

Evaluación Objetiva de los Tratamientos Psicológicos: Modelos Basados en la Ciencia*

Objective Evaluation of Psychological Treatments: Science-Based Models

ALBA ELISABETH MUSTACA

Instituto de Investigaciones Médicas, Conicet / Universidad de Buenos Aires, Argentina

Resumen

En los últimos años han aumentado las investigaciones clínicas que utilizan el método científico para su validación, en gran parte influenciadas por el movimiento de los tratamientos con apoyo empírico (TAE) iniciado en la década de 1990. Se presentan los antecedentes de los TAE, sus objetivos y resultados, así como dos modelos de intervención que complementan a los TAE: las investigaciones sobre qué tipo de relación terapéutica predice más el éxito en las terapias, y las que buscan optimizar los sistemas de atención de salud mental. Se concluye que la mayoría de los TAE son técnicas que se basaron en la psicología experimental y que el método científico es la mejor herramienta con la que se cuenta para enfrentar el complejo problema de la conducta humana.

Palabras clave: método científico, psicología experimental, relación terapéutica, tratamientos con apoyo empírico (TAE).

Abstract

The last few years have seen an increase in clinical research that uses the scientific method for its validation, mainly due to the influence of the empirically supported treatments (ESTs) movement that started in the 1990s. The article describes the background, objectives, and results of ESTs, as well as two intervention models that complement them: one that promotes research on the type of therapeutic relation that guarantees greater success of the therapies, and one that seeks to optimize mental health care systems. The conclusion is that most ESTs are techniques based on experimental psychology, and that the scientific method is the best tool available to address the complex problem of human behavior.

Keywords: scientific method, experimental psychology, therapeutic relation, empirically supported treatments (ESTs).

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Alba Elisabeth Mustaca, IIM "A. Lanari" - Psicología Experimental y Aplicada (PSEA), Ctes. de Malvinas 3150, 1427 Bs. As, Argentina. Correos electrónicos: mustaca@gmail.com, albamustaca@gmail.com

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

RECIBIDO: 6 DE DICIEMBRE DEL 2010 - ACEPTADO: 25 DE ABRIL DEL 2011

* Este trabajo fue parcialmente financiado por subsidios de Conicet, Agencia de Promoción y Desarrollo de la Secretaría de Ciencia y Técnica, y por Ubacyt. La autora agradece los comentarios de Elio Cumelén Campitelli sobre medicina basada en la ciencia, de Lucas Cuenya y de los revisores anónimos que ayudaron a mejorar el artículo.

CUANDO COMENTÉ en qué consistía el enfoque de las Terapias con Apoyo Empírico (TAE) a personas familiarizadas con el método científico, pero que no tenían mucho contacto con la psicología, se quedaron sinceramente sorprendidos y preguntaron: “¿Cómo? ¿Existen psicoterapias que no se basan en ensayos clínicos?”. Tuve que reconocer que la mayoría de los enfoques terapéuticos que se practican carecen de validación científica, desde los clásicos estudios experimentales donde se comparan varios tratamientos incluido el grupo placebo (sin tratamiento), hasta otros cuasiexperimentales. La excepción fueron las terapias cognitivas-conductuales (TCC), que desde sus orígenes, hacia finales de 1950, realizaron investigaciones clínicas usando una metodología científica, probablemente porque derivaron de la investigación básica en psicología (e. g., Wolpe, 1958). El movimiento de las TAE, en la década de 1990, al establecer criterios para la validación de los tratamientos psicológicos, extendió el uso del método científico con fines de validación a todo tipo de intervenciones. Presentaré algunos antecedentes de las TAE y sus resultados, y también otros modelos donde se enfatizan las relaciones psicoterapéuticas y de sistemas de salud (Reisner, 2005).

Medicina Basada en la Evidencia

La historia de los tratamientos de enfermedades físicas no es diferente a la de las intervenciones psicológicas. Desde la antigüedad existen numerosos tratamientos que se supone que curan. Las sangrías realizadas por las sanguijuelas, a las que colocaban sobre una incisión en el cuerpo de la persona para que se alimente de su sangre, es el ejemplo más claro de prácticas médicas usadas desde la antigüedad, que a veces provocaba que el enfermo acabara desangrándose o ahogándose en su propia sangre. Con el advenimiento de la ciencia médica, esa técnica fue abandonada, aunque curiosamente resurgió nuevamente en los últimos años. En efecto,

algunos estudios hallaron que, mientras el animal se alimenta, secreta una saliva que contiene una compleja mezcla de sustancias con propiedades analgésicas, antiinflamatorias y coagulantes. Actualmente las sanguijuelas se suelen usar para la artritis, la miastenia grave, la trombosis y algunos desórdenes de la sangre (e. g., Singh, 2010). Sin embargo, hay trabajos que muestran que el tratamiento con estos animales puede producir infecciones locales que complican el cuadro en vez de mejorarlo (e. g., Schnabl et al., 2010). Se puede concluir que aún no hay una información segura de su validez como tratamiento. Nótese las diferencias del uso de las sangrías por sanguijuelas entre antes y ahora. Probablemente su práctica indiscriminada tuvo un fuerte componente aprendido. La inmediata disminución del dolor y el alivio del enfermo percibido por el médico debían actuar como un reforzamiento negativo para ambos. Aunque a largo plazo los enfermos podían morir, a corto plazo, mejoraban. En cambio, actualmente el estudio básico de los componentes de la saliva e investigaciones clínicas pueden recomendar su uso, sin desestimar otros tratamientos tal vez menos riesgosos. Con este ejemplo se puede sintetizar la clave de la medicina basada en la evidencia y, como veremos después, la de las TAE: evaluar con métodos científicos la eficacia, eficiencia y efectividad de las terapias en las distintas patologías.

La medicina basada en la evidencia es un movimiento para mejorar la calidad clínica, que se potenció con la observación de la falta de fundamento de algunas prácticas médicas. Aproximadamente a partir de 1960 se empezó a aplicar el diseño de los ensayos clínicos al campo médico. El concepto de medicina basada en pruebas lo proclamó David Eddy en 1982 y su desarrollo mundial fue en 1992, influenciado por un grupo de investigadores canadienses. El proceso de la medicina basada en la evidencia tiene varias etapas: (a) formulación de una pregunta clara y precisa a partir de un problema

clínico, (b) búsqueda de la literatura de artículos originales relevantes y apropiados para el problema, (c) evaluación crítica de la validez y utilidad de los artículos encontrados (nivel de evidencia) y (d) aplicación de los resultados a la práctica clínica tomando en cuenta su contexto y sus preferencias.

Tratamientos Psicológicos Basados en la Evidencia

La medicina basada en la evidencia se extendió rápidamente al ámbito de la psicología aplicada. Aun cuando hay antecedentes de investigaciones clínicas (e. g., Eysenck, 1957) en los trabajos de los psicólogos conductuales, la necesidad de una evaluación objetiva de los tratamientos en las demás escuelas psicoterapéuticas no existía hasta la aparición del movimiento de las TAE (véase Mustaca, 2004a, 2004b; Vera-Villarreal, 2005). En Estados Unidos y Canadá, la definición de estos criterios surge ante la demanda social, política y económica que se vivía en ambos países a principios de los años 1990, que exigía conocer qué psicoterapias daban resultados ante un mercado de más de 400 tipos de intervenciones psicológicas existentes (Beutler, 2000).

Para aunar criterios de validez, la División 12 de la Asociación de Psicólogos Americanos (APA) creó en la década de 1990 un grupo de trabajo para la promoción y difusión de los tratamientos psicológicos (grupo Tarea, *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*). Sus objetivos se centran en (a) el establecimiento de criterios de validación empírica de las intervenciones; (b) la elaboración y difusión de listas de las TAE basadas en estudios sistemáticos de las investigaciones publicadas en un conjunto de revistas científicas de distintos grupos de investigación; (c) la elaboración y publicación de manuales de procedimientos de las TAE, y (d) el control del entrenamiento profesional en TAE. En cuanto al primer punto, se clasificaron las intervenciones en función de que cumplan o no con criterios de validación

en tratamientos: (a) *bien establecidos*, (b) *probablemente eficaces* y (c) *experimentales* (Chambless, Baker, Baucom, Beutler & Calhoun, 1998; Chambless & Hollon, 1998).

Los criterios de validación tienen en cuenta la calidad de los diseños de investigación que se emplean para evaluar los tratamientos, que pueden ser experimentales o cuasiexperimentales, así como la exigencia de replicaciones por parte de varios grupos de investigación y la generalización a medios comunitarios. Para mejorar la calidad de las investigaciones clínicas aleatorizadas y su publicación, se suelen usar los protocolos tipo Consort (en castellano: Normas Consolidadas para la Publicación de Ensayos Clínicos). Se trata de una guía con 22 ítems y un diagrama de flujo que se debe tener en cuenta cuando se diseñan investigaciones clínicas para evitar realizar estimaciones sesgadas (véase Almanza-Muñoz & De Roux-Reyes, 2002).

En la página web de la División 12 de la APA están descritas las acciones del grupo Tarea. Allí se encuentran las listas de las TAE actualizadas y evaluadas para los distintos trastornos, una descripción sintética de cada tratamiento con referencias bibliográficas y lugares donde hay posibilidad de entrenamiento (en EE. UU.), la difusión *online* de su revista *The Clinical Psychologist*, entre otras informaciones de interés. De este modo, el grupo Tarea está cumpliendo ampliamente con los objetivos que se propuso. Una rápida exploración de la página web de la División 12, realizada a fines de noviembre de 2010, nos informa que 59 de las 62 TAE que presenta son TCC y todas están incluidas dentro de la categoría *terapias bien establecidas*. Si bien este enfoque no afirma que las terapias que carecen de validación no son efectivas (Chambless, Sanderson, Shoham, Bennett & Pope, 1996), la ventaja de usar las TAE es incuestionable (véase Mustaca, 2004b).

Las publicaciones sobre TAE fueron aumentando desde su creación. La Tabla 1 muestra el número de publicaciones, desde 1990 hasta

Tabla 1
Número de publicaciones de 1990 a 2010

Años	Artículos de revistas	Artículos de revistas con referato	Libros	Capítulos	Total
1990-1995	5	5	0	0	5
1996-2000	117	117	5	10	134
2001-2005	1.496	1.493	46	222	1.791
2006-2010	3.994	3.985	241	895	5.302
Total	5.612	5.600	292	1.127	7.232

Nota: Datos obtenidos de PsycINFO (noviembre del 2010). Los totales no coinciden con la suma total debido a que se pueden superponer los artículos de las revistas con y sin referato, ya que representan el total de publicaciones.

2010, en intervalos de 5 años, extraída de la base de datos de PsycINFO usando como palabras clave “*evidence-based practice*”.

El total de publicaciones alcanza a 7.232, con una expansión notable en los últimos 5 años. El 2011 registra ya 10 publicaciones, 5 libros y 5 capítulos de libro sobre este tema. La mayoría de los artículos son de contenido experimental, donde evalúan nuevas técnicas teniendo en cuenta los criterios de las TAE y sus extrapolaciones a otras poblaciones (e. g., Bernal & Scharrón del Río, 2001); revisiones bibliográficas de tratamientos y trastornos en TAE (e. g., Carroll et al., 2009); modos de abordaje para una mejor enseñanza de las prácticas clínicas, y críticas al movimiento. Además, en castellano se publicaron varios libros editados en España, entre ellos el de Labrador, Echeburúa y Becoña (2000), y otro que está por editarse en Argentina (Medrano, en prensa).

Modelo de los Factores Comunes

Frank (1974), Wolpe (1958) y Mustaca (2004a) sugerimos que la función del psicólogo clínico está presente en todas las culturas. En las sociedades del pasado se recurría a chamanes, pitonisas, brujos y hechiceros, mientras que en las actuales se visitan psicólogos y psiquiatras, aunque aún hay un numeroso grupo que sigue pidiendo ayuda a los que usan prácticas pseudocientíficas, como la quiromancia y la astrología, entre muchas otras.

Rosenzweig (1936) fue uno de los que dio origen al modelo de los factores comunes en psicoterapia. Sugirió que todas las intervenciones psicológicas pueden producir resultados beneficiosos debido a que ellas comparten ciertas características en cuanto a las relaciones interpersonales que se establecen entre paciente-terapeuta. Todas las intervenciones recurren a la persuasión, a generar confianza y buena relación, y este modelo sugiere, a diferencia de las TAE, que esa condición alcanza el éxito terapéutico.

Algunas investigaciones, usando procedimientos metaanalíticos, llegaron a esa conclusión, aunque le dieron superioridad a la TCC en algunos trastornos (e. g., Smith, Glass & Miller, 1980). Sin embargo, otros metodólogos han criticado los resultados de los metaanálisis, debido a que los sesgos múltiples y opuestos de los experimentos tienden a compensarse entre sí, y, por ende, arrojan diferencias no significativas entre los tratamientos, aun cuando puede haberlas (e. g., Luborsky, 1995).

Otros resultados recabados por encuestas de opinión entre los pacientes apoyaron indirectamente este modelo debido a que no mostraron superioridad entre tipos de tratamientos (e. g., Seligman, 1995). Estas investigaciones evaluaron el grado de satisfacción de los pacientes con la terapia que están o estuvieron realizando, por lo cual no pudieron controlar los posibles efectos placebo, la mejoría por el paso del tiempo o las

experiencias de los sujetos fuera de la relación terapéutica. En ese sentido, sus objetivos son diferentes a los de las TAE, por lo cual no pueden medir la efectividad de las terapias.

Sin embargo, este modelo está relacionado con las investigaciones que realiza la División 29 de la APA, liderada por Norcross, para evaluar las relaciones terapéuticas mediante métodos objetivos (*Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships*). Este grupo tiene como objetivo identificar qué características debe tener un terapeuta para cada trastorno psicológico (Norcross, 2001, 2002). Una búsqueda bibliográfica en la base de datos de PsycINFO con la palabra clave “*psychotherapy relationships*” muestra la existencia de 62 publicaciones sobre el tema. Una revisión sobre las características de un buen terapeuta indica que logra mayores éxitos el que es flexible, cálido, amistoso, honesto, interesado, alerta, respetuoso, confiable y abierto (Ackerman & Helsenroth, 2003).

Otro artículo más reciente sugiere que las relaciones del paciente con el terapeuta presentan los elementos de los vínculos afectivos identificados por la teoría del apego (Mikulincer & Shaver, 2007). Mallinckrodt (2010) afirma que los pacientes consideran a su terapeuta más fuerte, más sabio; buscan la proximidad a través de una conexión emocional y reuniones periódicas; confían en su terapeuta como refugio seguro cuando se sienten amenazados, y obtienen de él una sensación de alivio. Los terapeutas, a través de esa relación, pueden ejercer una influencia correctiva que permite promover un funcionamiento más adaptativo y deben regular el apego para evitar la dependencia del paciente hacia el terapeuta.

Para que este modelo se valide debe mostrarse superior al efecto placebo, al cambio por el paso del tiempo y a todas aquellas intervenciones inespecíficas que pueden tener efectos favorables. El consejo oportuno de un amigo con mucho sentido común y una conversación íntima con una amiga pueden resolver un problema

marital o disminuir la ansiedad ante un examen y lograr que la persona lo enfrente con éxito; el encuentro sentimental con otra persona puede aliviar los problemas que traen las separaciones, y la obligación de viajar en avión frecuentemente puede lograr una desensibilización a la fobia de volar. Se mostró incluso que acariciar a las mascotas provoca en los dueños una disminución del ritmo cardíaco y bajan los parámetros de ansiedad (Odendaal & Meintjes, 2003). Es posible que en algunos trastornos o situaciones de crisis, factores como un buen apoyo social o el mero paso del tiempo resuelvan el problema. En ese sentido, en el futuro sería necesario evaluar qué tipo de trastornos y qué características personales pueden predecir una mejoría sin tratamiento y difundir esa información para evitar que las personas acudan a tratamientos psicológicos cuando no los necesitan, al tratarse de un proceso normal.

Modelo de Recuperación

Reisner (2005) considera que el modelo de recuperación integra tanto las TAE como los factores comunes para una mejor atención en la salud mental de la población. Uno de los promotores de este movimiento fue Anthony (1993), aunque muchos conceptos se derivan de la rehabilitación y modelos de sistemas de apoyo comunitario. Si bien este modelo no hace énfasis en tratamientos psicológicos para trastornos específicos como las TAE y las relaciones paciente-terapeuta, es interesante considerarlo, ya que todo tratamiento inserto en una comunidad y un sistema de salud eficiente puede aumentar indirectamente la eficacia de las TAE.

El objetivo de este enfoque es crear un sistema de servicios a la comunidad de alto funcionamiento. Estos incluyen la intervención ante las crisis, el desarrollo de habilidades específicas, el apoyo a personas con enfermedades mentales graves y a sus familias, el desarrollo de habilidades de autoayuda, entre otros. El estado de Ohio (Estados Unidos) está haciendo una transición

hacia este modelo. Allí se enumeran nueve componentes de este modelo, entre los que se encuentran: la atención clínica, el apoyo familiar, el apoyo mutuo, la mejora en las relaciones sociales y la disminución del prejuicio para la participación de enfermos mentales en actividades de trabajo y comunitarias.

A diferencia de las TAE, una búsqueda bibliográfica en PsycINFO usando la palabra clave “*recovery process model*” presenta una sola publicación (Karin, 2005).

Estos sistemas de salud deben evaluarse con métodos que puedan mostrar que su aplicación deriva en mejores resultados que aquellos basados en estructuras más tradicionales. En ese sentido, este enfoque aún no presenta una descripción detallada sobre su ejecución ni tampoco establece los criterios de validez ni los métodos para evaluarlo, como ya ocurrió con las TAE. Por ejemplo, Weisz, Han y Valeri (1997), en un estudio relacionado con el tema, mostraron que un programa de servicios para la salud mental de niños y adolescentes que implicaba muchos costos para la comunidad no resultó eficaz al compararlo con el método tradicionalmente empleado.

Conclusiones

Los tres modelos de intervenciones psicológicas que propone Reisner (2005) se complementan y necesitan ponerse a prueba para evaluar su eficacia. El movimiento de las TAE es el que estableció con mayor rigurosidad cómo evaluar los tratamientos, seguido por los estudios sobre la importancia de la relación terapéutica y la necesidad de investigar qué tipo de vínculo paciente-terapeuta conviene establecer para cada trastorno. El modelo de recuperación, en cambio, está relacionado con las intervenciones, pero teniendo en cuenta los sistemas de salud eficientes. A pesar de que fue descrito en la década anterior, aún no se han establecido criterios de validez y las publicaciones son escasas.

Las investigaciones que pasan “el filtro” de las TAE indican la superioridad de las TCC sobre

otras clases de intervenciones. Si bien los criterios de las TAE han sido cuestionados, no se puede negar su rigurosidad desde la perspectiva del método científico. Por otra parte, dado que las intervenciones más eficaces son de orientación cognitivo-conductual y en muchas de ellas el paciente debe realizar prácticas correctivas, a veces repetitivas y algo aversivas, es posible que una buena relación terapéutica sea una condición necesaria, aunque no suficiente, para poder influenciar y motivar a los pacientes al cambio.

Un estudio reciente favorece la tendencia científica de las psicoterapias futuras. Norcross, Hedges y Prochaska (2002) evaluaron las opiniones de 62 expertos en psicoterapia sobre el futuro de esas prácticas con el uso de la metodología Delphi. Ellos predijeron que, hacia el 2010, las TCC, las referencias culturales y las teorías eclécticas iban a estar en aumento, mientras que el psicoanálisis y el análisis transaccional iban a disminuir. También concluyeron que las intervenciones directivas, de autocambio, y el uso de nuevas tecnologías, como internet y computadoras, iban a estar en ascenso. Finalmente, se predijo que las TAE, las guías de práctica clínica, la medicina conductual y la psicofarmacología iban a expandirse cada vez más. La rápida revisión que se realizó en este artículo indica que estos expertos hicieron una buena predicción, al menos respecto de las TAE y el predominio de las TCC.

Dado que la mayoría de las TAE son técnicas derivadas de los estudios de la psicología experimental, se refuerza el concepto de que debe haber una íntima interacción entre la investigación básica y la aplicada, incluidas las investigaciones sobre los correlatos psicofisiológicos y neuronales de la conducta, ya que de ellos se pueden derivar los tratamientos mixtos (farmacológicos y psicológicos) que aumenten la eficacia de las intervenciones (véase Mustaca, 2004a).

Existe una tendencia a cambiar la orientación de la medicina basada en la evidencia hacia la medicina basada en la ciencia. Esta tendencia sugiere evaluar la eficacia de tratamientos que se

deriven de estudios de procesos básicos y no de aquellos que no se apoyan en ellos, tal como la homeopatía. En el caso de los tratamientos para trastornos psicológicos también se debería dar prioridad a estudiar la eficacia de técnicas psicológicas que derivan de la ciencia básica, ya que la probabilidad de éxito puede ser mayor en estas que en aquellas que no la tienen. Por ejemplo, el Efecto de los Resultados Diferenciales (DOE), estudiado extensamente por la psicología experimental en una amplia gama de tareas y especies, mostró que el aprendizaje de una conducta se acelera cuando a una respuesta correcta a cada estímulo le sigue un único reforzador (e. g., Goeters, Blakely & Poling, 1992). Inspirados en esos resultados, Saunders y Sailor (1979) usaron esta estrategia y la compararon con otras en el aprendizaje de distintas tareas en personas con retraso mental. Los resultados mostraron la superioridad del DOE en el rendimiento de los sujetos respecto de otras estrategias. Sin embargo, con niños autistas, el DOE aun no dio un resultado superior al del Análisis Comportamental Aplicado (ABA) (Chong & Carr, 2010). Estos resultados son útiles también para la ciencia básica. En este caso nos agrega información sobre los déficits diferenciales que se presentan en el autismo y en el retraso mental.

Referencias

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23* (1), 1-33.
- Almanza-Muñoz, J. J. & De Roux-Reyes, S. (2002). La declaración Consort: recomendaciones revisadas para mejorar la calidad de los informes de los ensayos aleatorizados de grupos paralelos. *Revista Sanitaria Militar Mexicana, 53*, 23-28.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16* (4), 11-24.
- Bernal, G. & Scharrón del Río, M. (2001). Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities? Toward an alternative approach for treatment research. *Diversity and Ethnic Minority Psychology, 7* (4), 328-342.
- Beutler, L. E. (2000). David and Goliath: When empirical and clinical standards of practice meet. *American Psychologist, 55* (9), 997-1007.
- Carroll, K. M., Martino, S., Ball, S. A., Nich, Ch., Frankforter, T., Anez, L. M. & Paris, M. (2009). A multisite randomized effectiveness trial of motivational enhancement therapy for Spanish-speaking substance users. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 993-999.
- Chambless, D. L., Baker, M., Baucom, D. H., Beutler, L. E. & Calhoun, K. S. (1998). Update on empirically validated-therapies, II. *The Clinical Psychology, 51*, 3-16.
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett, S. & Pope, K. S. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychology, 49*, 5-18.
- Chong, I. M. & Carr, J. E. (2010). Failure to demonstrate the differential outcomes effect in children with autism. *Behavioral Interventions, 25* (4), 339-348.
- Eysenck, H. J. (1957). Los efectos de la psicoterapia. En *Usos y abusos de la psicología* (pp. 234-253). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Frank, J. D. (1974). *Persuasion and healing*. New York: Schocken.
- Goeters, S., Blakely, E. & Poling, A. (1992). The differential outcomes effect. *The Psychological Record, 42*, 389-411.
- Karin, J. (2005). What we learned from 9/11: A terrorism grief and recovery process model. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 5* (4), 340-355.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. & Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dickinson.

- Luborsky, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the dodo bird verdict that "Everyone has won and all must have prizes"? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (1), 106-109.
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27 (2), 262-270.
- Medrano, L. A. (en prensa). Prácticas en salud basadas en el evidencia. Córdoba: Editorial de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Mustaca, A. (2004a). El ocaso de las escuelas de psicoterapia. *Revista Mexicana de Psicología*, 2 (21), 105-118.
- Mustaca, A. (2004b). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (1), 11-20.
- Norcross, J. G. (2001). Purposes, processes, and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy*, 38 (4), 345-356.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Hedges, M. & Prochaska, J. O. (2002). The face of 2010: A delphi poll on the future of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 316-322.
- Odendaal, J. S. J. & Meintjes, R. A. (2003). Neurophysiological correlates of affiliative behaviour between humans and dogs. *The Veterinary Journal*, 165, 296-301.
- Reisner, A. D. (2005). The common factors, empirically validated treatments, and recovery models of therapeutic change. *The Psychological Record*, 55, 377-399.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Saunders, R. & Sailor, W. (1979). A comparison of three strategies of reinforcement on two-choice learning problems with severely mentally retarded children. *AAESPH Review*, 4, 323-333.
- Schnabl, S. M., Kunz, C., Unglaub F., Polykandriotis, E., Horch, R. E. & Dragu, A. (2010). Acute postoperative infection with aeromonas hydrophila after using medical leeches for treatment of venous congestion. *Archives Orthopedic Trauma Surgery*, 130, 1323-1328.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Singh, A. P. (2010). Medicinal leech therapy (hirudotherapy): A brief overview. *Complement Therapy Clinical Practical*, 16, 213-215.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Vera-Villaruel, P. (2005). Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. En H. Contreras & L. Oblitas, *Terapia cognitivo conductual. Teoría y práctica psicométrica*. Bogotá: Psicom.
- Weisz, J. R., Han, S. S. & Valeri, S. M. (1997). More of what? Issues raised by the fort Bragg study. *American Psychologist*, 5, 541-545.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.