

Manual de tratamientos psicológicos

ADULTOS

Eduardo Fonseca Pedrero
(Coord.)

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Manual de tratamientos psicológicos

ADULTOS

Coordinador

EDUARDO FONSECA PEDRERO

PROFESOR TITULAR DE UNIVERSIDAD EN LA UNIVERSIDAD DE LA RIOJA (UR)

Manual de tratamientos psicológicos

ADULTOS

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:
Francisco J. Labrador
Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Eduardo Fonseca Pedrero (Coord.), 2021
© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2021
Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
Teléfono: 91 393 89 89
www.edicionespiramide.es
ISBN digital: 978-84-368-4386-6

Relación de autores

Susana Al-Halabí
Universidad de Oviedo, España.

Laura Armesto Luque
Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), España.

Sandra Arnáez Sampedro
Universidad de Valencia, España.

Jorge Barraca Mairal
Universidad Camilo José Cela (Madrid), España.

Sara Barrio Martínez
Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla. IDIVAL (Santander), España.

Gloria Bellido Zanin
Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Les Corts, CHM Corts, Barcelona, España.

Amparo Belloch
Universidad de Valencia, España.

María Teresa Bobes Bascarán
Universidad de Oviedo, España.

Carmen Caballero-Peláez
Hospital Virgen del Castillo, Murcia, España.

Antonio Cano-Vindel
Universidad Complutense de Madrid, España.

Elena Crespo Delgado
Universitat Jaume I, España.

Juan A. Cruzado Rodríguez
Universidad Complutense de Madrid, España.

Martin Debbané
Universidad de Ginebra, Suiza.

Adriana Díez-Gómez
Universidad de La Rioja, España.

José Errasti Pérez
Universidad de Oviedo, España.

José Pedro Espada Sánchez
Universidad Miguel Hernández, España.

Guillem Feixas
Universitat de Barcelona, España.

Javier Fernández-Álvarez
Universidad Jaume I, Castellón de la Plana, España.

Eduardo Fonseca Pedrero
Universidad de La Rioja, España.

Leticia García Cerdán
Universidad de Almería, España.

Juan M. García Haro
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), España.

José Manuel García Montes
Universidad de Almería, España.

Ana García-Dantas
Práctica Privada, España.

© Ediciones Pirámide

Gloria García-Fernández
Universidad de Oviedo, España.

Bárbara Gil-Luciano
Madrid Institute of Contextual Psychology (MICPSY).

Alberto Gimeno-Peón
Servicio de Salud del Principado de Asturias, Gijón, España.

David González Pando
Universidad de Oviedo, España.

César González-Blanch Bosch
Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla». IDIVAL (Santander), España.

Alba González-Roz
Universidad de las Islas Baleares, España.

María Teresa Gonzálvez Maestre
Universidad Miguel Hernández, España.

Félix Inchausti
Servicio Riojano de Salud, Logroño, España.

Emilio López Navarro
Universidad de la Rioja, España.

José López Santiago
Gerencia de Atención Integrada de Albacete, España.

Carmen Luciano
Universidad de Almería, España.

Rosa Marcos-Nájera
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Madrid, España.

Francisco J. Molina-Cobos
Universidad de Almería, España.

Adrián Montesano
Universitat Oberta de Catalunya, España.

José Muñiz
Universidad de Oviedo, España.

María Eugenia Olivares Crespo
Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Jorge Osma
Universidad de Zaragoza, España.

Mercedes Paino
Universidad de Oviedo, España.

Carmen Pastor Gimeno
Centro de Terapia de Conducta (CETECOVA), Valencia, España.

Joaquín Manuel Pastor Morales
Servicio Andaluz de Salud, España.

Marino Pérez Álvarez
Universidad de Oviedo, España.

Óscar Peris Baquero
Universidad de Zaragoza, España.

Salvador Perona Garcelán
Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), España.

Javier Prado-Abril
Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España.

Amador Priede Díaz
Hospital Comarcal de Laredo. IDIVAL (Cantabria), España.

Alba Quilez Orden
Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, España.

María de la Fe Rodríguez-Muñoz
Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Juan Francisco Rodríguez-Testal
Universidad de Sevilla, España.

Francisco J. Ruiz
Universidad de Almería, España.

Paloma Ruiz Rodríguez
Centro de Salud Castilla La Nueva, España.

Marta Salla
Universitat de Barcelona, España.

© Ediciones Pirámide

Sergio Sánchez-Reales
Hospital Virgen del Castillo, Murcia, España.

Roberto Secades-Villa
Universidad de Oviedo, España.

Luisa María Serret Romano
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Juan Sevillá Gascó
Centro de Terapia de Conducta (CETECOVA), Valencia, España.

Cristina Soto-Balbuena
Hospital Universitario Central de Asturias, España.

Carlos Suso Ribera
Universitat Jaume I, España.

Miguel A. Vallejo Pareja
Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Laura Vallejo-Slocker
Universidad Nacional de Educación a Distancia, España.

Óscar Vallina
Hospital Sierrallana, Torrelavega (Cantabria), España.

Sara Weidberg
Universidad de Oviedo, España.

© Ediciones Pirámide

Índice

Prólogo 23

Prefacio 27

1. Tratamientos psicológicos: pasado, presente y futuro 31

1. Introducción 31
2. Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados 32
   - 2.1. Cuestiones preliminares 32
   - 2.2. Bosquejo histórico 34
   - 2.3. Conceptos clave 37
   - 2.4. Algunas cuestiones de fondo: naturaleza de lo psicológico 38
3. Diseño y evaluación de tratamientos psicológicos: el método 41
   - 3.1. Consideraciones generales 41
   - 3.2. Fiabilidad y evidencias de validez 42
   - 3.3. El diseño de investigación 45
   - 3.4. Revisiones sistemáticas: el metaanálisis 46
   - 3.5. Recapitulación 47
4. Guías de tratamientos psicológicos 47
   - 4.1. Niveles de evidencia y grados de recomendación 47
   - 4.2. Homogeneizando criterios: CONSORT y GRADE 50
   - 4.3. Cuestiones de fondo e implicaciones prácticas 51
5. Retos y perspectivas futuras 52
6. A modo de conclusión 59

Apartado A. En primera persona 60
Apartado B. Caso clínico 62
Apartado C. Términos clave 64
Apartado D. Enlaces web de interés 65
Apartado E. Bibliografía comentada 65
Referencias 66

2. El rol de los factores comunes en los tratamientos psicológicos 71

1. Introducción 71
2. Factores comunes: definición y modelos 73
3. ¿Cómo encajan los factores comunes dentro de la práctica basada en la evidencia? 75
   - 3.1. La mejor evidencia disponible y los factores comunes 75
   - 3.2. Pericia clínica: el papel del especialista 77
   - 3.3. Características, preferencias y cultura del consultante 78

© Ediciones Pirámide

4. La búsqueda de los principios de cambio 78
5. Conclusiones y direcciones futuras 80
Apartado A. En primera persona 82
Apartado B. Caso clínico 82
Apartado C. Términos clave 83
Apartado D. Enlaces web de interés 84
Apartado E. Bibliografía comentada 85
Referencias 85

3. Características del consultante 89

1. Introducción 89
2. Características principales del consultante 90
   2.1. Nivel de funcionalidad y comorbilidad 90
   2.2. Preferencias 92
   2.3. Espiritualidad y religiosidad 94
   2.4. Estilo de afrontamiento 95
   2.5. Reactancia y participación activa 98
   2.6. Conciencia del problema y motivación al cambio 99
   2.7. Estilo de apego 102
3. Conclusiones 105
Apartado A. En primera persona 108
Apartado B. Caso clínico 109
Apartado C. Términos clave 110
Apartado D. Enlaces web de interés 111
Apartado E. Bibliografía comentada 111
Referencias 112

4. Los tratamientos transdiagnósticos: método de los niveles y terapia focalizada en las emociones 117

1. Introducción 117
   1.1. Estado de la cuestión 117
   1.2. La aparición de lo transdiagnóstico 119
   1.3. El método de niveles 120
   1.4. La terapia centrada en las emociones 123
2. Evidencias empíricas de los tratamientos transdiagnósticos 127
   2.1. Criterios de inclusión/exclusión 128
   2.2. Selección de estudios 128
   2.3. Extracción de datos 131
   2.4. Resultados del método de los niveles 131
   2.5. Resultados de la terapia centrada en las emociones 134
      2.5.1. Problemas de pareja 148
      2.5.2. Trastornos emocionales 149
      2.5.3. Experiencias traumáticas de abuso infantil 151
      2.5.4. Trastornos de la conducta alimentaria y apoyo psicológico a familiares 152
      2.5.5. Problemas interpersonales 153
      2.5.6. Autoperdón, autocompasión y autocrítica 153
      2.5.7. Pedofilia 154
3. Recomendaciones 154
4. Conclusiones 156
Apartado A. En primera persona 157
Apartado B. Caso clínico 158
Apartado C. Términos clave 160

© Ediciones Pirámide

Apartado D. Enlaces web de interés 161
Apartado E. Bibliografía recomendada 161
Referencias 162

5. Terapias contextuales 167

1. Circunstancias en las que fluyen los modelos contextuales 167
   1.1. Circunstancias en las que surge la terapia de conducta 169
   1.2. Condiciones en las que emerge la terapia cognitiva. Segunda generación 169
   1.3. Crisis y circunstancias que motivaron el surgimiento de las terapias contextuales o de tercera generación 170
   1.4. Las terapias contextuales en su cenit y el surgimiento de la terapia basada en los procesos 171
2. Terapias que más se ajustan al modelo contextual 172
   2.1. Formulaciones sin una conceptuación contextual explícita 172
      2.1.1. Terapia conductual integral de pareja 172
      2.1.2. Terapia de conducta dialéctica 173
      2.1.3. Terapia cognitiva basada en *mindfulness* 173
   2.2. Las terapias con explícita conceptuación contextual: FAP y ACT 174
      2.2.1. Psicoterapia analítica funcional 174
      2.2.2. Terapia de aceptación y compromiso 176
3. Evidencia empírica de las terapias contextuales 181
4. Las terapias contextuales y las terapias basadas en procesos 183
5. Los procesos funcionales, relacionales y las estrategias centrales de ACT como terapia contextual 184
6. Recapitulando 188

Apartado A. En primera persona 190
Apartado B. Caso clínico 190
Apartado C. Términos clave 193
Apartado D. Enlaces web de interés 194
Apartado E. Bibliografía comentada 194
Referencias 195

6. Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales 201

1. Protocolo unificado 201
   1.1. Introducción 201
   1.2. Epidemiología, diagnóstico y comorbilidad de los trastornos emocionales .. 201
   1.3. ¿Cómo se desarrolla un trastorno emocional? 202
   1.4. Clasificación dimensional de los trastornos emocionales 203
   1.5. Constructos transdiagnósticos con evidencia empírica para los trastornos emocionales 204
   1.6. Trastornos emocionales y regulación emocional 205
   1.7. Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales 205
      1.7.1. Módulos del protocolo unificado 206
   1.8. Resultados sobre la eficacia, eficiencia y efectividad del protocolo unificado 208
   1.9. Recomendaciones 209
      1.9.1. El protocolo unificado: un tratamiento manualizado flexible 209
      1.9.2. Evaluación continua de las emociones que generan malestar 213
      1.9.3. Entrenamiento para la utilización del protocolo unificado 213
   1.10. Conclusiones 213

Apartado A. En primera persona 215

© Ediciones Pirámide

Apartado B. Caso clínico 215
Apartado C. Términos clave 222
Apartado D. Enlaces web de interés 222
Apartado E. Bibliografía comentada 223
Referencias 223

7. Psicoterapia familiar-sistémica 227

1. Introducción 227
   1.1. Bases históricas y fundamentos del modelo sistémico 227
   1.2. Conceptos básicos 229
      1.2.1. Propiedades sistémicas de la familia 229
      1.2.2. Axiomas de la comunicación 230
      1.2.3. Ciclo vital familiar 231
   1.3. Modelos de terapia sistémica y sus técnicas terapéuticas 232
      1.3.1. Ilustraciones de algunas técnicas de terapia familiar sistémica 232
2. La investigación en las terapias sistémicas 240
   2.1. Relevancia de las relaciones interpersonales 240
   2.2. Resumen sobre la eficacia y efectividad de las terapias sistémicas 241
   2.3. Preferencia, aceptabilidad y abandono 242
   2.4. Investigación de proceso 242
3. Recomendaciones 243
4. Conclusiones 245

Apartado A. En primera persona 246
Apartado B. Caso clínico 246
Apartado C. Términos clave 247
Apartado D. Enlaces web de interés 248
Apartado E. Bibliografía comentada 248
Referencias 248

8. Tratamientos psicológicos para la psicosis 251

1. Introducción 251
   1.1. Bosquejo histórico 251
   1.2. Cuestiones de fondo sobre la psicosis 252
2. Principales tratamientos psicológicos con apoyo empírico para la psicosis 253
   2.1. Consideraciones generales 253
   2.2. Tratamiento asertivo comunitario 256
   2.3. Terapia cognitivo-conductual para la psicosis 258
      2.3.1. Contexto histórico de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis 258
      2.3.2. Estructura y desarrollo de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis 263
      2.3.3. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para la psicosis 263
   2.4. Entrenamiento en habilidades sociales en psicosis 264
   2.5. Terapias contextuales para la psicosis 266
      2.5.1. Terapia de aceptación y compromiso para la psicosis 266
      2.5.2. Terapia centrada en la compasión para la psicosis 268
      2.5.3. Intervenciones basadas en el *mindfulness* para la psicosis 269
      2.5.4. Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora 271
   2.6. Intervenciones psicoeducativas en psicosis 273
   2.7. Intervenciones familiares en psicosis 275
   2.8. Rehabilitación cognitiva en psicosis 277
   2.9. Paquetes integrados multimodales en psicosis 278

© Ediciones Pirámide

2.10. Nuevas formas de intervención psicológica en psicosis 279
2.10.1. Diálogo abierto 279
2.10.2. Terapia metacognitiva en psicosis 284
2.10.3. Prevención en psicosis: estados mentales de alto riesgo 284
2.10.4. Intervención digital: tecnologías de la información y comunicación 286
3. Recomendaciones 288
4. Recapitulación 289
Apartado A. En primera persona 291
Apartado B. Caso clínico 291
Apartado C. Términos clave 295
Apartado D. Enlaces web de interés 296
Apartado E. Bibliografía comentada 296
Referencias 297

9. Tratamientos psicológicos para la depresión 305

1. Introducción 305
2. Evidencias de los tratamientos para los trastornos del estado de ánimo 307
2.1. Principales intervenciones basadas en la evidencia para el trastorno bipolar 308
2.2. Principales intervenciones basadas en la evidencia para la depresión 308
2.2.1. La terapia cognitivo-conductual 309
2.2.2. La activación conductual 311
2.2.3. La terapia interpersonal 314
2.2.4. La terapia cognitiva basada en el *mindfulness* 317
3. Recomendaciones a partir de los tratamientos basados en la evidencia 319
4. Conclusiones: los componentes de una terapia eficaz para la depresión 319
Apartado A. En primera persona 322
Apartado B. Caso clínico 322
Apartado C. Términos clave 324
Apartado D. Enlaces web de interés 325
Apartado E. Bibliografía comentada 325
Referencias 326

10. Tratamientos psicológicos para los trastornos bipolares 331

1. Introducción 331
2. Los trastornos bipolares 332
3. Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para los trastornos bipolares 335
3.1. Consideraciones generales 335
3.2. Principales intervenciones psicológicas con apoyo empírico para los trastornos bipolares 338
3.2.1. Terapia cognitivo-conductual 338
3.2.2. Psicoeducación 340
3.2.3. Intervenciones familiares 341
3.2.4. Terapia interpersonal y de ritmos sociales 343
3.2.5. Cuidado sistemático 344
3.2.6. Intervención psicológica intensiva 345
3.3. Nuevas formas de intervención psicológica para los trastornos bipolares 346
4. Recomendaciones generales y retos futuros 349
5. Recapitulación 351
Apartado A. En primera persona 353

© Ediciones Pirámide

Apartado B. Caso clínico 354
Apartado C. Términos clave 357
Apartado D. Enlaces web de interés 358
Apartado E. Bibliografía comentada 358
Referencias 359

11. Tratamientos psicológicos para los trastornos de ansiedad 367

1. Introducción 367
   1.1. Epidemiología 368
   1.2. Comorbilidad 368
   1.3. Clasificación 369
2. Evaluación 371
3. Tratamientos psicológigos 371
   3.1. Tratamiento psicológico *vs.* farmacológico 372
   3.2. Terapias conductuales 372
   3.3. Terapias cognitivas 373
   3.4. Terapia cognitivo-conductual 374
   3.5. Terapia metacognitiva 376
   3.6. Terapias contextuales 376
   3.7. *Biofeedback* y el *neurofeedback* 377
   3.8. Otras formas de intervención psicológica 378
4. Recomendaciones 379
5. Conclusiones 381

Apartado A. En primera persona 383
Apartado B. Caso clínico 384
Apartado C. Términos clave 385
Apartado D. Enlaces web de interés 385
Apartado E. Bibliografía comentada 386
Referencias 386

12. Tratamientos psicológicos para el trastorno obsesivo compulsivo 393

1. Definición del problema 393
2. Tratamientos psicológicos para el trastorno obsesivo compulsivo 394
   2.1. Tratamiento de exposición con prevención de respuesta 395
   2.2. Terapia cognitiva 397
   2.3. Terapia cognitivo-conductual 398
   2.4. Terapia metacognitiva 398
   2.5. Terapia de aceptación y compromiso 398
   2.6. Terapia basada en *mindfulness* 398
3. Recomendaciones y conclusiones 399

Apartado A. En primera persona 401
Apartado B. Caso clínico 401
Apartado C. Términos clave 404
Apartado D. Enlaces web de interés 404
Apartado E. Bibliografía comentada 405
Referencias 405

13. Tratamientos psicológicos para trastornos específicamente asociados con el estrés 411

1. Introducción 411
2. Tratamientos psicológicos para los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés 413
   2.1. Terapias de exposición 413

© Ediciones Pirámide

2.2. Terapia de procesamiento cognitivo 415
2.3. Entrenamiento en inoculación de estrés 417
2.4. Terapia centrada en el presente 418
2.5. Terapia eye movement desensitization and reprocessing 419
2.6. Terapia *debriefing* psicológico 422
2.7. Terapia de búsqueda de seguridad para adicciones 423
3. Recomendaciones 424
4. Conclusiones 426
Apartado A. En primera persona 428
Apartado B. Caso clínico 428
Apartado C. Términos clave 431
Apartado D. Enlaces web de interés 432
Apartado E. Bibliografía comentada 432
Referencias 432

14. Tratamientos psicológicos para los trastornos disociativos 437

1. Introducción 437
1.1. Modelos teóricos de la disociación 437
1.2. Trastornos disociativos 438
1.3. Evaluación 439
2. Evidencias empíricas de los tratamientos psicológicos para los trastornos disociativos 440
2.1. Consideraciones previas para el tratamiento psicológico 440
2.2. Tratamientos generales para los trastornos disociativos 440
2.2.1. Tratamiento orientado por fases 440
2.2.2. Psicoterapia psicodinámica 443
2.2.3. Psicoeducación 444
2.3. Tratamientos para el trastorno de identidad disociativa 444
2.3.1. Terapia de esquemas 444
2.3.2. Terapia cognitivo-analítica 445
2.4. Tratamientos para la despersonalización/desrealización 446
2.5. Tratamientos para el trastorno de convulsiones disociativas 447
2.6. Resumen de tratamientos psicológicos empíricamente apoyados 447
3. Recomendaciones 448
4. Conclusiones 448
Apartado A. En primera persona 449
Apartado B. Caso clínico 449
Apartado C. Términos clave 453
Apartado D. Enlaces web de interés 453
Apartado E. Bibliografía comentada 454
Referencias 454

15. Tratamientos psicológicos para los trastornos de síntomas somáticos (somatización) e hipocondría 459

1. El laberinto de la somatización: de los trastornos somatoformes a los trastornos de síntomas somáticos 459
1.1. Aproximación transdiagnóstica a la somatización y a la hipocondría 462
2. Evidencias de los tratamientos psicológicos 462
2.1. Evidencias del tratamiento de la hipocondría 462
2.1.1. Intervención psicoeducativa y variantes específicas 462
2.1.2. Terapia cognitivo-conductual 463
2.1.3. Conclusiones: metaanálisis de los tratamientos de la hipocondría 465

© Ediciones Pirámide

2.2. Tratamiento del trastorno de somatización 465
2.2.1. Intervenciones en los servicios de atención primaria 465
2.2.2. Terapia cognitivo-conductual 466
2.2.3. Conclusión: metaanálisis del tratamiento de la somatización 467
3. Recomendaciones del tratamiento de la somatización y la hipocondría 467
3.1. Propuesta de un tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría 469
3.1.1. Un programa terapéutico de la hipocondría 469
3.2. Tratamiento de la somatización recomendado 472
4. Conclusiones 473
Apartado A. En primera persona 475
Apartado B. Caso clínico 475
Apartado C. Términos clave 477
Apartado D. Enlaces web de interés 477
Apartado E. Bibliografía comentada 478
Referencias 478

16. Tratamientos psicológicos para los trastornos de comportamiento alimentario 483

1. Introducción 483
1.1. Descripción de los trastornos de comportamiento alimentario 484
1.2. La dinámica de los trastornos de comportamiento alimentario 485
1.3. Evaluación 486
2. Evidencias empíricas de los tratamientos psicológicos para los trastornos de comportamiento alimentario 486
2.1. Anorexia nerviosa 488
2.2. Bulimia nerviosa 490
2.3. Trastorno por atracón 491
2.4. Nuevas formas de intervención psicológica 491
3. Recomendaciones 491
4. Conclusiones 494
Apartado A. En primera persona 497
Apartado B. Caso clínico 498
Apartado C. Términos clave 499
Apartado D. Enlaces web de interés 500
Apartado E. Bibliografía comentada 501
Referencias 501

17. Tratamientos psicológicos para los trastornos debidos al consumo de sustancias 505

1. Introducción 505
1.1. Historia y definición del problema 505
1.2. Impacto de la adicción a las drogas 506
1.3. La adicción a las drogas como un trastorno de elección 506
1.4. Implicaciones para la intervención 507
2. Evidencias de los tratamientos psicológicos 507
2.1. Tratamientos de la adicción al tabaco 507
2.1.1. Intervenciones de eficacia probada (grados de recomendación A) 507
2.1.2. Intervenciones en fase de experimentación o de eficacia no probada 508
2.2. Tratamientos de la adicción al cannabis 509
2.2.1. Intervenciones de eficacia probada (grados de recomendación A) 509

© Ediciones Pirámide

2.2.2. Intervenciones en fase de experimentación o de eficacia no probada ... 510
2.3. Tratamientos de la adicción al alcohol ... 510
2.3.1. Intervenciones de eficacia (grados de recomendación A) ... 510
2.3.2. Otras intervenciones en fase de experimentación o de eficacia no probada ... 512
2.4. Tratamientos de la adicción a los estimulantes ... 512
2.4.1. Intervenciones de eficacia probada (grados de recomendación A) ... 512
2.4.2. Otras intervenciones en fase de experimentación o de eficacia no probada ... 513
2.5. Tratamientos de la adicción a los opiáceos ... 514
2.5.1. Intervenciones de eficacia probada (grados de recomendación B) ... 514
2.5.2. Otras intervenciones en fase de experimentación o de eficacia no probada ... 515
3. Recomendaciones finales para la práctica clínica ... 515
4. Conclusiones ... 516
Apartado A. En primera persona ... 519
Apartado B. A propósito de un caso clínico ... 519
Apartado C. Términos clave ... 523
Apartado D. Enlaces web de interés ... 523
Apartado E. Bibliografía comentada ... 523
Referencias ... 524

18. Tratamientos psicológicos para los trastornos debidos a comportamientos adictivos ... 529

1. Introducción ... 529
1.1. Definición de las adicciones comportamentales ... 529
1.2. Modelos etiológicos ... 530
1.2.1. Teoría del aprendizaje social ... 530
1.2.2. Teoría de la acción razonada ... 530
1.2.3. Teoría de la acción planificada ... 530
1.3. Factores de riesgo ... 530
1.4. Evaluación de las conductas adictivas ... 531
2. Tratamientos psicológicos para los comportamientos adictivos ... 533
2.1. Tratamiento cognitivo-conductual ... 537
2.1.1. Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento ... 537
2.1.2. Reestructuración cognitiva ... 537
2.1.3. Exposición en vivo ... 537
2.1.4. Manejo de contingencias ... 537
2.1.5. Prevención de recaídas ... 537
2.2. Terapia conductual familiar y de pareja ... 539
2.3. Terapia de aceptación y compromiso ... 539
2.4. Tratamiento de adicciones conductuales específicas ... 539
2.4.1. Adicción al juego ... 540
2.4.2. Adicción a Internet ... 540
2.4.3. Adicción a los videojuegos ... 541
2.4.4. Adicción al teléfono móvil ... 541
3. Recomendaciones ... 541
4. Conclusiones ... 542
Apartado A. En primera persona ... 543

© Ediciones Pirámide

Apartado B. Caso clínico 543
Apartado C. Términos clave 548
Apartado D. Enlaces web de interés 548
Apartado E. Bibliografía comentada 549
Referencias 549

19. Tratamientos psicológicos para los trastornos de la personalidad 553

1. Introducción 553
2. Evidencias de los tratamientos psicológicos para los trastornos de la personalidad 555
   2.1. Terapia dialéctica conductual 555
   2.2. Terapia basada en la mentalización 557
   2.3. Terapia centrada en esquemas 559
   2.4. Psicoterapia centrada en la transferencia 560
   2.5. Otros tratamientos psicológicos especializados 561
3. Recomendaciones 562
4. Conclusiones 563

Apartado A. En primera persona 566
Apartado B. Caso clínico 566
Apartado C. Términos clave 569
Apartado D. Enlaces web de interés 569
Apartado E. Bibliografía comentada 570
Referencias 570

20. Tratamientos psicológicos para los trastornos del control de los impulsos 575

1. Introducción 575
   1.1. La impulsividad desde la perspectiva dimensional 576
   1.2. Clasificación de los trastornos del control de los impulsos en las principales clasificaciones diagnósticas internacionales 577
2. El tratamiento psicológico de los trastornos del control de los impulsos 579
   2.1. Cleptomanía 579
      2.1.1. Tratamientos psicológicos de la cleptomanía 584
   2.2. Piromanía 585
      2.2.1. Tratamientos psicológicos de la piromanía 585
   2.3. Trastorno explosivo intermitente 586
      2.3.1. Tratamiento psicológico del trastorno explosivo intermitente 587
   2.4. Trastorno por comportamiento sexual compulsivo 588
      2.4.1. Tratamientos psicológicos del trastorno por comportamiento sexual compulsivo 588
   2.5. Trastorno de compra compulsiva 590
      2.5.1. Tratamiento psicológico del trastorno de compra compulsiva 591
3. Recomendaciones 592
4. Conclusiones 593

Apartado A. En primera persona 596
Apartado B. Caso clínico 596
Apartado C. Términos clave 598
Apartado D. Enlaces web de interés 598
Apartado E. Bibliografía comentada 599
Referencias 599

© Ediciones Pirámide

21. Tratamientos psicológicos para los trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio 607

1. Introducción 607
2. Depresión durante el período perinatal 607
   2.1. Definición, clasificación, epidemiología, comorbilidad y evaluación 607
   2.2. Tratamientos para la depresión perinatal 610
      2.2.1. Tratamientos para la prevención de la depresión posparto 610
      2.2.2. Tratamientos para la depresión posparto 613
3. Ansiedad durante el período perinatal 615
   3.1. Definición, clasificación, epidemiología y evaluación 615
   3.2. Tratamientos psicológicos para la ansiedad perinatal 617
      3.2.1. Tratamientos cara a cara *(face to face)* 617
      3.2.2. Tratamientos *e-Health (online)* 619
4. Suicidio durante el embarazo y el posparto 622
5. Recomendaciones generales para la práctica clínica 623
6. Retos futuros 624

Apartado A. En primera persona 627
Apartado B. Caso clínico 627
Apartado C. Términos clave 632
Apartado D. Enlaces web de interés 632
Apartado E. Bibliografía comentada 632
Referencias 633

22. Tratamientos psicológicos para la conducta suicida 639

1. Introducción 639
   1.1. Conceptualización: pensar el suicidio más allá de la complejidad 640
   1.2. Epidemiología 641
   1.3. Factores de riesgo y protección 641
   1.4. Modelos explicativos 642
   1.5. Evaluación 643
2. Resultados y evidencias de los tratamientos psicológicos para la conducta suicida 645
   2.1. Visión de conjunto 645
   2.2. Tratamientos psicológicos basados en la evidencia empírica 647
      2.2.1. Terapia cognitivo-conductual 647
      2.2.2. Terapia dialéctico-conductual 648
      2.2.3. Evaluación colaborativa y el manejo del suicidio (CAMS) 649
   2.3. Intervenciones psicológicas breves basadas en la evidencia empírica 650
      2.3.1. Plan de seguridad de Stanley y Brown 652
      2.3.2. Contactos de apoyo y seguimiento 652
      2.3.3. Programa de intervención breve en tentativas de suicidio 652
      2.3.4. Hoja voluntaria de ayuda 653
   2.4. ¿Qué hay de otras terapias psicológicas? 653
3. Recomendaciones y directrices 653
   3.1. Implicaciones para la práctica clínica 655
4. Recapitulación 658

Apartado A. En primera persona 661
Apartado B. Caso clínico 661
Apartado C. Términos clave 669
Apartado D. Enlaces web de interés 669
Apartado E. Bibliografía comentada 670
Referencias 670

© Ediciones Pirámide

23. Estructura y funcionamiento de la psicoterapia 677

1. Introducción 677
2. ¿Por qué diferentes terapias psicológicas tienen una similar eficacia? 678
   - 2.1. La parábola del pájaro Dodo y la reina roja 678
   - 2.2. Cuestiones ontológicas: entidades naturales *versus* interactivas 679
   - 2.3. Cuestiones antropológicas: factores comunes 680
   - 2.4. Cuestiones psicológicas: ciertos efectos sanadores 682
   - 2.5. En resumen 684
3. ¿Qué es un trastorno psicológico o psiquiátrico? 685
   - 3.1. Los trastornos psicológicos/psiquiátricos: problemas de la vida en bucle 686
   - 3.2. La hiperreflexividad, en el tránsito hacia los problemas psicológicos 687
   - 3.3. La noción de situación: los problemas ni dentro ni fuera 687
   - 3.4. La noción de situación en conexión con otras nociones afines 690
   - 3.5. En resumen 691
4. ¿Qué es y cómo funciona la psicoterapia? 692
   - 4.1. La psicoterapia o tratamiento psicológico: más allá de la analogía médica 692
   - 4.2. Psicoterapia centrada en procesos: la nueva terapia cognitivo-conductual 693
   - 4.3. Psicoterapia centrada en el mundo vivido de las personas: un enfoque fenomenológico, hermenéutico y dinámico 695
     - 4.3.1. Idea de persona: entre la identidad y la alteridad 695
     - 4.3.2. Método fenomenológico, hermenéutico y dinámico 697
   - 4.4. Por una ontología de la psicoterapia: buscando su particular modo de ser 698
   - 4.5. Funcionamiento de la psicoterapia 701
   - 4.6. En resumen 703
5. Recapitulación y perspectivas 703

Apartado A. En primera persona 706
Apartado B. Caso clínico 706
Apartado C. Términos clave 707
Apartado D. Enlaces web de interés 708
Apartado E. Bibliografía comentada 709
Referencias 709

© Ediciones Pirámide

Prólogo

Considero un honor el encargo de prologar esta obra magna sobre los tratamientos psicológicos en población adulta, especialmente por el rigor metodológico demostrado por el profesor Eduardo Fonseca Pedrero en la presentación de las bases conceptuales de la psicoterapia, el gran esfuerzo de coordinación que ha requerido la selección de las terapias recomendadas para la problemática psicológica más frecuente, y la elección de autores expertos en cada una de ellas. Por ello, colaborar, aunque sea mínimamente, en la presentación de este manual es una obligación inexcusable.

Como es sabido, en las últimas décadas ha tenido lugar un gran crecimiento y diferenciación de las terapias psicológicas, por lo que actualmente el panorama de la psicoterapia se caracteriza por un enorme conjunto de modelos teóricos y de procedimientos prácticos; sin embargo, frente a tal diversificación de técnicas terapéuticas, existe a la vez una tendencia hacia la convergencia y la integración de los enfoques terapéuticos, que se traduce en el interés por investigar los factores comunes, los tratamientos transdiagnósticos, por cierto eclecticismo sistemático y por la integración teórica, siendo el movimiento de los «tratamientos empíricamente apoyados» (*empirically supported treatments,* EST) el principal elemento integrador, cuyo principal objetivo consiste en identificar y en consolidar los tratamientos que «funcionan» para determinados trastornos, sobre la base de criterios empíricos y de eficacia.

Teniendo en cuenta que la comorbilidad de los síndromes clínicos descritos en los sistemas de clasificación de los trastornos mentales se sitúa en torno al 50 por 100, de modo que la mitad de las personas que cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno también cumplen a la vez los criterios de un segundo trastorno, y la mitad de quienes presentan dos trastornos cumplen los criterios de un tercer trastorno, y así sucesivamente, ello sugiere que las causas de diferentes problemas mentales pueden ser las mismas, lo que sirve de base para un enfoque transdiagnóstico; y dicho enfoque viene también reforzado por la evidencia de que diferentes trastornos frecuentemente responden a los mismos tratamientos.

A partir de la década de los noventa, y especialmente en los comienzos del siglo XXI, el interés por los tratamientos con base empírica tuvo su apogeo gracias al esfuerzo de la División 12 de la American Psychological Association por identificar los EST, estableciendo la diferenciación entre «guías prácticas» y «guías de tratamiento» (American Psychological Association, 2002a, 2002b), labor completada por grupos de trabajo en publicaciones posteriores. Las primeras constan de recomendaciones a los profesionales respecto a su conducta, mientras que las segundas aluden a recomendaciones específicas sobre los tratamientos que deben ofrecerse a los demandantes de ayuda psicológica.

Otras organizaciones han contribuido a sintetizar los criterios de evidencia terapéutica de los tratamientos y a diseminar sus respectivas listas de prácticas basadas en datos. Una de ellas es la *Cochrane Colaboration* (www.cochrane.org) en Gran Bretaña, así llamada en honor al epidemiólogo Archibal Cochrane, y la *Campbell Colaboration* (www.campbellcolaboration.org) también así denominada en recuerdo del psicólogo y metodólogo americano Donald T. Campbell; al igual que algunas agencias

© Ediciones Pirámide

federales americanas como la *Substance Abuse and Mental Health Administration* (SAMHSA), la *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ) el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), y el *National Registry of Evidence-based Programs and Practices* (NREPP) en Gran Bretaña, todas ellas dedicadas a la identificación de prácticas basadas en datos, en salud mental.

El movimiento sobre las llamadas «prácticas basadas en datos» (*evidence-based practices,* EBP) surgió como un huracán que se extendió a todo el contexto social, compitiendo por la obligación de dar cuenta de las actividades profesionales en numerosos ámbitos como la medicina, la psicología, la educación, las políticas públicas, e incluso la arquitectura. En el ámbito de la salud mental, los psicólogos, al igual que los psiquiatras, tienen la obligación ética de ofrecer, en la medida de lo posible, los tratamientos que han demostrado mayor fundamentación.

Si bien, de entrada, parece existir un acuerdo general sobre la necesidad de utilizar los datos como guía para determinar lo que funciona; no parece una cuestión sencilla ni existe pleno consenso sobre su definición; lo cual tiene grandes consecuencias, tanto filosóficas como prácticas. Una de las primeras preguntas que se formulan sobre las prácticas basadas en datos es qué se entiende exactamente por «evidencia». ¿Debe estar basada en alguna investigación?, ¿debe requerir en el profesional experiencia o la condición de experto?, ¿debería incluir la valoración que los clientes hacen de las mismas y su tratamiento preferido?, ¿qué se entiende como eficacia, efectividad y eficiencia de un tratamiento psicológico? En una palabra, ¿qué cuenta como «evidencia»?; las terapias diseñadas como EST para trastornos psicológicos específicos ¿producen mejores resultados que las terapias no-EST? Por definición, un EST debería ser superior al no tratamiento, al placebo o a lo que de manera imprecisa se designa como «tratamiento habitual» (*treatment as usual,* TAU). Gran parte de estos conceptos han sido magistralmente desarrollados en los primeros capítulos de esta obra.

La definición de una terapia basada en datos siempre conlleva el uso de un procedimiento de investigación, cuya regla de oro *(gold standard),* especialmente en los ámbitos biomédicos, ha sido el ensayo clínico aleatorizado (*randomized clinical or controlled trial,* RCT), si bien permanece todavía el debate sobre si este debe ser el criterio exclusivo en el ámbito de la salud mental, por cuanto se ha pretendido imponer criterios de las ciencias naturales y el método hipotético-deductivo a la psicoterapia frente a su concepción como ciencia humana (Pérez-Álvarez, 2019). Mientras que en los ensayos con medicación el procedimiento requiere la administración del mismo fármaco a idéntica dosis o el seguimiento de un protocolo estándar para determinar la dosis, en la investigación en salud mental la estandarización frecuentemente implica el uso de manuales de tratamiento específico.

La terapia cognitiva ha estado en primer plano del movimiento EST, tras numerosas investigaciones sobre la eficacia en un amplio rango de problemas psicológicos (David, Cristea y Hofmann, 2018); y diversos tratamientos derivados del modelo cognitivo, están presentes en las guías clínicas de tratamiento (O'Donohue y Fisher, 2009). Así, entre el 60 por 100 y el 90 por 100 de los EST identificados por las reglas de decisión de la citada División 12 de la American Psychological Association son tratamientos cognitivo-conductuales, que incluyen la construcción de habilidades, que tienen un foco u objetivo específico, que requieren un tratamiento relativamente breve, y que rara vez utilizan medidas tradicionales de evaluación. Desde entonces, las conocidas como «terapias de tercera generación» han completado el panorama terapéutico en el amplio espectro de los problemas psicológicos.

Tras la publicación durante la primera década del presente siglo de numerosos manuales recopilatorios de las diversas terapias psicológicas basadas en datos (Bond y Dryden, 2002; Dobson, 2010; Freeman y Power, 2007; Pérez Álvarez et al., 2003), era necesario disponer de un nuevo tratado en español con el objetivo de combinar el rigor metodológico y la puesta a disposición de los profesionales de la psicología de los tratamientos recomendados para un amplio rango de problemas. La ingente y meritoria labor de coordinación del profesor Eduardo Fonseca Pedrero ha hecho posible alcanzar este objetivo y, sin lugar a dudas, esta obra está llamada a ser un referente para los profesionales de la psicología clínica y para la formación de los futuros especialistas. Además de la detallada exposición de los tratamientos psicológicos recomendados para diversos problemas, en esta obra se hace un detallado

© Ediciones Pirámide

análisis de sustanciales y trascendentales cuestiones previas al tratamiento, como es la naturaleza de los trastornos, que enfatiza la convicción de que no son trastornos cerebrales, sino que representan relaciones de redes de síntomas altamente complejas, que dependen de mecanismos culturales, históricos y ambientales; que son muy variables entre entornos e individuos, e incluso en la misma persona en diferentes entornos, circunstancias y épocas de la vida (Borsboom y Cramer, 2013; Borsboom, Cramer y Kalis, 2019; y Fonseca Pedrero, 2018). Para los promotores del modelo de redes (Borsboom et al., 2017), el diagnóstico implica identificar redes de síntomas, mientras que el tratamiento implica cambiar o manipular la red psicopatológica.

En resumen, la elección de los procedimientos psicoterapéuticos desarrollados en este manual, así como la información complementaria sobre casos clínicos específicos y las fuentes documentales actualizadas, correspondientes a cada tipo de trastorno, vaticinan que esta será una obra de referencia durante muchos años.

Serafín Lemos Giráldez
Catedrático de Psicopatología,
Universidad de Oviedo.

REFERENCIAS

American Psychological Association (2002a). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist, 57,* 1052-1059.

American Psychological Association (2002b). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist, 57,* 1048-1051.

Bond, F. W. y Dryden, W. (eds.). (2002). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. Chichester, UK: Wiley.

Borsboom, D. y Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 9,* 91-121.

Borsboom, D., Cramer, A. O. J. y Kalis, A. (2019). Brain disorders? Not really: Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behavioral and Brain Sciences, 42*(e2), 1-63.

Borsboom, D., Fried, E. I., Epskamp, S., Waldorp, L. J., van Borkulo, C. D., van der Maas, H. L. J. et al. (2017). False alarm? A comprehensive reanalysis of «Evidence that psychopathology symptom networks have limited replicability» by Forbes, Wright, Markon, and Krueger. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(7), 989-999.

David, D., Cristea, I. y Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry, 9,* Article 4.

Dobson, K. S. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3.ª ed.). Nueva York: Guilford Press.

Fonseca Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en psicología. *Papeles del Psicólogo, 39,* 1-12.

Freeman, C. y Power, M. (eds.). (2007). *Handbook of evidence-based psychotherapies: A guide for research and practice*. Chichester, UK: Wiley.

O'Donohue, W. y Fisher, J. E. (eds.). (2009). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: Wiley.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (eds.). (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.

Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo, 40,* 1-14.

© Ediciones Pirámide

Prefacio

Querido lector, querida lectora: muchísimas gracias. Si le soy sincero, poco más tengo que añadir. Que tenga este manual entre sus manos y pueda tocarlo y husmearlo ya es el mayor regalo que me puede hacer. Sé que leerá de forma pausada cada una de sus páginas, que saboreará su lectura y que hará un buen uso de la información que contiene. Le pido, por favor, que no se irrite ni se indigne con mi persona por la amplitud de esta obra, era necesario. Dicho lo cual, me tomo la licencia de recomendarle no seguir leyendo este prefacio. Puede ponerse manos a la obra y pasar a la acción, al *logos*. Eso ya sería fiel indicador de su buen hacer, oficio y sabiduría. No me engaño, pues soy sabedor de mi insignificancia, amén que poco tengo que aportar en un prefacio como este que se escribe después del libro, se pone antes, pero ya sabemos que no se lee ni antes ni después.

Únicamente voy a tratar de comentarle de forma sucinta algunas cuestiones que creo que pueden ser de cierto interés para la comprensión de esta obra. Comenzaré por abordar algunas anécdotas concernientes a su gestación. A continuación, justificaré su necesidad y, posteriormente, mostraré mis agradecimientos. Culminaré con una breve recapitulación. Ya le adelanto que seré breve, pues lo bueno, si breve, dos veces bueno; y aun lo malo, si poco, no tan malo.

Una breve historia

Este manual comienza a fraguarse en verano de 2019 tras los típicos *flashbacks* y la firme convicción, como bien sugirió Santiago Ramón y Cajal, que «las ideas no duran mucho. Hay que hacer algo con ellas». Toma su forma inicial, al menos respecto al contenido y la primera versión del índice, en noviembre de 2019, en un conocido bar de la noche ovetense, sito entre el teatro Campoamor y la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo. Recuerdo nítidamente la conversación con mis queridos Marino Pérez y Susana Al-Halabí. Esa atmósfera de conversación cercana y cálida con personas a las que admiras intelectualmente, abordando una cuestión que, a mi juicio, era (y es) sumamente relevante para la psicología española: disponer de manuales actuales, rigurosos y basados en la evidencia empírica en el campo de los tratamientos psicológicos. Todo ello maridado con la emoción de estar sentado justo en el mismo sitio donde vi por primera vez, hace ya unos años, cantar a un ángel. Ese ángel es hoy mi mujer. Nichola: yo te cielo.

Posteriormente, mi colega y amigo Félix Inchausti hizo sustanciales aportaciones, tanto en el índice como en el «fichaje» de excelentes profesionales pertenecientes al campo clínico. Sin su involucración tengo claro que este manual no hubiese visto la luz. Durante algunos días los cuatro mantuvimos interesantes debates respecto a qué debería quedar dentro y qué fuera, o qué modelo de psico(pato)logía y sistema de clasificación diagnóstico utilizar como eje vertebrador del libro. Cuestiones todas ellas nada fáciles. Se decidió, para bien y para mal, que el manual seguiría el modelo de la OMS, y que tendría dos bloques nucleares, más un capítulo introducción y otro de discusión general, que recogieran el principal eje de tensión en psicoterapia: tratamientos específicos (el qué) y factores comunes (el cómo). Una vez comenzada la andadura, nada fácil, dicho sea de paso, nunca me faltaron palabras de cariño y

© Ediciones Pirámide

aliento por parte de mis queridos amigos Alicia Pérez de Albéniz y José Muñiz. No puedo dejar tampoco de comentar que este manual se escribió casi en su totalidad durante el confinamiento causado por la COVID-19. Cosas de la vida, estas que acontecen cuando la realidad supera a la ficción. El tiempo de confinamiento y la falta de recursos en salud mental me reafirmó en la necesidad de que este manual viera la luz. Aquí lo dejo, por el momento. Lo siento de veras. Me quedan muchas anécdotas interesantes en el tintero. Se las contaré en otra ocasión.

La obra

La necesidad de este manual se plasma de forma sencilla en la siguiente pregunta que, si lo desea, puede intentar responder por mí: ¿cómo es posible que no haya un manual científico sobre tratamientos psicológicos empíricamente apoyados en español en los últimos 15-20 años? Esta es cuanto menos una pregunta indiscreta que no tiene fácil respuesta. Me cuesta comprender sinceramente cómo se ha descuidado este aspecto, considerando que la psicoterapia es uno de los buques insignia de la psicología. Otras áreas deberían tomar buena nota. No obstante, si le soy sincero, ya da un poco igual, pues en sus manos tiene la respuesta a esa pregunta.

Como bien sabe, el campo de la psicoterapia ha avanzado enormemente en los últimos años, si bien era necesario disponer de un nuevo tratado en español que tuviera como finalidad conocer cuáles son, en el momento actual, los tratamientos psicológicos que gozan de mayor respaldo científico para el abordaje de diferentes problemas psicológicos. Esta obra trata de poner a disposición de los y las profesionales de la psicología aquellos procedimientos de intervención que cuentan con mayores evidencias empíricas en función de las características de las personas que demandan ayuda. Asimismo, y frente a la diversificación de técnicas psicoterapéuticas, este manual también trata de recoger las tendencias más actuales referidas a los factores comunes, la integración de los enfoques terapéuticos y la evidencia basada en la práctica. En esencia, se pretende separar el grano de la paja, lo que funciona de lo que no, en lo relativo a los tratamientos psicológicos.

Me gustaría dejar plasmado, negro sobre blanco, el mensaje que pretende mandar esta obra. Un libro como este sobre tratamientos psicológicos hecho por psicólogos y psicólogas españoles no es algo azaroso, neutro, no es un libro más, es una declaración de principios en toda regla. Este manual es también una reivindicación en pro de la unidad de la psicología, que no psicologías, la cual debe trabajar conjuntamente por un bien común colectivo que vaya más allá de los intereses individuales y/o sectoriales. Como bien reza un proverbio africano: «las huellas de las personas que caminaron juntas nunca se borran». Nuestros predecesores y predecesoras tenían claros los puertos a los que debía dirigirse la psicología española, pues es *vox populi* que no todos los vientos son favorables. La boyante psicología tiene que llegar a puertos como los que simboliza el libro que nos ocupa. No perdamos el norte.

También, dado el estado de la cuestión, me siento obligado a decir un par de perogrulladas. La primera es que la psicoterapia es el tratamiento de elección para las personas con problemas de salud mental. Las intervenciones psicológicas han demostrado su eficacia, efectividad y eficiencia para una amplia gama de problemas psicológicos. Los datos están ahí, da igual que los interprete de una forma o de otra. Hablan por sí solos, y no dejan lugar a dudas, la psicoterapia es la primera opción. Esto no es una invención mía, solo transmito lo que dicen las principales asociaciones científicas, así como cientos de estudios científicos rigurosos. Craso error ha sido el pensar que, en la medicación, en la genética y/o en el cerebro estaba la solución. El único sitio donde tiene sentido indagar es en la persona. Los reduccionismos insulsos pueden ser tremendamente seductores, lo sé, yo mismo los he sentido y padecido; no obstante, nunca podrán captar la enorme complejidad del comportamiento humano. Es un secreto a voces que la conducta humana se ajusta mal a lo lineal, a lo estático y a lo unilateral. Tal vez, y parafraseando a Marino, la psicología y sus profesionales necesitan poner menos cerebro y más cabeza. La segunda perogrullada es que la psicología, como ciencia que se ocupa del estudio del sujeto y del comportamiento, debe fundamentarse en la obtención de evidencias empíricas que respalden el uso de sus técnicas y procedimientos psicoterapéuticos. Los profesionales de la psicología deben promover e implementar aquellos tratamientos psicológicos que cuenten con respaldo empírico según los estándares científicos vigentes de cara a tomar decisiones informadas.

© Ediciones Pirámide

Creo firmemente que es una responsabilidad y un deber para nuestro gremio tener manuales de este tipo. Obviamente, alguien tiene que hacerlo, pues ni va a emerger por generación espontánea ni se puede dejar al albur. También entiendo que es necesario transferir el conocimiento. Si puede ser con entusiasmo, mejor que mejor. La formación de las nuevas generaciones y la actualización de contenidos para los y las profesionales con mayor experiencia es una de las formas más acertadas de las que disponemos para la transformación. Asimismo, como no puede ser de otro modo, este manual no surge de la nada, pues en ciencia (véase, nuestra profesión) cabalgamos a hombros de los gigantes que nos precedieron, ahora ya tenemos un gigante más sobre el que caminarán las futuras generaciones.

Los agradecimientos

Reza el refranero popular que es de bien nacidos ser agradecidos. Más si cabe en los tiempos que corren. Por ello, me gustaría dejar plasmado mi gratitud para aquellas personas que de una forma u otra forma han colaborado en este manual.

En este libro han participado más de sesenta profesionales de la psicología provenientes tanto del mundo académico como del campo aplicado. Cierto es que no hay grandes secretos. Se trata de un trabajo continuo, sistemático, colaborativo, desinteresado y honesto de un conjunto de profesionales que de forma coral han llevado a buen puerto esta obra. A todos vosotros os quiero agradecer la inestimable colaboración y profesionalidad demostrada, así como vuestro esfuerzo *gratis et amore*.

También mostrar mi más sincero agradecimiento a la Universidad de La Rioja, a Inmaculada Jorge de la editorial Pirámide por favorecer la publicación de este manual y otros de suma relevancia para la psicología española y, como no, a la Fundación BBVA y al Ministerio de Ciencia e Innovación por concederme proyectos de investigación sumamente competitivos que nos han permitido investigar con los mejores recursos personales, materiales y económicos.

Mención especial a mis mentores José Muñiz, Serafín Lemos y Joaquín Valdés. Soy plenamente consciente de mi fortuna al teneros como maestros, y ahora como amigos. También mentar a Marino Pérez, pues sus escritos son para mí continua fuente de inspiración. Muchos pasajes de este libro tienen retazos de todos vosotros. Mi más absoluta admiración hacia los cuatro tanto personal como intelectual.

Totalmente de acuerdo con Carl Sagan cuando escribió: «en todas nuestras investigaciones, la única cosa que hemos descubierto es que solo la compañía de otros hace soportable el vacío». Ya lo he dicho en algún otro foro, nada de este camino hubiese tenido sentido si no hubiese sido de la mano y compañía de mi familia, amigos y seres queridos. Sobra mencionar a esas personas, pues ellas ya lo saben. Una mención especial a las mujeres de mi vida: mi abuela, mi madre, mi hermana, mi dulce Carolina, mi mujer y mis dos princesas, Allegra y April.

De todo corazón muchas gracias a todos y todas. Sin vosotros esta empresa no hubiese llegado a buen puerto.

Recapitulando

La calidad científica del libro está fuera de toda duda. Este manual es fiel reflejo del esfuerzo colectivo, la profesionalidad y la respuesta integral e inclusiva que se está efectuando para mejorar la comprensión y el tratamiento de los problemas psicológicos.

Querido lector, querida lectora, disfrute de este libro. Es un fruto granado de la feraz psicología española que trata de no perder de vista su finalidad última: mejorar la calidad de vida y bienestar de las personas de nuestra sociedad.

Es su turno de evaluar si este documento merece la pena. Como siempre, el tiempo será el mejor juez.

Queda dicho.

Logroño, 10 octubre de 2020.

Eduardo Fonseca Pedrero

© Ediciones Pirámide

Tratamientos psicológicos: pasado, presente y futuro

1

EDUARDO FONSECA PEDRERO
JOSÉ MUÑIZ
MARÍA TERESA BOBES BASCARÁN
MARTIN DEBBANÉ

1. INTRODUCCIÓN

La búsqueda de tratamientos psicológicos empíricamente apoyados (TPEA) ha sido uno de los hitos más significativos en la historia de la psicoterapia (Sakaluk, Williams, Kilshaw y Rhyner, 2019), y tal vez, entre los más influyentes en la consolidación de la psicología como disciplina científica (Eysenck, 1952). A fin de cuentas, la propia naturaleza de la psicología, como ciencia que se ocupa del estudio del sujeto y del comportamiento (Pérez-Álvarez, 2018), cumple una función social de carácter eminentemente pragmático que, tal vez, alcanza su máxima expresión en la intervención psicológica. Es precisamente en la búsqueda de apoyo empírico a los tratamientos, cualquiera que sea este el campo de actuación (clínico, educativo, organizacional, forense, deportivo, etc.), donde se pone en juego todo el aparataje desarrollado por la psicología (p. ej., fundamentos teóricos, modelos, métodos, técnicas o procedimientos), así como su prestigio como profesión. Sea como fuere, en la actualidad, las intervenciones psicológicas han demostrado su eficacia, efectividad y eficiencia en una gran variedad de ámbitos de aplicación, que no se circunscriben únicamente al abordaje de trastornos mentales en contextos sanitarios.

Los profesionales de la psicología deberían ser plenamente conscientes y comprender que cualquier decisión en su quehacer diario tiene que estar fundamentada en las evidencias científicas disponibles. Tanto desde un punto de vista profesional como ético debería primar la toma de decisiones informadas. A este respecto, el Código Deontológico del Psicólogo (artículos 17 y 18) resalta, por un lado, la importancia de estar profesionalmente preparado y especializado en la utilización de métodos, instrumentos, técnicas y procedimientos y, por otro, la necesidad de utilizar métodos y técnicas que se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente. Es decir, es una responsabilidad tanto ofrecer a las personas aquellos tratamientos psicológicos que gocen de mayor respaldo científico, como estar capacitado para poder juzgar críticamente la información. Por lo tanto, cualquier profesional de la psicología debería saber decidir qué tratamiento psicológico, fundamentado en una sólida base científica, aplicar a un individuo con una problemática específica bajo unas determinadas características.

El presente capítulo tiene como objetivo realizar una introducción a los TPEA. El hilo conductor será el siguiente. En primer lugar, se contextualiza el objeto de estudio, se realiza un breve bosquejo histórico, se delimitan conceptualmente términos clave y se mencionan algunas cuestiones de fondo en torno a la naturaleza de la psico(pato)logía. En segundo lugar, se aborda todo lo concerniente al diseño y evaluación de los tratamientos psicológicos, esto es, el método. En tercer lugar, se presentan las principales guías de tratamientos, así como los criterios y recomendaciones para evaluar las evidencias empíricas obtenidas. También se apuntan, brevemente, retos presentes y perspectivas futuras. Se finaliza el capítulo con un apartado de recapitulación.

Obviamente no se pretende acometer aquí una revisión exhaustiva de todos y cada uno de los tópicos que serán abordados. Se remite, por lo tanto, al lector a excelentes trabajos previos concernientes

© Ediciones Pirámide

tanto a la psicoterapia como a áreas colindantes (p. ej., evaluación, psicometría, diseños de investigación, psicopatología, etc.) que son también parte esencial en el proceso de validación de las intervenciones psicológicas (Ato y Vallejo-Seco, 2015; Botella, 2017; Fernández-Ballesteros, 2011, 2017; Labrador y Crespo, 2012; Muñiz, 2018; Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández y Amigo, 2003; Pérez-Álvarez, 2018, 2019, 2020). Asimismo, el último capítulo de este manual sobre la estructura y funcionamiento de la psicoterapia se complementa perfectamente con lo comentado aquí, por lo que le recomendamos su lectura.

2. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EMPÍRICAMENTE APOYADOS

2.1. Cuestiones preliminares

En su quehacer diario los profesionales de la psicología deben tomar decisiones basadas en pruebas sobre menesteres varios como, pudiera ser, la selección de los procedimientos de intervención más adecuados en función de las características de las personas que demandan ayuda (Pascual Llobell, Frías Navarro y Monterde i Bort, 2004). El objetivo de la denominada psicología basada en la evidencia científica es precisamente este: legitimar teorías y tratamientos que presenten pruebas empíricas que respalden sus resultados (Moriana y Martínez, 2011). Podría parecer de perogrullo argumentar la necesidad de una psicología fundamentada en la evidencia empírica en un libro como este. No obstante, la realidad es muy tozuda, y dado el estado de la cuestión (p. ej., total desconocimiento —o incluso negación— en algunos sectores, escasez de recursos, posibles intereses de la industria farmacéutica), se hace necesario plasmar negro sobre blanco que la única psicología posible como ciencia es aquella que sigue un método científico. Nótese, por un lado, que existen distintas concepciones o cosmovisiones de lo que se entiende por ciencia (formismo, mecanismo, organicismo y contextualismo) (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2019), siendo el positivismo (ciencia natural) una de las posibles, pero existiendo otras como la holística-contextual (ciencia humana). Nótese, por otro lado, que el «método» científico puede ser tanto el de corte cuantitativo y típicamente hipotético-deductivo, como el de corte cualitativo y típicamente inductivo (Pérez-Álvarez, 2018). Cierto es que en el positivismo reinante en el que estamos instaurados prioriza claramente un tipo de ciencia, la ciencia natural, y un tipo de método, el método hipotético-deductivo; no obstante, esto no parece ser del todo acertado pues la psicología es más ciencia humana que natural, es más una ciencia del sujeto y del comportamiento que del cerebro. Al hilo de lo comentado, la psicoterapia sería, por lo tanto, más bien ciencia humana que tecnológica (Pérez-Álvarez, 2019).

Además de las implicaciones que subyacen a la psicología basada en la evidencia científica para la propia profesión, los gobiernos y los agentes encargados de formular políticas de atención sociosanitaria han decidido que la calidad de sus sistemas esté cimentada en la evidencia científica vigente. Obviamente es de interés público garantizar que esto suceda, ya que permite *a priori,* entre otros aspectos, disponer de un sistema sanitario de calidad, realizar una óptima gestión de los recursos y reducir el impacto personal y económico asociado a los problemas de salud mental (Christensen et al., 2020). En este sentido, diferentes organizaciones (públicas y privadas) a nivel mundial han intentado cumplir con este mandato abordando las espinosas preguntas que se centran en qué constituye la mejor evidencia y cuánta información se necesita (y de qué calidad) antes de designar una intervención como «basada en la evidencia» o «empíricamente apoyada». En psicoterapia la extrapolación de la evidencia científica existente y la valoración cuidadosa y continua de sus resultados se vuelve trascendental tanto para las personas como para la sociedad. Por lo tanto, la psicología no es ajena (ni debe serlo) a este movimiento de promover, evaluar e implementar las intervenciones psicoterapéuticas que cuenten con respaldo empírico. En particular, este enfoque ha sido adoptado por las agencias gubernamentales de salud más prestigiosas, como el Servicio Nacional de Salud (*National Health System,* NHS) en el Reino Unido, y por organizaciones científicas como la Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association,* APA[1]). Más aún, este acercamiento, aunque ha tenido más arraigo en el ámbito de la psicología

[1] Nótese que en este capítulo APA se refiere a la Asociación Americana de Psicología, no a la Asociación Americana de Psiquiatría.

© Ediciones Pirámide

clínica, no se restringe únicamente a ella, pues existen otras áreas potenciales de actuación como, por ejemplo, los ámbitos educativo y organizacional. Su expansión y consolidación más allá de la psicología clínica es totalmente necesaria.

Los TPEA lo son para un problema psicológico concreto. Esto es, los tratamientos psicológicos, hasta la fecha, han sido diseñados para problemas específicos (p. ej., esquizofrenia, fobia, ansiedad generalizada). Aunque aquí se comenten más bien lo referido a entidades nosológicas al uso, no se debe perder de vista (como se verá en este manual) que también puede ser objeto de tratamiento variables transdiagnósticas (p. ej., perfeccionismo, ira, sensibilidad a la ansiedad) o fenómenos, que son también objeto de atención psicológica en la práctica clínica, como la conducta suicida. El abordaje de los problemas psicológicos implica necesariamente preguntarse qué son y cómo se clasifican. El qué son se abordará en un apartado posterior (y en el capítulo final del presente manual). Respecto al cómo se catalogan, son de obligada referencia la Clasificación Internacional de Enfermedades-11 (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Cada uno de estos sistemas taxonómicos presentan luces y sombras, si bien en este manual se ha utilizado como eje vertebrador el apartado de «Clasificación de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo» de la CIE-11. Son varias las razones que se pueden esgrimir:

a) La OMS es una organización sin ánimo de lucro en la que participan la gran mayoría de los países a nivel mundial (Estados miembros), incluida España.
b) La CIE es un sistema de diagnóstico internacional que se utiliza en el ámbito de la salud (no solo salud mental).
c) La CIE es de acceso libre en Internet, sin costo alguno, y está disponible en 43 idiomas.
d) La CIE trata de recoger los principales progresos en las ciencias de la salud.
e) El DSM-5 es desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría, una entidad psiquiátrica privada sita en los Estados Unidos de América, donde tres de cada cuatro grupos de expertos responsables de los capítulos tenían algún conflicto de intereses declarado (normalmente haber sido financiado por la empresa farmacéutica).

Aparte de lo dicho, que es un secreto a voces, tal vez lo más difícil sea cambiar esa inercia ingenua que nos atrapa y nos conduce a seguir haciendo lo mismo iterativamente sin saber por qué y para qué. Véase, por ejemplo, utilizar los criterios DSM-5 a modo de recetario tanto en las facultades de psicología como en la práctica clínica y contextos varios (p. ej., exámenes PIR). Y, más aún, como si lo expuesto en el DSM fuera la verdad o la auténtica psico(pato)logía. En este manual hemos intentado poner remedio, al menos parcialmente, a este mal pandémico.

TABLA 1.1

Clasificación de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo según la Clasificación Internacional de Enfermedades-11 (CIE-11) de la OMS

- Trastornos del neurodesarrollo.
- Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios.
- Catatonia.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo.
- Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados.
- Trastornos específicamente asociados con el estrés.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos del comportamiento alimentario.
- Trastorno de eliminación.
- Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal.
- Trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos.
- Trastornos del control de los impulsos.
- Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial.
- Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados.
- Trastornos parafílicos.
- Trastornos facticios.
- Trastornos neurocognitivos.
- Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio.

Nota: Para más información, se puede consultar: https://icd.who.int/es.

© Ediciones Pirámide

La utilización de la expresión «tratamientos psicológicos empíricamente apoyados» aquí no es azarosa pues destaca precisamente la importancia del apoyo empírico de las intervenciones. Se ha optado por TPEA respecto a otras como «tratamientos psicológicos eficaces» o «tratamientos psicológicos basados en la evidencia». En el primer caso porque se deja fuera dos parámetros esenciales en psicoterapia: la efectividad y la eficiencia. En el segundo caso porque la palabra «evidencia» no sería la mejor traducción del vocablo inglés «evidence» sino más bien —o quizá mejor— «basado en pruebas». Además, el término «evidencia», según la RAE, se define como «certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar» o «prueba determinante en un proceso». En psicología es bien conocido la dificultad de encontrar certezas claras y pruebas determinantes.

Tampoco está de más advertir al lector que «evidencia» no es sinónimo de ensayos controlados aleatorizados o metaanálisis. En el campo de los tratamientos psicológicos se debe considerar tanto la práctica-basada-en-la-evidencia como la evidencia-basada-en-la-práctica donde se puede incluir multitud de factores como la experiencia profesional, el juicio clínico, la frónesis, la prudencia, etc. Esto es, la única «evidencia» disponible no se obtiene ni de los resultados derivados de los ensayos clínicos ni de los listados de las guías clínicas que dictan cuáles son los mejores tratamientos, pues ellos mismos presentan sus propias limitaciones. Es necesario, por lo tanto, considerar la(s) «evidencia(s)» de una forma más abierta y dinámica, que vaya más allá de los criterios y recomendaciones de corte cuantitativo y que considere otros aspectos, como pudieran ser los denominados factores comunes (véase el capítulo 2). No se debe perder de vista que la obtención de pruebas empíricas sobre si las intervenciones psicológicas funcionan o no depende tanto del método de tratamiento (el qué), como de la relación terapéutica (el cómo). Ambos son ingredientes intrínsicamente relacionados y complementarios determinantes en la obtención de evidencias empíricas sobre la eficacia y utilidad clínica de los tratamientos psicológicos.

2.2. Bosquejo histórico

Los tratamientos psicológicos con respaldo empírico tienen un corto pero intenso recorrido histórico. Contextualizar su devenir histórico destacando algunos hitos centrales permite comprender mejor el estado actual de la cuestión. No se trata aquí de hacer una revisión extensa de la historia de la psicoterapia, pues ya existen excelentes trabajos publicados al respecto (véase, por ejemplo, Norcross, VandenBos y Freedheim, 2011).

Se podría decir que el movimiento de los TPEA se inicia en el año 1952 con el famoso artículo de Eysenck «Los efectos de la psicoterapia: una evaluación». En este trabajo, Eysenck encontró que no había ninguna evidencia empírica que probase la eficacia de la psicoterapia de orientación psicoanalítica por encima de la ausencia de tratamiento. Cierto es que, técnicamente, Eysenck no afirmó que la falta de efectividad de las psicoterapias estaba probada, sino que aún no había pruebas empíricas de su efectividad (Errasti, 1998). Este trabajo generó un encendido debate sobre la efectividad de las psicoterapias que sigue coleando en la actualidad. Más importante aún, este trabajo (y otros que vinieron después) sentaron las bases y señalaron el camino sobre la necesidad de buscar evidencias científicas que apoyaran las intervenciones psicológicas.

Entre los años 1945 y 1980 se pueden destacar ciertos acontecimientos más o menos importantes relacionados con los TPEA. Por ejemplo, la APA subrayaba ya en 1947 la importancia de formar doctores en psicología tanto desde un punto de vista investigador como clínico (Shakow et al., 1947). Asimismo, los trabajos de Wolpe en 1958, confeccionando el protocolo de desensibilización sistemática, o los de Beck en 1979 y Barlow en 1988 sobre la manualización de tratamientos psicológicos, son hitos a mencionar. También destacar la publicación de los sistemas taxonómicos internacionales CIE-9 en 1977 y el DSM-III en 1980 (versión revisada en 1987), o el desarrollo de la técnica del metaanálisis por Glass en 1976. Otro evento relevante fue el trabajo publicado por Luborsky et al. (1975) donde se afirmaba que el efecto positivo de todas las psicoterapias era semejante, esto es, el conocido *veredicto del pájaro Dodo* donde «todos han ganado y todos tienen premio» (Rosenzweig, 1936). Dichos resultados eran consistentes con la visión de que los factores comunes son los ingredientes más relevantes para conseguir beneficios en la psicoterapia. A raíz de los trabajos de Rosenzweig y de Luborsky se abrió un nuevo foco de investigación y debate, que

© Ediciones Pirámide

continúa en la actualidad, concerniente a si los factores comunes o más bien los factores específicos de un tratamiento concreto son los causantes de la eficacia del resultado psicoterapéutico (para más información véanse los capítulos 2 y 3 de este manual).

Ya en la década de los ochenta, surge en Canadá la denominada medicina basada en la evidencia. Este movimiento tiene como meta obtener y aplicar la mejor evidencia científica en el ejercicio de la práctica médica cotidiana de cara a tomar decisiones sobre el cuidado de las personas (Sackett et al., 1996). Por su parte, en 1989 se crea en Estados Unidos la *Agency of Health Care and Research* con el objetivo de analizar empíricamente la eficacia de los tratamientos médicos, y que posteriormente se trasladará a los problemas de índole psicológico. Concretamente en 1992 sale a la luz el manifiesto de la medicina basada en la evidencia (*Evidence Based Medicine Working Group,* 1992) donde se apuntalan conceptos y directrices que han tenido un claro impacto posterior en los ámbitos clínico e investigador y en las políticas sanitarias de todo el mundo.

En este mismo año, 1992, se constituye el grupo de trabajo de la APA «Board of Scientific Affairs, the Board of Professional Affairs, and the Committee for the Advancement of Professional Practice» que acaba publicando en 1995 la *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders* (APA, 1995). Básicamente este documento es una guía *(template)* que describe los criterios que deberían considerarse al desarrollar y evaluar guías de tratamiento. En él se advierte que cualquier guía de práctica clínica emergente debería basarse en un cuidadoso análisis sistemático de los datos de investigación y la experiencia clínica. Esta guía, posteriormente actualizada (APA, 2002), también concluyó que dichas directrices prácticas deberían construirse en función de una jerarquía de niveles de evidencia que luego sería evaluada por un comité competente de clínicos y científicos. Asimismo, estos documentos fueron bastante específicos al indicar que la base de evidencia para cualquier intervención psicológica debería evaluarse en términos de dos dimensiones: eficacia y utilidad clínica (efectividad). Cierto es que los términos de eficacia y efectividad aplicados a los tratamientos psicológicos fueron especialmente popularizados por Seligman (1995), si bien su distinción conceptual se fija posteriormente (Chambless et al., 1998).

En 1995 la División 12 *(Sociedad de Psicología Clínica)* de la APA publica el famoso informe «Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures». Su finalidad era promover los tratamientos basados en la evidencia en el campo de la psicología. Con el paso del tiempo se han ido publicando diferentes actualizaciones del mismo (Chambless et al., 1996, 1998; Chambless y Ollendick, 2001), donde se proporcionaron listados, cada vez más amplios, de cuáles son los tratamientos con apoyo empírico. En el documento de 1998 se publican los criterios necesarios para identificar «tratamientos empíricamente validados» o «con apoyo empírico» (en inglés, *empirically supported treatments*) para trastornos psicológicos específicos (véase la tabla 1.2) (Chambless et al., 1998). Se clasifican los posibles estudios para aportar evidencia empírica en un rango que oscila desde el I hasta el VI. Los estudios del nivel I son los más rigurosos, pues implican una serie de características muy exigentes desde un punto de vista metodológico como son los diseños experimentales. A partir del nivel de evidencia aportada se establecieron básicamente dos categorías: tratamientos *bien establecidos* y tratamientos *probablemente eficaces*. Al final de esta década se publica el libro *A Guide to Treatments that Work* por Nathan y Gorman (1998) que será revisado en sucesivas ediciones (Nathan y Gorman, 2015). Este manual es una especie de «guía Michelin» de los tratamientos que funcionan y no en el campo de la salud mental. Ya en los inicios del siglo XXI, se publican las *Guías de tratamientos psicológicos eficaces* (Pérez-Álvarez et al., 2003), convirtiéndose con el paso del tiempo en el principal compendio de estas características en español.

Por su parte, la División 29 *(Psychotherapy)* de la APA creó en 1999 un grupo de trabajo denominado «Empirically Supported (Therapy) Relationships» dedicado a estudiar el impacto de las relaciones terapéuticas con apoyo empírico. Este grupo ha focalizado su trabajo en demostrar la eficacia de los factores comunes en psicoterapia como, por ejemplo, la alianza terapéutica. Recientemente, la «Task Force on Evidence-Based Relationships and Responsiveness» ha sacado a la luz su tercer informe (Norcross y Wampold, 2018). También en 1999 se publica en la revista de la APA *American Psychologist* los resultados de la «Task Force on Statistical Inference» (Wilkinson, 1999). En este documento se

© Ediciones Pirámide

TABLA 1.2

Criterios para tratamientos validados empíricamente de la Asociación Americana de Psicología (Chambless et al., 1998)

Tratamientos bien establecidos
I. Al menos dos buenos diseños experimentales entre grupos que demuestren su eficacia en una o más de las siguientes direcciones: *a*) Sus resultados son superiores (estadísticamente) a un grupo que utilice tratamiento farmacológico o al placebo (psicológico) u otro tratamiento. *b*) Equivalente a un tratamiento ya establecido en experimentos con tamaños de muestra adecuados.
II. Si no se cumple el punto I, puede valer una serie importante de diseños experimentales de caso único (n ≥ 9) que demuestren su eficacia. Estos experimentos deben haber: *a*) Utilizado diseños experimentales adecuados. *b*) Comparado la intervención con otro tratamiento (como en el punto I.*a*).
Criterios adicionales para I y II:
III. Los experimentos deben ser desarrollados utilizando tratamientos manualizados. IV. Las características de las muestras de participantes deben estar claramente especificadas. V. Los efectos deben haber sido demostrados por al menos dos investigadores o equipos de investigación independientes.
Tratamientos probablemente eficaces
(Al menos uno de los tres mencionados a continuación)
I. Dos experimentos que demuestren que el tratamiento es (estadísticamente significativo) superior a un grupo control lista de espera. II. O bien uno o más experimentos que cumplan los criterios I.a, I.b, III, IV, pero no V. III. O bien una pequeña serie de experimentos utilizando diseños de caso único (n ≥ 3) que cumplan los criterios de tratamiento bien establecido*.

* Especificación expresa de las características de los participantes, uso de manual, diseño experimental adecuado y comparación de la intervención con grupos placebos (farmacológico o psicológico) u otros tratamientos.

Nota: También se podría incluir en este esquema una tercera categoría denominada «tratamientos sin apoyo experimental», que son aquellos que no cuentan con evidencias mínimas para ser considerados, al menos, probablemente eficaces.

detallan una serie de recomendaciones con la finalidad de producir reformas en las prácticas de análisis de datos (p. ej., informar de los tamaños de efecto y de sus intervalos de confianza, y utilizar procedimientos gráficos en pro de mejorar la interpretación y la comunicación de los resultados científicos).

El Instituto de Medicina (Institute of Medicine, 2001) siguiendo el ejemplo de Sackett et al. (1996) introduce el concepto de «práctica basada en la evidencia». La definen como la integración de la mejor evidencia de investigación con la experiencia clínica y los valores del consultante. Por su parte, en el año 2005, la APA desarrolla la «Task Force on Evidence-Based Practice», publicando su informe al año siguiente (Goodheart et al., 2006). Surge así la «práctica psicológica basada en la evidencia» entendida como la integración de la mejor investigación disponible, teniendo en cuenta los conocimientos y la experiencia clínica en el contexto de las características, la cultura y preferencias del cliente. Un componente importante de la práctica basada en la evidencia es el apoyo empírico de intervenciones específicas para trastornos, pero no el único. Este movimiento ha permitido establecer puentes de doble dirección entre investigadores y clínicos, derivando hacia la integración en psicoterapia.

En estos últimos años ha surgido un volumen incesante de trabajos, como respuestas a algunas de las

© Ediciones Pirámide

limitaciones o problemas de fondo subyacentes a los TPEA o a la propia psicoterapia (Tolin, Mckay, Forman, Klonsky y Thombs, 2015; Wampold, 1997). Básicamente estos se centran en desarrollar teorías coherentes, comprensibles e integradoras, trabajar conjuntamente clínicos e investigadores, y reconocer la importancia del cliente y las relaciones terapéuticas. Una pléyade de manuales recogen este cambio de visión, mutando hacia una terapia en función de las características individuales de cada persona, los principios del cambio, las relaciones terapéuticas basadas en la evidencia y/o la integración de la psicoterapia (Castonguay, Constantino y Beutler, 2019). Entre ellos se puede destacar *Handbook of Psychotherapy Integration* en sus diferentes ediciones (Norcross y Goldfried, 2019), el manual *Principles of Change. How Psychotherapists Implement Research in Practice* de Norcross (2011) o los dos manuales recientes de Norcross, Lambert y Wampold (Norcross y Lambert, 2019; Norcross y Wampold, 2019) sobre *Psychotherapy Relationships that Work,* y cuya primera edición data del 2002. Finalmente, es digna de mención la publicación de la quinta edición del libro *Clinical handbook of psychological disorders, fifth edition: A Step-by-Step Treatment Manual*» de Barlow (2014).

No cabe duda de que este breve bosquejo histórico ayuda a contextualizar el panorama actual en el que nos encontramos y permite subirse al altozano para otear el camino que aún queda por recorrer.

2.3. Conceptos clave

Para una mejor comprensión de los TPEA, es necesario definir brevemente algunos conceptos clave, como son: eficiencia, eficacia, efectividad, utilidad clínica, evidencia basada en la práctica, guías prácticas, guías de tratamiento y psicoterapia. Se remite al lector a trabajos previos para un análisis más detallado (APA, 2002, 2006; Botella, 2017; Moriana y Martínez, 2011; Pérez-Álvarez et al., 2003).

La *eficacia* establece si la intervención psicológica, respecto al no tratamiento (al placebo u otras formas de intervención), obtiene resultados positivos (beneficios, mejorías) en investigaciones controladas (siguiendo unos criterios metodológicos rigurosos que permitan establecer relaciones causales entre la intervención y los resultados obtenidos). Hace referencia a la capacidad del tratamiento psicoterapéutico de producir cambios psicológicos (en su sentido amplio) en la dirección esperada que sean claramente superiores respecto a la no intervención u otras formas de intervención. La eficacia está relacionada con la validez interna y siempre se refiere a un tratamiento psicológico en particular (p. ej., el tratamiento psicológico *X* es eficaz). Asimismo, que una intervención sea eficaz no es garantía suficiente de utilidad, importancia práctica o de efectividad.

La *efectividad* establece si la intervención psicológica es útil en el contexto clínico habitual, esto es, si se puede generalizar a las condiciones reales en las que se desenvuelven los clientes y los terapeutas. La efectividad tiene que ver con la validez externa, si bien esta necesita como prerrequisito previo cumplir con las exigencias de la validez interna. En el contexto de las guías de tratamiento, el término efectividad en ocasiones puede ser intercambiable por el de utilidad clínica.

La *utilidad clínica* se refiere a la posibilidad de la generalización de la intervención psicológica en todos los entornos posibles, a la viabilidad (y aceptación) de implementar dicha intervención en diferentes usuarios y en diversos entornos, y a la relación costes/beneficios asociados a la administración de tal intervención. Aborda cuestiones como la generalización, aplicabilidad, viabilidad, utilidad y relación costes/beneficios de la intervención en el entorno específico donde se aplicará. Esta dimensión refleja el grado en que la intervención será efectiva en el entorno de la práctica donde será implementado, independientemente de la eficacia que se haya demostrado en el entorno de investigación clínica (más controlado). En este contexto, la utilidad clínica (o efectividad) de los tratamientos se refiere al criterio a considerar en la evaluación de las guías de tratamiento, junto con la eficacia.

La *eficiencia* se refiere a los costes y beneficios para el usuario y la sociedad generados por la aplicación de la intervención psicológica. Esta relación coste/beneficio debería tener en cuenta: el coste directo del tratamiento para el consultante o el sistema proveedor del servicio, el coste directo para la comunidad y el coste indirecto para la sociedad. Nótese que trata de lograr los máximos beneficios con los recursos disponibles, no de reducir costes para abaratar servicios en detrimento de la calidad.

La *práctica psicológica basada en la evidencia* se refiere a la integración de la mejor investigación dis-

© Ediciones Pirámide

ponible, y los conocimientos y la experiencia clínica en el contexto de las características, la cultura y preferencias del cliente.

Las *guías prácticas* son recomendaciones dirigidas a profesionales que tratan sobre su conducta ante diversos problemas en las principales temáticas de actuación. Incluyen recomendaciones sobre tratamientos específicos o aplicaciones de procedimientos de intervención.

Las *guías de tratamiento* son recomendaciones sobre cuáles son los mejores tratamientos que pueden utilizarse y sus condiciones específicas de aplicación. Focalizan su atención en el usuario buscando el procedimiento más eficaz para cada persona según su problemática específica.

La psicoterapia es un tratamiento interpersonal que se basa en principios psicológicos, fundamentados en el conocimiento científico y aplicado, que implica un profesional de la psicología formado y una persona (cliente, usuario, paciente) que busca ayuda para un trastorno, problema o queja (asociado a sufrimiento o malestar). Dicho profesional utiliza técnicas y procedimientos con el propósito de favorecer una mejoría significativa en el funcionamiento de la persona (p. ej., a nivel conductual, cognitivo, emocional, relacional).

2.4. Algunas cuestiones de fondo: naturaleza de lo psicológico

Se desean mencionar, aunque sea brevemente, algunas cuestiones de fondo relativas al objeto de estudio que aquí nos ocupa, la psicología y, en concreto, a los problemas de índole psicológico. Más adelante se abordarán algunos de los problemas que subyacen al movimiento de los TPEA. Para un análisis más profundo, remitimos al lector a excelentes trabajos previos (Fonseca-Pedrero, 2019; Pérez-Álvarez y García-Montes, 2019; Pérez-Álvarez, 2018, 2020).

Para empezar, debe quedar meridianamente claro que la psicología es la ciencia del sujeto y del comportamiento. El saber psicológico mora en una banda epistemológica estrecha, con entidad propia, que hinca sus raíces en el *hardware* neurobiológico y expande sus ramas en el contexto sociocultural. Por lo que la psicología debe caminar cautelosa y vigilante, entre estas dos tiranías, sin caer en reduccionismos insulsos de corte biológico, cerebrocentrista o sociocultural. Se rechazan, por lo tanto, afirmaciones simplistas tremendamente socorridas del tipo «tiene depresión por un déficit de serotonina a nivel cerebral». El lector debe saber que se puede reducir la complejidad lo máximo posible, eso sí, sin caer en el absurdo. Es bien conocido que la conducta humana se ajusta mal a lo lineal y unicausal. A este respecto, hay que ser claro, nunca se podrá explicar una experiencia psicológica vivenciada por un sujeto concreto analizando únicamente el cambio neuroquímico a nivel cerebral (Borsboom, Cramer y Kalis, 2019; Pérez-Álvarez, 2018). En esencia, para comprender la conducta humana hay que poner más cabeza y menos cerebro (Pérez-Álvarez, 2012a; Pérez Álvarez, 2012b).

Para continuar, a lo largo de la historia, se han propuesto multitud de causas para tratar de explicar el origen de los problemas psicológicos. La búsqueda de «la» causa de los trastornos psicológicos ha sido, por el momento, infructuosa. Después de más de 100 años de estudio, no se ha encontrado una causa suficiente y necesaria de corte biológico que explique su origen. Esto es, y por más que se promulgue lo contrario, no se ha hallado ninguna alteración funcional y/o estructural cerebral subyacente de tipo causal que esté en la base de un problema psicológico, como, por ejemplo, la esquizofrenia o la depresión (Fonseca-Pedrero, 2019). A este respecto, se desean mencionar dos estudios a modo de ejemplo. Primero, una reciente revisión sistemática mostró que ningún biomarcador estaba asociado con el inicio y mantenimiento de la depresión. Este resultado pone de manifiesto la falta de evidencia científica que apoye algunas de las principales teorías biológicas para explicar la depresión (Kennis et al., 2020). Segundo, en una revisión de metaanálisis sobre 162 biomarcadores periféricos no genéticos para trastornos mentales, únicamente dos cumplieron criterios definidos *a priori* como de «evidencia convincente» (niveles elevados de cortisol al despertar en participantes eutímicos con trastorno bipolar y niveles disminuidos de piridoxal en participantes con esquizofrenia). Además, no se encontró ningún tipo de evidencia convincente que respaldara la existencia de un biomarcador de tipo transdiagnóstico (Carvalho et al., 2020). Los resultados de la vasta literatura publicada sobre parámetros biológicos supuestamente involucrados en los problemas de salud mental están ahí, dejamos al lector su interpretación.

© Ediciones Pirámide

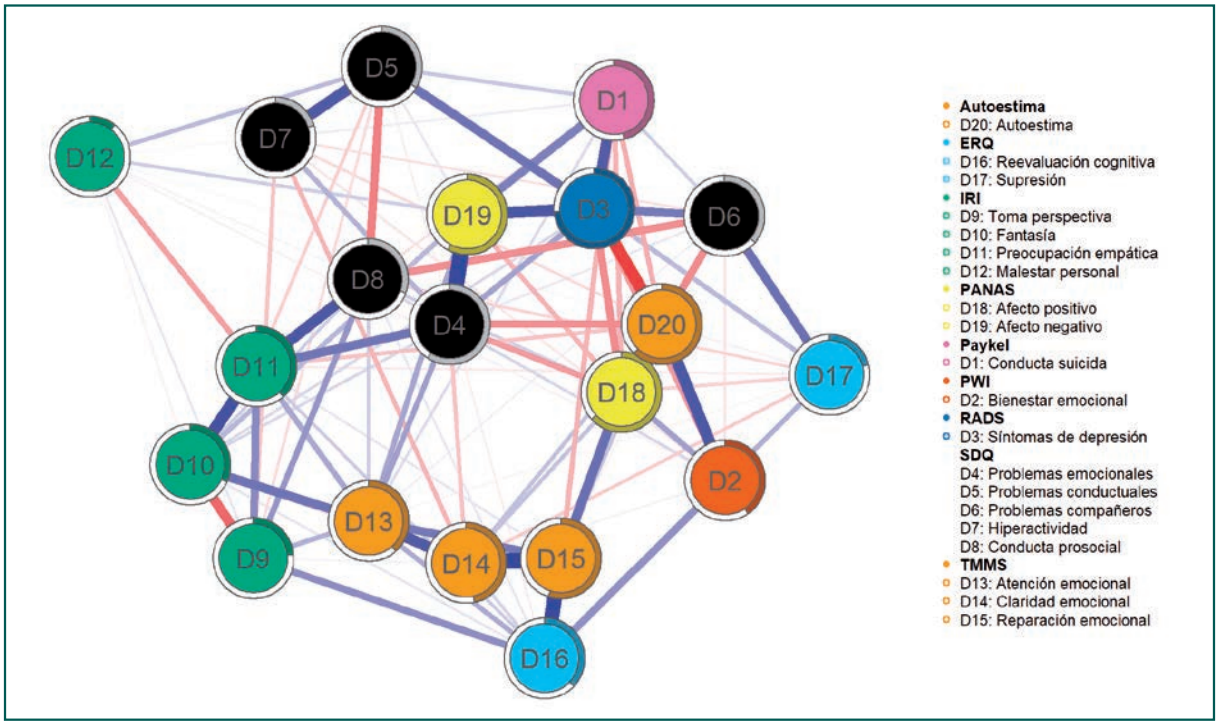
Visto lo visto, los trastornos psicológicos más que enfermedades mentales (en el sentido médico de «enfermedad»), deben ser considerados como «problemas de la vida» (Pérez-Álvarez, 2018). Además, tal vez sea mejor hablar de razones y no de causas. La idea no sería tanto buscar la causa como comprender las razones por las que una persona acaba desarrollando un problema. Se podría decir, como bien señala Pérez-Álvarez (2012a) que «nadie se vuelve loco sin alguna razón». A este respecto, fenómenos como pudiera ser escuchar voces son radicalmente psicológicos, por lo que únicamente se puede llegar a comprender su verdadero significado considerando a la persona que los vivencia subjetivamente en función de su contexto biográfico y sociocultural (Pérez-Álvarez, 2012b). Ello quiere decir que dichas experiencias lejos de ser vistas como signos o síntomas patognomónicos de enfermedad (p. ej., debidos a supuesta alteración cerebral) se deben comprender como formas de responder a los problemas consustanciales de la vida. Los problemas de salud mental (p. ej., psicosis, ansiedad), al igual que cualquier otro fenómeno psicológico, se dan en una escala personal, fenoménica, operante, lingüística, contextual y cultural.

Cierto es que analizar y comprender la conducta humana es un asunto harto complicado, pues los fenómenos psicológicos consisten en eventos efímeros y procesos irreversibles. Nadie dijo que esto fuese fácil. Es una difícil empresa que cuenta con innumerables vericuetos, donde muchas cuestiones siguen aún sin respuesta. Sea como fuere, la conducta humana es compleja por naturaleza, por lo que su comprensión requiere de modelos explicativos más sofisticados que vayan más allá de una visión lineal, categórica, estática y unicausal. Modelos que permitan analizar y comprender todo el abanico de comportamientos que conforman la diversidad humana, incluidos los problemas de salud mental. Dada su enorme complejidad y diversidad, se reclama, entre otros aspectos, una perspectiva focalizada en la persona (y el comportamiento), holística, propositiva, multidimensional, multifactorial, adaptativa, dinámica, contextual y cultural. A este respecto, ya existen aproximaciones radicalmente psicológicas, basadas en un enfoque científico-humano holista-contextual como, por ejemplo, la ciencia conductual contextual o la psicología cultural (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2019).

En este contexto, un modelo interesante a mencionar es aquel que entiende al ser humano como un sistema complejo dinámico. Los modelos de sistemas dinámicos comprenden que las personas están conformadas por diferentes elementos (componentes), procedentes de diferentes niveles (desde el molecular hasta el cultural pasando por el conductual) que interactúan entre sí (tanto verticalmente —entre niveles— como horizontalmente —dentro de un mismo nivel—) y se modifican unos a otros a lo largo del tiempo, en diferentes escalas temporales (de milisegundos a años) (Sapolsky, 2018). Esta visión de sistema complejo dinámico se puede extrapolar fácilmente al campo de la psico(pato)logía bajo el modelo de red (Borsboom, 2017; Borsboom y Cramer, 2013; Fonseca-Pedrero, 2018). Desde este acercamiento, los trastornos psicológicos serían constelaciones dinámicas de conductas (estados mentales, signos, síntomas, rasgos, dimensiones psicopatológicas, etc.) que se encuentran interrelacionados de forma causal, esto es, impactan o interactúan mutuamente entre sí. Aunque aquí se focalice el discurso en el plano psicológico, esto no es excluyente para incluir otros niveles de análisis, así como factores contextuales. Este acercamiento rechaza de pleno el modelo biomédico de «causa latente común» donde una variable subyacente sería la causa que explica la covarianza existente entre los síntomas (véase, por ejemplo, la esquizofrenia). Para este modelo los síntomas y sus relaciones dinámicas serían la causa, no una supuesta enfermedad latente (llamada depresión, esquizofrenia o como se quiera). No habría que buscar más allá. Los problemas psicológicos se hallarían en las conexiones o en los patrones de relaciones que se establecen —o no—, entre los diferentes componentes de la red (véanse las figuras 1.1 y 1.2 a modo de ejemplo). El modelo de red, a su vez, encaja muy bien con el estudio y comprensión de los procesos de cambio que acontecen en psicoterapia (Hofmann, Curtiss y Hayes, 2020), yendo más allá de la idea de diagnóstico y síndrome clínico basado en fenotipos. Es un cambio radical en la forma de conceptualizar y comprender tanto los problemas psicológicos como la intervención en los mismos. Este acercamiento supone una nueva concepción del síntoma como causa en vez de manifestación de causas subyacentes o latentes. A fin de cuentas, todo está relacionado con todo, pero no del todo.

Dicho lo cual, tal vez la forma más adecuada sería recuperar a la persona y resituar a la conducta donde le corresponde de raíz, esto es, ser-en-el-mundo (véase la figura 1.3). Se debe recordar que es la

© Ediciones Pirámide



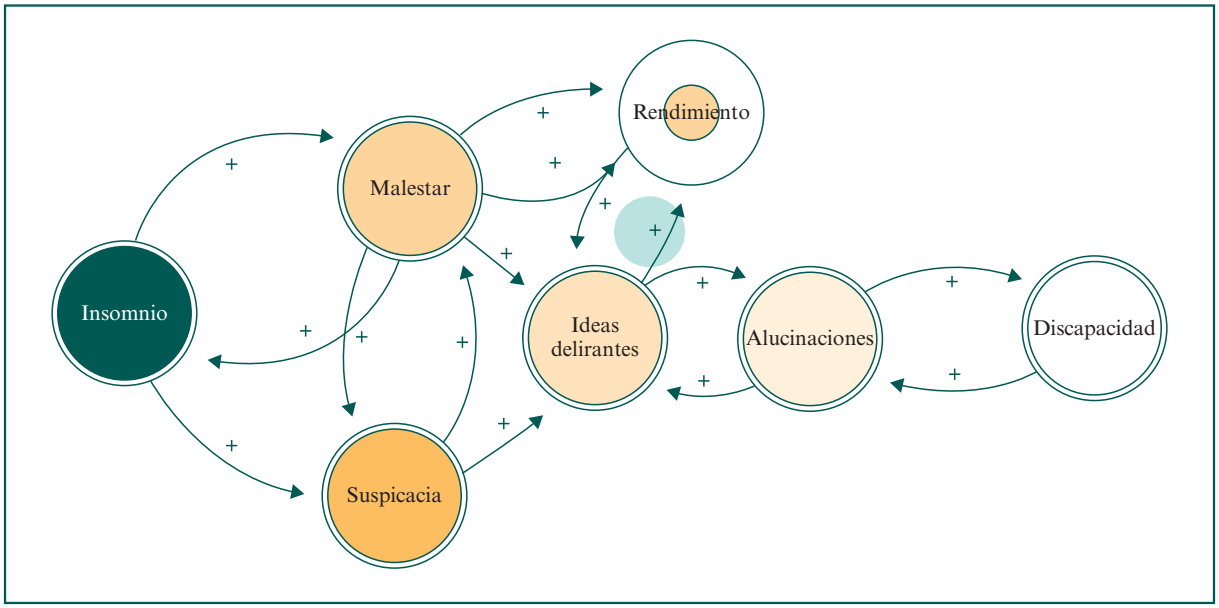
Nota: Los nodos (círculos) se corresponden con los test administrados (puntuación total) y/o sus subescalas (o dimensiones). Las líneas se les conoce como aristas o bordes. A mayor grosor de la línea, mayor relación entre nodos. El color azul de la línea indica relación positiva entre nodos. El color rojo de la línea o arista indica relación negativa entre nodos. El círculo que rodea a los nodos indica el grado de varianza explicada para ese nodo en función de los otros nodos de la red. TMMS-24: Escala rasgo de metaconocimiento sobre estados emocionales-24 (Trait Meta-Mood Scale-24); Paykel: Escala Paykel de suicidio; PWI-SC: Índice de bienestar personal-versión escolar (Personal Wellbeing Index-School Children); SDQ: Cuestionario de capacidades y dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire); IRI: Índice de reactividad interpersonal (Interpersonal Reactivity Index); Autoestima: Escala de autoestima de Rosenberg; RADS: Escala Reynolds breve para depresión adolescente (Reynolds Adolescent Depression Scale Short Form); ERQ: Cuestionario de regulación emocional para niños y adolescentes (Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents); PANAS: Escala breve de afecto positivo y negativo versión niños (The 10-ítems Positive and Negative Affect Schedule for Children).

Figura 1.1.—Ejemplo de red psicológica estimada a partir de un conjunto de indicadores de salud mental.

persona y su comportamiento la que está en el epicentro de la ecuación. Además, cualquier fenómeno psicológico surge como respuesta a un contexto determinado que es vivenciado por una persona en un momento concreto de su biografía. Los seres humanos cambiamos el mundo y el mundo nos cambia. Como bien apostilló José Ortega y Gasset: «yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo». Esto es, yo soy yo y mi medio (físico y social), no puedo separar el medio del que vivo de mi yo. No se puede comprender la conducta humana si se olvida el contexto en el que acontece.

Como se puede ver, todavía parece no estar claro (aunque algunos crean firmemente saberlo) qué es la psicología, qué son los problemas psicológicos y cuáles son las vías causales que conducen a ellos. Eso hace, a su vez, que sea difícil decidir la mejor forma de proceder en psicoterapia. Sea como fuere, y a pesar de ello, se dispone de cientos de ensayos aleatorios que han demostrado que para la mayoría de los trastornos mentales hay disponibles psicoterapias efectivas (Cuijpers, 2019), tanto en la reducción de síntomas como en la mejora del bienestar y la calidad de vida.

© Ediciones Pirámide



Nota: Posible modelo teórico de relaciones entre estados y síntomas propuesto para una persona con diagnóstico de un episodio psicótico breve. Tal interrelación entre síntomas se tiene que ver de forma dinámica (no estática). Dado que es un modelo, se tiene que ver como una simplificación de la realidad que se ha expuesto aquí con fines expositivos y didácticos. Realizado con http://ncase.me/loopy/v1.1/.

Figura 1.2.—Modelo hipotético de red psicológica para una persona que acaba desarrollando un trastorno mental.

3. DISEÑO Y EVALUACIÓN DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS: EL MÉTODO

3.1. Consideraciones generales

En el libro no se incluye un capítulo específico dedicado a la metodología que debe utilizarse en los tratamientos psicológicos, ya existe una literatura especializada abundante al respecto, y no se trata de hacer aquí una síntesis simplificadora, el tema daría para otro libro. Solo comentar en este apartado algunas cuestiones transversales que pueden orientar a quienes tratan de diseñar y aplicar tratamientos psicológicos.

El método, el camino, el proceder, no es una varita mágica que todo lo que toca lo convierte en ciencia. Nos ayuda a caminar más seguros, descartando alternativas incorrectas, pero no existe un método que aplicado de forma algorítmica nos conduzca directos a la tierra prometida de los tratamientos eficaces (efectivos y eficientes). La metodología no es suficiente para obtener unos buenos resultados, pero es absolutamente necesaria. Como bien decía nuestro Séneca, nunca soplan vientos favorables para aquellos navegantes que no saben hacia dónde se dirigen. Con el método pasa igual, no se encuentra un método adecuado si no se tienen unos objetivos claros: primero va el qué, y luego el cómo. Es verdad que el qué y el cómo no son independientes, son simbióticos, interactúan y se fecundan mutuamente, hay qués que determinan cómos, y cómos que enriquecen qués. En pocas palabras, hay que tener ideas, preguntas y objetivos claros e interesantes, y perseguirlos con métodos rigurosos. Para que la metodología utilizada resulte feraz tiene que dar respuesta a tres cuestiones básicas: medir las variables con rigor, utilizar diseños adecuados y analizar los datos de forma pertinente. Si falla cualquiera de las tres patas, la mesa se tambalea, no en vano exigimos al estudiantado de Psicología que siga cursos de psicometría, de diseños de investigación y de aná-

© Ediciones Pirámide

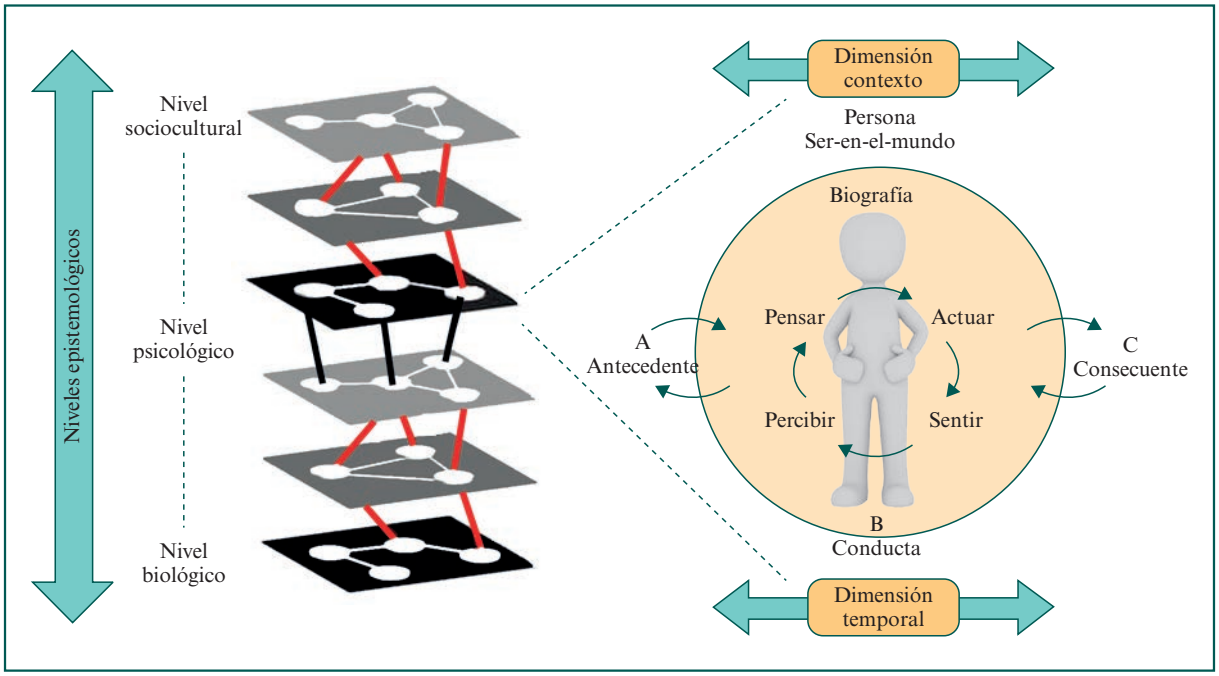


Figura 1.3.—La ciencia del sujeto y del comportamiento: recuperando a la persona.

lisis de datos, respectivamente. Comentaremos, a continuación, algunas ideas relativas a esta santísima trinidad metodológica que atraviesa la buena práctica y los tratamientos eficaces.

Para tener éxito con las intervenciones psicológicas todo comienza con una evaluación rigurosa de las variables implicadas, que nos lleve a un diagnóstico preciso que, a su vez, nos conduzca a una intervención eficaz. Si nos equivocamos en el primer paso, en la medición de las variables, todo se viene abajo, ya da igual lo que se haga después. Hace más de ciento cincuenta años que se inició la medición de lo psicológico de forma empírica, cuando Fechner en 1860 trató de conectar la estimulación física con las sensaciones psicológicas suscitadas por ella. Para hacerlo, tenía que medir, por un lado, los estímulos físicos, lo cual no era un problema y, por otro, las sensaciones psicológicas provocadas por dichos estímulos. Nunca nadie lo había hecho antes, y en sus famosos métodos psicofísicos clásicos está el origen de la medición de lo psicológico. Nuestras variables son a veces escurridizas, interactivas, biopsicosociales, líquidas, evanescentes, son psicológicas, en suma. No es casualidad que nuestro logo es la *psiqué,* mariposa en griego, que simboliza todo lo que la psicología tiene de volátil. Medir con rigor y precisión ese tipo de variables no es fácil, pero es posible y, sobre todo, sumamente interesante (Muñiz, 2018).

3.2. Fiabilidad y evidencias de validez

Como cualquier otra medición, en cualquier campo científico hay dos cuestiones fundamentales que son exigibles en psicología: minimizar los errores de medida, y que lo medido se corresponda con lo que se pretende medir, es decir, que las mediciones sean fiables y válidas. Por tanto, hay que aportar evidencias empíricas de que los instrumentos que se utilizan, durante el proceso de evaluación, cumplen con esas dos exigencias. Afortunadamente, la bibliografía psicométrica al respecto es abundante (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019; Muñiz, 2018a, b).

El problema de fondo de estimar el grado de error que afecta a las puntuaciones que obtenemos con nuestros instrumentos de medida es que no resulta autoevidente, no se observa directamente. Cuando aplicamos un test, escala o cuestionario, ob-

© Ediciones Pirámide

tenemos una determinada puntuación empírica, pero esta no nos informa acerca del error por el que viene afectada. Para saberlo hay que dar algunos rodeos, formular algunos modelos, extraer consecuencias a partir de ellos, y luego comprobarlas empíricamente. Es de todo ello de lo que se ocupa la psicometría. El profesional centrado en comprobar la eficacia de sus intervenciones o tratamientos puede preguntarse qué tipos de evidencias tiene que aportar para asegurarse de que sus instrumentos de medida están midiendo con errores tolerables. Medir sin error está vedado a los humanos, no sabemos si a los dioses también. Lo más habitual es aportar algún indicador global sobre la fiabilidad de las puntuaciones de los test utilizados, siendo el más utilizado el coeficiente alfa, propuesto por Cronbach en 1951. Según el modelo europeo de evaluación de la calidad de los test (Cuestionario de evaluación de test-revisado, CET-R) (Hernández, Ponsoda, Muñiz, Prieto y Elosua, 2016), el valor que debe alcanzar este coeficiente para poder utilizar las puntuaciones de los test con cierta solvencia debe estar por encima de 0,8, idealmente por encima de 0,9 si se van a tomar decisiones sobre las personas basándose en las puntuaciones del test. A este tipo de fiabilidad se le denomina consistencia interna, dado que se calcula basándose en el grado de correlación que hay entre los ítems del test; cuanto más relacionados están los ítems entre sí, mayor será el coeficiente alfa. Un error muy común en la literatura es la estimación de la fiabilidad por el método de las dos mitades y comparar el resultado con el del coeficiente alfa. Si se dispone del coeficiente alfa, no tiene ningún sentido calcular la fiabilidad por el método de las dos mitades, pues este es un caso particular de alfa. De hecho, si se calculasen todos los coeficientes con todas las posibles mitades de un test y se hiciese la media, obtendríamos alfa. Otro caso particular de alfa es la popular fórmula KR20 de Kuder y Richardson cuando los ítems son dicotómicos. Por supuesto, hay vida más allá de alfa, y mucha; si lo que se pretende es ver la estabilidad de las puntuaciones, se puede recurrir a un diseño de test-retest, y si se dispone de una forma paralela del test, lo cual es poco habitual en la práctica, se puede hallar la correlación entre las formas para comprobar su equivalencia. Cuando los ítems son de tipo Likert, es muy recomendable acudir al coeficiente omega en vez de Alfa (Elosua y Zumbo, 2008; Viladrich, Angulo-Brunet y Doval, 2017). Estos y otros coeficientes de fiabilidad clásicos son adecuados cuando se trabaja con test normativos, que es lo más habitual en el ámbito de la psicología, pero si se utilizan test referidos al criterio, muy frecuente en contextos educativos y organizacionales, hay que utilizar otros coeficientes más adecuados (Hambleton, Zenisky y Popham, 2016). Por su parte, el enfoque de la teoría de la generalizabilidad también exige el cálculo de sus propios indicadores, el más importante de los cuales es el coeficiente de generalizabilidad (Brennan, 2001).

Lo dicho hasta ahora de la estimación de la fiabilidad se enmarca dentro del enfoque clásico, y conlleva que la fiabilidad se estima de forma global, es decir, se asume que las puntuaciones de un test tienen la misma fiabilidad para todas las personas. Ahora bien, se sabe de antiguo que esto no es así; un test no mide con la misma precisión a todas las personas, la precisión está en función de la puntuación de las personas en el test. ¿Quiere esto decir que los coeficientes citados no son adecuados? No exactamente, siguen siendo una buena estimación global de la fiabilidad, pero lo ideal es que pudiésemos concretar la fiabilidad en función de la puntuación de la persona en el test. Este gran avance vendrá dado por los nuevos modelos psicométricos de la teoría de respuesta a los ítems (TRI), y se denomina función de información del test, y también de cada uno de los ítems (Hambleton, 1989; Muñiz, 2018a). De hecho, la función de información del test viene dada por la suma de las funciones de información de los ítems, lo cual representa una verdadera revolución en la estimación de la fiabilidad de los test. En contextos profesionales, es muy habitual manejar evaluaciones realizadas por varios expertos, surgiendo la necesidad de estimar la fiabilidad entre ellos. Un error frecuente es utilizar la correlación de Pearson para tales menesteres, lo que suele llevar a una sobreestimación de la fiabilidad, dado que Pearson no es sensible a las transformaciones lineales de las puntuaciones. Dos coeficientes alternativos mucho más adecuados son el coeficiente de concordancia y la correlación intraclase (Gwet, 2014).

Una vez que se conocen las características de la fiabilidad de las pruebas, es el momento de aportar las correspondientes evidencias de validez. Un primer error conceptual bastante frecuente es hablar de tipos de validez. En la actualidad se considera que la validez es una, no hay tipos, lo que ocurre es

© Ediciones Pirámide

que se pueden aportar distintas evidencias para apuntalar la validez de las inferencias hechas a partir de las puntuaciones. La validación vendría a ser como cualquier otra hipótesis o modelo científico, para cuya comprobación hay que aportar pruebas empíricas, cuantas más mejor. Los estándares técnicos publicados por asociaciones y organizaciones internacionales (American Educational Research Association, American Psychological Association y National Council on Measurement in Education, 2014) subrayan cinco vías principales a través de las cuales se pueden aportar evidencias de validez: relacionadas con el contenido, los procesos de respuesta, la estructura interna del test, las relaciones con otras variables y las consecuencias del uso de los test. Estas cinco son habituales, pero no las únicas posibles; la validación será un proceso continuo de acumulación de evidencias, y en ese sentido bien puede decirse que la validación nunca se da por terminada; nuevas evidencias siempre serán bienvenidas. En contextos clínicos de validación, es muy frecuente utilizar indicadores de la sensibilidad y especificidad de las pruebas para aportar evidencias empíricas de validez relativas a la relación con otras variables, como es un determinado criterio, y sintetizando los resultados en forma de una curva ROC. Por supuesto, se trata de una estrategia adecuada, pero con demasiada frecuencia se asume de forma acrítica que el criterio utilizado para llevar a cabo estas estimaciones goza de una perfecta fiabilidad y validez, lo cual no siempre es el caso; hay que demostrarlo, y puede sesgar completamente las conclusiones extraídas. El modelo europeo para la evaluación de la calidad de los test (CET-R) permite revisar de forma sistemática la calidad de las pruebas. La Comisión de Test del Colegio Oficial de Psicólogos (COP) lleva a cabo una evaluación anual de test utilizando este instrumento, la cual puede consultarse libremente en su página web: https://www.cop.es/index.php?page=evaluacion-tests-editados-en-espana. En la tabla 1.3 se presentan, de forma abreviada, los indicadores que se deben considerar para analizar la calidad del test.

Algunos podrían pensar, de forma un tanto ingenua, que si las puntuaciones del test reúnen las características psicométricas adecuadas, la calidad

TABLA 1.3

Ficha resumen del cuestionario para la evaluación de los test, edición revisada (CET-R)

Características	Valoración	Puntuación
Materiales y documentación		
Fundamentación teórica		
Adaptación		
Análisis de los ítems		
Validez: contenido		
Validez: relación con otras variables		
Validez: estructura interna		
Validez: análisis del funcionamiento diferencial de los ítems		
Fiabilidad: equivalencia		
Fiabilidad: consistencia interna		
Fiabilidad: estabilidad		
Fiabilidad: teoría de respuesta a los ítems		
Fiabilidad: interjueces		
Baremos e interpretación de puntuaciones		

© Ediciones Pirámide

de las evaluaciones queda garantizada. Nada más lejos de la realidad, eso solo es el primer paso, necesario, pero no suficiente, pues además hay que asegurarse de que el test se utiliza de forma adecuada, para lo cual es imprescindible que los profesionales tengan una preparación pertinente. Conscientes de ello, las organizaciones nacionales e internacionales, como los colegios de psicólogos y la *International Test Commission,* llevan a cabo todo tipo de acciones y proyectos encaminados a garantizar un uso adecuado de los test (Evers et al., 2012; Muñiz, Hernández, y Fernández-Hermida, 2020). Incluso si disponemos de los datos adecuados provenientes de las pruebas, tampoco el diagnóstico queda automáticamente garantizado; los test no toman decisiones por su cuenta, no tienen vida propia, será el profesional quien combinando los datos disponibles con su juicio clínico tome las decisiones pertinentes. Esto es, los números no saben de psicología. No conviene olvidar aquí los consejos clásicos de Paul Meehl (1954), sobre la necesidad de complementar los juicios clínicos con las evidencias empíricas.

El campo de la medición y evaluación psicológica está en constante ebullición, surgiendo nuevas formas, relacionadas, sobre todo, con los avances de las tecnologías de la información y la comunicación (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019); pero hay algo que no es negociable, las mediciones han de demostrar que son fiables y válidas. Los profesionales deben estar prevenidos contra sistemas de evaluación *online* muy sofisticados tecnológicamente, pero necesitados de evidencias empíricas que avalen sus propiedades métricas. A veces, menos es más.

3.3. El diseño de investigación

Las mediciones deben estar insertas en un diseño, un plan, que permita extraer conclusiones objetivas, bien fundamentadas y generalizables (Ato y Vallejo, 2015). Si en la medición de las variables la prueba del algodón era su fiabilidad y su validez, en los diseños la piedra de toque es su validez interna y externa. La validez interna se refiere al grado en el que un determinado diseño garantiza que las relaciones de causalidad que establecemos son correctas, es decir, que no haya otras variables que compitan con las que consideramos que son la verdadera causa de nuestros efectos. Por su parte, la validez externa se refiere a la extensión y forma en que los resultados de un experimento pueden ser generalizados a diferentes sujetos, poblaciones, lugares, experimentadores, etc. Como ya se comentó, la validez interna se relaciona más con la eficacia, mientras que la validez externa lo hace con la efectividad y utilidad clínica. En el contexto de los tratamientos psicológicos, un determinado diseño tendrá una buena validez interna si nos permite estar seguros de que es el tratamiento aplicado el verdadero causante de la mejoría de nuestros consultantes, y no otras variables ajenas a él, como el paso del tiempo, acontecimientos externos o placebos varios. Los aspirantes a suplantar al tratamiento son legión, y el diseño debe mantenerlos a raya.

Naturalmente, existen infinidad de diseños, y unos garantizan mejor que otros la validez interna. Un buen sistema de clasificación puede verse, por ejemplo, en Ato et al. (2013). Uno de los más utilizados en los TPEA es el ensayo controlado aleatorizado (en inglés *Randomized Controlled Trial, RCT*) (White, Sabarwal y de Hoop, 2014). En este diseño experimental, los participantes se asignan (se distribuyen) de forma aleatoria a los diferentes formatos de intervención (p. ej., grupo de tratamiento psicológico *vs*. grupo control). Este tipo de diseño, por su rigor metodológico, permite la evaluación del impacto de la intervención y es considerado como una de las formas más adecuadas para la obtención de evidencias, si bien no está exento de críticas (p. ej., necesidad de una muestra amplia que garantice la potencia estadística, preocupaciones éticas referidas a que el grupo control no reciba ningún tipo de tratamiento, baja validez externa de los resultados, etc.). Existen diversas variantes a los RCT como, por ejemplo, los denominados ensayos clínicos adaptativos. Un ensayo clínico con un diseño adaptativo se define como aquel en el que hay la oportunidad de modificar uno o más aspectos específicos del diseño con base en el análisis interno de los datos. Son diseños más flexibles que permiten utilizar los resultados acumulados en el ensayo (p. ej., resultados inesperados) para modificar el propio curso del ensayo de acuerdo con unas reglas preestablecidas (p. ej., Brown et al., 2009).

Sobre el papel sabemos muy bien cómo debe ser la estructura de los diseños para maximizar su validez interna, pero en la práctica, con personas implicadas y escenarios varios, todo se torna más complejo. Torear de salón es fácil, pero hay que bajar al

© Ediciones Pirámide

ruedo, por eso es tan importante la colaboración sincera entre los investigadores más académicos y los profesionales pegados al terreno, curtidos en el día a día de la clínica. Hay que conocer los principios del vuelo, claro, pero no conviene dedicarse a dar lecciones de vuelo a las aves, como a veces parecen hacer algunos teóricos envarados. Además, no será un experimento concreto muy bien hecho, un *experimentum crucis,* el que salve la ciencia y la profesión de la psicología, o el que diga la última palabra sobre un determinado tratamiento, sino una acumulación de evidencias que vayan apuntando y sedimentando en una determinada dirección. Si las condiciones de un diseño se restringen al máximo para así lograr una validez interna extrema, corremos el riesgo de hacerlo tan artificial que los resultados obtenidos no sean generalizables más allá de las estrictas condiciones impuestas, es decir, que carezca de validez externa. Si es así, habremos hecho un mal negocio científico y profesional; habremos matado moscas a cañonazos. Ahí está el dilema, cómo encontrar el equilibrio entre un diseño que sea riguroso en la atribución de la causalidad, pero que al mismo tiempo genere unos resultados que sean generalizables a situaciones reales de funcionamiento de las personas. No es fácil, pero tampoco imposible, dependerá de cada situación; ese es el reto a la hora de diseñar experimentos y ensayos en el contexto clínico.

Los diseños y métodos cualitativos son también necesarios (Anguera, 2010; Levitt et al., 2018). A este respecto, más allá de todo el aparataje estadístico, se debe reconocer que la entrevista sigue siendo el método clínico por antonomasia en clínica y ciertamente en terapia, en particular, la entrevista semiestructurada (Pérez-Álvarez y García-Montes, 2018). En la literatura existe una amplia gama de entrevistas que presentan adecuadas propiedades psicométricas (p. ej., Fernández-Ballesteros, 2011; Fonseca-Pedrero, 2018b). Además, los heteroinformes no son solo importantes en la comprensión de los fenómenos psicológicos en sí mismos, sino también necesarios para evitar la progresión de una psicología basada única y exclusivamente en los autoinformes.

Bien medidas las variables, y formando parte de un diseño adecuado a los objetivos propuestos, solo nos queda el análisis estadístico de los resultados obtenidos. En la actualidad disponemos de numerosas técnicas estadísticas para el análisis de los datos. No son ni mejores ni peores unas que otras, simplemente cada una vale para lo que vale, y utilizaremos una u otra dependiendo de nuestros objetivos, de las características de los datos y de las variables. En general, puede decirse que cuanto más riguroso y controlado sea el diseño utilizado, menos aparataje estadístico se va a necesitar para extraer el jugo a los resultados obtenidos, pues será en muchos casos autoevidente. Los análisis estadísticos son, valga la analogía, como las incubadoras; por muy buenas que sean no sacan águilas de huevos de paloma. Ninguna técnica estadística saca petróleo de los datos obtenidos en un diseño defectuoso, o de unas variables mal medidas. La tecnología estadística nos va a ayudar a extraer toda la información valiosa de nuestros datos, pero no hace milagros. Cuando se pregunta a los metodólogos cómo se analizan unos datos, la única respuesta razonable por su parte es ¿qué se quiere saber? ¿qué información pide a los datos? Si esas preguntas están claras, todo un conjunto de tecnología estadística puede acudir en ayuda del psicoterapeuta. Las revistas científicas y profesionales están llenas de trabajos muy sofisticados metodológicamente, pero con escaso valor sustantivo, lo contrario también ocurre.

3.4. Revisiones sistemáticas: el metaanálisis

En ciencia, y en todo, caminamos a hombros de gigantes, somos deudores de quienes nos precedieron, nunca se parte de cero. Para avanzar hay que conocer bien lo hecho previamente; no es cuestión de reinventar las sopas de ajo a cada paso. Por tanto, hay que revisar lo hecho por otros antes que nosotros, y como mínimo las revisiones deben ser sistemáticas, es decir, con criterios claros, rigurosos, transparentes y explícitos. Mejor aún si llevamos a cabo un metaanálisis, que permite un reanálisis cuantitativo de lo hecho previamente (Sánchez Meca y Botella, 2010). De hecho, los metaanálisis se han convertido en una de las principales fuentes para generar nueva evidencia en la psicología (Botella, 2017), ya que permiten sintetizar los resultados de un determinado campo de investigación con mayor rigor y precisión que otros procedimientos (p. ej., revisiones narrativas). Incluso si se dispone de revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre un determinado tema, es muy recomendable llevar a cabo una

© Ediciones Pirámide

revisión paraguas *(umbrella review),* es decir, una revisión de revisiones sistemáticas y metaanálisis; vamos, un meta-metaanálisis (Fusar-Poli y Radua, 2018). Para finalizar, también se puede llevar a cabo el denominado metaanálisis de red *(Network meta-analysis)* (Higgins y Welton, 2015). Con este procedimiento se comparan múltiples tratamientos (tres o más) que existen para abordar un determinado problema entre sí. Para garantizar la validez de los resultados, este tipo de metaanálisis debe diseñarse rigurosamente. Esta técnica ya se está utilizando en diferentes áreas de investigación. Por ejemplo, en el campo de la psicosis donde existen diversos tratamientos psicológicos bien establecidos (p. ej., terapia cognitivo-conductual, tratamiento asertivo comunitario) y se suelen comparar una o a lo sumo dos tipos de intervenciones diferentes; este tipo de metaanálisis es sumamente útil pues permite comparar todas las intervenciones entre sí y determinar cuál es mejor o la más adecuada en función de diferentes indicadores de resultado (p. ej., reducción de síntomas, calidad de vida) (Bighelli et al., 2018).

3.5. Recapitulación

En esta breve introducción no podemos pararnos a desfacer entuertos metodológicos que circulan por los reales de la psicología, solo comentar un par de cuestiones recurrentes. No se agobien si encuentran que algo no resulta estadísticamente significativo, también puede ser importante saber que no lo es, que un tratamiento no funciona y, afortunadamente, cada vez son más frecuentes las revistas que publican este tipo de resultados. Esto es, no encontrar diferencias estadísticamente significativas es en sí mismo significativo. Tampoco están justificados los saltos de alegría si algo resulta estadísticamente significativo. Antes de hacerlo traten de estimar si además de significativo es relevante, es decir, traten de estimar el tamaño del efecto hallado. Además, no fijen *a priori* un determinado nivel de significación, típicamente 0,05 y 0,01, no hay razón para dicotomizar una escala que va de 0 a 100 y perder abundante información por el camino. Digan exactamente el nivel hallado, sea 0,07, 0,10, o lo que sea, ya juzgarán los interesados si esos valores les parecen significativos para su caso, o no. Nótese la arbitrariedad de decir que un valor de $p = 0{,}04$ es estadísticamente significativo al nivel de confianza del 95 por 100, y sin embargo otro de $p = 0{,}06$ no lo es. Mejor decir que en el primer caso los resultados son estadísticamente significativos con una $p = 0{,}04$, y en el segundo con una $p = 0{,}06$.

Básicamente este conjunto de procedimientos permite tomar decisiones informadas, esto es, adoptar las mejores decisiones respecto a cómo intervenir con cada quien en función de unas determinadas circunstancias. Esperamos que estas breves reflexiones le ayuden a navegar por el proceloso mar metodológico, y le ayuden a llevar sus tratamientos a buen puerto.

4. GUÍAS DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

4.1. Niveles de evidencia y grados de recomendación

Como se ha comentado, se debe evaluar cuidadosamente la naturaleza de la intervención y el nivel de evidencia disponible antes de tomar la decisión de apoyar, recomendar y difundir (o no) dicha intervención en la sociedad. Estos criterios que fijan los niveles de evidencia y, por consiguiente, el grado de recomendación de una determinada intervención para un problema psicológico concreto, son estipulados por diferentes asociaciones científicas. Esta decisión se tomará, básicamente, en función de la idoneidad de los ensayos clínicos aleatorios existentes o, en su defecto, otros tipos de evidencia, como ensayos clínicos que no cumplan con unos criterios rigurosos, revisiones narrativas, estudios de metaanálisis y/o consenso de expertos. En este apartado se hará una breve descripción de las asociaciones que fijan estos criterios y recomendaciones, en concreto, la APA, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (*The National Institute for Health and Care Excellence,* NICE), el Sistema Nacional de Salud (SNS) Español (mediante las guías de práctica clínica, GPC), y el Registro Nacional de Prácticas y Programas Basados en la evidencia (*National Registry of Evidence-based Programs and Practices,* NREPP).

La Sociedad de Psicología Clínica de la División 12 de la APA es una de las principales organizaciones a nivel mundial en la identificación y diseminación de TPEA. Su misión es representar el campo de la

© Ediciones Pirámide

psicología clínica a través del estímulo y el apoyo de la integración de la ciencia, y la práctica de la psicología clínica tanto en la investigación como en las políticas públicas. Entre sus múltiples áreas de trabajo destaca la información en su web sobre los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados (https://www.div12.org/psychological-treatments/). El propósito es proporcionar información sobre cuáles son los tratamientos eficaces para diagnósticos psicológicos concretos. En el momento actual recoge un total de 86 tratamientos psicológicos. El sistema de valoración de los tratamientos tiene tres niveles: fuerte, modesto y sin apoyo experimental. La información está destinada a una amplia audiencia, incluido el público en general, profesionales, investigadores y estudiantes. Se proporcionan descripciones básicas para cada diagnóstico y tratamiento psicológico. Además, para cada tratamiento se enumera su descripción referencias bibliográficas clave, recursos clínicos, posibilidades de formación y otros enlaces de interés.

El NICE es una organización independiente responsable de proveer orientación para la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades en el Sistema Nacional de Salud (NHS) en Reino Unido. Las guías se confeccionan por encargo, se articulan por trastornos, incluyen un listado de tratamientos disponibles para el trastorno correspondiente y son actualizadas con frecuencia. Los niveles de evidencia con los que trabaja el NICE van desde I hasta IV, con tres grados de recomendación que oscilan de A hasta C (más bajo), más otro adicional referido a «buenas prácticas recomendada basándose en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía» (véase la tabla 1.4). La información que recoge cada guía es la siguiente: guía NICE (utilizando la mejor evidencia disponible para desarrollar recomendaciones que guíen las decisiones en salud, salud pública y atención social), consejos NICE (evaluación crítica de la evidencia para ayudar a tomar decisiones, esto es, asesoramiento), y normas de calidad NICE. A su vez, dentro de cada guía NICE, se recoge la siguiente información: guía completa (amplia y detallada información sobre el trastorno, pautas de actuación, etc.), prioridades clave para su implementación, recomendaciones, reco-

TABLA 1.4

Jerarquía de evidencias y recomendaciones del National Institute of Clinical Excellence (NICE)

Nivel de evidencia		Grado de recomendación	
I	Un único estudio controlado aleatorizado (ECA) o un metaanálisis de ECA.	A	Nivel de evidencia I sin extrapolación.
IIa	Al menos un estudio sin aleatorización bien controlado.	B	Niveles de evidencia II o III. Extrapolación de evidencia del nivel I.
IIb	Al menos un estudio cuasiexperimental bien diseñado.		
III	Estudios descriptivos no-experimentales bien diseñados (p. ej., estudios comparativos, correlacionales o de caso).		
IV	Evidencia de informes u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades reputadas.	C	Nivel de evidencia IV. Extrapolaciones de evidencias de los niveles I y II. No existen o no están disponibles estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables.
		GPP	Buenas prácticas recomendadas basándose en la experiencia clínica del grupo de desarrollo de la guía.

© Ediciones Pirámide

mendaciones de investigación, búsqueda de información y recursos, información actualizada y proceso de desarrollo de la guía. Se puede incluir información adicional sobre múltiples aspectos como: guías que están en desarrollo, guías que están en fase de propuesta, costos del tratamiento, presentaciones en PowerPoint, vídeos, pódcast, etc. Presenta también una serie de diagramas de flujo interactivos que permiten al usuario navegar por las recomendaciones NICE sobre cualquier tema particular. En suma, es una plataforma actualizada y rigurosa sobre los tratamientos psicológicos disponibles.

Las GPC del SNS, como indica en su web, son un «conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes». Las GPC se gestionan por *GuíaSalud,* un organismo del SNS, en el que participan las 17 comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad español. Se constituyó en el año 2002 y fue adoptado en año 2003 por el Consejo Interterritorial como instrumento para mejorar la calidad de la atención sanitaria en el SNS. La valoración de todas las guías que se encuentran recogidas en el catálogo se realiza en función de seis criterios de inclusión (véase la tabla 1.5). Su misión es la de potenciar la oferta de recursos, servicios y productos basados en la evidencia científica para apoyar la toma de decisión de los profesionales y de los consultantes en el SNS. Asimismo, trata de impulsar la creación de redes de colaboradores y la cooperación

TABLA 1.5

Niveles de evidencia y grados de recomendación de las Guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud español

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grado de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+.
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++.
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+.

© Ediciones Pirámide

entre entidades relacionadas con las GPC y la medicina basada en la evidencia.

El NREPP depende del SAMHSA *(Substance Abuse and Mental Health Services Administration)*. El SAMHSA se compromete a mejorar la prevención, el tratamiento y los servicios de apoyo para la recuperación de los trastornos mentales y por abuso de sustancias. La misión es reducir el impacto del abuso de sustancias y los problemas de salud mental en los Estados Unidos de América. El NREPP proporciona la información y las herramientas necesarias para incorporar prácticas basadas en la evidencia en sus entornos clínicos. Los criterios de valoración del NREPP se presentan en la tabla 1.6.

Aunque no se ha abordado aquí, se pueden considerar otras organizaciones como la Red Escocesa Intercolegial de Guías de Práctica Clínica (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network,* SIGN), el *National Guidelines Clearinghouse,* NGC), la Asociación Australiana de Psicología, o la Asociación Americana de Psiquiatría. Por ejemplo, la Asociación Australiana de Psicología hace revisiones completas y actualizadas sobre las evidencias disponibles de los tratamientos psicológicos (Australian Psychological Society, 2018). Aparte de lo comentado, se debería tener en cuenta las revisiones Cochrane (https://www.cochranelibrary.com/es/).

TABLA 1.6

Criterios de valoración del registro nacional de prácticas y programas basados en la evidencia

- No hace valoraciones de eficacia o efectividad, sino valoración de la calidad de la investigación sobre el tratamiento.
- Ofrece puntuaciones (en una escala 0-4 siendo puntuaciones 3-4: muy buena; puntuaciones 2-3: buena; y puntuaciones 0-2: insuficiente) de los siguientes aspectos:
  - Fiabilidad de las medidas.
  - Validez de las medidas.
  - Fidelidad en la aplicación de la intervención.
  - Tratamiento de los casos perdidos y abandonos.
  - Tratamiento de las variables contaminadoras.
  - Análisis de datos.
  - Valoración global.
- Se presentan estas puntuaciones para cada resultado (*i.e.* síntoma u objetivo de la intervención).

4.2. Homogeneizando criterios: CONSORT y GRADE

La tarea de recabar información y valorar la evidencia disponible no es una empresa fácil. Como se puede observar al analizar los criterios y recomendaciones de las diferentes asociaciones, dos de los principales problemas, además de otros no comentados, que se encuentran son: *a*) las diferencias existentes en la metodología seguida en los ensayos clínicos controlados de cara a comprobar la eficacia de los tratamientos; y *b*) las diferencias existentes en los criterios de evidencia que establecen las diferentes organizaciones.

Con la finalidad de responder a la primera limitación, se desarrolló la declaración CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials,* http://www.consort-statement.org/) (Rennie, 1996). Posteriormente actualizado en el 2004 y 2010 (Schulz, Altman y Moher, 2010). La propuesta CONSORT de 2010 quedó constituida por 25 ítems, agrupados en seis dominios: título y resumen, introducción, metodología, resultados, discusión y otra información. También se desarrolló un diagrama para ilustrar el flujo de los participantes a lo largo del diseño. No obstante, a su vez, existen limitaciones en la aplicación de los ECA en muchas situaciones, y más en el campo de la psicología, porque no se pueden llevar a cabo o incluso por cuestiones éticas, aspecto que ha generado, a su vez, las directrices TREND *(Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs)* (Kaplan y Christensen, 2004).

Con la finalidad de responder a la segunda limitación, surgió GRADE *(Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)* (https://www.gradeworkinggroup.org/). El modelo GRADE inicia su andadura en el 2000, como una herramienta que permite evaluar la calidad de la evidencia y graduar la fuerza de las recomendaciones en el contexto de desarrollo de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas o evaluación de tecnologías sanitarias (Guyatt et al., 2011). En este sistema, la calidad de la evidencia se clasifica, en un primer momento, en alta o baja, según provenga de estudios experimentales u observacionales. A continuación, según una serie de consideraciones, la evidencia queda en alta (alta confianza en la coincidencia entre el efecto real y el estimado), moderada (moderada confianza en la estimación del efecto),

© Ediciones Pirámide