

# Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología

Rafael Ferro García\* y M.<sup>a</sup> Carmen Vives Montero\*\*

Últimamente han sido publicadas una gran cantidad de guías de tratamientos eficaces en psicología. Estas publicaciones son de diversa calidad y reflejan posiciones teóricas muy diferentes. Por reseñar algunos ejemplos, la revista *Psicothema* dedica el número 3 del volumen 13 (publicado en 2001) a los tratamientos psicológicos eficaces en trastornos muy diferentes. Asociaciones de prestigio, como la American Psychiatric Association (<[www.psych.org](http://www.psych.org)>) y la American Psychological Association (<[www.apa.org](http://www.apa.org)>) tienen sendas guías de tratamientos eficaces en sus páginas en la red. El Colegio Oficial de Psicólogos de España, en su página web, tiene un artículo sobre tratamientos eficaces (<[www.cop.es](http://www.cop.es)>). También han aparecido libros dedicados al tema, entre otros el trabajo de Labrador, Echeburúa y Becoña<sup>1</sup> o el excelente de Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez,<sup>2</sup> donde se presenta una guía completísima dedicada a los tratamientos eficaces en adultos, a la psicología de la salud y al tratamiento de niños y adolescentes. Hay otras guías que ofrecen una visión más médica, por ejemplo la de la Cochrane Collaboration (<[www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)>), citada en este último trabajo.

Según Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez,<sup>3</sup> hay varias razones que explican el auge de estas guías y el interés por la evaluación de la eficacia de los tratamientos. Una de ellas es la propia evolución científica de la psicología, en contraposición con la psicología no científica. El avance científico de las últimas décadas —tanto teórico como aplicado— ha hecho que se plantee la necesidad de estudiar la eficacia de las intervenciones ya existentes. Otra razón es el incesante desarrollo de tratamientos psicofarmacológicos en competencia con los psicológicos, lo que ha hecho que tanto médicos como psicólogos vean (o mejor, intenten ver) cuáles son más eficaces. Por último, han aparecido en los países desarrollados pagadores públicos o privados de estos servicios que empiezan a exigir tratamientos que sean eficientes, es decir, que supongan un costo mínimo y un resultado máximo. Aparte de estas razones, hay muchos intereses creados, no sólo gremiales sino también comerciales. Todo ello ha llevado a la realización y publicación de estudios sobre la eficacia y la efectividad de estos tratamientos.

Para muchos, el interés fundamental de estas guías reside en que permiten que tanto los clientes como los profesionales estén bien informados sobre la eficacia de cada tratamiento. Algunas de ellas no pretenden hacer un control de calidad, como ocurre en otros ramos del comercio. No nos olvidemos que el tratamiento —psicológico y psicofarmacológico— es un negocio. Los laboratorios y ciertos psicoterapeutas pretenden abarcar la mayor proporción posible de la población para aumentar

de este modo sus beneficios económicos. Los libros, cursillos y talleres de autoayuda, tan de moda desde hace tiempo, son un ejemplo de lo dicho. También lo son algunas campañas publicitarias de determinados laboratorios para promocionar sus ansiolíticos y antidepresivos en revistas de medicina más o menos especializadas. El resultado es, ni que decir tiene, que los médicos de cabecera tardan bien poco en recetarlos. Por poner otro ejemplo, el trastorno de pánico fue prácticamente construido en función de un nuevo fármaco, el alprazolam (Xanax<sup>®</sup>), que tenía unos efectos muy rápidos como ansiolítico y por lo tanto era apto casi exclusivamente para el tratamiento de un problema como las crisis de ansiedad, de presentación y evolución súbitas. Se bombardea a la población, tanto médica como psicológica, con información sobre este tipo de efecto terapéutico y se crea una nueva necesidad. Así, se comienza a hablar de un *nuevo* trastorno psicológico para el que existe un *nuevo* fármaco (véase Pérez Álvarez,<sup>4</sup> página 45). No es que no existiera el problema; es que no estaba tipificado como tal y no se veía necesaria una intervención tan rápida.

Ante este estado de la cuestión sólo se puede decir que la cena está servida. Habría que preguntarse *qué* se entiende por efectividad, por eficacia y finalmente por eficiencia. Y sobre todo, *cómo* se hacen estos estudios y *quién* los realiza.

Necesariamente hay que empezar con la *efectividad* de una intervención. Ésta tiene que ver con el grado de satisfacción del cliente o paciente con la misma. Como mantiene Pérez Álvarez,<sup>5</sup> la efectividad apunta hacia el éxito social y la satisfacción del cliente. Esto plantea un problema que nos lleva directamente a la eficacia, es decir, a la pregunta: ¿realmente sirve la intervención? Pensemos en la cantidad de personas que van al curandero, al acupunturista, al médico homeópata, al quiromante, etc. Muchas de ellas repiten, lo que indica que han salido satisfechas. Por duro que parezca, la terapia en ese sentido llega a ser efectiva. Pero otra cuestión sería el por qué.

Lo que al clínico le interesa primeramente es la efectividad de su intervención. Aunque la efectividad es un «buen resultado», el clínico no debería confiar en que sea el «resultado bueno».<sup>5</sup> No hay que desanimarse, ya que es posible demostrar de manera válida la efectividad de una intervención. La cuestión primordial aquí sería la elección de las variables dependientes del estudio, es decir, lo que se va a medir. Para ello el investigador debe seleccionar variables medibles y que señalen realmente el cambio que resulta de la intervención. También es necesario el uso de un diseño de caso único, como mínimo de un diseño con una medida preintervención y otra posintervención de la variable o variables dependientes seleccionadas. Los diseños de este tipo, de un solo sujeto con repeticiones siste-

\*Centro de Psicología CEDI, Granada (España). Dirección para correspondencia: [rferro@correo.cop.es](mailto:rferro@correo.cop.es).

\*\*Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada (España).

máticas en las más variadas poblaciones y contextos, permiten demostrar la efectividad (o la falta de ella) de la intervención. Además, los resultados deben mantenerse por un periodo largo; es decir, se necesita un seguimiento de la intervención. Con este tipo de metodología, se hace un análisis de las diferencias individuales, la «piedra en el zapato» de cualquier investigador en ciencias biomédicas. Como mantienen Pérez Álvarez y Fernández Hermida,<sup>6</sup> las ciencias sociales y biomédicas tienen la asignatura pendiente de «descubrir» este tipo de diseños, que la psicología lleva utilizando desde hace muchas décadas. Los trabajos traducidos al castellano de Barlow y Hersen<sup>7</sup> y Bellack y Hersen,<sup>8</sup> por citar sólo dos ejemplos, describen estos diseños.

En segundo lugar, la *eficacia* hace referencia a la capacidad que tiene un tratamiento de producir cambios psicológicos en la dirección esperada que sean claramente superiores a los de la no intervención, a los de otros tratamientos estándar disponibles<sup>3,9</sup> o incluso a los de algunos de sus componentes aislados. La diferencia con la efectividad radica en que ésta no contempla la comparación de los efectos de la intervención con nada, mientras que la eficacia implica la comparación de la intervención con la ausencia de intervención, para centrarse en los cambios que se observen con el paso del tiempo. Los estudios de eficacia se hacen más con diseños de grupo que con diseños de sujeto único. Ni que decir tiene que los diseños mixtos (de sujeto único comparados en grupo) también son muy válidos. La eficacia está relacionada con la validez interna del procedimiento o del análisis del mismo. Los estudios se hacen en situaciones muy controladas, con pacientes voluntarios que no suelen pagar, con tratamientos estándar, en un tiempo fijado, con procedimientos doble ciego, etc. Esto nos lleva directamente a la pregunta: ¿son válidos estos resultados para la población general? La respuesta vendría dada por los estudios de efectividad, ya que ésta está relacionada con la validez externa de la intervención. Es decir, un tratamiento con validez externa produce efectos medibles en poblaciones y ámbitos clínicos.

Para algunos autores<sup>3</sup> las exigencias de validez interna constituyen un requisito necesario para la evaluación de la validez externa de la intervención, aunque la necesidad de ambos tipos de estudios es obvia. Por ejemplo, en el caso de la bulimia se ha demostrado que el tratamiento más eficaz es la terapia cognitivo-conductual, como señalan, entre otros, Agras *et al.*<sup>10</sup> Sin embargo, en diferentes estudios, como el realizado por Toro, Cervera, Feliu, Garriga, Jou, Martínez y Toro,<sup>11</sup> se ha constatado que esta terapia no siempre resulta efectiva con todas las personas que sufren bulimia nerviosa. En otras palabras: aunque algunos estudios sobre la eficacia de los tratamientos aporten datos sobre el tipo de tratamiento con mejores resultados en un trastorno concreto, estos datos no garantizan que ese tratamiento sea efectivo en todos los casos.

Por último, hay que hablar de la *eficiencia*. Según Pérez Álvarez y García Montes,<sup>12</sup> este término se refiere a la relación coste/beneficio de la propia intervención. Estos mismos autores apuntan que el análisis de la eficiencia se realiza a tres niveles: el coste directo del tratamiento para el paciente o el sistema proveedor del servicio, el coste directo para la comunidad y el coste indirecto para la sociedad. Sería sencillo adivinar el tipo de metodología empleada: «contar» el coste

de la intervención, comparándolo con el de la ausencia de intervención y sus consecuencias, o con el de otras intervenciones estándar. Un ejemplo sorprendente de este tipo de estudio es el trabajo de Antonuccio, Thomas y Danton.<sup>13</sup> Demostró que el uso de la fluoxetina (Prozac<sup>®</sup>) para el tratamiento de la depresión resulta un 33% más caro que un tratamiento individual con terapia psicológica y que además el tratamiento combinado con ambos es un 23% más caro que la terapia psicológica sola.

En fin, aunque casi todas las psicoterapias tienen efectividad social, en no todas se ha comprobado su eficacia clínica<sup>5</sup> y no todas son eficientes. Un ejercicio que merecería le pena sería analizar cómo es enjuiciado un mismo tratamiento para un mismo trastorno en las guías emitidas por psiquiatras y psicólogos, fijándose en *quién* valora su efectividad, eficacia y eficiencia.

#### Nota de la Redacción

En el próximo número de *Panace@* está previsto incluir una ficha de MedTrad sobre la traducción de los términos *efficacy*, *effectiveness* y *efficiency* en medicina y farmacología.

#### Bibliografía

1. Labrador FJ, Echeburúa E, Becoña, E. Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Dykinson; 2000
2. Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo I. Guía de tratamientos psicológicos eficaces. Madrid: Pirámide; 2003.
3. Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. En Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I. eds. Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos. Madrid: Pirámide; 2003.
4. Pérez Álvarez M. Las cuatro causas de los trastornos psicológicos. Madrid: Universitas; 2003.
5. Pérez Álvarez M. La Psicología Clínica desde un punto de vista contextual. Papeles del Colegio; 1998; 69: 25-40.
6. Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR. El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 2001; 13 (3): 523-529.
7. Barlow DH, Hersen M. *Single Case Experimental Designs*. Nueva York: Pergamon; 1984. (Trad. esp. Barcelona: Martínez Roca; 1988.)
8. Bellack AS, Hersen M. *Research methods in clinical psychology*. Nueva York: Pergamon; 1984. (Trad. esp. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1989.)
9. Fernández Hermida JR, Pérez Álvarez M. Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 2001; 13 (3): 337-344.
10. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multi-center comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 2000; 57: 459-466.
11. Toro J, Cervera M, Feliu MH, Garriga N, Jou M, Martínez E, Toro E. Cue Exposure in the Treatment of Resistant Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2003; 34: 227-234.
12. Pérez Álvarez M, García Montes JM. Guía de tratamientos psico-

- lógicos eficaces para la depresión. En Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo I (eds.). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos. Madrid: Pirámide; 2003.
13. Antonuccio D, Thomas M, Danton WG. A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. Behavior Therapy, 1997; 28: 187-210.

## Sobre la etimología de 'ombligo'

Juan Pérez

Lima (Perú)

Ombligo viene del latín *umbilicus* (que es el diminutivo de *umbo*) y, además, del griego *omphalos*. El término *umbo* proviene a su vez del indoeuropeo *ombh*, y de una variante de *ombh*, *nobh*, derivan el alemán *nabil* y el inglés *navel*, que significan «ombligo».

*Omphalos* —o, en latín, *umbilicus*— quiere decir «centro» o «punto medio». El término *omphalos* no tiene aún un equivalente oficial en castellano, pero se le puede encontrar en la Internet como «ónfalo».

El origen del término «ónfalo» es mitológico y está relacionado con Zeus y con Delfos. Cuentan que Zeus, queriendo determinar el centro de la Tierra —plana y circular, en aquel entonces—, hizo que dos águilas volaran a la misma velocidad desde los extremos de uno de los diámetros del círculo. Las águilas se encontraron en Delfos. Para señalar dicho «centro» se colocó en el templo de Apolo (en Delfos) una piedra de mármol blanco, a la que se llamó la piedra Ónfalo. Ese lugar quedó fijado como el centro del mundo griego.

Siguiendo con la mitología, se dice que a partir de esa piedra Ónfalo surgió una divinidad griega —adicional a las ya existentes— que se llamó Onfalia. Onfalia fue reina de Libia y se la asocia sentimentalmente con Hércules. El nombre femenino Onfalia se dice que significa «la mujer que tiene un hermoso ombligo».

Usando como prefijos los términos «onfal-» u «onfalo-» se obtienen otras palabras del ámbito médico que tienen relación con el ombligo anatómico. Por ejemplo: *onfalelcosis* (ulceración del ombligo), *onfalitis* (inflamación por infección del ombligo), *onfalotomía* (sección del cordón umbilical), *onfalocoele* (hernia umbilical), *onfalorragia* (hemorragia del ombligo), *onfalotripsia* (aplastamiento del cordón umbilical), etcétera.

El término *umbo* (con el significado de «ombligo» o parte saliente en el centro de una superficie redonda) se usa en medicina para nombrar a una zona del oído interno ubicada entre el tímpano y el martillo. En otro ámbito diferente, el de la escudería, antes de las guerras púnicas (264 a. C.) se llamaba *umbo* a unos protectores, de bronce o de hierro, colocados en el centro de los escudos y que permitían usarlos ofensivamente para golpear.

La forma latina *umbilicus*, la encontramos en palabras castellanas tales como «umbilical» (relacionado con el ombligo) o «umbilicado» (con forma de ombligo).

En inglés, ombligo se dice *navel*, término que está relacionado con *nafela* (del inglés antiguo) o *nabalo* (del alemán).

En Perú tenemos la ciudad del Cusco, cuyo nombre en quechua, *QosQo*, significa «ombligo». Así llamaron los incas a esta ciudad, capital de su imperio y que geográficamente se ubicaba en el centro de éste. En Chile, la Isla de Pascua (Rapa Nui) es también llamada, por sus habitantes nativos, *Te-Pito-O-Te-Henua*: el ombligo del mundo. Los principales lugares sagrados de todas las culturas son llamados en general «ombligos del mundo». Así se dice del lugar donde está la Piedra Negra de la *Kaaba* musulmana o de la ciudad de Jerusalén.

## Referencias

<harvey.harker.org/u/harker/fatemar/assignments/hercules\_y\_onfalia.jpg>.

<www.bartleby.com/61/roots/IE351.html>.

<usuarios.cultura.com.br/jmrezende/umbigo.htm>.

<webusers.xula.edu/mmartine/academica/Prefijos.htm>.

<www.med.miami.edu/patients/glossary/art.asp?articlekey=9559>.

<www.angelfire.com/cantina/hipercriticon/lectuteta>.

<usuarios.lycos.es/darklegion/mitologia\_hercules.htm>.

<pobladores.lycos.es/channels/deportes/levantemaniaweb/area/18/subarea/1>.

<morgan.ia.unam.mx/usr/humanidades/194/ARTICULOS/BERRUECOS.html>.

<www.buscasalud.com/boletin/analisis/2002\_11\_22\_10\_46\_41.html>.

<www.ociototal.com/recopila2/r\_viajes/cuzco.html>.

<www.geoambiental.com.ar/lugsag1.htm>.

<escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/ApuntesOtorrino/AnatomiaOidoMd.html>.

<www.iorana.net/artics08\_rt.htm>.