

# Políticas de Funcionamiento del Servicio de Gestión Terapéutica

---

## 1. Presentación

Dentro de los servicios del proyecto informativo implementado por el Equipo de Buscoterapia.cl, la Gestión Terapéutica emerge como una novedad que viene a cubrir las necesidades de un amplio espectro de población en busca de orientación terapéutica que le acompañe a superar dificultades de diverso orden. Por otra parte, el terapeuta suscrito en el portal, en virtud de la información proporcionada acerca de su especialidad, ubicación geográfica de atención, entre otros; puede transparentar y difundir sus competencias en un medio de uso público y con una interfaz de uso intuitiva y amable, de manera que usuarios puedan fácilmente decidir que alternativa propuesta por la gestión resulta la más adecuada y específica a sus necesidades.

Básicamente, la Gestión Terapéutica entrecruza variables informadas por el usuario a la hora de solicitar la asesoría con aquellas proporcionadas por el terapeuta suscrito relacionadas con las características particulares de su modalidad de trabajo. Como producto, el equipo de soporte —compuesto por un equipo multidisciplinario con representación de todas las modalidades terapéuticas generales que suscribe Buscoterapia.cl— entregará para el usuario una lista de **carácter propositiva e informativa**, de los posibles terapeutas suscritos que pudiesen responder a la solicitud específica del usuario. Lo anterior se realizará en conformidad tanto con los datos del motivo de consulta y otros, como por la ofrecida por los terapeutas.

Sin duda la gran pregunta se relaciona con las formas y procedimientos mediante los cuales se toma una decisión tan compleja y multivariada como aquella, o, quizás más importante, cómo garantizar que dicha lista propositiva de alternativas sea válida, confiable y, sobre todo, justa para todos los actores involucrados. Para responder dichos cuestionamientos, creemos necesario sentar algunos argumentos contextuales que justifican y revelan **la intención ética y política del Equipo Buscoterapia.cl y su portal web**.

## 2. Antecedentes contextuales para el operar de la Gestión Terapéutica

A diferencia de disciplinas que operan sobre fenómenos tangibles, de las cuales es posible determinar con mayor precisión causas y efectos; la complejidad y el carácter probabilístico de las intervenciones en procesos terapéuticos, y en general de las Ciencias Sociales y Humanas, parecen ser constitutivos de las mismas, condiciones dadas por el carácter inevitablemente subjetivo implicado en las observaciones, tanto de la persona que consulta como del terapeuta que espera cumplir con las expectativas acordadas. En estas circunstancias, se genera un proceso recursivo donde el grado de subjetividad a la hora de evaluar e intervenir se eleva a niveles de complejidad que hacen imposible aislar variables para determinar la etiología de lo estudiado.

En este contexto epistemológico se hace difícil evaluar la eficacia de las diferentes modalidades de intervención terapéutica, considerando la diversidad de las mismas, de terapeutas, de consultantes y de momentos históricos en que estas se sitúan. Tal como ya señalara Kiesler (1966), el estudio de la eficacia terapéutica no puede dejar de desconocer las diferentes variables micropolíticas que intervienen. Así, una modalidad terapéutica o un terapeuta pueden ser efectivos como no dependiendo del contexto global en que se practica la intervención. En este sentido, el autor no se cuestiona sobre **la** terapia o intervención efectiva en salud mental, sino que abre el diálogo para reflexionar sobre **qué tipo de terapia, realizada por qué terapeuta, con qué consultante, y, agregamos nosotros, un momento histórico con sus condicionantes sociales**, hacen que un proceso resulte más o menos exitoso a los ojos del consultante y en general frente a la comunidad.

Así el estado de las cosas, resulta al menos apresurado declarar eficacia o efectividad de ciertas modalidades de terapia en desmedro de otras cuando la variabilidad de posibilidades amplifica el carácter probabilístico del logro acordado para cada una de los tipos, enfoques y escuelas de terapias. Cada una de ellas puede como no ser efectiva en determinado momento, espacio y con determinado consultante y terapeuta.

No obstante estas consideraciones de orden epistemológico, desde corrientes positivistas muy en boga en las ciencias sociales y en particular la psicología y la psiquiatría aplicadas en procesos terapéuticos, han emergido mecanismos y técnicas de **validación** de eficacia análogas a aquellas utilizadas en Ciencias de la Salud. Así, aparece en escena la actualmente muy referenciada **Medicina Basada en la Evidencia** o bien **Prácticas Basadas en la Evidencia**, serie de condiciones y procedimientos de declarada rigurosidad científica mediante los cuales una intervención adquiere validez y, no menos importante, el estatus científico para que sus prácticas pueden o no ser válidas y/o científicas y ser evaluadas como conocimiento válido. Se

generan entonces niveles de evidencia: tipo I, II, III, IV y V, dependiendo de la calidad metodológica empleada; y de la A a la D según la consistencia de los tipos de evidencia (Castagnari, 2004). Ensayos clínicos controlados, aleatorizados y manualizados y meta-análisis ocupan la cúspide de la pirámide de evidencia y calidad de diseño, representando ensayos altamente confiables; mientras, consensos de expertos —dicho sea de paso, proceso por el cual se votan y crean las categorías diagnósticas DSM— representan la menor calidad de evidencia.

Sin embargo, estos mecanismos de validación adolecen de graves sesgos, cuando no errores, tanto metodológicos como epistemológicos. **Nos damos el espacio de enumerar dichas dificultades asociada a las *Prácticas Basadas en la Evidencia* dada la relevancia metodológica que constituye para el operar general del Proceso de Gestión Terapéutica:**

1. Generalmente los estudios que intentan validar prácticas terapéuticas **confunden eficacia con efectividad**. La primera apunta a comprobar variables aisladas, en contextos experimentales, mientras la efectividad considera la replicabilidad de dichos estudios en su **contexto ecológico**, la mayoría de las veces radicalmente distinto a las condiciones controladas en los ensayos clínicos. En psicología y psiquiatría la alta heterogeneidad de consultantes y terapeutas, alta comorbilidad (si lo que se intenta validar relaciona una técnica con ciertas clasificaciones psicopatológicas), adhesión inconstante a tratamiento y las dificultades sociales asociadas (no siempre se disponen de los recursos para movilizar los amplios programa de intervención generalmente promovidos) son la norma, con lo que la replicabilidad de la eficacia, esto es, la efectividad, se ve fuertemente mermada.
2. **No basta con identificar tratamientos eficaces si no se toma en consideración la elección de quien consulta**, al que podría no parecerle adecuada o incluso resultarle inapropiada determinada modalidad de intervención. En este sentido resulta gráfico el ejemplo reseñado por Castagnari (2004) en el que menciona una encuesta realizada a urólogos estadounidenses acerca de las medidas a tomar en un caso de cáncer a la próstata. Pese a que una gran proporción de ellos indica prostatectomía radical, la mayoría no aceptaría tal indicación si ellos fuesen los pacientes con esa enfermedad, eligiendo la radioterapia por ser menos invasiva y con menos efectos indeseados. Aquí la decisión del paciente contradice los estudios basados en la evidencia, que indica mejores consecuencias para la primera intervención y, sin embargo, —en caso que el sujeto maneje esa información— dicha decisión profesional será seguramente respetada.

3. **Las condiciones de los estudios de “buen diseñado”, que asegurarían evidencias de tipo I presentan dificultades infranqueables.** En primer lugar, la aleatorización de grupos control y experimental supone un conflicto moral por cuanto **no resulta ético privar** a personas que relatan experiencias de sufrimiento de un supuesto tratamiento efectivo, someter a largas listas de esperas para considerarlos sujetos control y menos aún proporcionar un tratamiento que se sabe es inefectivo, todo lo cual supone un conflicto ético.
4. En segundo lugar, las escalas utilizadas para la evaluación de eficacia son parciales y se enfocan en criterios patológicos rígidos, lo cual puede no reflejar los cambios que el paciente más valora. En este sentido, la **significación estadística de los resultados no siempre coincide con la significación clínica** que realiza en conjunto consultante y terapeuta.
5. **La exigencia de estandarización y manualización de procedimientos terapéuticos favorece a ciertas modalidades y excluye a una amplia gama de intervenciones** que no pueden ajustarse a dichas normas. Esto tiende a provocar una falta de flexibilidad en la práctica clínica y una debilidad en la *alianza terapéutica*, dejando de lado la vasta cantidad de intervenciones donde la creatividad del terapeuta y consultante resultan fundamentales para el proceso, o intervenciones que no se ajustan a un proceso lineal susceptible de ser estandarizado.
6. Generalmente estos estudios provienen de países y culturas donde existe mayor desarrollo económico, siendo implementados en países de menor desarrollo, como es el caso de latinoamérica, sin la necesaria corroboración muestral, resultando **problemático y poco válido (metodológicamente) extrapolar resultados obtenidos de contextos locales distintos.**
7. Finalmente y vinculado con el punto anterior, estudios de esta envergadura **requieren de vastos recursos económicos y humanos** para su ejecución, por lo cual la existencia de estudios de comprobada eficacia (aun cuando podamos dudar de ello considerando los puntos anteriores) no asegura que sea el único tratamiento útil: su validez resulta relativa a otras modalidades.

En su conjunto estos cuestionamientos recaen en un orden de observación de carácter *político*<sup>1</sup>. Sin posibilidad de determinación objetiva, emergen otros factores asociados que están lejos de ser neutrales u objetivos como pretendiera el método científico y que se

---

<sup>1</sup> *Político* como aquello relativo al poder y la emergencia o decadencia de ciertos discursos y prácticas, sin acepciones de orden partidista o relativo a las instituciones.

pueden expresan en discursos dominantes muchas veces asociados a concentración de poder económico<sup>2</sup> que redundan en sesgos de publicación, publicación selectiva o múltiple o incluso omisión de resultados desfavorables, todos fenómenos estudiados y publicados en revistas científicas relevantes<sup>3</sup>.

Finalmente estos sofisticados métodos científicistas no solamente favorecen una intervención resueltamente positivista, sino que **operan como filtro del resto de prácticas alternativas que pudiesen resultar beneficiosas considerando la alta heterogeneidad de variables presentes en estas disciplinas**. La rigidización de esta metodología obtiene mayores perjuicios cuando se asume la *ausencia de evidencia* como sinónimo de que existe *evidencia de ausencia de eficacia*, lo cual constituye una falacia lógica en desmedro de procedimientos alternativos.

Con todo, aún cuando se han llevado estos procedimientos al extremo de lo objetivable, la naturaleza histórica y social de los componentes que abordan las disciplinas vinculadas a procesos terapéuticos resiste con su carácter subjetivo e indeterminable que soslaya el método y revela la imposibilidad de su cuantificación.

En estas condiciones, los únicos avances en relación a la medición de parámetros asociados al logro de objetivos en los procesos terapéuticos ha sido el constructo llamado *Alianza Terapéutica*<sup>4</sup>, el cual dice relación con la sensación de acogida por parte del consultante en la relación terapéutica. Con esto, cualquier modalidad terapéutica sería susceptible de generar dichas condiciones a favor de la evaluación positiva de parte del consultante, dependiendo de las particularidades que emerjan de aquella relación única dada entre los actores involucrados y su contexto histórico y social.

---

<sup>2</sup> Para profundizar en este punto puede revisar estudios relativos a la vinculación de la industria farmacéutica con estudios de eficacia de tratamientos farmacológicos, los cuales representan por lejos la mayor proporción de investigaciones en relación a tratamientos psicoterapéuticos y otros de distinto orden. Véase por ejemplo: Cosgrove, L., Krinsky, S., Vijayaraghavan, M. y Schneider, L. (2006); Cañas, M. (2007).

<sup>3</sup> En esta línea recomendamos artículos tales como los de Melander, H., Rastad, J., Meijer, G. y Beerman, B. (2003); Peralta, V. (2005); Turner, E., Matthews, A., Linardatos, E., Tell, R. y Rosenthal, R. (2008); Whittington, C., Kendall, T., Fonagy, P., Cottrell, D., Cotgrove, A. y Boddington, E. (2004) o Cañas, M. (2007).

<sup>4</sup> La Alianza Terapéutica se ha citado como una de las variables trasversales que más claramente inciden en la eficacia de tratamientos psicológicos en general. Para profundizar en ello se recomienda revisar Stevens, Muran, Safran, Gorman y Winston (2007).

### 3. Principios del Operar de la Gestión Terapéutica

Desde las consideraciones comentadas en el apartado anterior es que el equipo de Buscoterapia.cl no suscribe el supuesto epistemológico de descubrir mediante el progreso de la ciencia qué terapias por sí mismas pueden ser efectivas, considerando la relatividad e indeterminación en los procesos sociales así cómo la imposibilidad de generar mecanismos objetivos para evaluar su validez.

Por estos motivos un principio básico e inicial del equipo de Soporte es que **(1) la Gestión Terapéutica no considerará como factor determinante** una particular modalidad de terapia por estar asociada a estudios que intenten demostrar eficacia terapéutica sobre determinadas problemáticas psicológicas o psicosociales.

Por análogas razones no se valorarán características especiales del terapeuta como campos preestablecidas a la hora de recoger la información del usuario. En otras palabras, variables como edad, experiencia, arancel de referencia, universidad de egreso, estudios de post grado, etc. no serán requeridos específicamente en el formulario del usuario cuando solicite la asesoría.

Los principales argumentos para ello es que Buscoterapia.cl, bajo el contexto epistemológico declarado inicialmente, no puede asegurar necesariamente que un proceso terapéutico y la evaluación del consultante vayan a resultar más exitosos por ser guiado por un terapeuta varón y mayor de 50 años, por ejemplo. En estos casos, la discapacidad social y las representaciones sociales asociadas pueden jugar en contra de la promoción y/o elección de terapeutas más jóvenes. En este sentido, no se ha comprobado ni se va a comprobar jamás que los procesos terapéuticos son más exitosos cuando el terapeuta tiene más años, cuando es varón, cuando cobra más o menos o cuando posee el grado de Doctor. Consecuentemente, Buscoterapia.cl no valorará dicha información de manera preestablecida para la Gestión Terapéutica.

No obstante lo anterior, el portal contendrá, en el espacio de Gestión Terapéutica para usuarios, un campo destinado para la descripción abierta y cualitativa por parte estos, donde podrían aparecer espontáneamente requisitos específicos del tipo antes señalado durante la solicitud. **Sólo en tal caso**, el Equipo de Soporte incluirá dichos requisitos dentro de la Gestión la solicitud específica.

Todo lo anterior resulta de un proceso reflexivo del Equipo Buscoterapia.cl, que, sin ánimos de restringir la información, busca poner a disposición un portal que tendencie lo menos posible la elección de terapeuta, de manera que todos los suscritos tengan posibilidades equitativas de ser recomendados y elegidos y que la decisión esté en manos de los propios usuarios. Adicionalmente, y en caso de que un usuario quisiese filtrar su búsqueda por alguno de estos patrones de

deseabilidad, puede hacerlo personalmente y sin asesoría directamente en el Directorio de Terapeutas disponible en el portal, pero nunca será esto promovido por el Equipo de Soporte de Buscoterapia.cl

Finalmente, cabe señalar que el servicio de Gestión Terapéutica ofrecida por buscoterapia.cl está disponible para aquellos que contraten una suscripción pagada. Las suscripciones Gratuitas no están acogidas a este beneficio, siendo consideradas para esta última la publicación de información dentro del Directorio de Terapeutas, gestionados directamente por los usuarios en busca de terapia.

El principio que norma entonces en este ámbito es que el criterio de cobro en el tipo de suscripción (pagada/no pagada) implica el aparecer o no aparecer en la propuesta de Gestión Terapéutica al usuario, y de ninguna manera **influye, bajo ninguna circunstancia, en la selectividad de la gestión o el orden de aparición en los resultados proporcionados al usuario**: todo aquel terapeuta suscrito con un plan pagado tiene la misma probabilidad de aparición respecto de otro terapeuta también suscrito bajo las mismas circunstancias.

#### 4. Variables a considerar en la Gestión Terapéutica

Siendo conscientes de las complejidades propias de la evaluación, esto es su relatividad y dependencia de quién lo evalúa, las variables a ser consideradas para la Gestión Terapéutica tendrán relación con la Especialidad del Terapeuta y con la Ubicación Geográfica de la Atención.

En primer lugar, la Especialidad del Terapeuta aparece como un factor determinante en la medida que podemos corroborar las especialidades con la certificación correspondiente. Asimismo, y más importante, cada Terapeuta Suscrito Pagado tendrá la posibilidad de inscribir un máximo de siete (7) especialidades, con lo cual dicha descripción se equipara para todos los terapeutas acogidos al servicio de Gestión Terapéutica, generando equidad tanto para la búsqueda personal en ésta, así como la búsqueda independiente en Directorio y evitando que existan situaciones en las que pudiesen inscribir una cantidad excesiva de especialidades con el fin de ser mayormente contactado

Por otra parte, nos parece relevante ofrecer lugares de atención cercanos al lugar de trabajo o vivienda de los usuarios, de manera de no centralizar comunas y hacer más accesible este tipo de procesos a personas que pudiesen vivir en zonas poco centrales o periféricas.

Tal como señalamos en el apartado anterior, características específicas (que llamaremos Requisitos Espontáneos) sólo serán consideradas en la Gestión si el usuario lo explicita y especifica en los campos de desarrollo abierto disponibles en el proceso de solicitud de asesoría.

Finalmente, la ponderación de los factores incluidos en el análisis de la Gestión Terapéutica contendrán igual valor. Así, si se identifican un total de 4 factores explícitos en la solicitud de Gestión (p. ej.: separación de pareja, Santiago centro, arancel menor a \$15,000 y varón), cada uno de ellos tendrá un peso de 25%. La calificación para la existencia de dichos factores será evaluada mediante una escala tipo Likert que describe los siguientes rangos:

0	1	2	3	4
No está presente	aparecen coincidencias leves	Algunos de los elementos coinciden	Los contenidos se asemejan	los contenidos coinciden

Cabe reconocer que una evaluación de este tipo claramente resulta subjetiva y poco precisa, sin embargo se contará con metodología de *Evaluación Interjueces* dado por el Equipo de Soporte, sin contar que ya dicho equipo estará compuesto, como ha sido dicho, por profesionales, técnicos y terapeutas de diversa índole que representen la variabilidad de ofertas informativas del portal. Esto asegurará que la evaluación sea soportada desde una mediación grupal de conocedores de estas temáticas bajo acuerdo democrático.

El camino lógico que siguió la propuesta reportada en la Gestión puede ser solicitada por el usuario al Equipo de Soporte, quien le entregará un reporte de justificación sobre las alternativas ofrecidas, así como también puede ser solicitada por el terapeuta suscrito si es sujeto de recomendación para el usuario.

## 5. Algunas consideraciones finales

Resulta relevante para el Equipo Buscoterapia relevar el carácter informativo de nuestro portal. No es nuestra intención ofrecer terapia ni soluciones terapéuticas a los usuarios. Son ellos quienes toman finalmente la decisión de tomar o no los procesos ofrecidos por los terapeutas del portal.

Con esto sostenemos la línea epistemológica anteriormente declarada, al tiempo que nos posicionamos equidistantes respecto de la variedad de disciplinas y modalidades de intervención y terapia susceptibles de ser acogidas por el sitio.

No obstante aquello, nuestro Equipo está trabajando en el diseño de una política de evaluación, de parte de los usuarios, tanto para



terapeutas del portal como para aquellos encargados de la Gestión Terapéutica, de manera que se pueda dar retroalimentación a los mismos. Consideramos que una información así debe manejarse con extrema cuidado toda vez que pudiese perjudicar públicamente la imagen de los terapeutas alojados en el sitio. Las evaluaciones realizadas por los usuarios están tan teñidas de experiencia y son tan complejas y variadas como lo son los procesos terapéuticos en sí (como hemos señalado), por lo cual nuestro Equipo se mantiene atento tanto a la potencialidad de esta información, como al posible perjuicio público a la imagen de los terapeutas evaluados. Para los efectos de este documento (anexo al contrato), cualquier movimiento en este sentido será debidamente informado a los terapeutas suscritos, debiendo contar buscoterapia.cl con el debido consentimiento por parte de los estos para la utilización de dicha información. No obstante aquello, el equipo de buscoterapia.cl declara inicialmente que la posible utilización de esta información se enmarca únicamente en el mejoramiento del servicio informativo del portal, tanto para usuarios como terapeutas.

## 6. Referencias

- Cosgrove, L., Krinsky, S., Vijayaraghavan, M. y Schneider, L. (2006)** Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 154-160
- Cañas, M. (2007).** Medicina Basada en la Evidencia, Conflictos de Interés y Ensayos Clínicos. Universidad de Buenos Aires. [Recurso Electrónico]. Disponible en <http://www.femeba.org.ar/fundacion/documentos/0000000100.pdf>
- Castagnari, A. (2004).** Medicina Basada en la Evidencia: usos y abusos. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana*, 38(2), 221-224.
- Melander, H., Rastad, J., Meijer, G. y Beerman, B. (2003).** Evidence B(i)ased medicine-selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug application. *British Medical Journal*, 326, 1171-1173.
- Peralta, V. (2005).** Ensayos clínicos, industria farmacéutica y práctica clínica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 28(1), 7-16.
- Turner, E., Matthews, A., Linardatos, E., Tell, R. y Rosenthal, R. (2008).** Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influences on Apparent Efficacy. *The New England Journal of Medicine*, 358, 252-260.
- Stevens, C., Muran, J., Safran, J., Gorman, B. y Winston, A. (2007).** Levels and patterns of the therapeutic alliance in brief psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 61 (2), 109-129.
- Whittington, C., Kendall, T., Fonagy, P., Cottrell, D., Cotgrove, A. y Boddington, E. (2004).** Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *The Lancet*, 363, 1341-1345.