

Psicología clínica basada en la evidencia y su impacto en la formación profesional, la investigación y la práctica clínica

Evidence Based Clinical Psychology: Impact on Training, Research and Clinical Practice

Diana Melissa Quant-Quintero

Universidad de los Andes, Colombia

Santiago Trujillo-Lemus

Fundación Seré, Colombia

Resumen

La Psicología clínica basada en la evidencia (PsCIBE) es el estándar actual de práctica profesional que se basa en la integración de los resultados de investigaciones científicas, la experiencia en la práctica clínica, y las características culturales y sociales de las personas beneficiarias de los servicios de salud mental. Actualmente, la práctica de la Psicología clínica requiere lineamientos claros que garanticen una atención idónea y con altos estándares de calidad por lo que, desde hace varios años, la práctica basada en la evidencia se ha establecido como criterio para el desarrollo de protocolos de evaluación e intervención en diferentes disciplinas. El objetivo de este artículo es describir la PsCIBE y sus fundamentos. En la primera parte del escrito se encuentra una conceptualización de la PsCIBE y del modelo científico profesional. Posteriormente, se propone una perspectiva del impacto que tiene la PsCIBE en la formación profesional, la investigación y la práctica clínica y finalmente se presentan algunas limitaciones identificadas para la utilización de los lineamientos ofrecidos por la PsCIBE.

Palabras clave: Psicología clínica basada en la evidencia, modelo científico-profesional, tratamientos con fundamento empírico

Abstract

Evidence-based clinical psychology (EBCIPs) is the standard of professional practice grounded on the integration of research results, clinical experience, and cultural and social characteristics of the clients of mental health services. Currently, in clinical psychology there is an evident need for guidelines to ensure appropriate care and high quality standards. For this reason, starting several years ago, evidence-based practice was set as a criterion for the development of protocols for assessment and intervention in different disciplines. The aim of this paper is to present a panoramic view of EBCIPs. The first part of the paper is a conceptualization of EBCIPs and the scientist-practitioner model. The second part shows the impact of EBCIPs in training, research and clinical practice. Finally we present some limitations identified for using guidelines provided by EBCIPs.

Keywords: Evidence-Based Clinical Psychology, Scientist-Practitioner Model, Evidence-Based Treatments

Diana Melissa Quant-Quintero, Grupo de Estudio en Psicología Clínica Basada en la Evidencia, Universidad de los Andes, Colombia; Santiago Trujillo Lemus, Grupo de Estudio en Psicología Clínica Basada en la Evidencia, Fundación Seré, Colombia.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Diana Melissa Quant-Quintero, dirección electrónica: dm.quant45@uniandes.edu.co o a Santiago Trujillo Lemus, Carrera 16A No 53A – 39, Bogotá, Colombia, dirección electrónica: sanrule@gmail.com



La Psicología clínica basada en la evidencia (PsCIBE) es un estándar para la práctica clínica que se fundamenta en la investigación básica y aplicada, que busca integrar los mejores resultados de investigaciones recientes y disponibles, la experiencia en la práctica clínica y las características contextuales de las personas a las que van dirigidos los servicios de salud mental (*American Psychological Association*, 2006; Callahan, Heath, Aubuchon-Endsley, Collins & Herbert, 2013; Daset & Cracco, 2013). De forma que los profesionales en Psicología clínica tengan un mejor criterio para tomar decisiones terapéuticas que favorezcan tanto la efectividad de un proceso psicológico, como el incremento de la percepción de bienestar y la calidad de vida de los consultantes (Katsikis, 2014).

Los profesionales en salud mental se ven constantemente enfrentados a tomar decisiones para llevar a cabo procesos de evaluación o de intervención, lo cual impacta en el bienestar y la calidad de vida de las personas que utilizan estos servicios (Boyer, 2008; Daset & Cracco, 2013; Rosen & O'Halloran, 2014). Por esta razón, promover una práctica clínica que se base en una actitud científica, orientada a la investigación y que permita la utilización de estrategias que tengan soporte en la investigación es de vital importancia y se constituye como un elemento central para un idóneo quehacer profesional (Daset & Cracco, 2013). Además, permite responder de manera efectiva a las necesidades sociales (Horn et al., 2007); al cambio en la prestación de servicios que se está comenzando a desarrollar, en el cual se exigen indicadores de efectividad y evaluación continua de resultados (Chorpita, Miranda & Bernstein, 2011) y a los lineamientos establecidos por la *American Psychological Association* (APA), División 12 para el ejercicio profesional e investigativo en Psicología clínica (Chambless et al., 1998; Chambless et al., 1996; Dozois et al., 2014).

Las decisiones que deben tomar los profesionales en salud mental no siempre se encuentran orientadas por los hallazgos de las investigaciones o derivadas de un aprendizaje en un contexto de entrenamiento especializado (Dozois, 2013). En varias ocasiones están basadas en las preferencias terapéuticas personales, en la disponibilidad inmediata de técnicas y en las creencias que puedan tener los terapeutas respecto a diferentes teorías y abordajes de los problemas psicológicos (Garb, 2005; O'Brien, 2010). Esta situación se constituye como un riesgo debido a que (a) no garantiza una atención de calidad que responda al mejor tratamiento disponible y que puede tener efectos que se constituyan como nocivos para la persona consultante, (b) puede faltar claridad en las pautas y los procedimientos por considerar para diseñar un plan de evaluación e intervención, lo cual redundaría en una prestación de servicios con bajos estándares de calidad y (c) no se ajusta a los estándares de ética profesional en el sentido de proporcionar el mejor servicio adecuado a las necesidades de los usuarios (Castro, 2013).

Lo expuesto anteriormente permite evidenciar la necesidad de ofrecer lineamientos claros para garantizar una atención idónea y de calidad para los usuarios del sistema de salud mental; por ello, desde hace varios años, la práctica basada en la evidencia se ha establecido como criterio para el desarrollo de protocolos de evaluación e intervención en diferentes disciplinas, por ejemplo, la Medicina, la Psicología, Trabajo social, la Enfermería y la Educación, entre otras (APA, 2006; Barnett, Younggren, Doll, & Rubin, 2007; Catano, 2011; Carter, 2014; Laibhen-Parkes, 2014).

No obstante, el desarrollo, la implementación y el uso de protocolos no resulta suficiente para abarcar las diferentes acciones que son consistentes con un modelo basado en la PsCIBE. Por una parte, es importante que el profesional en Psicología clínica se forme y ponga en práctica su ejercicio profesional, al tener como base fundamental una actitud científica y una metodología rigurosa. Esto implica que aborde cada consultante o comunidad con la que trabaje proponiendo preguntas, estableciendo hi-

pótesis y buscando diferentes alternativas para probar y descartar hipótesis (Dozois et al., 2014; Kazdin, 2004; Spring, 2007). Por otra parte, la sola aplicación de procedimientos, así estos cuenten con soporte empírico, no parece ser el único factor que garantice el éxito terapéutico. Es necesario considerar las variables que influyen en la relación terapéutica, el establecimiento de empatía por parte del terapeuta y la adherencia al tratamiento. Esto implica identificar las conductas relevantes del terapeuta o los consultantes que dificulten la continuidad del proceso (Ferro García, Valero Aguayo & López Bermúdez, 2007; Lineham, 1993; Tsai et al., 2009); por consiguiente, es importante que los profesionales se interesen en recibir entrenamiento específico especializado y realizar práctica clínica supervisada, de forma que puedan desarrollar las habilidades clínicas necesarias para prestar un servicio de calidad que contribuya al bienestar de la persona consultante (Freeman, Felqoise & Davis, 2008).

El modelo científico-profesional

Una de las estrategias que se estableció para seguir los lineamientos de la PsCIBE es el modelo científico-profesional, el cual busca integrar la investigación con la práctica clínica, para poder establecer una ruta de trabajo que implique el mejoramiento continuo y que ofrezca una atención en salud mental con altos estándares de calidad (Corrie & Lane, 2009). El modelo científico-profesional propone el establecimiento de una integración entre ciencia y profesión; es decir, una actitud investigativa en la práctica clínica y tener consideraciones prácticas en la investigación (Horn et al., 2007; Shakow, 1976). Esto implica que los investigadores, por una parte, obtengan sus preguntas principalmente de los vacíos teóricos y metodológicos vinculados con los problemas psicológicos actuales y las variables funcionales y estructurales relacionadas (Barnett et al. 2007; Bowling, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013); y por otra, busquen relacionar los hallazgos encontrados en la investigación básica para explicar los fenómenos psicológicos (Barnett et al., 2007). Además, los profesionales deben actualizarse constantemente de forma que se encuentren en capacidad de implementar procedimientos clínicos que cuenten con soporte empírico y de evaluar el impacto terapéutico de su práctica clínica, de forma que puedan hacer aportes a la investigación en el área (Barnett et al., 2007; Beutler, Williams, Wakefield & Entwistle, 1995).

Hayes, Barlow & Nelson-Gray (1999) señalan que uno de los aportes más importantes realizados a la Psicología clínica fue el realizado en la Conferencia de Boulder en 1949, cuando se estableció que los psicólogos clínicos deben desarrollar habilidades investigativas y se aceptó el modelo científico-profesional como una estrategia de formación en Psicología clínica. En relación con lo anterior, los autores plantearon cinco razones para vincular la investigación y el entrenamiento en habilidades, tal como lo propone el modelo científico-profesional. La primera refiere que la formación en Psicología clínica debe promover el interés tanto en la práctica clínica, como en la investigación. Esto supone la generación de contextos para desarrollar habilidades en las dos áreas, de manera que el profesional pueda tener una perspectiva completa y posea mayor criterio para elegir en qué área decide trabajar con mayor profundidad. La segunda se encuentra relacionada con la importancia de realizar investigación constante, de modo que se pueda contar con conocimiento confiable y actual relacionado con procesos psicológicos básicos, estrategias de evaluación y estrategias de intervención. La tercera alude a concebir y promover que los psicólogos clínicos se encuentren en capacidad de asumir tanto el rol de profesional, como el rol de investigador, así uno de los dos roles sea predominante en su quehacer. La cuarta está relacionada con vincular los problemas identificados en la práctica clínica con los problemas de la investigación básica y aplicada. Finalmente, la quinta razón se refiere al soporte, en términos de efectividad, que

pueden ofrecer los datos derivados de la investigación de forma que se busque obtener financiamiento para el desarrollo de investigaciones, que, a su vez, ayuden a optimizar los recursos en la prestación de servicios de salud mental.

Siguiendo en la misma línea, el modelo científico-profesional plantea que el psicólogo clínico debe realizar constantemente cuatro tipos de actividades que vinculan el desarrollo de habilidades y la investigación (ver figura 1), de manera que se pueda garantizar la continuidad de una comunidad científica que promueva el diseño e implementación de proyectos de investigación y desarrollo orientados a ofrecer soluciones a los problemas psicológicos actuales (Hayes et al., 1999; Lowman, 2012). El primer tipo de actividades se encuentra relacionado con la consulta y estudio de artículos y libros actualizados y la asistencia a entrenamientos en estrategias de evaluación, formulación e intervención que cuenten con soporte empírico y que hayan evidenciado utilidad clínica. Esto implica que es esperable que el profesional incluya dentro de su quehacer actividades orientadas a la actualización en el área. De esta manera, podrá certificar que conoce y cuenta con el entrenamiento en estrategias y procedimientos específicos que garantizarán que las personas beneficiarias accedan a servicios basados en los mejores tratamientos y estrategias disponibles, lo cual redundará en el mejoramiento de la calidad de vida y la percepción de bienestar (Corrie & Lane, 2009).

La segunda actividad se encuentra relacionada con medir el impacto de la práctica clínica para aportar, con los datos recolectados, al avance científico. Lo anterior invita al profesional a llevar sus casos con una metodología de caso único, de forma que se establezcan las hipótesis de adquisición y el mantenimiento de los problemas, se delimiten las variables por intervenir y se obtengan medidas prepos y medidas repetidas que permitan evaluar la eficacia del tratamiento utilizado (Hayes, Long, Levin & Follette, 2013). De esta manera, se podrá aportar al apoyo empírico de las estrategias utilizadas en la práctica clínica.

La tercera actividad se encuentra relacionada con proponer nuevas estrategias de evaluación e intervención que se deriven de los datos obtenidos en la evaluación de la eficacia en la implementación de tratamientos. Lo anterior invita al profesional a identificar aquellas estrategias que tienen menor impacto en el proceso y a proponer otras estrategias, que puedan resultar más útiles o que tengan un mayor alcance.

La cuarta actividad se encuentra referida a dar a conocer a la comunidad científica y profesional los hallazgos encontrados en la práctica clínica, de manera que el profesional aporte a la divulgación y la diseminación del conocimiento. Este aspecto se constituye como un punto central y relevante, debido a que en muchas ocasiones los profesionales e investigadores no orientan sus acciones a divulgar los resultados de sus estudios, o tardan demasiado tiempo en hacerlo, lo cual dificulta el avance de la ciencia clínica y la posibilidad de contar con más datos que amplíen los criterios para la toma de decisiones terapéuticas.

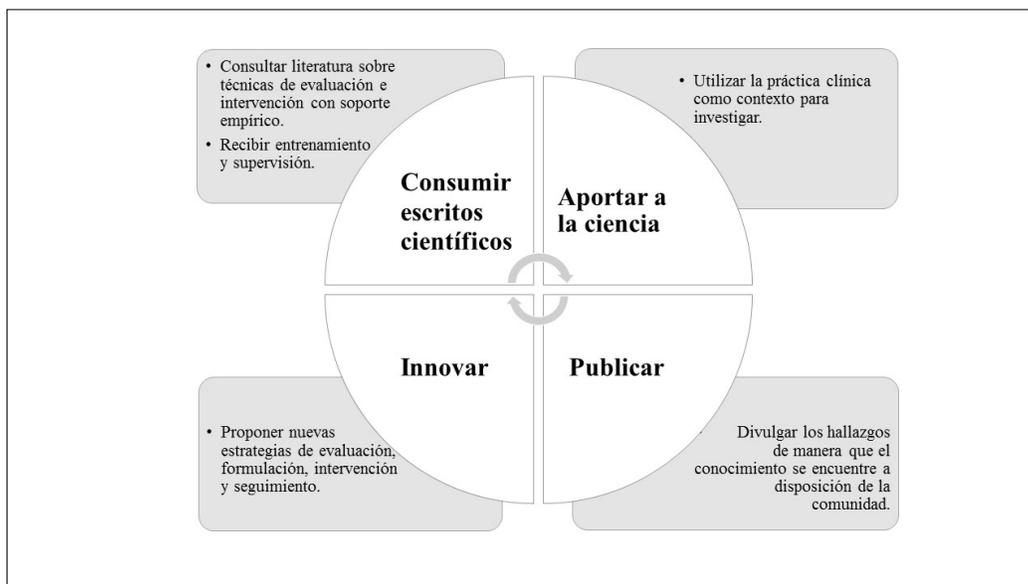


Figura 1. Modelo científico-profesional según Hayes et al. (1999)

La formación del profesional en Psicología clínica

La PsCIBE ha ofrecido a la comunidad científica y académica unos lineamientos generales que permiten establecer una ruta de formación que facilite y permita la integración entre la práctica clínica y la investigación en Psicología (Callahan et al., 2013; Dozois et al., 2014). Un psicólogo clínico, desde esta perspectiva, debe contar con un entrenamiento específico que garantice su óptimo desempeño, al considerar tres grandes áreas: una profesional, una investigativa y una administrativa (Muñoz et al., 2014). En relación con la primera, es importante garantizar que el *profesional* se encuentre en capacidad de (a) trabajar de forma interdisciplinaria tanto a nivel asistencial como en el desarrollo de estudios de investigación, (b) desarrollar habilidades en evaluación, formulación e intervención, (c) realizar psicoeducación a diferentes poblaciones acerca de los alcances y las limitaciones de procesos y procedimientos utilizados en Psicología clínica, (d) establecer rutas de acción orientadas a la promoción de la salud y (e) conocer y aplicar estrategias de medición que permitan identificar el alcance clínico, procedimental y teórico de sus actividades profesionales y académicas (Huber, 2007; Muñoz et al., 2014).

En relación con el *área investigativa*, se espera que el psicólogo cuente con diferentes escenarios que le permitan la aproximación a la investigación; ello implica que se acerque a los fenómenos psicológicos al plantear una pregunta de investigación, identificar las variables por evaluar e intervenir, medir los efectos de sus intervenciones y divulgar los resultados que encuentre en sus investigaciones (Huber, 2007). Lo anterior implica que la formación profesional pre y posgraduada debe garantizar que el estudiante reciba un entrenamiento exhaustivo, que favorezca una aproximación a los problemas en salud mental desde una perspectiva científica y con una metodología rigurosa (Horn et al., 2007). De igual manera, se espera que el psicólogo se encuentre en capacidad de establecer estrategias que garanticen su actualización: acceso a las bases de datos, lectura de artículos y libros que revelen nuevos hallazgos, entrenamiento especializado en estrategias y terapias particulares, y supervisión de su práctica clínica, de manera que se pueda garantizar la idoneidad en la prestación de los servicios (Freeman et al., 2008; Rodolfa et al., 2005).

Por último, en el *área administrativa* se espera que el profesional conozca los lineamientos generales académicos, profesionales y administrativos para el establecimiento de programas de salud mental que respondan a las necesidades de la población en general y que se encuentren basados en los mejores tratamientos disponibles al contar con soporte empírico (Muñoz et al., 2014).

Al tener como base lo expuesto anteriormente, es deseable que las instituciones educativas ofrezcan formación que involucre los contextos que sean necesarios para desarrollar las habilidades en las tres áreas señaladas (profesional, investigativa y administrativa). También, resulta vital que se establezcan competencias generales y específicas para cada uno de los niveles de formación, de manera que el profesional tenga la posibilidad de profundizar a nivel conceptual, afianzar el desarrollo de habilidades profesionales e investigativas y proponer nuevas preguntas de investigación que permitan en avance de la disciplina (Huber, 2007). No obstante, generar los contextos para que se dé el proceso de enseñanza-aprendizaje no es suficiente para garantizar una formación idónea que vincule el aspecto profesionalizante con el investigativo; es necesario contar con un sistema de evaluación, supervisión y seguimiento que permita evidenciar el desarrollo de habilidades, de manera que la certificación en competencias guarde correspondencia con el actuar del psicólogo clínico (Rodolfa et al., 2005).

De acuerdo con Peterson, Peterson, Abrams, Stricker & Ducheny (2010), los programas de formación profesional en psicología deben tener cinco componentes centrales: (a) una visión amplia de la psicología, que tenga en cuenta los aportes realizados por otras disciplinas, de manera que se base en una epistemología flexible que aborde múltiples formas de conocimiento; (b) un modelo pedagógico que integre las experiencias al proceso de entrenamiento de habilidades de tipo conceptual, prácticas e investigativas; (c) fomentar el desarrollo de competencias básicas y profesionales que promuevan una actitud investigativa; (d) involucrar elementos de la práctica que impliquen que el profesional pueda desempeñar diferentes roles, p.ej., atención clínica en el área de salud mental, entrenamiento especializado, evaluación sistemática de los efectos de un tratamiento y aproximarse desde una postura clínica y reflexiva a la práctica clínica y a la investigación en el área y (e) la naturaleza social de la psicología profesional y la responsabilidad pública de la profesión de servir a la sociedad en general.

Particularmente, se espera que en Psicología clínica los profesionales reciban una formación que les ofrezca el contexto suficiente para tomar decisiones apropiadas en el campo de la atención clínica y en el campo de la investigación (Muñoz et al., 2014). En otras palabras, plantear un modelo de formación que tiene como base la PsCIBE, no solamente implica el entrenamiento en habilidades profesionales específicas y la implementación de protocolos especializados, sino supone un entrenamiento que fomente el pensamiento crítico, con lineamientos basados en el método científico que le permitan al clínico tener mejores elementos de juicio para la toma de decisiones (Craighead & Craighead, 2006; Kendall & Comer, 2011). Esto implica que el profesional debe estar en la capacidad de organizar e integrar el conocimiento que ha adquirido para proponer soluciones prácticas a los problemas identificados, establecer nuevos modelos de atención, identificar preguntas de investigación que tengan relevancia disciplinar y social y compartir su conocimiento para aportar en la formación de nuevos profesionales en el área (Barnett et al., 2007; Craighead & Craighead, 2006).

En síntesis y retomando lo anterior, la formación profesional en Psicología clínica debe orientar sus esfuerzos en dos grandes áreas: la investigativa y la profesional (Horn et al., 2007). Por una parte, se debe buscar formar al clínico para que sea un generador de conocimiento; esto implica que posea conocimiento de herramientas metodológicas avanzadas, que participe activamente en actividades y grupos

de investigación, que aporte en el diseño, validación e implementación de protocolos de evaluación e intervención de los problemas psicológicos y que plantee y responda preguntas originales de investigación que estén dirigidas a solventar los vacíos conceptuales o metodológicos de problemas disciplinares y sociales relevantes (Hershenberg & Goldfried, 2014). Por otro lado, se busca que el clínico sea un consumidor de conocimiento. Esto supone que tenga acceso constante al conocimiento en Psicología y en ciencias afines; particularmente desde una perspectiva transdiagnóstica se espera que tenga un amplio conocimiento en ciencias biológicas y en ciencias del comportamiento (Castro, 2011; Spring & Neville, 2011). De igual manera, debe garantizar el desarrollo de sus habilidades profesionales, por lo tanto debe disponer de práctica clínica supervisada, donde se cuente con indicadores específicos para cada una de las competencias profesionales esperadas en los diferentes niveles de formación (Rodolfa et al., 2005).

Investigación en Psicología clínica y práctica clínica basada en la evidencia

Concebir la investigación desde la PsCIB implica adoptar una metodología inductiva basada en el método científico (Castro, 2013; Dozois et al., 2014; Kendall & Comer, 2011); esto es, identificar y delimitar problemas a partir de la observación de fenómenos, recolectar datos sobre las variables implicadas durante todo el proceso, hacer modificaciones en las condiciones para evaluar el efecto que tienen en las variables evaluadas, comparar los resultados entre las diferentes condiciones de estudio y analizar y reportar los resultados del estudio (Spring & y Neville, 2011). Dado lo anterior, es importante señalar que, lograr un proceso investigativo orientado por el comportamiento de los datos, más que por la búsqueda de comprobación de modelos teóricos, implica asumir una perspectiva epistemológica *flexible*, pero no por esto menos rigurosa (Katsikis, 2014).

Adicionalmente, es necesario tomar los resultados de investigaciones que se ofrecen desde diferentes disciplinas y áreas del conocimiento para el abordaje de los problemas psicológicos e integrarlos para poder explicar la adquisición y mantenimiento de las diferentes problemáticas que se presentan en salud mental (Castro, 2011). Lo anterior supone un desligamiento de una única postura teórica particular para orientar la investigación y la práctica clínica a partir del marco conceptual y procedimental integrado por diversas disciplinas, que cuenten con el mayor soporte empírico posible (Katsikis, 2014; Quant, 2013; Spring & y Neville, 2011).

Es importante señalar que el puente que integra la investigación con la práctica profesional no puede estar solamente enmarcado en orientar los esfuerzos por tener una perspectiva investigativa de la práctica y para identificar los problemas sociales relevantes que requieren investigación. Resulta necesario vincular la investigación desarrollada en *Psicología básica* con la investigación en *Psicología aplicada*, de manera que puedan utilizar, por una parte, los resultados de los estudios en procesos psicológicos básicos y procesos sociales —en contextos experimentales—, con el fin de explicar los fenómenos psicológicos y, por otra parte, utilizar los principios establecidos desde la investigación básica para la búsqueda de alternativas de solución a problemas de relevancia en el campo de la salud mental. A este tipo de investigación se le denomina *investigación translacional* (Castro, 2013; Hayes et al., 2013). En resumen, la investigación desde la PsCIBE supone dos grandes ramas: la primera referida a la integración de la investigación en la formación profesional y en la práctica clínica y la segunda relacionada con la vinculación de la investigación básica con la investigación aplicada.

Particularmente, en Psicología aplicada, la *American Psychological Association* (APA) estableció unos parámetros que orientan los procesos de investigación para el desarrollo de guías de atención y de

protocolos de evaluación e intervención clínica (Dozois et al., 2014). Uno de los aspectos más importantes se encuentra referido a que los criterios para aplicar el conocimiento derivado de resultados de investigaciones están dados por los indicadores de eficacia y efectividad, y no por la consistencia con un enfoque teórico particular. Ello implica un avance importante en la ciencia clínica, debido a que permite enfocar la atención en los hallazgos encontrados en la investigación y no en la búsqueda constante de datos específicos para comprobar una teoría o mostrar consistencia con un modelo teórico de evaluación o de intervención (Bray, 2010; Freeman et al., 2008). La implicación, de lo mencionado anteriormente, está relacionada con la posibilidad de poder someter a estudio diversas estrategias de evaluación e intervención para poder identificar cuáles resultan tener mayor impacto por su eficacia y efectividad, con independencia de la postura teórica desde la que se hayan planteado (Katsikis, 2014).

Las guías de atención clínica son documentos que contienen lineamientos para el desarrollo de procesos sistemáticos de evaluación, formulación e intervención de una problemática de interés clínico (Dozois et al., 2014; Stamoulos, Reyes, Trepanier & Drapeau, 2014). Dentro de los criterios para la evaluación de las guías de atención, se encuentran la eficacia y la utilidad clínica. Eficacia quiere decir la posibilidad de establecer que el cambio en las variables se debe a la aplicación de un tratamiento particular y la utilidad clínica, entendida como el grado en el cual los resultados pueden ser generalizables y válidos para diferentes poblaciones (Moss & Gunkelman, 2002). Se espera que las guías de atención clínica orienten al psicólogo clínico en la toma de decisiones dentro del proceso terapéutico, por ofrecer diversas estrategias que cuenten con soporte empírico e involucran la participación de diferentes profesionales de la salud (Stamoulos et al., 2014).

Además, los protocolos de evaluación e intervención son manuales altamente estructurados que le indican al clínico, paso a paso, cómo abordar una problemática psicológica y le ofrecen las estrategias para poder evaluar su impacto. Cuando los protocolos cuentan con resultados de investigaciones controladas donde se ha mostrado su eficacia, se habla de tratamientos con fundamento empírico (TFE, Dozois et al., 2014; Katsikis, 2014). Para que un protocolo pueda ser considerado un TFE, debe cumplir con las siguientes características: (a) contar con dos estudios clínicos aleatorizados con diferentes poblaciones o contar con múltiples estudios de caso único; (b) demostrar mejores resultados a corto plazo que un placebo, un tratamiento farmacológico u otro TFE, (c) contar con un análisis sólido de datos que evidencie el tamaño del efecto de la intervención y (d) contar con un manual de tratamiento que contenga instrucciones específicas para su aplicación y evaluación.

Como hemos planteado, tanto para las guías de atención como para los protocolos de evaluación e intervención clínica aplica el criterio de eficacia, el cual se refiere a la posibilidad que tiene una estrategia de mostrar que sirve para intervenir adecuadamente las variables que se pretenden modificar (Dozois et al., 2014). Se habla de un tratamiento eficaz, cuando en resultados de investigaciones muestra resultados superiores en comparación con otra condición experimental (placebo, medicamentos, otro TFE) y en mínimo dos lugares independientes a donde se realizó la investigación original. Se habla de un tratamiento posiblemente eficaz, cuando se haya encontrado superioridad en un lugar independiente a donde se realizó la investigación original y, siempre y cuando, no se encuentre evidencia contradictoria (Chambles y Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2001).

Es importante considerar las diferencias entre tratamientos basados en la evidencia y tratamientos con apoyo empírico. Los primeros se refieren a aquellos procedimientos que cuentan con investigación suficiente en ambientes controlados y no controlados que avalan su eficacia. Mientras los tratamientos

con apoyo empírico cuentan con estudios que parecen indicar eficacia, pero aún se encuentran en proceso de investigación y falta la realización de más estudios que apoyen los hallazgos (Castro, 2013; Dozois et al., 2014; Katsikis, 2014).

Finalmente, se espera que tanto las guías de atención como los protocolos de evaluación e intervención clínica cuenten no solo con estudios de eficacia, sino con estudios de efectividad; es decir, que puedan ser aplicables en contextos clínicos no controlados, de manera que se pueda llevar a cabo una diseminación adecuada (Chorpita, Miranda & Bernstein, 2011). Esto implica que se comiencen a utilizar modelos escalonados para su implementación (Foa, Gillihan & Bryant, 2013; Hays, 2014), de forma que (a) se puedan realizar las adaptaciones culturales que sean necesarias, conservando los elementos nucleares involucrados en el propósito de la guía o del protocolo (Hinton & Jalal, 2014; Marsiglia & Booth, 2014), (b) se diseñe un entrenamiento de los terapeutas, al tener en cuenta tanto los niveles de atención como los de formación y entrenamiento (Chorpita, Miranda & Bernstein, 2011), (c) se evalúen los efectos en la población beneficiaria de manera que se mida el impacto y utilidad de las intervenciones propuestas (Ferrer-Wreder, Sundell & Mansoor, 2012) y (d) se realicen a las guías y los protocolos aquellos ajustes necesarios al tener como base los datos obtenidos y las necesidades identificadas en el proceso de implementación.

Limitaciones para la aplicación de la Psicología clínica basada en la evidencia

Como hemos intentado de evidenciar a lo largo del texto, adoptar una línea de trabajo basada en lo propuesto por la PsCIBE implica un alto nivel de dedicación para orientar esfuerzos hacia la investigación, la actualización y la formación constante. De igual forma, supone abordar los problemas psicológicos desde una postura flexible, que facilite la adaptación tanto de la práctica clínica como de la investigación a los nuevos hallazgos encontrados (Spring & Neville, 2011). Esto es, que el profesional en Psicología clínica se encuentre dispuesto a cambiar sus estrategias y procedimientos, si los datos obtenidos en la investigación indican que estos son obsoletos, que pueden ser nocivos o si se cuenta con estrategias y procedimientos que hayan demostrado ser más efectivos.

Siguiendo con lo anterior, un estudio realizado por Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin & Latzman (2013) encontró que en algunas ocasiones los psicólogos clínicos se muestran resistentes a tomar decisiones terapéuticas con base en los hallazgos recientes en la investigación. Esto, según los autores, puede estar relacionado con el costo que implica modificar continuamente los procedimientos y técnicas utilizados de manera tradicional. Además, afirmaron los autores en una revisión de estudios sobre las actitudes de los psicólogos hacia la práctica basada en la evidencia y el valor otorgado a la investigación científica, de forma general una actitud positiva y orientada a la PsCIBE. No obstante, los datos encontrados mostraron que, en el momento de tomar decisiones sobre la elección de las intervenciones, los psicólogos clínicos optaron por elegir como fuente de consulta, por encima de los hallazgos de investigación: libros sobre práctica clínica, libros teóricos, talleres, discusiones informales con colegas, la experiencia clínica, compatibilidad con la orientación teórica y compatibilidad con la personalidad.

Los mismos autores plantearon que la resistencia a ejercer la práctica clínica desde la PsCIBE y la elección de tratamientos, que carecen de fundamento empírico, puede estar relacionada con diferentes factores, entre los cuales se encuentran (a) realismo ingenuo, que implica considerar que el cambio que se presenta después de una intervención se debe exclusivamente al tratamiento y, por lo tanto, se tienden a ignorar otras variables; (b) falta de claridad conceptual en relación con la naturaleza y abordaje inves-

tigativo de los procesos psicológicos básicos, (c) dificultades para interpretar e integrar los hallazgos de investigaciones realizadas con grupos controlados, al asumir que las personas son únicas y no tienen muchas características en común, razón por la cual no se podrían aplicar los resultados de las investigaciones a los casos atendidos en un servicio asistencial, (d) dificultad para interpretar y comprender los resultados y análisis estadísticos presentados en los reportes de investigación y (e) el desconocimiento de los lineamientos de la PsCIBE.

Beth & Peterson (2010) señalaron que otro de los factores que puede limitar la implementación de la práctica basada en la evidencia, se encuentra relacionado con los contenidos abordados en la formación profesional, particularmente cuando se privilegian las posturas teóricas sobre los recientes hallazgos encontrados en la investigación. Lo anterior permite vislumbrar el riesgo que se corre cuando los programas de formación buscan entrenar al psicólogo en un modelo teórico específico, al limitar así un abordaje que integre los últimos hallazgos encontrados desde diferentes áreas de conocimiento y al favorecer una actitud orientada a la comprobación y la validación de un modelo teórico y no a la vinculación de los datos y resultado de la investigación para el mejoramiento continuo de la práctica clínica.

Otra de las limitantes identificadas en diferentes discusiones realizadas en el Ministerio de Salud, la protección social y el Colegio Colombiano de Psicólogos se encuentra relacionada con el poco acceso que tienen los profesionales a entrenamientos especializados. Esto implica que los profesionales en salud mental, dadas las necesidades contextuales presentes particularmente en América Latina, pueden comenzar a brindar asistencia psicológica sin contar con la suficiente formación y sin haber logrado un idóneo desarrollo de competencias profesionales e investigativas. Lo señalado anteriormente facilita que los profesionales elijan estrategias de evaluación e intervención con base en criterios diferentes a los ofrecidos por los hallazgos encontrados en la investigación en Psicológica clínica, lo cual redundará en la dificultad para garantizar un servicio de calidad a los usuarios.

Finalmente, y haciendo referencia al caso específico de América Latina, los sistemas de salud, dada la escasa inversión en proyectos orientados a la cualificación de los servicios, no favorecen la posibilidad de desarrollar una práctica clínica que surta un impacto positivo y que responda a las necesidades particulares de las personas que requieren atención psicológica general y especializada (Sarafino, 2005). Además, los gobiernos de los países en vía de desarrollo destinan muy pocos recursos para la realización de investigaciones en ciencias de la salud mental, situación que dificulta el diseño, implementación, adaptación cultural, validación y diseminación de estrategias de evaluación, formulación e intervención, que cuenten con soporte empírico y que se encuentren ajustadas a las necesidades de la población (Kazarian & Evans, 2001); lo cual, como reiteramos, tiene un impacto en el bienestar y la calidad de vida de los usuarios.

En conclusión, lo expuesto hasta el momento ha permitido dilucidar la importancia que posee la aplicación de la PsCIBE para responder de manera apropiada a la responsabilidad social de trabajar en salud mental. De igual forma, plantea un reto importante para los profesionales que trabajan en el área y que ejercen la Psicología clínica desde la atención asistencial hasta la investigación básica y aplicada. El reto, entonces, implica trabajar conjuntamente y aunar esfuerzos para vincular la PsCIBE en la formación de nuevos profesionales, tanto en el pregrado como en los diferentes posgrados, de forma que se garantice a futuro una generación de profesionales que se encuentre más orientada a vincular la investigación en la práctica clínica. También, se espera que se trabaje en conjunto para el desarrollo de investigaciones que se encuentren orientadas a responder a las problemáticas actuales en salud mental

y que tengan un impacto social y disciplinar relevantes. Por último, el reto involucra promover que los psicólogos clínicos que ejerzan de manera particular o en los diferentes centros de atención en salud (a) basen la toma de decisiones terapéuticas en las teorías explicativas vigentes y en los últimos hallazgos obtenidos en la investigación, (b) utilicen en su práctica clínica solo aquellas estrategias que cuenten con soporte empírico y (c) se esfuercen por llevar sus casos clínicos con un alto rigor metodológico, que les permita evaluar el impacto que tienen los resultados en la efectividad terapéutica.

Referencias

- American Psychological Association/ Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, Washington DC, US (2006, May-Jun). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Barnett, J. E., Younggren, J. N., Doll, B. & Rubin, N. J. (2007, Oct). Clinical competence for practicing psychologists: Clearly a work in progress. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 510-517. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.510>
- Beth, K. M. & Peterson, R. (2010). *Competency-based Education for Professional Psychology*. Washington, US: American Psychological Association.
- Beutler, L. E. & Williams, R. E., Wakefield, P. J. & Entwistle, S. R. (1995, Dec). Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist*, 50(12), 984-994. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.984>
- Bowling, A. (2007). Quality of life Assessment. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 310-319). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Boyer, B. (2008). Theoretical models in health psychology and the model for integrating medicine and psychology. In B. Boyer (Ed.), *Comprehensive Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 3-30). New Jersey, US: John Wiley & Sons.
- Bray, J. H. (2010, Jul-Aug). The future of psychology: Practice and science. *American Psychologist*, 65(5), 355-369. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020273>
- Callahan, J., Heath, Ch., Aubuchon-Endsley, N., Collins Jr., F. & Herbert, G. (2013, Dec). Enhancing information pertaining to client characteristics to facilitate evidence-based practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1239-1249. doi: 10.1002/jclp.21995
- Catano, V. (2011, Mar). Evidence-based I-O Psychology: Lessons from clinical psychology. *Industrial and Organizational Psychology*, 4(1), 45-48. DOI: 10.1111/j.1754-9434.2010.01293.x
- Carter, B. D. (2014, Sep). Introduction to the CPPP special issue on evidence-based interventions in pediatric psychology. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2(3), 207-211. <http://dx.doi.org/10.1037/cpp0000075>
- Castro, L. (sept, 2013). *Psicología clínica basada en la evidencia y salud mental en Colombia*. Conferencia presentada en el III Congreso Colombiano de Psicología COLPSIC-ASCOFAPSI, Bogotá, Colombia.
- Castro, L. (2011). Modelo integrador en psicopatología: Un enfoque transdiagnóstico. En V. Caballo, I. Salazar & J. Carrobes (comps.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 44-76). Madrid, España: Pirámide.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Cristoph, A.,... & Woody, S.R. (1998, Winter). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16. Recuperado de http://homepage.psy.utexas.edu/HomePage/Group/telchlab/Powers_files/ValidatedTx.pdf

- Chambless D. L. y Hollon, S. D. (1998, Febr). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-19. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Chambless, D. L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits Christoph, P.,... & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18. Recuperado de <http://www.div12.org/sites/default/files/UpdateOnEmpiricallyValidatedTherapies.pdf>
- Chorpita, B. F., Miranda, J. & Bernstein, A. (2011). Creating public health policy: The dissemination of evidence-based psychological interventions. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp. 211-226). New York, US: Oxford University Press.
- Corrie, S. & Lane, D. A. (2009). The scientist-practitioner model as a framework for coaching psychology. *Coaching Psychologist*, 5(2), 61-67.
- Craighead, L. W. & Craighead, W. E. (2006, Sep). PhD Training in clinical psychology: Fix it before it breaks. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(3), 235-241. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2006.00030.x
- Daset, L. R. & Cracco, C. (2013). Psicología basada en la evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 209-220.
- Dozois, D. A. (2013, Febr). Psychological treatments: Putting evidence into practice and practice into evidence. *Canadian Psychology*, 54(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031125>
- Dozois, D. A., Mikail, S. F., Alden, L. E., Bieling, P. J., Bourgon, G., Clark, D. A.,... & Johnston, C. (2014). The CPA presidential task force on evidence-based practice of psychological treatments. *Canadian Psychology*, 55(3), 153-160. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035767>
- Ferrer-Wreder, L., Sundell, K. & Mansoor, S. (2012, Apr). Tinkering with perfection: Theory development in the intervention cultural adaptation field. *Child Youth Care Forum*, 41(2), 149-171.
- Freeman, A., Felgoise, S. H. & Davis, D. D. (2008). *Clinical Psychology: Integrating Science and Practice*. New York, US: John Wiley.
- Foa, E., Gillihan, S. & Bryant, R. (2013, May). Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress: lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD. *Psychological Science in the Public Interest*, 14(2), 65-111. doi: 10.1177/1529100612468841
- Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67-89.
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L. & López Bermúdez, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicotema*, 19(3), 452-458. Recuperado de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8554/8418>
- Hays, P. (2014, Febr). An international perspective on the adaptation of CBT across cultures. *Australian Psychologist*, 49(1), 17-18. DOI: 10.1111/ap.12027
- Hayes, S., Barlow, D. & Nelson-Gray, R. (1999). *The Practitioner: Research and Scientist Accountability in the Age of Managed Care*. Boston, US: Allyn & Bacon.
- Hayes, S., Long, D., Levin, M. & Follette, W. (2013, Nov). Treatment development: Can we find a better way? *Clinical Psychology Review*, 33(7), 870-882.
- Hershenberg, R. & Goldfried, M. R. (2014, en prensa). Implications of RDoC for the research and practice of psychotherapy. *Behavior Therapy* [corrected proof]. DOI: 10.1016/j.beth.2014.09.014
- Hinton, D. & Jalal, B. (2014, May). Parameters for creating culturally sensitive CBT: Implementing CBT in global settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(2), 139-144. DOI: 10.1016/j.cbpra.2014.01.009

- Horn, R. A., McGowan, M. R., Mitchell, D. R., Mellott, R. N., Lilly, K. & Martinez, L. (2007, Febr). A pilot study examining the longer-term stability of the scientist-practitioner model of training. *American Behavioral Scientist*, 50(6), 830-841. doi: 10.1177/0002764206297580
- Huber, D. (2007, Febr). Is the scientist-practitioner model viable for school psychology practice? *American Behavioral Scientist*, 50(6), 778-788. doi: 10.1177/0002764206296456
- Katsikis, D. (2014). Evidence-based research: the importance for the present and future of evidence-based practice. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 14(2), 259-270.
- Kazarian, S. S., & Evans, D. R. (2001). Health psychology and culture: Embracing the 21st century. In S. S. Kazarian & D. R. Evans (Eds.), *Handbook of Cultural Psychology* (pp. 837-846). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Kazdin, A. (2004, Oct). Evidence-based treatments: challenges and priorities for practice and research. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(4), 923-940. DOI: 10.1016/j.chc.2004.04.002
- Kendall, P. C. & Comer, J. S. (2011). Research methods in clinical psychology. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp. 52-75). New York, US: Oxford University Press.
- Laibhen-Parkes, N. (2014, Oct). Evidence-Based practice competence: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(3), 173-182. DOI: 10.1111/2047-3095.12035
- Lowman, R. L. (2012, Sept). The scientist-practitioner consulting psychologist. *Consulting Psychology Journal, Practice & Research*, 64(3), 151-156. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030365>
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L., Lynn, S., Cautin, L. & Latzman, R. (2013, Nov). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883-900. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.09.008
- Lineham, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, US: Guilford Press.
- Marsiglia, F. & Booth, J. (2014, en prensa). Cultural adaptation of interventions in real practice settings. *Research on Social Work Practice* [pre-print]. doi: 10.1177/1049731514535989
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021*. Bogotá, Colombia: Presidencia de la República de Colombia. Recuperado de <http://goo.gl/UtMqxX>
- Moss, D. & Gunkelman, J. (2002). Task force report on methodology and empirically supported treatments: Introduction. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27(4), 271-272. Recuperado de <http://www.aapb.org/i4a/pages/index.cfm?pageID=3391>
- Muñoz, R. F., Sorensen, J. L., Areán, P. A., Lieberman, A. F., Fields, L., Gruber, V. A.,... & McNiel, D. E. (2014, en prensa). Scientist-practitioner training at the internship and postdoctoral level: reflections over three decades. *Training and Education in Professional Psychology* [first posting], <http://dx.doi.org/10.1037/tep0000058>
- O'Brien, W. (2010). Evaluating case formulation decision-making and therapist responsiveness: A perspective from the area of behavioral assessment and case formulation. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6(4), 293-306. <http://dx.doi.org/10.14713/pcsp.v6i4.1051> Recuperado de <http://reaper64.scc-net.rutgers.edu/journals/index.php/pcsp/article/view/1051/2463>
- Peterson, R., Peterson, D., Abrams, J., Stricker, G. & Ducheny, K. (2010). The National Council of Schools and Programs of Professional Psychology educational model 2009. In K. M. Beth & R. Peterson (Eds.), *Competency-Based Education for Professional Psychology* (pp. 13-42). Washington, US: American Psychological Association.

- Quant, D. M. (oct-mar, 2013). Formulación clínica de caso: aspectos metodológicos. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2), 160-172. Recuperado de <http://umb.edu.co/revp/index.php/vanguardiapsicologica/article/viewFile/72/153>
- Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L. & Ritchie, P. (2005, Aug). A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology, Research and Practice*, 36(4), 347-354.
- Rosen, A. A. & O'Halloran, P. P. (2014). Recovery entails bridging the multiple realms of best practice: towards a more integrated approach to evidence-based clinical treatment and psychosocial disability support for mental health recovery. *East Asian Archives of Psychiatry*, 24(3), 104-109. Recuperado de http://easap.asia/journal_file/1403_V24N3_p104.pdf
- Sarafino, E. P. (2005). Context and perspectives in health psychology. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston, M. (Eds.), *The SAGE Handbook of Health Psychology* (pp. 1-26). London, UK: Sage.
- Shakow, D. (1976, Aug). What is clinical psychology? *American Psychologist*, 31(8), 553-560. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.31.8.553>
- 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. DOI: 10.1002/jclp.20373 Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/6284642_Evidence-based_practice_in_clinical_psychology_what_it_is_why_it_matters_what_you_need_to_know/links/00b4952b5ea3015f3c000000
- Spring, B. & Neville, K. (2011). Evidence-based practice in clinical psychology. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp. 128-149). New York, US: Oxford University Press.
- Stamoulos, C., Reyes, A., Trepanier, L. & Drapeau, M. (2014, Aug). The methodological quality of clinical practice guidelines in psychology: A pilot study of the guidelines developed by the Ordre des Psychologues du Québec. *Canadian Psychology*, 55(3), 177-186. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037287>
- Tsai, M., Kohlenberg, R., Kanter, J., Kohlenberg, B., Follette, W. & Callaghan, G. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love, and Behaviorism*. Washington, US: Springer. ISBN: 978-0-387-09786-2 (Print), 978-0-387-09787-9 (Online).

Recibido 02 de octubre de 2014
Revisión recibida 4 de noviembre de 2014
Aceptado 30 de noviembre de 2014

Reseña de la autora y del autor

Diana Melissa Quant-Quintero es psicóloga y especialista en Psicología clínica de la Universidad Católica de Colombia. Obtuvo su Magister en Psicología clínica y de la salud de la Universidad de Los Andes (Bogotá, Colombia). Ha realizado entrenamiento en formulación transdiagnóstica de caso, protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales y en tratamiento cognitivo conductual de trastornos de ansiedad y del estado del ánimo. Es líder del Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Humanas de la Fundación Seré. Es miembro del Colegio Colombiano de Psicólogos. Recibió mención de reconocimiento "Nuevo investigador" del Premio de Excelencia del Colegio Colombiano de Psicólogos en 2009.

Santiago Trujillo-Lemus es psicólogo graduado de la Universidad Católica de Pereira (Colombia) y especialista en Psicología clínica de la Universidad Católica de Colombia. Diplomado en Terapia cognitiva de la Asociación Colombiana de Terapia Cognitiva, certificado en práctica avanzada de terapia racional emotivo-conductual del Instituto Albert Ellis de Nueva York. Es miembro del Colegio Colombiano de Psicólogos, de la Asociación Colombiana de Terapia Cognitiva y de la Red Mundial y Colombiana de Suicidiología. Es profesor honorífico del Instituto Superior de Estudios Psicológicos de España.

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