcado en el respeto por la dignidad y autonomía humana. Consecuentemente, estos otros posibles bienes no son aquellos en virtud de los cuales se establece lo que es moralmente correcto, incorrecto y obligatorio, desde consideraciones teleológicas. Más en particular, estos no son los bienes que se consideran dentro de la producción de bien de una acción psicoterapéutica, a la hora de establecer qué acción psicoterapéutica es la que maximiza el bien en mayor medida y, por lo tanto, cuál de esas acciones es correcta moralmente, incorrecta u obligatoria.

En definitiva, en este respecto, mantendremos la cuestión de la adscripción a un posicionamiento hedonista o no hedonista abierta, dada la falta de información suficiente para su determinación. En este contexto, solamente concluiremos que, dentro del conjunto de bienes que fueron distinguidos, algunos implican una experiencia satisfactoria y sugieren la utilización de ese criterio como el estándar de determinación del valor intrínseco. Ello al mismo tiempo en que se pueden distinguir bienes que sugieren la posibilidad de que, junto con la cualidad de ser satisfactorio, se consideren otros criterios no hedonistas, como la adecuación a normas y estándares de excelencia, lo cual implica una posible adscripción a un posicionamiento no hedonista.

VII.- Conclusiones

Desarrollado nuestro análisis, destaquemos que la terminología de *práctica basada en la evidencia en psicología* ha resultado equívoca. En ocasiones, con esta denominación referimos a la orientación general que informa la práctica clínica con la evidencia científica y la experticia clínica, en el contexto de las características del paciente. Otras veces, referimos con esta denominación a los tratamientos con apoyo empírico en tanto que un tipo de prácticas psicoterapéuticas que son parte de esta orientación general. Y en otras instancias, con esta denominación señalamos la terapia cognitivo-conductual en tanto que tratamiento con apoyo empírico. A veces, afirmamos cuestiones respecto de todos estos sentidos y fenómenos, y otras veces afirmamos cuestiones respecto de uno o sólo algunos de ellos. Por lo tanto, a la hora de realizar conclusiones aquí, hemos de tener cuidado de hacer las distinciones semánticas y las delimitaciones de los alcances de lo que estamos concluyendo. De lo contrario, corremos el riesgo de concluir afirmaciones con fundamentación insuficiente. Hecha esta observación, procedamos a responder la pregunta de investigación que fue formulada y, consecuentemente, a dar cuenta del logro del objetivo de investigación que fue propuesto. Esto a través de la exposición sistemática y sintética de los supuestos y nociones del marco normativo ético de la orientación que analizamos, sobre la base de los cuales se establece el juicio de obligación moral de nuestra hipótesis de trabajo n°1.

En relación a las *concepciones sobre la naturaleza de la psicoterapia y su estructura teleológica*, es posible constatar que los tratamientos con apoyo empírico suponen una concepción de la psicoterapia como una práctica desarrollada por un profesional de la salud mental para personas con un trastorno mental, donde el objetivo inmediato de esta práctica es la remisión sintomática. Por lo tanto, la psicoterapia tiende en última instancia a la desaparición del trastorno mental y a la adecuación del individuo afectado a un funcionamiento normativo. Al mismo tiempo, en analogía con los psicofármacos, la psicoterapia se considera como un factor causal cuyos efectos esperados son la remisión sintomática. El movimiento general de la práctica basada en la evidencia en psicología en sus inicios históricos, principalmente a través de sus dos primeros cuerpos especializados, concibió a la psicoterapia de la misma manera. Asimismo, esta concepción debería ser compartida por las terapias cognitivo-conductuales cuando éstas sean calificadas como tratamientos con apoyo empírico. Por su parte, desde la perspectiva del concepto general

y actual de la práctica basada en la evidencia en psicología, no es posible determinar concluyentemente las consideraciones que este concepto supone en torno de la psicoterapia. Es posible que la psicoterapia se conceptualice de un modo más amplio en comparación con las suposiciones de los tratamientos con apoyo empírico. Sin embargo, esta conceptualización más amplia puede incluir la concepción que los tratamientos con apoyo empírico suponen. La psicoterapia puede realizarse para pacientes con un trastorno mental teniendo como objetivo la remisión sintomática, o puede tener receptores y objetivos distintos y más amplios que eso.

En relación a las *consideraciones en torno de la teoría de la obligación moral*, pudimos formular plausiblemente la hipótesis de que la orientación de la práctica basada en la evidencia en psicología adhiere a una teoría mixta. Según esta hipótesis, esta orientación adhiere a un conjunto de principios, en su mayoría deontológicos, que incluye al principio de utilidad. Más en particular, adhiere al principio de fidelidad y responsabilidad, al principio de integridad, al principio de justicia, al principio del respeto por los derechos de las personas y su dignidad, y al principio de beneficencia y no maleficencia, donde el principio de utilidad tiene que estar en algún tipo de relación de implicación con éste último. En virtud de estos principios e ideales regulativos, esta orientación debería determinar lo moralmente correcto, incorrecto y lo obligatorio. La adherencia a la teoría mixta que incluye a los seis principios mencionados se la atribuimos al concepto general y actual de la práctica basada en la evidencia en psicología. Esto implica que los defensores de los tratamientos con apoyo empírico y los defensores de la terapia cognitivo-conductual en tanto que tratamiento de esa naturaleza, adhieren a esta teoría y a estos principios. En una descripción final, planteamos que el marco normativo ético de la práctica basada en la evidencia en psicología se caracteriza por una tendencia a la maximización del bien limitada por un conjunto de consideraciones deontológicas más amplias, lo que supone una cuantificación y un cálculo de los bienes y males que se consideran en esta tendencia.

Además, en un nivel más específico, establecimos que esta orientación debe sostener una regla que formula un deber de eficacia o un deber de que la psicoterapia cumpla con los objetivos que se propone. Es plausible atribuirle esta regla a la orientación general de la práctica basada en la evidencia en psicología, que incluye a los tratamientos con apoyo empírico y la terapia cognitivo conductual. Junto con este deber, establecimos que esta orientación también debe suponer otra regla según la cual el actuar del psicólogo

debe estar basado en la evidencia científica, el mejor conocimiento disponible de la disciplina y las guías de acción profesional consensuadas por la misma, para constituir una buena praxis. Esta regla se la podemos atribuir a algunos defensores de los tratamientos con apoyo empírico cuyas posiciones pueden ser representativas de toda la comunidad de defensores de este tipo. A partir de aquello, podemos inferir que esta segunda regla puede serle atribuida eventualmente a la práctica basada en la evidencia en psicología en general, pero no contamos con la información suficiente para clarificar tajantemente esto. Asimismo, planteamos que ambas reglas estarían plausiblemente supeditadas de forma inmediata al principio de utilidad, y de forma mediata al principio de beneficencia.

Sobre la base de lo anterior, consideramos que los supuestos y argumentos que han de fundamentar el juicio de obligación moral de nuestra hipótesis fundamental de trabajo n°1, de manera más directa, son los siguientes. En primer lugar, en este caso, el principio relevante para la determinación de la obligatoriedad de los tratamientos con apoyo empírico y la prohibición de los tratamientos que no presentan sus características, es el principio de utilidad. Esto quiere decir que se exige de los tratamientos psicológicos que maximicen el bien, es decir, que produzcan el mayor balance posible de bien sobre mal, donde sólo son moralmente correctas y obligatorias las prácticas que produzcan ese mayor balance. Posteriormente, para poder afirmar el juicio de nuestra hipótesis, tiene que suponerse que los tratamientos con apoyo empírico son los que maximizan en mayor medida el bien, o que éstos son aquellos que producen el mayor balance de bien sobre mal. Para ello, hay por lo menos dos suposiciones posibles: (1) se puede suponer que los tratamientos que no tienen apoyo empírico en este sentido producen un balance de bien sobre mal menor que el que producen los tratamientos con apoyo empírico; y (2) se puede suponer que los tratamientos que no tienen apoyo empírico en este sentido no producen bien alguno. Luego, el resto de tratamientos que no cumplen con las condiciones necesarias y suficientes para ser considerados como tratamientos con apoyo empírico son moralmente incorrectos y prohibidos. Al mismo tiempo, desde esta perspectiva, los tratamientos sin apoyo empírico no cumplen con la regla del deber de eficacia ni con la regla de que el actuar del psicólogo debe basarse en la evidencia científica y en guías consensuadas de actuación. Además, todo lo anterior se desarrolla suponiendo que todos los tratamientos considerados respetan en la misma medida el resto de los principios que supusimos en el marco normativo ético de la orientación que analizamos. Por último, a partir de nuestro análisis se sugiere el hecho

de que, para esta perspectiva, *el que un tratamiento psicológico comporte un carácter científico en sentido amplio constituye una garantía de que el balance de bien sobre mal producido por este tratamiento es alto y, en definitiva, es el mayor, en relación a otras alternativas*. En este caso, que un tratamiento comporte un carácter científico quiere decir que es un tratamiento con apoyo empírico, que en ese sentido es eficaz y que constituye una buena praxis por su fundamentación en evidencia científica. En definitiva, sobre la base del principio de utilidad como criterio de determinación de la rectitud moral, y sobre la base de supuestos sobre los tratamientos y su carácter científico en general, se establece el juicio de nuestra hipótesis nº1.

En relación a las *consideraciones en torno de la teoría del valor no moral* podemos decir lo siguiente. Este ámbito teórico resulta fundamental para las consideraciones teleológicas que esta orientación comporta en el orden de la teoría de la obligación moral. En este respecto, pudimos determinar el sistema de valoraciones que la práctica basada en la evidencia en psicología supone en su marco normativo ético. Dicho de otro modo, identificamos el conjunto de elementos que esta orientación considera como valores o bienes y el conjunto de elementos que considera como males. El conjunto de elementos que considera como valores incluye el conjunto de bienes a los que tienden las prácticas que se realizan bajo el alero de este modelo. Asimismo, a partir de nuestro análisis, no pudimos asociar a este sistema de valoraciones un posicionamiento hedonista o uno no hedonista, dada la falta de información suficiente para ello. Existe información que sugiere la primera opción e información que sugiere la segunda.

Por una parte, en el conjunto de bienes, identificamos la salud, el bienestar y la calidad de los servicios psicológicos como fundamentales. Además, entre ellos sugerimos bienes como la dignidad humana, la autonomía y la justicia, en tanto que bienes considerados por los principios deontológicos del marco normativo en cuestión. Sin embargo, establecimos que los bienes que se tienden a maximizar como efecto de la acción psicoterapéutica son los primeros bienes fundamentales. Tales son los bienes que a la orientación que analizamos le interesa producir como efecto de la acción psicoterapéutica y, por lo tanto, éstos son los que se consideran fundamentalmente en el cálculo que establece el balance de bien sobre mal. Consecuentemente, estos son los bienes en virtud de los cuales se determina la rectitud moral y la obligatoriedad de las prácticas psicoterapéuticas, siempre y cuando se considere que todas las alternativas respetan en

igual medida los bienes considerados por los principios deontológicos. Asimismo, los bienes en cuestión se entienden de una manera específica. Se considera que el bienestar constituye una experiencia satisfactoria contrapuesta al dolor. A su vez, la salud se entiende como la presencia de un funcionamiento normativo del individuo y correlativamente como la ausencia de trastornos mentales, donde este funcionamiento normativo se caracteriza por la ausencia de estrés y de discapacidad laboral, social o de otra naturaleza.

Por otra parte, en el conjunto de males, identificamos el dolor, los daños, los perjuicios, y los gastos médicos y del paciente asociados al desarrollo de tratamientos psicológicos. Estos males también se entienden de un modo específico. Resulta plausible que, por lo menos en parte, los daños y perjuicios se han de entender como el agravamiento de la sintomatología psiquiátrica y eventualmente el desarrollo de un trastorno mental, y como la producción de estrés o el desarrollo de discapacidad en cualquiera de sus formas. En virtud de lo anterior, establecimos la hipótesis de que *el cálculo que establece el balance de bien sobre mal producido por una acción psicoterapéutica debe estar condicionado por las disposiciones y necesidades económicas de las instituciones y los pacientes que sustentan los servicios económicos en términos monetarios*. De este modo, el modelo comporta, junto con preocupaciones por la salud y el bienestar de los individuos, preocupaciones económicas significativas. Finalmente, digamos que las conclusiones que hemos señalado en el orden de la teoría del valor no moral se las estamos atribuyendo al concepto general y actual de la práctica basada en la evidencia en psicología, lo que implica que la misma atribución se hace al concepto de los tratamientos con apoyo empírico y a la terapia cognitivo-conductual.

En síntesis, el marco normativo ético de la práctica basada en la evidencia en psicología está atravesado por el principio de utilidad y establece una tendencia hacia la maximización del bien por sobre el mal, en el contexto de una serie de limitaciones deontológicas. Esa tendencia hacia la maximización del bien se desarrolla teniendo una concepción restringida de los bienes y los males de interés que se consideran en su cálculo. Los bienes que a este modelo le interesa producir, y en virtud de los cuales evalúa las propiedades normativas morales de la acción psicoterapéutica, se piensan en términos de sintomatología psiquiátrica, de salud en tanto que funcionamiento normativo y bienestar. Los males que esta tendencia evita se piensan en términos correlativos e incluyen cuestiones de orden económico. Asimismo, dentro de este marco, la concepción restringida

en torno de los bienes y males está asociada, a su vez, a una concepción restringida respecto de la psicoterapia y sus objetivos. Es frecuente que en este modelo se considere que la psicoterapia se desarrolla para pacientes afectados por un trastorno mental, teniendo como objetivo la remisión sintomática. Finalmente, a la hora de evaluar los tratamientos psicológicos y establecer imperativos como el juicio de obligación moral que hipotetizamos, quienes defienden este modelo tienden a suponer los principios señalados, las concepciones restringidas descritas y una serie de consideraciones generales en torno de los tratamientos psicológicos, su carácter científico y su capacidad de producción de bien.

VIII.- Discusión

Tal y como lo afirmamos, luego de la aparición institucional y el desarrollo de la práctica basada en la evidencia en psicología, se ha llevado a cabo en los últimos años una difusión de los tratamientos con apoyo empírico que tiende a prohibir y excluir las prácticas psicoterapéuticas que no son parte de este modelo. En virtud de la extensión, llamaremos a veces a esta difusión y tendencia llevada a cabo por quienes defienden los tratamientos con apoyo empírico como una difusión prohibicionista. Aquí, dentro de estos tratamientos con apoyo empírico, la terapia cognitivo-conductual ha sido particularmente importante. Esta difusión prohibicionista supone dos grandes amenazas. Primero, una amenaza para la producción científica y el trabajo psicoterapéutico en condiciones democráticas y de libertad. Segundo, una amenaza para las libertades civiles y la capacidad ciudadana de elegir los abordajes psicoterapéuticos de preferencia con libre acceso. Frente a esto, relevamos la necesidad de desarrollar una crítica sistemática de la práctica basada en la evidencia en psicología y los tratamientos con apoyo empírico, lo cual exigía una determinación del marco normativo ético y los argumentos de esta orientación en ese orden. Fue precisamente esto lo que realizamos a través del presente trabajo investigativo. Con la determinación de los supuestos y nociones que la práctica basada en la evidencia en psicología adopta para poder afirmar el juicio de obligación moral que hipotetizamos, se abren posibilidades de discusión, de crítica y de debate en este respecto.

Por una parte, hemos pretendido determinar los principios y criterios últimos en virtud de los cuales este modelo establece lo moralmente correcto, incorrecto y obligatorio (junto con sus diversas concepciones asociadas en torno de los ámbitos teóricos trabajados en el análisis). Por otra parte, hemos determinado las afirmaciones que este modelo debe hacer en un nivel más específico para sostener el juicio de obligación moral que articula la difusión prohibicionista. Estos juicios son evaluaciones respecto de los tratamientos psicológicos disponibles en general, su carácter científico, su eficacia y su capacidad de producción de bien. En este respecto, nos inclinaremos a pensar que los primeros principios y criterios que asume este modelo no son inmediatamente problemáticos por sí mismos. Recordemos que entre ellos destacan el principio de utilidad, el principio de beneficencia y un conjunto de otros principios deontológicos relativos a cuestiones como la responsabilidad, la justicia y la dignidad humana. Desde una perspectiva de derechos humanos y desde nuestro sentido común moral, parece plausible pensar que nos interesa

sostener estos principios, defender los bienes que ellos resguardan, y generar el mayor bien posible con la menor cantidad de mal producido como costo. De hecho, se ha llegado a plantear, a propósito de motivaciones teóricas distintas de las nuestras y en un ámbito de discusión diferente, que todas las psicoterapias refieren al principio de utilidad en general (Cruz, 2017). Sin embargo, tendemos a pensar que el segundo tipo de juicios mencionado resulta particularmente problemático y discutible. Del mismo modo, también nos resultan problemáticas las concepciones restringidas que el modelo en cuestión comporta respecto de los bienes de interés a producir, la naturaleza de la psicoterapia y sus objetivos. A continuación, señalemos algunas problematizaciones que son posibles de realizar en torno de estos juicios y consideraciones, para situar lineamientos para el desarrollo de investigaciones y debates futuros.

Dentro de los juicios evaluativos que señalamos, recordemos que esta orientación debe suponer, por lo menos, una de dos opciones. Esta orientación puede suponer que las psicoterapias que no constituyen un tratamiento con apoyo empírico producen un balance de bien sobre mal menor que el de los tratamientos con apoyo empírico. También puede suponer que los tratamientos que no presentan apoyo empírico en este sentido específico no producen bien alguno. Todo esto bajo las concepciones restringidas del bien que fueron señaladas. En cualquier caso, debe suponerse que los tratamientos con apoyo empírico producen siempre el mayor balance de bien sobre mal, mientras que los tratamientos sin apoyo empírico producen un balance menor, cualquiera sea la cantidad de bien sobre mal producido. Inferimos que, aquí, la científicidad cualificada de un tratamiento psicológico funciona como garantía de que el balance de bien sobre mal producido por él es alto y siempre el mayor. Frente a esto, afirmamos que estas suposiciones son evidentemente discutibles.

Dentro de la literatura relativa al tópico, se han formulado una serie de críticas y desacuerdos respecto de la práctica basada en la evidencia en psicología en general, sobre los tratamientos con apoyo empírico en particular, y en torno de los ensayos controlados aleatorizados. Hay críticas de carácter metodológico, epistemológico, clínico, político, etcétera. Se ha argumentado que los estudios de eficacia en psicoterapia y, por lo tanto, los ensayos controlados aleatorizados en este caso, presentan problemas respecto de la *validez externa*, es decir, respecto de su capacidad para generalizar los resultados clínicos que se observan en ambientes controlados al contexto natural de aplicación de la

psicoterapia (Seligman, 1995). Hay una serie de características y condiciones que diferencian un contexto del otro. Por ejemplo, se ha señalado que los pacientes en contextos naturales, en general, suelen presentar comorbilidad, es decir, múltiples diagnósticos psiquiátricos, o múltiples problemas, mientras que los pacientes en los que los tratamientos con apoyo empírico han mostrado eficacia sólo cumplen con un diagnóstico (Seligman, 1995). Al cambiar esa condición, la eficacia esperada del tratamiento con apoyo empírico en contextos naturales también cambia. Del mismo modo, se han planteado problemas respecto de la sensibilidad contextual y cultural de los tratamientos con apoyo empírico, levantando dudas respecto de su efectividad en el trabajo con grupos marginalizados u oprimidos, como los grupos étnicos devaluados, los miembros de la comunidad LGBTI+ y sujetos en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica (Tilsen y McNamee, 2015; Sue, Zane, Levant, Silverstein, Brown, Olkin y Taliaferro, 2014; Feltham, 2005). Más en general, es posible encontrar personas para las cuales la aplicación de un tratamiento con apoyo empírico no resulta efectiva (Feltham, 2005). Además, en otro orden de críticas, se ha planteado que los tratamientos con apoyo empírico implican acciones impositivas e ignoran la cuestión de las relaciones de poder (Tilsen y McNamee, 2015; Feltham, 2005). En definitiva, a través de estas observaciones, es posible señalar que la aplicación de un tratamiento con apoyo empírico no necesariamente va a resultar siempre en la producción del mayor balance de bien sobre mal, tal y como se piensa. No en todas las ocasiones, ni en todos los contextos, ni con todos los consultantes, la aplicación estandarizada e indiscriminada de tratamientos con apoyo empírico garantiza eficacia ni la mayor producción de bien.

Asimismo, queremos relevar en este punto el carácter problemático de las concepciones restringidas que el modelo en cuestión comporta sobre la naturaleza de la psicoterapia, su estructura teleológica y los bienes que la acción psicoterapéutica tiene que producir. En primer lugar, el sentido restringido de los bienes a los que se tiende, y de los objetivos de la psicoterapia, excluye la posibilidad de que a través del trabajo psicoterapéutico se promuevan y produzcan otros bienes cuya deseabilidad es pensable. En efecto, hay orientaciones psicoterapéuticas, o clínicas en general, que no formulan sus objetivos en términos de categorías psicopatológicas y que presentan lineamientos éticos distintos de las prescripciones que pudimos asociar a la práctica basada en la evidencia en psicología. Por ejemplo, piénsese en la terapia narrativa desarrollada por Michael White y

David Epston (1993), que tiende al desarrollo de nuevas construcciones identitarias, buscando que las nuevas identidades narrativas configuradas no estén dictadas por discursos hegemónicos, para potenciar el agenciamiento de los consultantes. Además, esto se desarrolla evitando considerar a los consultantes en términos de trastornos mentales y evitando la imposición de esas categorías a su experiencia (White y Epston, 1993) En otro ejemplo, en el psicoanálisis lacaniano (Fink, 1999), el trabajo analítico se orienta, entre otras cosas, hacia cierto reconocimiento de la realidad psíquica y el desarrollo de un saber-hacer con ella, lo que implica una asunción del deseo inconsciente. En ambos casos podríamos llegar a interpretar que se promueven la autonomía y la singularidad como bienes. Hay una concepción más amplia de los bienes a los que un trabajo clínico puede tender. Por lo tanto, es posible buscar la promoción de bienes distintos de los que asociamos a la psicoterapia basada en la evidencia y, de hecho, hay orientaciones clínicas que en la práctica promueven bienes distintos.

Planteado lo anterior, sugeriremos la idea de que la promoción y la tendencia a bienes distintos de la salud, entendida como la adecuación a un funcionamiento normativo y la ausencia de trastornos mentales, puede ser considerada deseable y, por ello, su exclusión *a priori* ha de constituir una limitación indeseable. Además, la concepción restringida de los bienes que a este modelo le interesa producir como efecto de la psicoterapia hace que el cálculo mismo por el que se determina el balance de bien sobre mal, producido por una acción psicoterapéutica, sea también restringido. Esto quiere decir que puede no considerar todos los bienes o valores relevantes para el bienestar total, o el mejor interés, del individuo que recibe tratamientos psicológicos. En coherencia con ello, cabe plantear el cuestionamiento sobre si el pensar el sufrimiento subjetivo en términos de trastornos mentales, y el plantearse como objetivo clínico sólo la remisión sintomática con la adecuación a un funcionamiento normativo, es lo que maximiza el bien en un sentido amplio y es lo que está al servicio del mejor interés del consultante.

Pero, más allá de aquello, señalemos que hasta aquí hemos indicado una serie de problematizaciones, susceptibles de desarrollo ulterior, que pueden realizarse respecto de los supuestos que hemos hipotetizado en el marco normativo ético de la orientación que analizamos. Ahora bien, hagamos notar en este punto que el juicio de obligación moral que atribuimos a los defensores de la difusión de los tratamientos con apoyo empírico que tiende a prohibir otras psicoterapias, responde a un problema general, a saber, el problema ético

de la delimitación de los tipos de terapias permitidas y los tipos de terapias prohibidas. Frente a esto, nuestras observaciones indican que los defensores de la difusión prohibicionista han ensayado una solución demasiado simple respecto del problema de la delimitación de las intervenciones clínicas permitidas y las prohibidas. Junto con ello, pareciera que la práctica basada en la evidencia en psicología realiza una comparación simple de los tratamientos psicológicos en cuestión. Esto sin llevar a cabo una interrogación por las condiciones que permiten desarrollar esa comparación de un modo pertinente y que le haga justicia a las actividades que están siendo comparadas.

De este modo, al establecer su juicio de obligación moral, y los juicios evaluativos respecto de los tratamientos en general que le son necesarios, los defensores de la difusión prohibicionista suponen que todos los tratamientos disponibles son comparables de forma simple. Establecen ciertos criterios de evaluación relativos a una manera particular de concebir la psicoterapia y su estructura teleológica, para luego aplicar ese criterio a todas las psicoterapias. Sin embargo, esta comparación no es sensible a los objetivos propuestos por las diversas intervenciones clínicas, ni a los bienes hacia los que tienden. Frente a esto, por ejemplo, cabe preguntarse si le hace justicia a la psicoterapia narrativa el evaluarla por su capacidad de generar remisión sintomática en un número fijo de sesiones, cuando precisamente sus pretensiones apuntan a generar otro tipo de cambios y fenómenos. En ese contexto, cabe plantear la pregunta de si es posible comparar las diversas psicoterapias en términos valóricos con referencia al mismo estándar, cuando puede pensarse que distintas psicoterapias promueven diferentes bienes o valores, donde los variados tipos de valores son típicamente inconmensurables. ¿Es mejor una psicoterapia que promueve la remisión sintomática en un grado determinado, o una psicoterapia que promueve la autonomía en un grado equivalente?

Considerando lo anterior, sugerimos que no basta con establecer una línea divisoria tajante entre ciertos tratamientos buenos (científicos) y ciertos tratamientos malos (ineficaces y probablemente pseudocientíficos). Sostenemos que este problema de delimitación ética debe abordarse desde una perspectiva más amplia que, a su vez, considere las problematizaciones que fueron señaladas y que parta de la base de concepciones más amplias de la naturaleza de la psicoterapia, su estructura teleológica y los bienes a los que puede tender la misma. No obstante, queremos señalar con énfasis que la propuesta ética de la psicoterapia basada en la evidencia, en este orden, sitúa un

aspecto crucial que debe ser considerado, a saber, el problema de la efectividad. Creemos que esta orientación enfatiza acertadamente el deber de eficacia y de calidad técnico-científica que tiene que asociarse a nuestras intervenciones. Puesto que, independientemente del abordaje clínico que profesemos, si hemos de estar sujetos al principio de beneficencia y al principio de utilidad, hemos de establecer ciertas garantías de que nuestra praxis genera un bien y de que el bien generado por esa praxis es mayor al mal que también produce como costo. Evidentemente, en coherencia con nuestros análisis, la investigación científica que se produzca, junto con las garantías de efectividad y de capacidad de producción de bien que se adosen a las intervenciones clínicas, no tienen que ser exclusivamente ensayos controlados aleatorizados, ni tampoco tienen que operar únicamente bajo las concepciones restringidas del bien de interés y de los objetivos psicoterapéuticos que fueron trabajadas.

Por lo tanto, queda abierto el problema de la delimitación ética de las intervenciones clínicas prohibidas y permitidas en psicología, particularmente en relación a la efectividad y el carácter científico de las mismas. Por último, señalemos que la consideración de este problema ético está estrechamente relacionada con el abordaje de cuestiones de orden metodológico y epistemológico. La resolución de las problematizaciones y discusiones que fueron indicadas requiere, por lo menos en parte, de análisis metodológicos y epistemológicos respecto de los alcances y limitaciones de la evidencia científica que se asocia a las diversas intervenciones clínicas. Esto debe considerar diversas metodologías de investigación y distintos tipos de intervenciones clínicas en psicología, con concepciones amplias respecto de sus objetivos y los bienes que promueven. De esta manera, se pueden realizar estimaciones sobre la efectividad de las intervenciones clínicas y su capacidad de producción de bien, ambas en un sentido amplio.

Por otro lado, aclaremos lo siguiente. Queremos destacar que lo que resulta especialmente problemático es la difusión de los tratamientos con apoyo empírico que se traduce en la prohibición y exclusión de otras prácticas psicoterapéuticas. La existencia misma de los tratamientos con apoyo empírico, en la medida en que no conlleva intereses prohibicionistas ni la intención de instalar un modelo hegemónico, no implica necesariamente la serie de consecuencias problemáticas por las cuales se hace perentoria su crítica. Más aún, la orientación general de la práctica basada en la evidencia en psicología tampoco representa un problema en este sentido. De hecho, se ha llegado a

plantear que este concepto y orientación general es compatible con otras orientaciones psicoterapéuticas. Desde un punto de vista sistémico-relacional, hay quienes han afirmado que la formulación amplia de la práctica basada en la evidencia es coherente con una psicoterapia sistémico-relacional que tome como suyo el principio de circularidad, es decir, que tienda hacia la autocorrección de sus intervenciones en función de los efectos que produce en la práctica (Tilsen y McNamee, 2015). Esto abre posibilidades de diálogo entre distintas orientaciones psicoterapéuticas que pueden llegar a contraponerse en el marco de una difusión prohibicionista como la descrita. A su vez, esto puede evaluarse positivamente, si se considera la necesidad de un diálogo entre orientaciones. Para algunos autores (Ramey y Grubb, 2009), un diálogo entre una perspectiva postmoderna y el discurso de la práctica basada en la evidencia es necesario, para el desarrollo de una colaboración en el ámbito metodológico, investigativo y clínico.

Dicho lo anterior, cabe hacer una serie de consideraciones respecto de las limitaciones del presente trabajo investigativo. En primer lugar, señalemos las dificultades y limitaciones que podemos asociar al hecho de que nuestro análisis e investigación tenga un carácter eminentemente conceptual y teórico. Sobre la base de un conjunto de materiales de análisis, a saber, planteamientos explícitos, textos, documentos, declaraciones de principios, etcétera, atribuimos a un modelo psicoterapéutico y a una comunidad científico-profesional una serie de supuestos con un carácter hipotético. En ese sentido, desarrollamos un trabajo con un valor interpretativo y heurístico. Por un lado, llevamos a cabo una interpretación que nos permite avanzar en la clarificación de las posiciones, supuestos y razonamientos subyacentes de un modelo que ha resultado problemático en sus consecuencias, más allá de sus planteamientos explícitos y sus conductas directamente observables. Para la clarificación de estas posiciones y razonamientos, un trabajo interpretativo de esta naturaleza es necesario. Por otro lado, los resultados de nuestro trabajo analítico nos ofrecen lineamientos, ideas y estructuras conceptuales que orientarán un trabajo investigativo y crítico posterior. Sin embargo, hicimos un análisis eminentemente teórico y no un trabajo de investigación empírica. No realizamos una producción de datos empíricos respecto de sujetos concretos que formen parte de la comunidad científico-profesional que abordamos. En ese sentido, es posible cuestionar el grado específico de representatividad que nuestras hipótesis tienen respecto de los sujetos concretos que forman parte de la comunidad de defensores de los

tratamientos con apoyo empírico y de la práctica basada en la evidencia en psicología. ¿Quiénes y cuántos de ellos comparten en la práctica efectivamente las posiciones, supuestos y razonamientos que hemos hipotetizado y atribuido a este modelo? ¿Cuál es la manera en que estas posiciones se distribuyen a través de la comunidad completa de representantes de la práctica basada en la evidencia en psicología? ¿Existen diferencias importantes en las posiciones de los defensores de los tratamientos con apoyo empírico más radicales y las de quienes abogan más ampliamente por una práctica basada en la evidencia en psicología sin un interés prohibicionista? El grado específico de representatividad en cuestión queda indeterminado, aunque a partir de nuestros análisis podemos llegar a suponer que es plausible que las posiciones que hipotetizamos son representativas en general de quienes defienden esta orientación psicoterapéutica. La evaluación de la representatividad empírica de nuestras hipótesis, así como de las comunidades y sujetos concretos que defienden este modelo psicoterapéutico, requiere de un trabajo investigativo empírico que en este caso no llevamos a cabo.

En segundo lugar, observemos que nuestra investigación no alcanzó a considerar aspectos posiblemente relevantes para el abordaje de los problemas que estamos tematizando. A partir de nuestros análisis y conclusiones, se esbozó la idea de que las exigencias normativas que asociamos a la práctica basada en la evidencia se relacionan de forma importante con una dimensión económica. Pareciera que la instalación de un modelo psicoterapéutico hegemónico, con sus consecuencias prohibicionistas problemáticas, así como el problema de la delimitación de las terapias prohibidas y permitidas (o bien, de la delimitación entre las terapias que se promueven y aquellas que se desalientan) guarda relación con cuestiones de orden económico. Asimismo, el hecho de que estos problemas hayan tenido alcances legales en algunas partes del mundo, con algunos agentes políticos participando en la discusión, sugiere la posibilidad de que también guarden relación con una dimensión política. En consecuencia, es posible llegar a inferir la posibilidad de que los aspectos económicos y políticos son relevantes para comprender, explicar y resolver cabalmente los problemas que aquí tematizamos: por una parte, el problema práctico de la instalación de un modelo hegemónico que prohíbe o desalienta el desarrollo de tratamientos que no tienen apoyo empírico en el sentido específico que vimos; por otra parte, el problema ético de la delimitación de las psicoterapias prohibidas y las permitidas. Frente a esto, como pudo observarse, nuestra investigación no tematizó en

detalle y profundidad las relaciones que estos problemas tienen con estos aspectos económicos y políticos. La consideración de estos aspectos puede llevar eventualmente a una nueva lectura de estos problemas y fenómenos.

En tercer lugar, cabe destacar el hecho de que nuestro trabajo constituye una investigación de carácter preliminar en relación al desarrollo sistemático, completo y exhaustivo de una crítica del modelo de la psicoterapia basada en la evidencia en sus variantes excluyentes y prohibicionistas. Del mismo modo, nuestra investigación es preliminar respecto de la construcción de una propuesta más amplia, en comparación con la solución que asociamos a las exigencias normativas de la práctica basada en la evidencia, sobre el problema ético de la delimitación de las psicoterapias prohibidas y las permitidas. Nuestra investigación constituye una condición de posibilidad para el desarrollo de esta crítica y trabajo posterior, en la medida en que esclarece y determina una serie de supuestos y nociones a propósito de los cuales se podrán formular nuevos argumentos y planteamientos. Pero no hemos culminado ni resuelto tajantemente los proyectos y problemas que fueron mencionados, a saber, la crítica sistemática del modelo que tematizamos y el problema de la delimitación ética de las psicoterapias.

En coherencia con lo anterior, mencionemos algunas proyecciones que pueden derivarse de nuestro trabajo investigativo. De las limitaciones y problematizaciones señaladas en esta discusión, se derivan posibilidades de investigaciones futuras concretas. En primer lugar, es posible llevar a cabo una investigación empírica que determine el grado en que los supuestos, nociones y posiciones que aquí fueron hipotetizadas, representan a quienes concretamente defienden la orientación de la psicoterapia basada en la evidencia. En línea con esta investigación empírica, también se puede evaluar en mayor detalle la presencia que tiene el modelo de la práctica basada en la evidencia en psicología, y las posiciones aquí hipotetizadas, en la realidad nacional, para dimensionar la medida en que este modelo puede resultar problemático en Chile y atender a los problemas éticos que puede tener asociados en nuestro país.

En segundo lugar, cabe realizar un análisis de la difusión prohibicionista que identificamos en términos económicos y políticos. A través de un análisis de esa naturaleza, se pueden hipotetizar motivaciones y razones propias del orden de lo económico y político que expliquen esta tendencia. En tercer lugar, se posibilita el desarrollo de la crítica

sistemática del modelo de la práctica basada en la evidencia en psicología que fue mencionada. Esto implica seguir desarrollando con mayor extensión y exhaustividad las problematizaciones que se mencionaron en esta discusión y que tocan, principalmente, a los supuestos que atribuimos al marco normativo de la práctica basada en la evidencia en psicología. Por ejemplo, se puede seguir problematizando la asunción de que los tratamientos con apoyo empírico son aquellos que producen el mayor balance de bien por sobre mal. Así, es posible desarrollar un trabajo que tienda a establecer cuáles son las ventajas y desventajas de los tratamientos con apoyo empírico en términos clínicos y en su producción de bien. Por último, incorporando lo aquí desarrollado (junto con diversos trabajos de orden epistemológico, metodológico y ético, entre otros), será posible desarrollar una propuesta de resolución de los problemas aquí trabajados, a saber, el problema de la delimitación de las terapias prohibidas y permitidas, el problema de la instalación de un modelo psicoterapéutico hegemónico que prohíba otras alternativas en virtud de su eficacia, así como el problema de la valoración y la comparación valórica de las distintas alternativas psicoterapéuticas.

IX.- Bibliografía

- Aflalo, A. (2015). *The failed assassination of psychoanalysis: the rise and fall of cognitivism*. Londres: Karnac Books.
- Aguirre-Gas, H. (2004). Principios éticos de la práctica médica. *Cirugía y Cirujanos*, 72(2), 503–510.
- Alexander, L., y Moore, M. (2016). Deontological ethics. En E. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Recuperado de <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/ethics-deontological/>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ta ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060–1073.
- American Psychological Association. (2018). Bylaws of the American Psychological Association. Recuperado de <https://www.apa.org/about/governance/bylaws/apa-bylaws.pdf>
- Aparicio, D. (17 de Noviembre de 2017). Psicoanalistas argentinos se oponen a los tratamientos basados en evidencia científica [Artículo]. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/psicoanalistas-argentinos-se-oponen-al-decreto-de-salud-mental-que-exigiria-tratamientos-basados-en-evidencia-cientifica/>
- Besser, M., y Moncada, L. (2015). Proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de terapeutas que tratan trastornos alimentarios: Un estudio cualitativo. *Psykhe*, 22(1), 69–82.
- Bohart, A. (2005). Evidence-based psychotherapy means evidence-informed, not evidence-driven. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1), 39–53.
- Calderón, C. (2003). Psicoterapia integrativa en el tratamiento de trastornos de personalidad: Estudio descriptivo de resultados terapéuticos. *Psykhe*, 12(1), 97–107.
- Campbell, A. (2002). Evidence Based Practice — Is it good for you?. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 23(4), 215–217.

- Chambless, D., y Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7–18.
- Chiles, J., Lambert, M., y Hatch, A. (2002). Medical cost offset: A review of the impact of psychological interventions on medical utilization over the past three decades. En N. Cummings, W. O'Donohue, y K. Ferguson (Eds.), *The impact of medical cost offset on practice and research* (pp. 47–56). Reno: Context Press.
- Cortés, A., Fernández, O., Capella, C., Espinosa, H., y Krause, M. (2018). ¿Qué es lo que cambia en la psicoterapia? La perspectiva de pacientes adolescentes con síntomas depresivos, sus terapeutas y observadores externos. *Psykhē*, 27(2), 1–15.
- Cruz, A. (2017). *¿Para qué sirve la psicoterapia? Crítica de la eficacia de las terapias contextuales en su relación con el problema ético de la psicología* (Tesis de pregrado). Universidad de Antioquía, Medellín.
- Dagnino, P., Valdés, C., de la Fuente, I., Harismendy, M., Gallardo, A., Gómez-Barris, E., y de la Parra, G. (2018). Impacto de la personalidad y el estilo depresivo en los resultados psicoterapéuticos en pacientes con depresión. *Psykhē*, 27(2), 1–15.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 85–99.
- Feltham, C. (2005). Evidence-based psychotherapy and counselling in the UK: Critique and alternatives. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1), 131–143.
- Ferro, R., y Vives, C. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panacea*, 5(16), 97–99.
- Fink, B. (1999). The ethics of psychoanalysis: A lacanian perspective. *Psychoanalytic Review*, 86(4), 529–545.
- Fishman, D. (2000). Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: Proposal for a new, electronic "Journal of pragmatic case studies." *Prevention & Treatment*, 3(1), 8a.
- Frankena, W. (1973). *Ethics*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Holmes, D., Murray, S., Perron, A., y Rail, G. (2006). Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(3), 180–186.
- Holmes, J. (2002). All you need is cognitive behaviour therapy?. *British Medical Journal*, 324, 288–294.
- Iglesias, M. (16 de Noviembre de 2017). La reglamentación de la Ley de Salud Mental desató una polémica. *Clarín*. Recuperado de https://www.clarin.com/sociedad/polemica-decreto-modificaria-ley-salud-mental_0_BkuJrikf.html
- Korsgaard, C. (1983). Two distinctions in goodness. *Philosophical Review*, 92(2), 169–195.
- Mellado, A., Pérez, C., Suárez, N., Dagnino, P., Gloger, S., y Krause, M. (2018). Autocriticismo en pacientes con depresión y su repercusión en el abandono de psicoterapias breves: Explorando el rol mediador de la alianza terapéutica y el rol moderador de la edad de los pacientes. *Psykhe*, 27(29), 1–18.
- Montesinos, L. (2000). La herencia de Sergio Yulis: una perspectiva personal. *Revista Chilena de Psicología*, 21, 105–110.
- Pascual, J., Frías, M., y Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 1–8.
- Pérez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (Eds.). (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Ramchandani, P., Joughin, C., y Zwi, M. (2001). Evidence-based child and adolescent mental health services: Oxymoron or brave new dawn? *Child Psychology & Psychiatry Review*, 6(2), 59–64.
- Ramey, H., y Grubb, S. (2009). Modernism, postmodernism and (evidence-based) practice. *Contemporary Family Therapy*, 31(2), 75–86.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., y Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71–72.

- Salguero, M. (5 de Agosto de 2016). "Última llamada" para los psicólogos clínicos que no basan su práctica en la evidencia científica [Artículo]. Recuperado de <http://rasgolatente.es/ultima-llamada-los-psicologos-clinicos-no-basan-practica-la-evidencia-cientifica/>
- Schroeder, M. (2016). Value theory. En E. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Recuperado de <https://plato.stanford.edu/archives/fall2016/entries/value-theory/>
- Seligman, M. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974.
- Sinnott-Armstrong, W. (2015). Consequentialism. En E. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Recuperado de <https://plato.stanford.edu/archives/win2015/entries/consequentialism/>
- Sox, H., y Woolf, S. (1993). Evidence-based practice guidelines from the U.S. Preventive Services Task Force. *Journal of the American Medical Association*, 269(20), 2678.
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611–631.
- Stevens, K., y Méndez, D. (2007). Nuevas herramientas para la psicología clínica: las terapias basadas en la evidencia. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1(3), 174–371.
- Sue, S., Zane, N., Levant, R., Silverstein, L., Brown, L., Olkin, R., y Taliaferro, G. (2006). How well do both evidence-based practices and treatment as usual satisfactorily address the various dimensions of diversity? En J. Norcross, L. Beutler y R. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 329–374). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Tilsen, J., y McNamee, S. (2015). Feedback informed treatment: evidence-based practice meets social construction. *Family Process*, 54(1), 124–137.
- Valdés, N. (2014). Underlying cognitive mechanisms associated with the emotional work: Analysis of depressive patients' verbal expressions. *Psykhé*, 23(1), 1–17.
- Valdés, N., Krause, M., Vilches, O., Dagnino, P., Echavarri, O., Ben-Dov, P., Arístegui, R., y de la Parra, G. (2005). Proceso de cambio psicoterapéutico: Análisis de episodios relevantes en una terapia grupal con pacientes adictos. *Psykhé*, 14(2), 3–18.

- Vera-Villaroel, P., Montesinos, L., y Prieto, A. (2006). Análisis y terapia del comportamiento en Chile: Orígenes, estado actual y proyecciones. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 24, 47–58.
- Vera-Villaroel, P., y Mustaca, C. (2006). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 551–565.
- Walton, R. (8 de Enero de 2012). Measuring therapy progress, effectiveness and outcomes [Artículo]. Recuperado de <http://www.colonialbh.org/about-us/news-and-events/measuring-therapy-progress-effectiveness-and-outcomes.aspx>
- Westen, D., y Bradley, R. (2005). Empirically supported complexity: Rethinking evidence-based practice in psychotherapy. *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), 266–271.
- White, M., y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Woolf, S., y Atkins, D. (2001). The evolving role of prevention in health care: Contributions of the U.S. Preventive Service Task Force. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(3), 13–20.
- Yates, B. (1994). Toward the incorporation of costs, cost-effectiveness analysis, and cost–benefit analysis into clinical research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 729–736.