

# II CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA

*AVANCES EN LA PSICOLOGÍA DE HOY*

*Dr. José Anicaria Gómez*  
*Universidad Autónoma del Perú*

*Noviembre, 2010*

# 1. INTRODUCCIÓN

- Esta disertación parece apropiada empezarla con una analogía literaria en la cual se describen dos realidades: una, el viejo orden y otra, la alternativa del nuevo orden social.

En la obra literaria, *La Guerra del Fin del Mundo*, de Vargas Llosa, ubicada en el contexto del tránsito de la colonia a la República; se describe cómo un grupo de personas se organizan y viven bajo la dirección y protección de un Predicador: “Antonio el Consejero”; luchan por la monarquía, el viejo orden, la oposición al censo nacional, al uso del sistema métrico decimal, a la recaudación de impuestos y están llenos de un misticismo mágico y religioso; en oposición al nuevo status emergente: la Constitución de la República, la abolición de la esclavitud y el uso de las herramientas, técnicas y productos derivados del avance científico y tecnológico. Esa guerra tuvo un fin y hoy podemos observar como el Brasil, es un país con un alto nivel de desarrollo en casi todas las áreas, es una potencia mundial.

# ***1.INTRODUCCIÓN***

---

En la psicología moderna ocurre algo parecido, hay prácticamente dos grandes mundos, uno el mundo del idealismo y del subjetivismo, del apego y dependencia al viejo orden, a sus patriarcas que a veces no son psicólogos, en oposición al nuevo orden insurgente, el cual plantea una opción empírica, naturalista y objetiva para el estudio del comportamiento, de autonomía profesional y de uso principal del método experimental de las ciencias, en sus prácticas sociales.

# 1. INTRODUCCIÓN

---

Hay entonces en la psicología de hoy una pugna de dos mundos, como en la novela de Vargas Llosa y tenemos que enfrentarnos a esta realidad y elegir entre **Misticismo o Ciencia**. He allí las alternativas, no hay posiciones eclécticas. El ejercicio de la psicoterapia como práctica social de los psicólogos no está ajena a esta pugna.



**Es la práctica de la psicología clínica el lugar por excelencia de esta discusión. La práctica clínica es esencialmente difícil: a) por la naturaleza a los problemas a tratar, b) el sistema de tratamiento empleado y c) la capacidad y habilidad del terapeuta. Así, puede ser difícil tener una adecuada comprensión de los problemas del cliente: su fobia social, su pensamiento obsesivo, su delirio de persecución, o su adicción a sustancias; pero también es difícil construir un efectivo y eficiente plan de tratamiento basado en evidencias, tal como lo ha señalado varios investigadores, Martín y Pear (1978), Ribes (1972) y Anicama (2010), entre otros.**



**La pregunta esencial en el mundo de hoy teniendo en cuenta esta problemática es ¿CUÁL PSICOTERAPIA ES MEJOR QUE OTRA? O con una precisión ¿CUÁLES SON LOS EFECTOS DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS, Y DE LAS TERAPIAS CONDUCTUALES-COGNITIVAS EN PARTICULAR? La mejora en la evaluación de la calidad de los productos y resultados que ofrecen todas las disciplinas de conocimiento ha sido muy decisivo para el progreso en este mundo globalizado e industrializado. En la práctica clínica es un tema más reciente.**



En este contexto, un análisis de los efectos de las terapias psicológicas, debe iniciarse con un análisis de sus bases de filosofía de ciencia, una revisión de la teoría científica que la sustente y un énfasis en la metodología científica y técnicas empleadas. A esto es lo que hoy llamamos psicoterapia basada en las evidencias y es el tema central de interés de esta presentación.



## **2. PSICOLOGÍA CLÍNICA TRADICIONAL Y PSICOLOGÍA CLÍNICA EXPERIMENTAL**

---

La Psicología Clínica ha sido el área de acción profesional que más ha definido la labor del psicólogo. Sin lugar a dudas, las otras áreas de acción profesional, en mayor o menor medida, están fuertemente influidas por tareas de tipo clínico.

La historia de la Psicología Clínica se ha caracterizado por una serie de agudas contradicciones conceptuales y metodológicas entre las múltiples formas de enfoques mentalistas oponiéndolas al intento objetivo de construir una genuina ciencia del comportamiento basada en conceptos, principios y metodologías radicalmente diferentes a los tradicionales al partir de la observación directa y la contrastación empírica.





---

**La psicología clínica experimental que practicamos asume una serie de principios y conceptos que pretenden marcar la estrecha relación que debe haber entre sus bases epistemológicas, la producción de ciencia básica, es decir, conceptos, principios y teorías psicológicas resultantes del uso del método científico natural y la relación que estos dos niveles deben guardar con el nivel tecnológico; es decir, el ejercicio de la práctica psicoterapéutica.**



## 2.1. LA BASE EPISTEMOLÓGICA

---

Se inicia partiendo de los **hechos observables** o evidencias empíricas contrastables, el asumir un principio de **causalidad múltiple**, esencial para comprender la complejidad de muchos problemas clínicos, tal como los trastornos obsesivos-compulsivos, la depresión, la adicción a sustancias, los intentos suicidas, los desórdenes borderline de la personalidad, los desórdenes psicóticos, los desórdenes de déficit de atención o los desórdenes sexuales, entre muchos otros.

A estos principios se les integra los principios de verificación y de replicación o contrastación, este último esencial para demostrar que las técnicas de intervención son las que realmente producen los cambios terapéuticos en las personas.



---

Así, este conjunto de **principios epistemológicos**: objetividad, causalidad, verificación y replicación, van a permitirnos postular un criterio de verdad científica basada en la demostración empírica de los resultados (Anicama ,2008, 2010), en oposición a la verdad lógica o racional de las psicoterapias tradicionales.



## **2.2. LOS SUSTENTOS METODOLÓGICOS**

---

Se plantea partir de la observación, la medición continua del comportamiento inadaptado sometido a consulta y a intervención, para lo cual se han desarrollado innovadores sistemas de medición directa. **En este plano, una segunda idea importante es el control de variables**, es decir, una precisión de qué técnicas están actuando como variables independientes, una precisión de las características o sintomatología que caracteriza al problema clínico y que es sometido a medición por ser la variable dependiente, así como, un preciso control de las variables extrañas y de control propiamente dicho que interactúan en dicho caso.



---

**Todo ello se deriva en la utilización de un diseño experimental de investigación que permite hacer un control experimental de las variables y esencialmente analizar y evaluar el impacto de las técnicas de intervención, así como sus efectos; en otros términos, este diseño experimental de caso único es el que permite hacer investigación en el proceso terapéutico. Es lo que hace diferente a las terapias conductuales-cognitivas.**



---

**El uso de un diseño experimental de investigación es una de las características metodológicas más importantes de las terapias conductuales y de las terapias conductuales-cognitivas. Éste es el aporte esencial de estas terapias a la investigación psicoterapéutica y en especial, a la evaluación de los efectos de las terapias psicológicas.**



### **3. LAS EVIDENCIAS: LOS EFECTOS DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS:**

---

#### **3. 1. LOS EFECTOS COMO EVIDENCIAS EMPÍRICAS**

El punto de vista que se está asumiendo es que una psicoterapia o terapia psicológica basada en principios y metodologías científicas debe permitir una demostración empírica que evidencien los resultados o los efectos logrados; a esto también se le ha denominado **Psicoterapia basada en evidencias**.



---

**Esta es una tarea muy compleja y difícil, pero si se desea realmente probar que nuestras técnicas de intervención funcionan, entonces tenemos que demostrar con evidencias empíricas los resultados y asimismo, buscar la mayor efectividad de los procedimientos de intervención y a menor costo.**


**Analizaremos brevemente algunos estudios:**





---

Fue **Eysenck** en 1952 con su demoledor artículo “**The effects of psychotherapy**” el primero en sostener que no existía ninguna evidencia científica de que la psicoterapia funcionara o tuviera efectos. Fue duramente criticado por ello, pero no le faltó razón. Entre otras cosas argumentó que el sólo paso del tiempo cumplía un rol terapéutico no controlado y que los pacientes neuróticos sin tratamiento se curaban mejor que aquellos otros sometidos a terapias conductuales de desensibilización y mucho menos a las terapias psicodinámicas.



Wilson (1981, pág. 13), afirma que “uno de los problemas por el cual ha sido tan debatido el estudiar los efectos de la psicoterapia ha sido y es la complejidad del problema. Medir los efectos de la psicoterapia es realmente difícil, sin embargo debe llevarse a efecto si es que de alguna manera aspiramos a tener credibilidad como una profesión científica”. Otra razón de fuerte discusión es evidentemente lo difícil que resulta decir estas terapias funcionan, y estas otras no.

Y al evaluar las terapias se debe preguntar: ¿qué componentes evaluamos? ¿Qué método o técnica aplicada a uno o varios tipos de problemas funcionan? ¿Cuáles medidas tomaremos como parámetros comparativos: autonómicas, motoras, cognitivas, sociales y/o emocionales? ¿Cómo se controlaron las variables terapéuticas? ¿Cuál es el costo del programa? ¿Cuánto tiempo duró y cuánto tiempo hubo de seguimiento? En fin una serie de preguntas que hacen difícil y crítica la tarea investigativa, pero debemos de hacerlo.



**Otro de los estudios clásicos para analizar los efectos de la psicoterapia ha sido el de Paul (1966), cuyos resultados se muestran en la tabla 1:**



**TABLA 1**

**Distribución en porcentajes de los casos clínicos según las categorías tradicionales de mejoría, a partir de los datos del estado de tensión. \* Paul 1966.**

	<b>N</b>	<b>Sin mejoría</b>	<b>Mejoría Ligera</b>	<b>Mejoradas</b>	<b>Muy Mejoradas</b>
<b>Desensibilización</b>	<b>15</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>14%</b>	<b>86%</b>
<b>Discernimiento</b>	<b>15</b>	<b>7%</b>	<b>46%</b>	<b>27%</b>	<b>20%</b>
<b>Atención-Placebo</b>	<b>15</b>	<b>20%</b>	<b>33%</b>	<b>47%</b>	<b>-</b>
<b>Tratamiento control</b>	<b>29</b>	<b>55%</b>	<b>28%</b>	<b>17%</b>	<b>-</b>



**La tabla 1. muestra los datos al comparar los grupos bajo ciertos criterios de mejoría, los resultados mostraron que el 86% de los pacientes tratados con desensibilización sistemática (D.S.) quedaron muy mejorados y un 14% mejorados. Por el contrario en el grupo de discernimiento el 20% quedó muy mejorado, el 27 mejorado y un 46% con mejoría ligera. Por su parte el grupo de atención placebo tuvo 0% muy mejorados y un 47% mejorados. Dos años después, Paul (1968), reportó que las diferencias se habían mantenido.**



## ***EFFECTOS DE LAS TERAPIAS CONDUCTUALES EN UNA VARIEDAD DE CASOS CLÍNICOS EN LIMA. ANICAMA 1987.***

---

Un estudio que presentó el aporte peruano en el análisis de los efectos de la terapia del comportamiento fue el desarrollado por Anicama (1987), quien hizo una exhaustiva revisión de 24 casos clínicos con diferente problemática, sometidos a tratamiento conductual por destacados terapeutas peruanos tanto en el Hospital Cayetano Heredia como en CIPMOC: Centro Peruano de Investigaciones Psicológicas y Modificación del Comportamiento. Para esta presentación, se han actualizado algunos datos y están otros en proceso.



---

**Algunos de los resultados se muestran en la Tabla 2, y en todas ellas destacan el apropiado control metodológico que ha caracterizado el ejercicio de las terapias conductuales en el Perú, su flexibilidad para utilizar estrategias de intervención antes que técnicas, su persistencia en la medición directa y continua, el uso de diseños experimentales de investigación para controlar el efecto de las variables.**



**También destaca el número menor de sesiones de tratamiento comparado con las técnicas tradicionales, las cuales en el caso de los desórdenes de conducta infantil son de dos meses, para el caso de los desórdenes emocionales: ansiedad, temores u obsesiones entre dos a tres meses; para los problemas de aprendizaje, un mes y dos semanas, entre otros datos importantes. Y la efectividad de los programas aplicados se estima en un 95% de éxito con un tiempo considerable de seguimiento, que iba entre seis meses a un año.**



# CRITERIOS PARA EVALUAR EFECTOS DE LAS TERAPIAS DEL COMPORTAMIENTO

## J. ANICAMA 1987 (Versión abreviada, modificación en proceso 2010).

AUTOR	SUJETOS	TIPO DE PROBLEMA	DISEÑO DE PROGRAMAS	CONTROL DE VARIABLES	TIPO DE TRATAMIENTO: TÉCNICAS	Nº DE SESIONES	DURACIÓN N CADA SESIÓN	DURACIÓN TOTAL TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
Arana L. 1982	Hombre 30 años	1) Reacción impotencia/ansiedad.	Si	Diseño ABA	Relajación Sistemática	10	50'	1 mes 9 días	4 meses (6 sesiones)
		2) Disfunción sexual.	2	Diseño ABA	Desen. Siste. Imag.	17	50'	2 meses 15 días	4 meses (6 sesiones)
Miranda E. 1982	Hombre 7 años	1) Mutismo Selectivo asociado al temor de hablar en clases.	Si	Diseño ABABAB	Desensibilización de contacto	18	30'x 3	6 semanas aprox.	10 meses
Silverman R. 1982	Hombre 10 años	1) Problema de Aprendizaje: Lecto-escritura.	Si	Diseño AB	Moldeamiento + Refor. continuo + RDO	23	30'a 45'x3	7 semanas	1 año 6 meses
Galvez M. 1982	Hombre 4 años	1) Problema de lenguaje y articulación.	Si	Diseño ABAB	RDO	14	15'	1 mes	7 meses
		2) Problema conducta: rabietas y pataletas.	2	Diseño ABCB	Tiempo-Fuera Refuerzo Condicionado.	35(+3®)	Variable	1mes 5 días	7 meses
Vela G. 1982	Hombre 9 años	1) Problema de lenguaje y articulación	Si	Diseño L. Base Múltiple	Modelado Moldeamiento RDO	22	30'x3	5 meses	1 año.

AUTOR	SUJETOS	TIPO DE PROBLEMA	DISEÑO DE PROGRAMAS	CONTROL DE VARIABLES	TIPO DE TRATAMIENTO: TÉCNICAS	Nº DE SESIONES	DURACIÓN CADA SESIÓN	DURACIÓN TOTAL TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
Sánchez Luz 1982	Hombre 21 años	1)Homosexualidad	Si	Diseño ABCA	Terapia aversiva Terapia Aversión/ Alivio Práct. Masturb.	20 20 46	45-60' interdiario	3 meses	2 años
		2)Síndrome Fóbico a Relaciones Heterosexuales.	Si	Diseño ABA Diseño AB	D.S.I Entre. Asertivo	30 4	30'x3" 30'x3"		
Rojas Eliz. 1982	Mujer 13 años	1)Retardo en el desarrollo: verbalizaciones.	Si	Diseño ABC Individual	RDO Social castigo positivo	27	30'x3"	9 semanas	6 sesiones
				Diseño Línea Base Múltiple (en grupo)	RDO social castigo positivo	27	45'x3"	9 semanas	2 sesiones
Chennett Carmen. 1982	Hombre 7 años	1) Problema de aprendizaje. 2) Problema de conducta.	Si	(1) Diseño ABCD	RDO Extinción, TF Moldeamiento	47 (+4) Cons. 29 (+4)	5 horas 60'	5 semanas	8 meses (12 sesiones)
				(2) Criterio-cambiante.	PAS, Ref imitación, encadenamiento.	49 (+4)	10'	1 mes 11 días	4 meses (10 sesiones)
				(3) Diseño ABA.	Imitación, Ref PAS.	26(+3)	30'	12 días.	4 meses (8 sesiones)
Arcaya 1982	Hombre 8 años	1)Problemas de conducta infantil	Si	(1) ABAC	T. F., costo de res. Ref. (-), Ref. (+)	53 (7 línea de base)	10'	4 meses.	4 meses (4 sesiones)
		2) Bajo rendimiento académico en Matemáticas.		(2) ABAC	RDO, Ref. (+)	60 (9 línea de base)	30'		4 meses (4 sesiones)

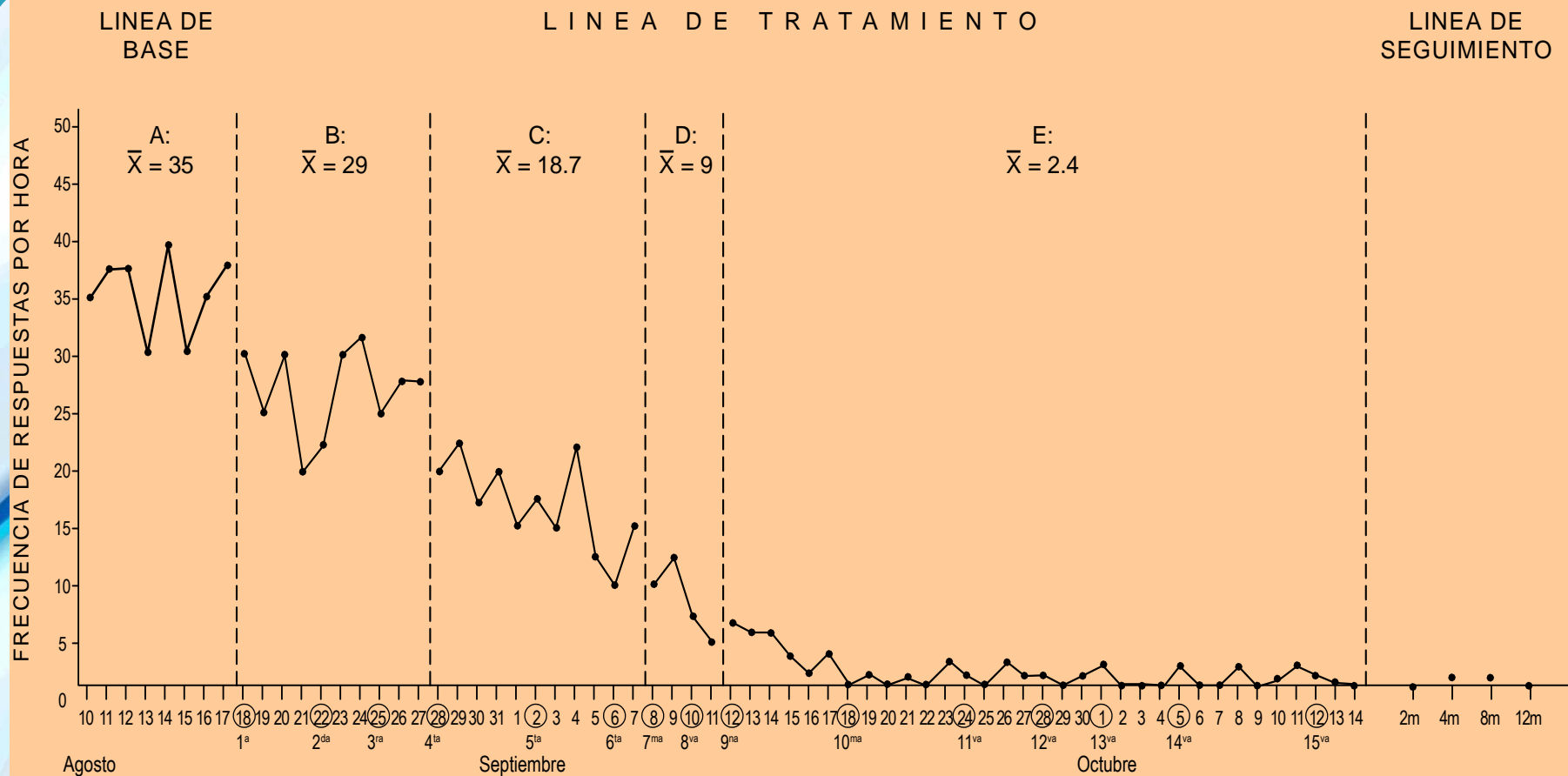


AUTOR	SUJETOS	TIPO DE PROBLEMA	DISEÑO DE PROGRAMAS	CONTROL DE VARIABLES	TIPO DE TRATAMIENTO: TÉCNICAS	Nº DE SESIONES	DURACIÓN CADA SESIÓN	DURACIÓN TOTAL TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
Anicama 1991	Mujer 28 años	1) Adicción crónica y severa cigarrillo. 2) Sind. Ansioso-fóbico	Si	(1) Diseño AB criterio cambiante descendente  (2) Diseño ABA	1. Autocontrol: autoregistro y autoreforzamiento+ metas descendentes.  1. Relaj. Sistemát. 2. Des. Sist. Imag.	16 (8s X 2)	60'	2 meses	2 años
Anicama 1993	Hombre 26 años	1) Síndrome obsesivo-compulsivo 2) Ansiedad-fobia	Si  Si	Diseño Multivariable ABCDE	1. Sens. Encub. Metas con alta tasa de ref. + Costo Rpta. Doble Sensib. Encub.  2. D.S. y Entr. Asertivo	15	60'	10 semanas  6 semanas	1 año  1 año
Anicama 1997	Mujer 17 años	1) Eritrofobia	Si	Diseño Multivariable ABA CA	Relaj. Sistemát.  Desen. Sistemát.	15  15	30'  60'	2 meses	12 meses



---

Por otro lado, si analizáramos los tipos de cambios que van produciendo las terapias, deberíamos esperar cambios, no solamente en los componentes conductuales, en los componentes cognitivos, sino también en la estructura misma de la personalidad. La Figura 1 muestra los cambios producidos en un **sujeto obsesivo compulsivo sometido a intervención con las terapias conductuales y conductuales-cognitivos** utilizando un diseño de investigación experimental multivariante ABCDE.



NUMERO DE SESIONES

A	B	C	D	E
Línea de Base	1) SC con E <sub>n</sub> falta aire por bloque respiratorio 2) Prog. metas para obtener refuerzo positivo	1) SC con E <sub>n</sub> falta aire 2) Prog. metas 3) CRC: Pérdida de su trabajo o un ser querido	1) Doble condicionamiento encubierto	1) Doble condicionamiento encubierto 2) Guía y reforzamiento positivo, autoregistro de pensamientos positivos a) Falta Aire b) Sensación de náuseas

Figura 1. Cambios en la tasa de Respuestas de pensamientos obsesivos por terapia del comportamiento. J. Anicama.



---

La Figura 2 presenta, por su parte los efectos de la aplicación de un programa de **desensibilización sistemática al temor a las agujas** en 15 pacientes con insuficiencia renal sometidos a tratamiento con diálisis y con Terapia Conductual-Cognitiva. Es una muestra de nuestros logros en Psicología de la Salud. Los cambios en la variable dependiente fueron en la Escala SUDS de control subjetivo de la ansiedad, además de otras mediciones objetivas en respuestas autonómicas, emocionales y cognitivas.



Puntaje  
escala  
SUDS

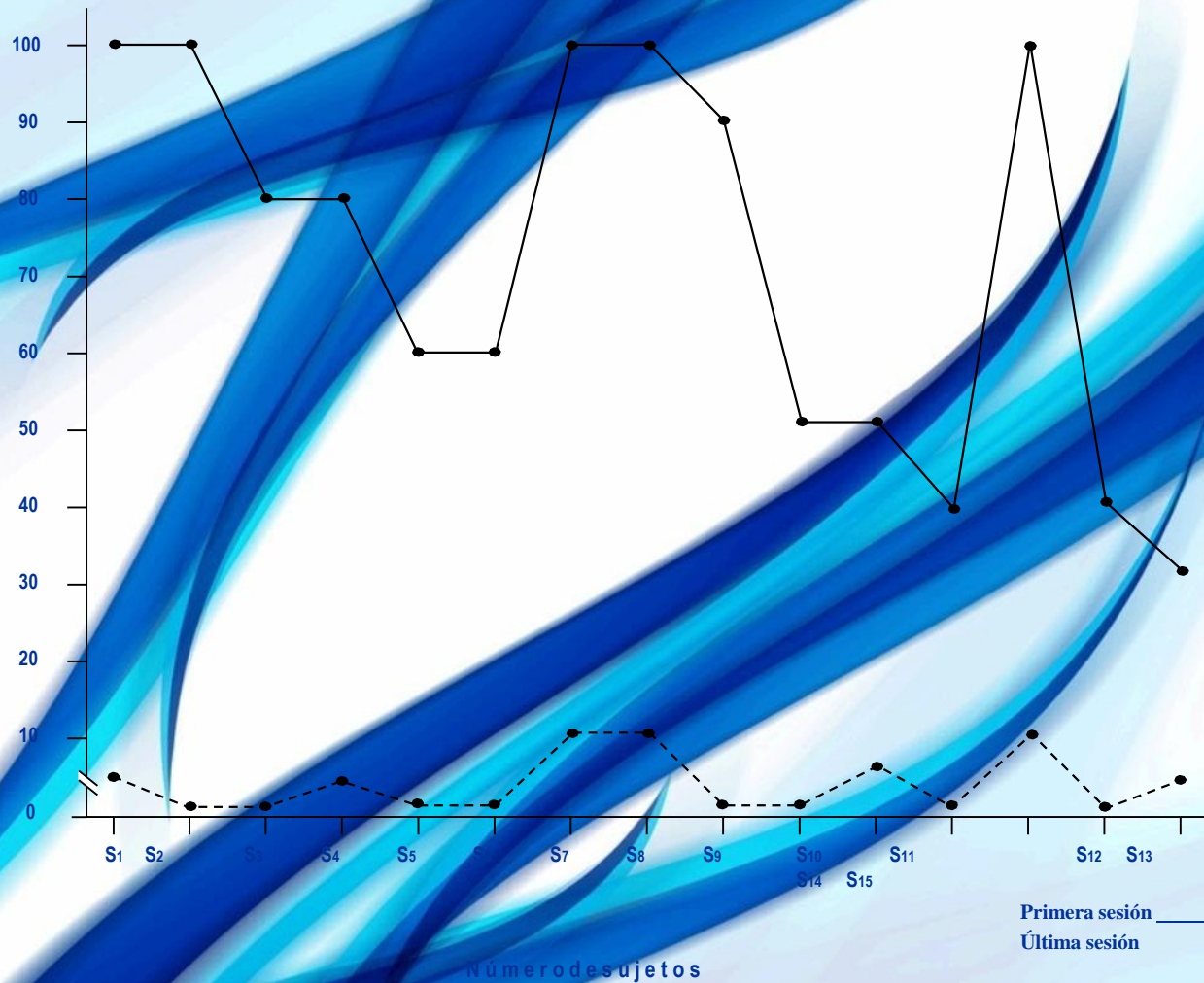
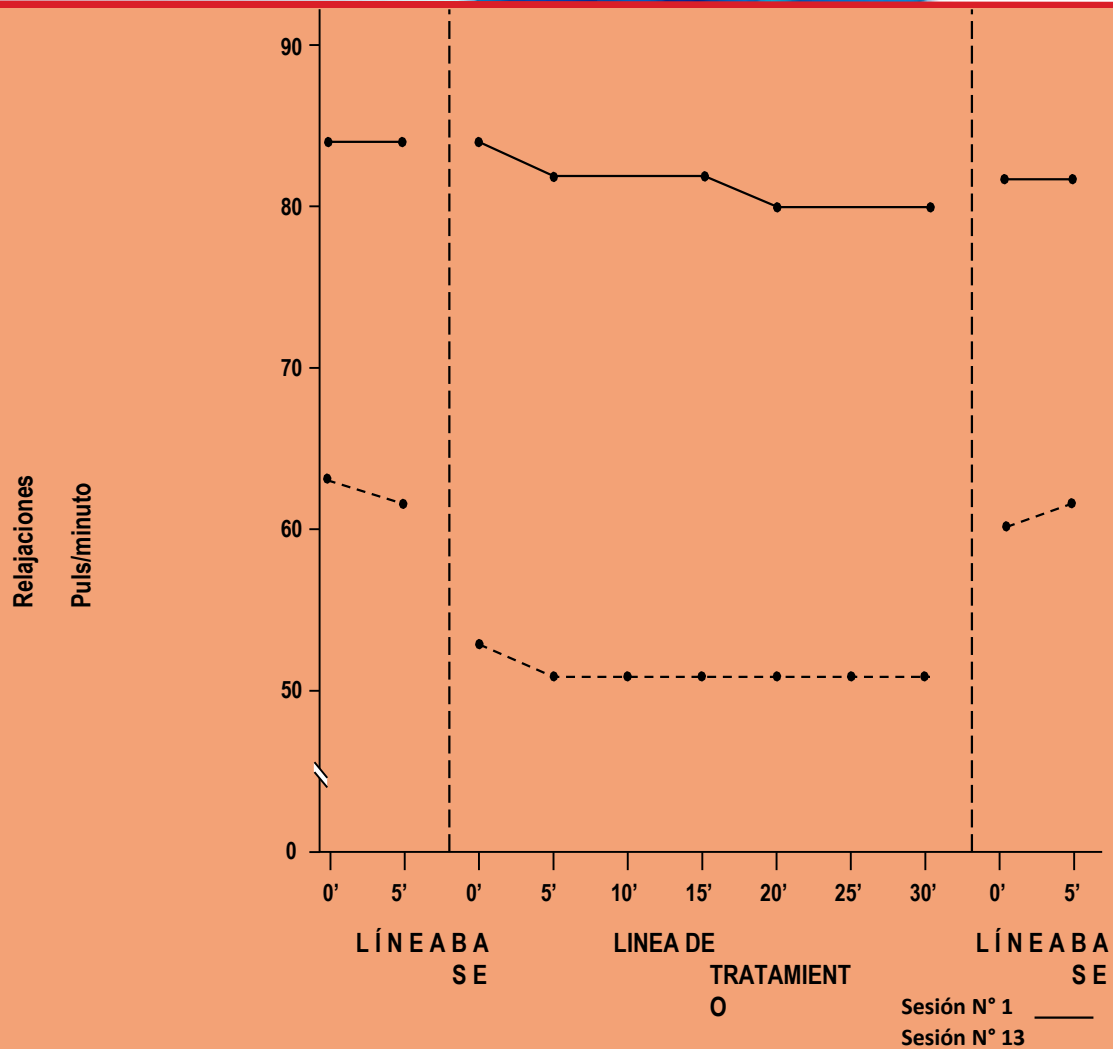


Figura 1. Programa de Desensibilización Sistemática.  
E14: Temor a agujas en el tratamiento con diálisis para pacientes con  
insuficiencia renal crónica. J. Anicama.



Por su parte, la Figura 3 presenta los efectos del tratamiento transcurridas 13 sesiones en un sujeto con **pensamientos obsesivos y sometidos a un tratamiento conductual-cognitivo** que combinaba relajación con bloqueo de pensamiento.





**Figura 3. Comparación de resultados en la conducta autónoma de pulsaciones por minuto al aplicar relajación sistemática más bloqueo de pensamiento. J. Anicama.**



---

La Figura 4, por su parte, presenta los **cambios en la estructura de la personalidad**, tomando mediciones antes y después del tratamiento en un severo caso de síndrome depresivo, utilizando como instrumento de medida el Inventario Eysenck de Personalidad: EPI-B. El cual muestra cómo por los efectos de la Terapia Conductual-Cognitiva pasamos a un sujeto de un nivel marcado de introversión y de neuroticismo a un nivel moderado de extraversión y de estabilidad emocional. Ésta es una evidencia empírica de la efectividad de las intervenciones conductuales y conductuales-cognitivos.

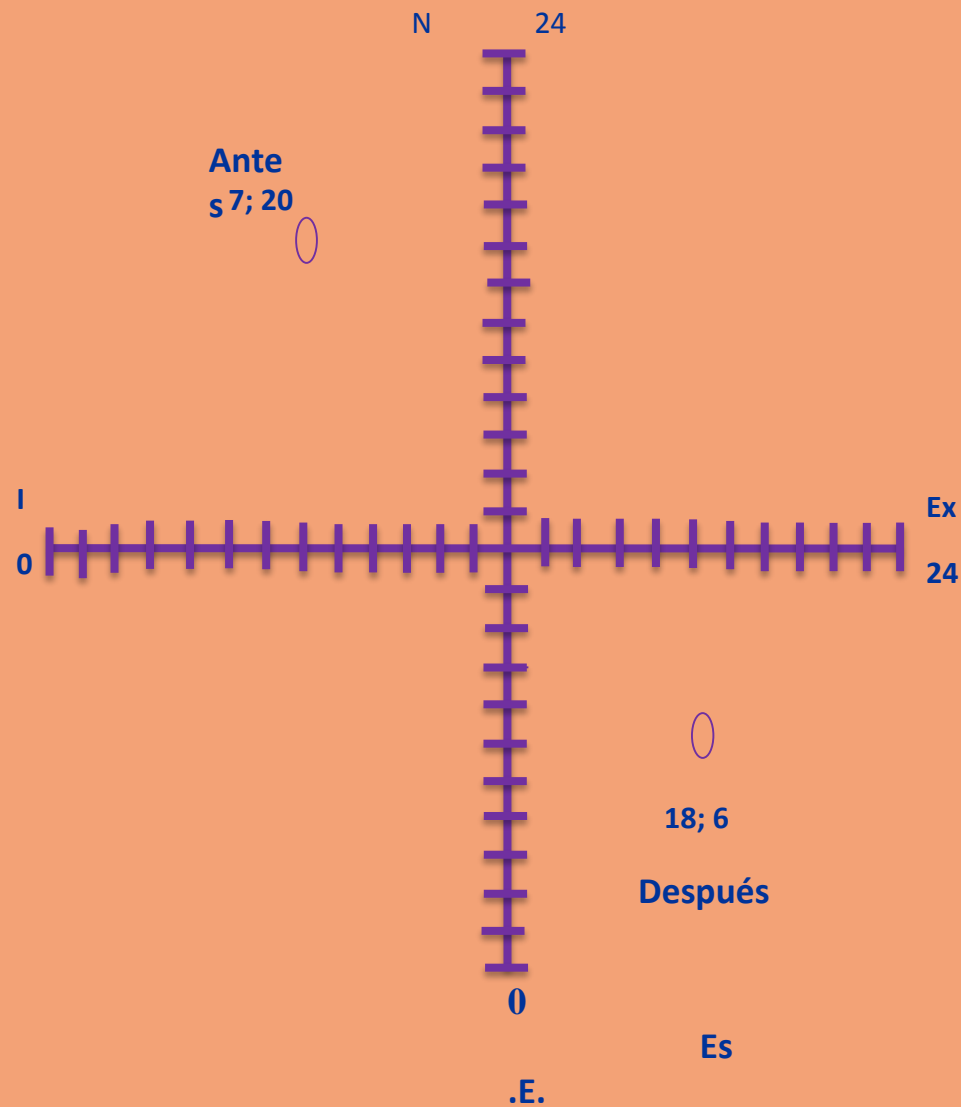


Figura 4. Cambios en la estructura de la personalidad (dimensiones) en un paciente ansioso depresivo tratado con desensibilización sistemática, reforzamiento positivo de alta tasa, programa de metas y reestructuración cognitiva.



**Asimismo, debe de mencionarse que las terapias psicológicas actúan además con alto nivel de eficiencia y eficacia cuando se combina en un tratamiento multidisciplinario para afrontar los problemas clínicos más críticos como el cáncer, la insuficiencia renal crónica, la hipertensión arterial, el SIDA, la diabetes mellitus y otros. Estas intervenciones no solo buscan reducir los componentes psicológicos que acompañan a estas enfermedades físicas, sino también, contribuyen con sus programas de adherencia terapéutica a sostener el tratamiento integral del problema, como en el caso del cáncer y el SIDA; contribuyendo también a mejorar los estilos de vida y la calidad de vida de estos pacientes**



## **3.2. *CÓMO EVALUAMOS EL IMPACTO***

---

La evaluación del impacto de la psicoterapia es un tema crucial que tiene que ver con la validación de la práctica social de los psicoterapeutas. Es un tema crítico del cual deberíamos preocuparnos cotidianamente pero que lamentablemente no se le presta la atención debida. Una psicoterapia para que sea aceptada científica y socialmente, alcanzando así su legalidad, debería utilizar algunos criterios específicos precisos que midan la efectividad de la misma .

**Algunos de los puntos críticos que deben ser investigados son, entre otros:**

**¿Cuáles son las metas terapéuticas propuestas y cuáles las alcanzadas?**

**¿Qué componente del programa terapéutico vamos a evaluar?**

**¿Qué técnica funciona mejor para un tipo específico de problema crítico?**

**¿Qué medidas tomaremos como parámetros comparativos: fisiológicas, emocionales, motoras, sociales y cognitivas?**

**¿Cuál es el costo del tratamiento?**

**¿Cuánto tiempo dura el tratamiento?**

**¿Cuánto tiempo durará el seguimiento?**

**¿Cómo se ha desarrollado el seguimiento?**

**Todos estos aspectos a evaluar son temas a investigar por ser temas críticos. Por eso la importancia de investigar en psicoterapia, dejar la rutina y actuar con más innovación investigativa.**



## ***CRITERIOS PARA INVESTIGAR Y EVALUAR LOS EFECTOS DE LAS PSICOTERAPIAS.***

---

Los criterios clínicos para evaluar la efectividad terapéutica, que han adoptado generalmente los diversos terapeutas, y en especial, los terapeutas de la conducta, son los que señaló Knighth (1941) en los años tempranos de ejercicio en la psicoterapia. Estos criterios se prestan para la investigación comparativa de los resultados; irónicamente fueron propuestos originalmente con el propósito de mejorar las intervenciones psicoanalíticas, pero no parece que los hayan empleado nunca los psicoanalistas.



Del análisis de la literatura científica y de la experiencia que proporciona la práctica clínica, **los criterios más importantes para investigar y evaluar el impacto o los efectos de la psicoterapia que proponemos son:**

1. La mejoría significativa de síntomas,
2. Su reinserción a la actividad familiar, laboral y social, expresados en un incremento de la productividad en el trabajo,
3. La mejora en su ajuste personal o estabilidad emocional,
4. El volver a tener una vida sexual satisfactoria, Tener una vida familiar con relaciones más armoniosas,





- 
- 5. Tener una vida familiar con relaciones mas armoniosas.**
  - 6. Mejora en sus relaciones sociales, y**
  - 7. Un aumento de sus habilidades para mejorar el stress y solucionar conflictos.**
  - 8. Mejora en sus niveles de autoestima y, en la percepción de su autoeficacia.**
  - 9. Mejora en su autocontrol y estabilidad emocional.**
  - 10. Lograr establecer nuevas expectativas de vida y metas a lograr**



---

**Estos son los criterios básicos que nos permitirían sostener que nuestro paciente “se ha curado”, es decir, que ha superado sus conflictos personales, cambiado sustantivamente en sus comportamientos y sus cogniciones, desarrollado un mejor ajuste de su personalidad y generado una mejor adaptación social a su ambiente, permitiendo así un cambio conductual y cognitivo que conduzca una mejor calidad de vida y estilo de vida.**



---

**Si utilizan todos estos criterios solo así podemos hablar de evidencias empíricas que nos permitan validar nuestras psicoterapias, y a los científicos, hablar de psicoterapias basadas en la evidencia.**

**Estos son en conclusión, algunos hechos y criterios para optimizar la práctica de la psicoterapia en todas sus formas y así contribuir de manera decisiva al desarrollo y crecimiento del paciente como persona y, esencialmente, lograr una mejor calidad de vida y estilo de vida.**



**MUCHAS GRACIAS Y ESPERO QUE  
HAYAN DISFRUTADO DE LA  
CONFERENCIA**

**DR. JOSÉ ANICAMA GÓMEZ**