

La psicoterapia como relación entre sujetos y el papel de los protocolos de tratamiento

Javier Manjón González y María Eugenia de la Viuda Suárez. Psicólogos clínicos, Centro de Salud Mental de Cangas del Narcea (Asturias)

Recibido 09/01/2022

Resumen

En los últimos 20 años el debate entre los Factores Comunes y los Tratamientos con Apoyo Empírico (TAE) ha sido uno de los más relevantes para la práctica clínica. El enfoque TAE con origen en la investigación sobre fármacos (Medicina Basada en la Evidencia), promueve el uso de técnicas específicas y protocolos de tratamiento. Los Factores Comunes, por el contrario, señalan la validez de múltiples psicoterapias, la cual estaría basada en dimensiones comunes a todo tratamiento, y no tanto en el uso de técnicas específicas.

El proceder médico y farmacológico encaja razonablemente dentro de un marco de acción instrumental, en el que el acto sanitario se ejerce a fin de modificar ciertos parámetros fisiológico-anatómicos. Pero la psicoterapia es mejor entendida como una relación entre sujetos, ya que el paciente, el *objeto* de la acción terapéutica, es también un sujeto, y no un parámetro.

Por ello los protocolos como secuencias prefijadas de acciones del terapeuta (ideal para la investigación por su replicabilidad y pertinencia metodológica), implican una suerte de eliminación del sujeto. Cabe entonces entender el sentido de los protocolos de tratamiento como marcos de sentido, de problemas pertinentes, de soluciones indicadas. Como una forma de conocimiento flexible sobre el problema y su funcionamiento y manejo.

Palabras clave: psicoterapia, protocolos, Tratamientos con Apoyo Empírico, Factores Comunes.

Abstract

Psychotherapy as a relationship between subjects and the role of treatment protocols

The EST approach is an extension to psychotherapy of the methodology used in drug research (Evidence-Based Medicine) and promotes the use of specific techniques and treatment protocols. The Common Factors indicate the validity of multiple psychotherapies, which would be based on dimensions common to all treatment, and not so much on the use of specific techniques.

The medical and pharmacological procedure fits reasonably within a framework of instrumental action, in which the medical act is exercised in order to modify certain biologicals parameters. But psychotherapy is better understood as a relationship between subjects, since the patient, is not a parameter.

For this reason, protocols as predetermined sequences of actions by the therapist, could imply a kind of elimination of the subject. It is therefore necessary to understand the meaning of the treatment protocols not as a script of action but as frameworks of meaning, of pertinent problems, of indicated solutions. As a form of flexible knowledge about the problem and its functioning and management.

Key words: Psychotherapy, Protocols, Empirically Supported Treatments, Common Factors.

La psicoterapia como relación entre sujetos y el papel de los protocolos de tratamiento

Javier Manjón González y María Eugenia de la Viuda Suárez. Psicólogos clínicos, Centro de Salud Mental de Cangas del Narcea (Asturias)

Recibido 09/01/2022

§ 1. Tratamientos con Apoyo Empírico vs Relaciones Terapéuticas Basadas en la Evidencia

Por poner desde el principio las cartas sobre la mesa, plantearemos que los objetivos de este texto pasan por matizar el valor de los Tratamientos con Apoyo Empírico (TAE) para la práctica de la psicoterapia. En este sentido pretendemos un principio de precaución frente al salto adelante positivista que suponen dichos TAE, una llamada a la medida en la traslación de los hallazgos de investigación a la práctica clínica, y finalmente una llamada de atención frente al exceso de protocolización y al uso sistemático de protocolos estandarizados como *buena práctica* en la actividad clínica.

Los Tratamientos con Apoyo Empírico se han propuesto a partir de los años 90 como la solución de cuño científico para la mejora de los resultados en psicoterapia. Esto ha generado una reseñable controversia sobre la posibilidad de que los resultados en psicoterapia dependan de la eficacia de técnicas específicas, a lo que se ha opuesto el planteamiento de que la causa de la eficacia residiría en factores comunes a distintas psicoterapias en los que la relación terapéutica tendría un papel significativo. Este debate es sin duda central en la literatura psicoterapéutica en las últimas décadas. Desde este marco general, y las contradicciones que emanan de él, plantearemos la necesidad de comprender la psicoterapia como una relación entre sujetos, y los problemas de no hacerlo así. El uso de los protocolos de tratamiento resulta un aspecto especialmente crítico que nos servirá como piedra de toque en estas cuestiones.

Numerosas personas acuden a las consultas de psicoterapia buscando algún tipo de alivio, mejoría o solución a sus problemas. Un primer interrogante que surge sin duda

es ¿de qué forma sucede ese alivio, cuáles son los métodos, procedimientos o marcos de trabajo que se van a poner en práctica en esa consulta?

La psicoterapia es un ámbito complejo y diverso, en el que hay una enorme variabilidad de prácticas. Valga como muestra que un manual de diagnóstico de trastornos mentales como el *DSM 5* (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) incluye más de 300 diagnósticos, y que algunos autores han contabilizado más de 500 tipos de psicoterapias (Wampold e Imel, 2015). Si por otro lado apreciamos las particularidades específicas de cada caso individual, la variedad de situaciones y problemas con la que nos encontramos en consulta es prácticamente infinita.

Y entonces, de nuevo ¿cuál es la forma más adecuada de proceder en consulta? En las últimas décadas, a partir de los años 90, se dio la emergencia del paradigma de los Tratamientos con Apoyo Empírico. Así, inspirados en la Medicina Basada en la Evidencia (Gordon Guyat 1991) surgiría la Psicoterapia Basada en la Evidencia. Esta propuesta, con el aval de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología, busca poner a prueba empíricamente los tratamientos psicoterapéuticos con una metodología exigente que busca la mayor validez interna. El referente metodológico son aquí los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), al modo en que se realizan en la investigación de fármacos. Para alcanzar estos estándares se busca que los tratamientos sean manualizados y protocolizados, a fin de asegurar una aplicación repetida y replicable, y se pretende el mayor control y selección de pacientes y patologías. Es un formato dirigido a probar la eficacia diferencial de las distintas técnicas puestas a prueba. Permite, finalmente, generar listados de tratamientos eficaces que sirvan de referencia y guía para la práctica clínica (American Psychological Association, 1995; Chambless *et al.*, 1996 y 1998; Chambless y Ollendick, 2001). Esto, en un sentido positivista, permitiría el avance seguro del conocimiento y la práctica.

No obstante, siguiendo a Castelnuovo (2010), destacaremos que este enfoque de los TAE presenta problemas:

- 1) De representatividad. No se invierte por igual en poner a prueba todas las terapias. Incluso parecería que algunas (cognitivo conductuales, por ejemplo) se acomodan mejor al formato de prueba, y que otras (psicodinámicas, humanistas)

- resultan más difíciles de someter a los habituales procesos de verificación empírica.
- 2) De Generalización. Las terapias que han probado su eficacia en situaciones *puras* de investigación, con frecuencia tendrían menos efectividad bajo condiciones reales, en contextos naturales, con pacientes con múltiples problemas y diagnósticos concurrentes, y con iniciativas y visiones personales y diversas.
 - 3) De diseminación. El uso de los TAE en la práctica clínica parece menos frecuente de lo esperable si verdaderamente aportan una solución significativa.
 - 4) De disponibilidad. Los TAE con frecuencia no están disponibles, o están disponibles en formatos insuficientes. Obviamente ningún clínico tiene la posibilidad de formarse en todos los TAE, y aun poseyendo ese conocimiento no siempre puede aplicarlo en condiciones óptimas.

Estas y otras consideraciones hicieron que surgiera el enfoque de la Práctica Basada en la Evidencia (American Psychological Association, 2005). Lo que se reconoce aquí es que la práctica adecuada debe basarse en tres pilares. El primero es, sin duda, la mejor investigación disponible, donde se incluyen los TAE. Pero además se reconoce explícitamente la importancia de la experiencia clínica del terapeuta, y también de las características, preferencias y cultura del paciente. De este modo se establecen tres patas para sostener la práctica clínica. Con ello se flexibiliza significativamente la relación entre investigación y práctica.

Aún podemos señalar otras cuestiones que no encajan con la filosofía de los TAE. Una de ellas es la lealtad al modelo personal del terapeuta, lo cual limita su flexibilidad a la hora de aplicar tratamientos. Nos referimos aquí a que cada terapeuta se forma con una o varias escuelas de psicoterapia generalmente y, además, con el tiempo puede adaptarlas generando un modelo personal de trabajo. Eso condiciona su forma de entender y abordar los problemas psicológicos. De este modo, la lealtad a su modelo de trabajo limita el rango de la flexibilidad que le es posible a la hora de aplicar tratamientos. Existe evidencia empírica de que la lealtad al modelo terapéutico en investigación es un factor robusto que condiciona los resultados de las investigaciones (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017), lo cual sugiere que podría tener peso también para la aplicación de tratamientos.

Otro aspecto que reseñar es la importancia de la *responsividad*, entendiendo por tal la adaptación del terapeuta al contexto y a la conducta del paciente. Esta cualidad se opone al uso de intervenciones predeterminadas, y por tanto al uso de protocolos manualizados y de manuales de tratamiento. La habilidad para atender y adaptarse al presente, en suma, se opondría a la habilidad para aplicar protocolos preestablecidos. En este sentido Webb, De Rubeis y Barber (2010) han señalado que en los tratamientos manualizados la adherencia y competencia en el modelo podrían ser factores no ligados al resultado. De modo más explícito, se ha señalado que el uso de manuales de tratamiento, aun teniendo aspectos positivos, no mejora los resultados de la psicoterapia (Duncan y Miller, 2005; Wampold e Imel, 2015), y que la adherencia a manuales podría incluso perjudicar la competencia, como respuesta contextual (Wampold e Imel, 2015).

Es también destacable la evidencia en torno a los *Supershrinks*, que podríamos traducir por 'superterapeutas'. Esta evidencia nos permitiría asomarnos a lo que Gimeno, Barrio y Álvarez (2018) han denominado como «terapeutas empíricamente validados»: algunos profesionales obtienen mejores resultados que otros, independientemente del enfoque en el que se basen. Las diferencias entre profesionales explican más resultados que el modelo de tratamiento (Okiishi *et al.*, 2003, Baldwin e Imel, 2013). Incluso se ha escrito que las variables demográficas del terapeuta (edad, género, cualificación, profesión, años de experiencia (Chow, 2014), el tipo y cantidad de entrenamiento y la orientación teórica (Okiishi *et al.*, 2003) no predicen resultados.

Aún a mayores, existen líneas de investigación que, a través principalmente de meta análisis de estudios existentes, defienden que distintas terapias serían equivalentes en sus resultados. Se ha apuntado que la terapia es más eficaz que el no tratamiento, pero las diferencias entre escuelas no son significativas (Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Smith y Glass, 1977). También que las diferencias entre tratamientos son modestas (Shapiro y Shapiro, 1982; Shadish, Matt, Navarro y Phillips, 2000), e incluso que el efecto de distintas terapias, aplicadas rigurosamente, es equivalente (Wampold *et al.*, 1997; Wampold e Imel, 2015).

Estos estudios, entre otros factores, han fortalecido la propuesta de que, dado que diversas psicoterapias son similarmente eficaces, su utilidad derivaría de dimensiones

comunes a todo tratamiento, y no del uso de técnicas específicas. Se trataría de los llamados *factores comunes*: variables o elementos de la terapia psicológica que aparecen en la mayoría de modelos de terapia, que no son exclusivos de un tratamiento determinado, y que han sido investigados por sus efectos terapéuticos.

Este enfoque de los Factores Comunes ha generado también una corriente de investigación y literatura empírica, las Relaciones Terapéuticas Basadas en la Evidencia, (Norcross y Lambert, 2019; Norcross y Wampold, 2019) que viene avalada por la División 29 de la Asociación de Psicología Americana. Dicho enfoque se opondría por tanto a los Factores Específicos que se buscan en los Tratamientos con Apoyo Empírico.

Por ejemplificarlo, y aunque las clasificaciones son amplias y recogen más elementos, dentro de los elementos de la relación terapéutica con apoyo empírico (Norcross y Wampold, 2019), se han señalado como eficaces los siguientes: alianza, colaboración, consenso en metas, cohesión en terapia grupal, empatía, consideración positiva y uso de *feedback*.

El de los Factores Comunes es un enfoque que busca capitalizar los recursos de los clientes, activar su potencial de cambio, aprovechar sus expectativas y el efecto de una relación terapéutica adecuada. En los TAE el centro de atención es la técnica, ejecutada por el terapeuta. En los Factores Comunes lo que se destaca es el cliente y sus dimensiones y acciones de cambio.

A modo de conclusión, Norcross (Infocop, 2015) señala que una

...revisión basada en 50 años de resultados de investigaciones determina que el éxito de la terapia es atribuible a los siguientes factores, en el orden que sigue: El paciente, la relación terapéutica, el terapeuta individual, los métodos particulares que se emplean. [...] No obstante, el amplio volumen de guías de orientación se centra en técnicas de tratamiento concretas, e ignora los factores más consecuentes.

Los resultados en psicoterapia no dependerían, por tanto y para este enfoque, de la maestría en el diagnóstico, la técnica y el manual. Dependerían por el contrario de la habilidad para establecer relaciones productivas que favorezcan que los clientes alcancen lo que desean o necesitan. Lo cual no excluye dimensiones técnicas ni uso de técnica, pero las sitúa en un plano diferente.

Hemos recorrido hasta ahora la propuesta de los Tratamientos con Apoyo Empírico como solución positivista a los problemas de los resultados en psicoterapia. Hemos revisado las contradicciones de este enfoque. También hemos planteado el modelo de los Factores Comunes como alternativa, también con apoyo empírico, a los TAE.

Queremos señalar ahora el papel crítico de los protocolos de tratamiento en este debate. Efectivamente dentro de los TAE, el ideal investigador serían protocolos de tratamiento secuenciales, especificados y replicables, de modo que puedan aplicarse de modo idéntico en cada acto investigador y nos permitan por tanto llegar a conclusiones válidas sobre su contribución a los resultados. Por el contrario desde el punto de vista de los Factores Comunes, el cuidado a la relación podría hacer prescindible cualquier protocolo de tratamiento. Vamos a dejarlo aquí por ahora.

§ 2. La psicoterapia como relación entre sujetos

Revisaremos aquí aspectos, conceptuales, epistemológicos y ontológicos de la situación de psicoterapia, para así disponer de un mejor marco de comprensión de los problemas que hemos venido señalando.

Los Tratamientos con Apoyo Empírico buscan formular una Psicoterapia Basada en la Evidencia. Para ello toman el modelo de la Medicina Basada en la Evidencia. En esta propuesta, y en especial en la investigación de fármacos, el ideal investigador viene dado por los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA). En los ECA se busca el máximo control de variables, de modo que se pueda asegurar, con la máxima validez interna, que los resultados observados provienen del tratamiento farmacológico aplicado. Definido de un modo sencillo, en un ECA se realiza una asignación aleatoria de los sujetos al grupo de control, al que se le administrará un placebo, y al grupo de tratamiento, al que se le administrará un fármaco activo, de modo que las características de estos sujetos se repartan de modo homogéneo en ambos grupos. Se enfatiza además el doble ciego, consistente en que ni el paciente ni el médico sepan si la persona está recibiendo placebo o medicación activa, y si acaso fuera preciso y posible también el triple ciego, en el que el evaluador de los resultados del tratamiento tampoco sabe a qué grupo pertenece el sujeto que está evaluando.

La investigación médica en general, y la investigación de fármacos en particular, traen aparejadas algunas características particulares. Cuando investigamos la eficacia de un fármaco, estamos investigando el efecto del fármaco sobre la fisiología del paciente, en suma el efecto de un acto médico sobre la fisiología del paciente. Cabe entonces entender este acto como una actuación sobre parámetros, en este caso fisiológicos. A mayor o menor dosis del fármaco correspondería una mayor o menor respuesta, mediada por dimensiones fisiológicas que son las que explican el resultado final. Si bien el cuerpo humano tiene una enorme complejidad, la medicina trata, con mayor o menor éxito, de acotar esta acción fisiológica basándola en parámetros, es decir, magnitudes que funcionan según reglas. Los parámetros por tanto son magnitudes que reaccionan según reglas predecibles, y no agentes que actúan según iniciativas personales. El modelo ideal para esta situación sería el de un sujeto, el médico, que actúa sobre un problema del paciente, definido según parámetros fisiológicos sobre los que se actúa para alcanzar cambios.

Al trasladar este paradigma a la psicoterapia trasladamos no sólo una metodología de investigación sino también ciertos conceptos que lleva asociados. Lo que hacemos entonces es buscar tratamientos puros que aplicamos a grupos puros de pacientes, sin comorbilidades que puedan *contaminar* el efecto del tratamiento. La técnica se convierte en un análogo del fármaco, y es el componente activo que queremos poner a prueba. Por tanto debe ser controlable, y para ello debe ser estandarizada y manualizada de modo que pueda ser aplicada de forma idéntica en cada ocasión, ya que esto es un requisito metodológico del modelo de investigación. Si la técnica se aplica de una manera diferente en cada ocasión, aun en caso de que encontremos eficacia en el tratamiento, no sabríamos a qué atribuirlo. Además se minimizan, ignoran o controlan los factores del terapeuta, del paciente, de las relaciones entre ambos y del contexto de cambio, considerándolas como variables extrañas o como irrelevantes.

Como vemos, al aplicar este modelo de los TAE a la psicoterapia incorporamos además sus particularidades. Y una muy relevante es que, en el límite, buscamos protocolos terapéuticos definidos como secuencias de acción predeterminadas por el psicoterapeuta. Esto permite la maximización del control experimental, y es el ideal para la validación de tratamientos, por replicable. Lo que pide entonces la metodología

es una psicoterapia entendida mayoritariamente como práctica unidireccional, dirigida desde la persona que aplica el tratamiento. Las variaciones, modificaciones y cambios exigidos desde el paciente y su particular visión del problema tienen poca cabida en este enfoque.

Los procedimientos terapéuticos definidos de esta manera son los que luego se validan y se proponen como buenas prácticas. Lo relevante aquí es que este formato establece una suerte de eliminación del sujeto. No del sujeto terapeuta, que se mantiene activo, toma decisiones y promueve acciones. Pero sí del sujeto paciente. El paciente ideal ejecutaría las acciones que se le piden y describen, y se comportaría como un medio *neutro*, como una perfecta correa de transmisión que traspasa las indicaciones del terapeuta a sus acciones y su vida.

Sin embargo este tipo de relación terapéutica entre personas es, cuando menos, improbable. Por tanto se hace necesario conceptualizar la psicoterapia como encuentro entre sujetos, entre dos como mínimo. Tanto el terapeuta como el paciente son sujetos, y con ello aportan su conocimiento, iniciativa, preferencias, deseos, ánimo, afecto e intereses a una situación psicoterapéutica en la que se intentan modificar los procesos intervinientes en aquel problema que se pretende solucionar.

Entonces no es posible para el terapeuta actuar directamente sobre el problema del paciente. Más bien diríamos que el terapeuta puede actuar con el paciente, que es el que actúa con su problema. Se trata por tanto de una relación sujeto-sujeto, en la que la acción del terapeuta es interpuesta, sucede porque induce al paciente a actuar de otro modo sobre su problema. Podemos contraponer entonces una acción, en la terapia farmacológica, en la que el terapeuta pretende actuar sobre el problema de su paciente, en particular sobre sus parámetros fisiológicos, a una situación psicoterapéutica que es necesariamente una relación entre sujetos, en la que el terapeuta actúa con el paciente, que es el que efectivamente interviene en su problema.

Aquí podemos entender que los ajustes *contextuales* del protocolo, es decir, las variaciones que suceden al aplicarlo en situaciones *reales* y con pacientes *reales*, son difícilmente evitables. Lejos de ser errores eludibles, se trata en realidad del modo en el que el paciente recupera su espacio como sujeto, exigiendo modificaciones y variaciones que podían no estar incluidas en la versión original del tratamiento que el terapeuta tiene en mente. Las variaciones del protocolo en la práctica, lejos de ser

errores evitables, son la recuperación del espacio del paciente como sujeto. Si bien la metodología de los TAE puede pretender teóricamente eliminarlo, la práctica clínica nos lo devuelve intacto.

Los ECA intentan convertir al paciente, al terapeuta, a la relación entre ambos y al contexto en un entorno neutralizado y no activo en el que aplicar los tratamientos activos. Pero estos elementos regresan generando *ruido y error* en la aplicación real de los tratamientos activos. Este *ruido y error* no son sino la recuperación del espacio del paciente como agente activo.

Por tanto ignorar la psicoterapia como relación entre sujetos genera un «retorno de lo reprimido», en el que los pacientes nos recuerdan que son agentes y reclaman su lugar. Hemos visto este «retorno de lo reprimido» en anomalías y cuestionamientos de los TAE que recordaremos brevemente:

- 1) La dificultad de ejecución estricta de protocolos, que siempre precisan incorporar variaciones a la hora de su aplicación práctica.
- 2) La popularidad reducida de los TAE en la práctica clínica, sorprendente dado que si efectivamente permiten mejorar los resultados sería esperable un uso generalizado de los mismos.
- 3) La necesidad de reformular los TAE de un modo más flexible como Práctica Basada en la Evidencia (PBE), y con ello reducir el peso relativo de los datos de investigación en la actividad clínica.
- 4) Los estudios que señalan la equivalencia de numerosas terapias.
- 5) Los estudios que confirman la importancia de los Factores Comunes como elementos que contribuyen al resultado.
- 6) La importancia de la responsividad y atención al momento presente frente al uso de manuales por parte del terapeuta.
- 7) Que las diferencias entre profesionales expliquen más resultados terapéuticos que el modelo de terapia que usan dichos profesionales. Dicho de otro modo, que los resultados de una psicoterapia dependerían más de quien sea el terapeuta, que de cuál sea el modelo terapéutico que utilice.

Mencionamos al principio del texto que uno de los objetivos que pretendemos es una llamada a la medida en la aplicación práctica de los resultados de la investigación

sobre los Tratamientos con Apoyo Empírico. Aludíamos también al exceso del salto adelante positivista de los TAE. Nos referimos con esto a posiciones como las de Labrador y cols. (2003) cuando señalan que identificar y difundir qué tratamientos son eficaces supone múltiples ventajas, entre ellas ayudar a establecer el concepto de *buena o mala práctica profesional* más allá de valoraciones subjetivas.

La dificultad que encontramos aquí es que el modelo de los TAE tiende, por su metodología de validación, a identificar tratamientos con tratamientos protocolizados, organizados y concebidos como la aplicación prefijada y detallada de técnicas por parte del terapeuta, por analogía con un tratamiento farmacológico, que es el referente de investigación. Y esta propuesta, llevada a la práctica clínica sin la necesaria flexibilidad, podría ser en sí misma una mala praxis, ya que hay dimensiones colaborativas, relacionales, contextuales y relativas a la acción del paciente que no se ven recogidas en ese planteamiento y son esenciales.

Digamos que la metáfora del científico o el investigador trabajando sobre un problema cumple sin duda muchos requisitos metodológicos. Pero se ajusta mal a la práctica clínica, quizá por exceso de solipsismo. Una metáfora alternativa, y más adecuada a la psicoterapia, es la del baile a dos (o más de dos, si pensamos en sesiones de pareja o familiares). La iniciativa puede llevarla uno u otro, es importante guiar y dejarse guiar, pero sobre todo es preciso integrar la colaboración y coordinación de las acciones de ambas personas.

§ 3. Algunas conclusiones finales

Hemos revisado uno de los problemas centrales de la psicoterapia en las últimas décadas, aquel que busca establecer si los resultados de la psicoterapia dependerían más de factores específicos o de factores comunes, con sus dos derivadas empíricas, los Tratamientos con Apoyo Empírico frente a las Relaciones Terapéuticas Basadas en la Evidencia. Hemos concluido que los TAE parecen estar concebidos bajo un modelo de acción sujeto (médico) frente a problema (fisiológico), mientras que la acción psicoterapéutica se acomoda mejor a un modelo de relación entre sujetos. Y hemos mostrado cómo las contradicciones de estos planteamientos se expresan en el uso de protocolos en la práctica clínica.

Finalmente queremos resaltar que: los Tratamientos con Apoyo Empírico son precisamente un referente empírico, muestran que hay *symploké*, que no todo está conectado con todo, apuntando a que los problemas funcionan de ciertos modos, y no de otros, y que habrá abordajes mejores y peores según el tipo de problema.

Los Factores Comunes, o Relaciones Terapéuticas basadas en la evidencia, nos muestran a su vez la importancia de capitalizar los recursos del paciente y los modos de hacerlo, y apoyan la contribución clave del paciente, terapeuta y la relación entre ambos al resultado terapéutico.

En lo tocante a los protocolos en clínica, tanto abordajes muy estandarizados y estructurados, con protocolos detallados, como muy laxos, en forma de conversaciones abiertas, pueden tener su lugar.

Pero cabe destacar que los protocolos definidos como secuencias de acción preestablecidas y detalladas que aplica el terapeuta tienen importantes inconvenientes: menos sentido ecológico, aplicación más limitada, menor conexión y pertinencia para la vida de las personas, más riesgo de abandono ante lo que se percibe como una imposición o a lo que no se advierte el interés o beneficio. Su fondo conceptual hemos señalado que apunta a una eliminación del paciente como sujeto. También apunta a una reducción del margen de elección, tanto de terapeuta como de paciente, ya que las acciones terapéuticas vienen preestablecidas, lo cual implica además una reducción de las posibilidades de ajuste entre terapeuta y cliente.

Los protocolos más respetuosos con el cliente como sujeto son más bien mapas, marcos de sentido, que señalan posibilidades, problemas típicos, modos de funcionamiento que contribuyen a mejorar o empeorar los problemas y cómo manejarlos.

Más que determinar acciones, señalan posibilidades y cristalizan el conocimiento en acciones adecuadas bajo ciertas condiciones. Permiten así optimizar la relación, la iniciativa y el conocimiento de paciente y terapeuta. De este modo, más que reducir el rango de elecciones, lo que hacen es dotar de un mayor sentido que permita mejores elecciones de las acciones y cursos terapéuticos más adecuados.

Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, Asociación Americana de Psiquiatría.
- American Psychological Association (2005), *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, <<https://www.apa.org/practice/resources/evidence>> [15/09/2021]
- American Psychological Association. Task force on promotion and dissemination of psychological procedures (1995), «Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations», en *The Clinical Psychologist*, 48 (1), 3-23.
- Baldwin, S. A. y Z. E. Imel (2013), «Therapist effects: Findings and methods», en M. J. Lambert (comp.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley, 258-297.
- Castelnuovo, Gianluca (2010), «Empirically supported treatments in psychotherapy: towards an evidence-based or evidence-biased psychology in clinical settings?», en *Frontiers in Psychology*, 52, 685-716, <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2010.00027/full>> [10/09/2021]
- Chambless, D.L.; M. J. Baker; D. H. Baucom; L. E. Beutler; K. S. Calhoun; P. Crits Christoph; A. Daiuto; R. DeRubeis; J. Detweiler; D. A. F. Haaga; S. B. Johnson; S. McCurry; K. T. Mueser; K. S. Pope; W. C. Sanderson; V. Shoham; T. Stickle; D. A. Williams y S. R. Woody (1998), «Update on empirically validated therapies II», en *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D.L.; W. C. Sanderson; V. Shoham; S. Bennet Johnson; K. S. Pope; P. Crits-Christoph; M. Baker; B. Johnson; S. R. Woody; S. Sue; L. Beutler; D. A. Williams y S. McCurry (1996), «An update on empirically validated the therapies», en *The Clinical Psychologist*, 49, 5-22.
- Chambless, D. L. y T. H. Ollendick (2001), «Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence», en *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chow, Daryl (2014), *The study of supershrinks: Development and deliberate practices or highly effective psychotherapists*. Australia, Curtin University.
- Duncan, Barry L. y Scott D. Miller (2005), «Treatment Manuals Do Not Improve Outcomes Institute for the Study of Therapeutic Change», en J. Norcross; R. Levant y L. Beutler, *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, D.C., American Psychological Association Press, 140-49.
- Gimeno Peón, Alberto; Anxo Barrio Nespereira y María Teresa Álvarez Casariego (2018), «Psicoterapia: Marca Registrada», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38 (133), 131-144
- González-Blanch, César, y Laura Carral-Fernández (2017), «¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces», en *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94-106, <<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2828.pdf>> [20/09/2021]
- Guyatt, Gordon H. (1991), «Evidence-based medicine», en *American College of Physicians Journal Club*, 114 (suppl. 2), A-16.
- Infocop, (2015), «La mayoría de las Guías Clínicas no siguen la evidencia científica. Entrevista a J. C. Norcross», en *Infocop*, <http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5852> [25/09/2021].

- Labrador, Francisco Javier; Miguel Ángel Vallejo; Manuela Matellanes; Enrique Echeburúa; Arturo Bados y Javier Fernández Montalvo (2003), «La eficacia de los tratamientos psicológicos», en *Infocop*, n.º 84
<<https://academica-e.unavarra.es/xmlui/handle/2454/28148>> [07/09/2021].
- Luborsky, L.; B. Singer y L. Luborsky (1975), «Comparative studies of psychotherapies. Is it true that “everywon has one and all must have prizes”?», en *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Norcross, J. C., y M. J. Lambert (comps.) (2019), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 1: Evidence-based therapist contributions*, 3.ª ed. New York, Oxford University Press.
- Norcross, J. C., y B. E. Wampold (comps.) (2019), *Psychotherapy relationships that work. Vol. 2: Evidence-based responsiveness*, 3.ª ed. New York, Oxford University Press.
- Okiishi J; M. J. Lambert; S. L. Nielsen; B. M. Ogles (2003), «Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects», en *Clinical Psychology Psychotherapy*, 10 (6), 361-73.
- Shadish, W. R.; G. E. Matt; A. M. Navarro y G. Phillips (2000), «The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis», en *Psychological Bulletin*, 126 (4), 512-529.
- Shapiro, D. A. y D. Shapiro (1982), «Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement», en *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Smith, M. L. y G. V. Glass (1977), «Meta-analysis of psychotherapy outcome studies», en *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Wampold, Bruce E.; Zac E. Imel (2015), *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work*, 2.ª ed. New York, Routledge.
- Wampold, Bruce E.; Gregory W. Mondin; Marcia Moody; Frederick Stich; Kurt Benson y Ahn Hyun-nie (1997), «A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, “All Must Have Prizes”», en *Psychological Bulletin*, 122 (3), 203-215.
- Webb, Christian A.; Robert J. Derubeis; Jacques P. Barber (2010), «Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review», en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (2), 200-211.

