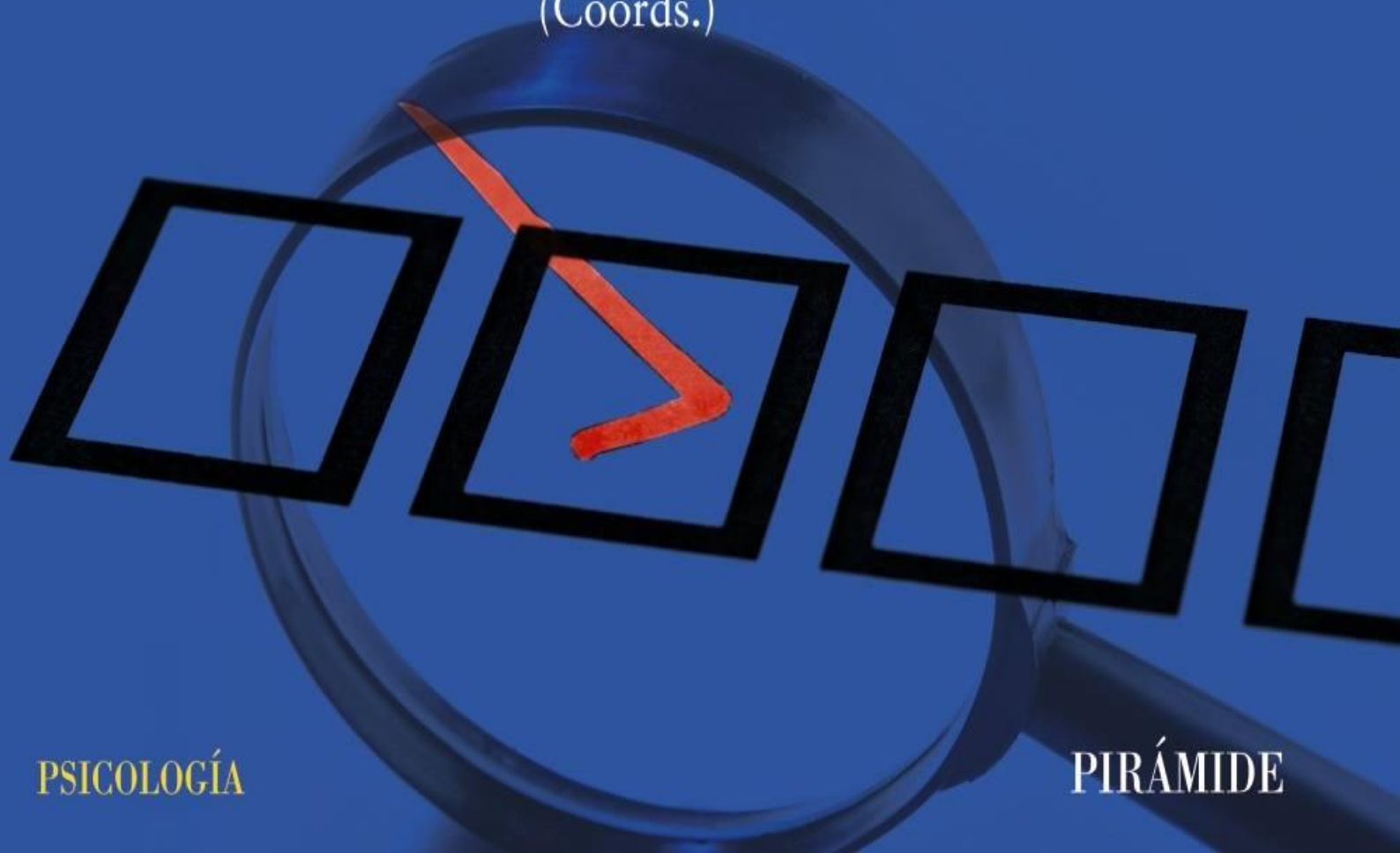




Psicología clínica basada en la evidencia

Francisco Javier Labrador
María Crespo López
(Coords.)



Coordinadores

FRANCISCO JAVIER LABRADOR

CATEDRÁTICO DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

MARÍA CRESPO

PROFESORA TITULAR DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Psicología clínica basada en la evidencia

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:

Francisco J. Labrador

Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Diseño de cubierta: Anaf Miguel

Imágenes de cubierta: Archivo Anaya (Cosano, P.; Estrada-Nora, R.)

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier otro medio, sin la preceptiva autorización.

© Francisco Javier Labrador (Coord.)

María Crespo (Coord.)

© Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2012

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

www.edicionespiramide.es

Depósito legal: M. 3.438-2012

ISBN: 978-84-368-2616-6

Printed in Spain

Impreso en Lavel, S. A.

Polígono Industrial Los Llanos. Gran Canaria, 12
Humanes de Madrid (Madrid)

Relación de autores

Chris R. Brewin

Clinical, Educational & Health Psychology. University College London, Reino Unido.

Paz de Corral

Profesora titular de Psicología Clínica. Universidad del País Vasco.

María Crespo

Profesora titular de Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid.

Enrique Echeburúa

Catedrático de Psicología Clínica. Universidad del País Vasco.

Francisco José Estupiñá

Psicólogo de la Clínica de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

José Ramón Fernández-Hermida

Profesor titular de Evaluación Clínica. Universidad de Oviedo.

M. Purificación Fernández Iglesias

Psicóloga Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria).

Eduardo Fonseca

Psicólogo. Profesor titular interino. Universidad de La Rioja.

Ascensión Garriga Puerto

Responsable de Psicología Clínica de la Unidad de Docencia, Investigación y Formación de la Subdirección de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.

Francisco Javier Labrador

Catedrático de Modificación de Conducta. Universidad Complutense de Madrid.

Serafín Lemos

Catedrático de Psicopatología. Universidad de Oviedo.

Concepción López

Profesora titular de Universidad Vinculada Clínica Hospital V. Arrixaca. Universidad de Murcia.

Julio C. Martín Sancho

Jefe de Servicio de Programas Asistenciales. Subdirección de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.

Étienne Mullet

Directeur d'Études Laboratoire Éthique et Travail. École Pratique des Hautes Études, Francia.

Mercedes Paino

Profesora titular de Psicología Clínica. Universidad de Oviedo.

Marino Pérez

Catedrático de Psicología Clínica. Universidad de Oviedo.

Juan Sevillá

Psicólogo clínico director del Centro de Terapia de Conducta, Valencia.

Miguel Ángel Vallejo

Catedrático de Terapia de Conducta. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Óscar Vallina

Psicólogo clínico Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria).

Índice

Prólogo: Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados (<i>Francisco Javier Labrador y María Crespo</i>)	13
1. El final de la inocencia: la importancia del apoyo empírico a los tratamientos (<i>José Ramón Fernández-Hermida</i>)	21
1. Introducción	21
2. La idea de «importancia»	21
3. La relevancia de los tratamientos empíricamente apoyados	22
4. El impacto y repercusión de los tratamientos empíricamente apoyados	25
5. Conclusiones	33
Referencias	35
2. La invención de los trastornos psicológicos y sus implicaciones para la validación de tratamientos (<i>Marino Pérez Álvarez</i>)	37
1. Introducción	37
2. Sentido crítico de invención	37
2.1. Sentido ontológico de invención	38
3. ¿Qué hacer si los trastornos son interactivos y el cerebro es plástico?	39
4. Crítica a la medicalización y superación del pensamiento en mecanismos	40
5. Alternativa funcional-contextual	42
Referencias	45
3. Hacia una práctica de la psicología clínica basada en la evidencia empírica (<i>Francisco José Estupiñá</i>)	47
1. Introducción	47
2. Práctica basada en la evidencia	48
3. Un ejemplo de PBE en el tratamiento del trastorno depresivo mayor	54
Referencias	57

4. Protocolos y guías de tratamientos psicológicos: iniciativas y propuestas (<i>María Crespo</i>).....	61
1. Introducción.....	61
2. Protocolos y guías.....	61
3. Principales guías y revisiones.....	62
4. Utilización de las guías.....	69
5. Recomendaciones para la valoración de evidencias y guías.....	73
6. ¿Cumplen las guías estas recomendaciones?.....	77
7. Preocupaciones y tendencias actuales.....	81
8. A modo de conclusión.....	84
Referencias.....	84
5. Tratamientos empíricamente apoyados para los síntomas psicóticos (<i>Serafín Lemos, Óscar Vallina, Eduardo Fonseca, Mercedes Paño y M. Purificación Fernández Iglesias</i>).....	87
1. Introducción.....	87
2. Las dianas terapéuticas.....	89
3. Los tratamientos psicológicos eficaces.....	90
3.1. Las intervenciones familiares.....	90
3.2. La psicoeducación.....	100
3.3. Las terapias psicológicas cognitivo-conductuales.....	102
4. El tratamiento de los síntomas positivos de la psicosis.....	104
5. Conclusiones.....	108
Referencias.....	115
6. ¿Hay apoyo empírico para los tratamientos psicológicos de hombres violentos contra la pareja? (<i>Enrique Echeburúa y Paz de Corral</i>).....	123
1. Introducción.....	123
2. Marco histórico de los programas de tratamiento.....	124
3. Programa de tratamiento propuesto.....	125
3.1. Motivación para el tratamiento.....	125
3.1.1. Motivación inicial.....	126
3.1.2. Motivación de mantenimiento.....	127
3.2. Tratamiento psicológico propuesto.....	128
3.2.1. Factores básicos de la terapia.....	128
3.2.2. Intervención psicológica.....	128
3.2.3. Prevención de recaídas.....	131
3.3. Resultados obtenidos.....	131
4. Retos de futuro.....	133
Referencias.....	134
7. Perdón y terapia (<i>Étienne Mullet</i>).....	137
1. Introducción.....	137
2. ¿Qué es perdonar?.....	137
3. ¿Perdonar es olvidar?.....	138
4. ¿Perdonar es reconciliarse?.....	138
5. ¿Puede haber un acercamiento científico a un fenómeno tan subjetivo?.....	138

6.	¿Qué es lo que nos sucede cuando perdonamos?.....	139
7.	¿Qué pasa en el cerebro cuando perdonamos?.....	139
8.	¿De dónde nos viene, desde el punto de vista de la evolución, esta capacidad de perdonar? ¿Los animales perdonan?	139
9.	¿Qué hace que a veces tengamos, en algunas situaciones, deseo de perdonar y en otras no?.....	140
10.	¿Cuáles son las razones, en general, por las que perdonamos?	140
11.	¿El perdón tiene que ver con la personalidad?.....	141
12.	¿El perdón es también asunto de la psicopatología?.....	141
13.	¿El perdón tiene que ver con la cultura?.....	142
14.	¿El perdón es asunto de la religión?.....	143
15.	¿Y la demanda de perdón?	144
16.	¿El perdón se conceptualiza de la misma forma por todas las personas?.....	144
17.	¿El perdón es beneficioso para la salud?.....	145
18.	¿Se puede aprender a perdonar?	146
19.	¿Cómo se desarrolla una terapia por el perdón?.....	147
20.	En conclusión, y para ampliar nuestra visión del perdón.....	148
	Referencias	150

8. Nuevos desarrollos terapéuticos y su fundamentación empírica (*Miguel Ángel Vallejo*)..... 153

1.	Introducción	153
2.	La fortaleza de la TCC	154
3.	Áreas susceptibles de mejora.....	154
3.1.	¿Cómo mejorar la TCC?.....	155
3.2.	Principales nuevos desarrollos terapéuticos.....	157
3.2.1.	Terapia de aceptación y compromiso (ACT)	157
3.2.2.	Activación conductual.....	161
3.2.3.	Terapia de conducta dialéctica (TCD).....	163
3.2.4.	Conclusiones y perspectivas.....	165
	Referencias	167

9. Competencia por búsqueda como mecanismo básico del cambio terapéutico (*Chris R. Brewin*)..... 173

1.	Introducción	173
2.	Codificación de la memoria	173
3.	Almacenamiento de memoria	174
4.	Recuperación de la memoria.....	175
5.	Cambiando el impacto de las estructuras en la memoria	176
6.	Conclusiones.....	179
	Referencias	179

10. ¿Es posible aplicar los tratamientos eficaces en la práctica cotidiana de la clínica privada? (*Juan Sevilá*)..... 181

11.	La aplicación de los tratamientos eficaces en servicios públicos de salud mental (<i>Concepción López Soler, Julio C. Martín Sancho y Ascensión Garriga Puerto</i>)	185
1.	Salud mental y su atención en servicios públicos.....	185
2.	Las Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud	187
3.	Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud.....	193
4.	Guías de Práctica Clínica en las diferentes autonomías.....	195
5.	La aplicación de tratamientos eficaces en servicios públicos de salud mental: una experiencia en la red de salud mental de la Región de Murcia	198
6.	Implantación de una guía basada en la evidencia: GPC de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA)	199
7.	Implantación de un tratamiento empíricamente validado en centros de salud mental: la terapia de control del pánico (TCP)	203
8.	Consideración final.....	205
	Referencias.....	206
	Anexo I. Algunos itinerarios formativos con impacto en la organización.....	208
	Anexo II. Itinerarios formativos en gestión del conocimiento y gestión por procesos.....	210
12.	Presente y retos de los tratamientos psicológicos (<i>Francisco Javier Labrador</i>)	213
1.	Introducción: los tratamientos psicológicos	213
1.1.	La psicología clínica y los tratamientos psicológicos	213
1.2.	La psicología clínica en el ámbito de la investigación y en el ámbito asistencial	213
1.3.	Presente de los tratamientos psicológicos en el ámbito asistencial ..	214
1.3.1.	Características de la demanda	215
1.3.2.	Consideraciones a la demanda de atención psicológica	216
1.3.3.	Características de la evaluación y tratamiento.....	218
1.3.4.	Consideraciones a la evaluación y tratamiento.....	220
2.	Efectividad de los TEA: tratamiento de trastornos de ansiedad	222
2.1.	Resultado de los tratamientos.....	222
2.2.	Costes de los tratamientos psicológicos de los trastornos de ansiedad frente a los farmacológicos	223
2.3.	Consideraciones y conclusiones	225
3.	Retos actuales de la psicología clínica.....	226
3.1.	Formación	226
3.2.	Evaluación y diagnóstico	227
3.3.	Tratamientos.....	228
3.4.	Identificación de procesos terapéuticos	231
3.5.	Publicidad.....	232
3.6.	Presión social y política	234
4.	Conclusiones	235
	Referencias	236

Prólogo

Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados

Los tratamientos psicológicos han recorrido en poco más de medio siglo un largo camino, desde sus inicios en el ámbito universitario, muy apoyados en los desarrollos teóricos y con un reducido campo de actuación, hasta su consideración como alternativa para el tratamiento y alivio de los trastornos mentales, y también, desde una perspectiva más positiva, para la mejora de la calidad de vida de las personas.

El camino recorrido ha sido largo y tortuoso, por muy distintas razones.

Primero, por la necesidad de rebelarse contra el estado de la cuestión en el ámbito de la salud mental (en esos momentos quizá mejor hablar de «enfermedad mental»). Frente a las concepciones dominantes, centradas en el «enfermo mental» como persona anómala y único responsable de sus comportamientos inaceptables socialmente, se cambia el foco y se hace hincapié en trabajar con las conductas anómalas o desadaptadas de una persona por lo demás «normal», producto en gran parte de la forma de adaptarse a su medio. El objetivo es también muy distinto: en vez de lograr el «aislamiento» de las personas consideradas «enfermos mentales», se trata de cambiar sus conductas para hacerlas más adaptadas e intentar integrarlas socialmente.

Segundo, por la necesidad de hacerse un hueco en un campo profesional controlado por otros

profesionales y por importantes intereses comerciales, en especial las compañías farmacéuticas. Esta lucha no sólo se ha centrado en una competencia por el desarrollo de los procedimientos más adecuados (eficaces, efectivos y eficientes) para la mejora de la vida de los pacientes, ámbito en el que ha habido una mayor igualdad en esfuerzos y resultados (aunque las diferencias son importantes). También se ha dirimido en términos de quién tenía más capacidad para publicitar e imponer sus procedimientos, con cierta independencia de los resultados de la investigación, ámbito en el que la competición ha sido especialmente desigual: asociaciones de psicólogos frente a compañías farmacéuticas y asociaciones médicas. Esta desigual competencia ha hecho que, a pesar de los resultados en muchas áreas de la salud, los tratamientos psicológicos sean postergados por razones diferentes de las científicas o de los propios resultados terapéuticos.

Tercero, por la novedad e ingenuidad de los propios psicólogos clínicos. Durante mucho tiempo, ciertamente, la preparación y los recursos profesionales han sido escasos, quizá no menores que los de otros profesionales, pero escasos. En esas condiciones se ha defendido con frecuencia que era mejor hacer algo que nada, y que «casi todo» (léase cualquier intervención etiquetada como psicológica) daba resultado. Desgraciadamente

esto ha supuesto en algunos casos un apoyo a formas de proceder inútiles o incluso perjudiciales (dañinas), junto a otras realmente adecuadas pero sin una clara distinción entre unas y otras, tanto para los usuarios como para los gestores de estos servicios, e incluso a veces para los propios profesionales. Ya se sabe: «Con según qué amigos, no hacen falta enemigos».

No obstante, como decía Galileo: «Eppur si muove». A pesar de todo se ha movido la psicología clínica. Tanto se ha movido que se ha convertido en una alternativa terapéutica y, en muchos ámbitos, en la alternativa terapéutica. Pero este avance no ha sido fruto de la casualidad ni espontáneo; afortunadamente ha tenido más que ver con cómo se han hecho las cosas. Algunas de ellas pueden señalarse y destacarse.

La primera, sin duda, ha sido el marco en el que han surgido los tratamientos psicológicos que ahora son denominados «tratamientos empíricamente apoyados» (TEA). Un marco caracterizado por los desarrollos y fundamentos teóricos de la psicología. La propuesta de las técnicas más antiguas, como las técnicas operantes o la desensibilización sistemática, ha surgido a partir de los desarrollos teóricos basados en un importante refinamiento experimental.

Segundo, la sistematización y precisión de los procedimientos. Frente a divagaciones o modelos de fidelización, más propios de «noviciados» u otros ámbitos religiosos (véase terapias personales), se ha establecido una descripción pormenorizada y precisa de la forma de actuar profesional. La aparición de manuales de técnicas de modificación de conducta se remonta a finales de los sesenta y principios de los setenta, y se mantiene hasta la actualidad. Esto ha permitido desarrollar, de forma acumulativa, un amplio elenco de procedimientos que en la actualidad están a disposición de los profesionales de la psicología clínica.

Tercero, la importancia dada a la evaluación empírica de los resultados obtenidos. Sin duda punto de referencia es el informe de Eysenck (1952), tanto por la forma en que se evalúa si realmente es eficaz un determinado tipo de interven-

ción psicoterapéutica como por la defensa de la necesidad de llevar a cabo esta forma de evaluación. Es evidente que esta evaluación sólo puede efectuarse si hay una realidad precisa que evaluar. Disponer de procedimientos precisos y minuciosamente descritos ha permitido una evaluación de éstos. Con una realidad objetiva de referencia ha sido posible desarrollar procedimientos de evaluación rigurosos, metodológicamente adecuados, que han permitido identificar si hacer o aplicar determinadas intervenciones producía o no cambios «objetivables» en las conductas objetivo de intervención.

Cuarto, con esta evaluación empírica de la eficacia de las intervenciones como referencia se ha progresado en un diálogo constante entre desarrollos de tratamientos y la valía de éstos. En unas épocas en las que los conocimientos de los procesos psicológicos subyacentes a las patologías, y también al propio proceso terapéutico, eran escasos, disponer de datos objetivos sobre el efecto empírico de los tratamientos, obtenidos con ayuda de una metodología científica, ha sido una referencia de indudable valía. Así se ha podido constatar no sólo la eficacia de un tratamiento, sino también de cada uno de los componentes de éste, permitiendo con este feedback empírico mejorar y poner a punto intervenciones más eficaces y efectivas; incluso sin conocer los factores o procesos subyacentes o determinantes del problema y de la propia intervención. Así se ha constatado, por ejemplo, que en algunos casos de consumo problemático de alcohol el objetivo de beber con control es mejor que la abstinencia completa, o que la intención paradójica era un tratamiento con resultados positivos para problemas de insomnio. Se sabe que esto es así, aunque no esté claro por qué.

Quinto: esta exigencia en la evaluación de los resultados ha obligado en cierta forma a precisar los problemas sobre los que se trata de actuar. Sólo descripciones precisas de un problema permiten desarrollos terapéuticos asimismo específicos, pues hacen posible evaluar los tratamientos al establecer con precisión el cambio conseguido en cada problema abordado. La importancia de

la descripción y cuantificación de las conductas englobadas en cada problema ha empujado a los sistemas de clasificación y diagnóstico en esta dirección. Ciertamente esto no «explica» por qué (factores determinantes) aparecen o desaparecen determinadas conductas, pero al menos permite precisar cuáles y cuántas son las conductas que hay que tener en cuenta.

Sexto: sin duda un hito esencial ha sido el movimiento desarrollado a partir de mediados de los años noventa sobre los TEA. Con sistemas relativamente precisos de clasificación de las conductas a tener en cuenta, agrupadas y organizadas en conjuntos de problemas (diagnósticos clínicos), con tratamientos precisamente descritos y con una adecuada metodología científica, es posible e incluso fácil constatar qué tratamiento es eficaz para qué problema, e incluso para qué conducta, y cuál no lo es. El trabajo en esta dirección ha permitido elaborar un listado o guía de referencia que señala qué tipo de tratamiento será adecuado aplicar cuando una persona presente un determinado problema. Es más, hay información detallada sobre cuál es el protocolo o pasos a seguir, y también sobre qué no es interesante o incluso es inadecuado. Esta guía o listado, obviamente modificable día a día con el desarrollo profesional, debe suponer una referencia obligada. Ya no se ve empujado el profesional de la psicología clínica a establecer (inventarse) un tratamiento nuevo con cada paciente o problema a tratar. Ahora tiene una referencia que orienta de forma precisa su quehacer profesional. Frente a la opinión o preferencias personales, se ofrecen los resultados obtenidos tras una evaluación rigurosa. Es decir, la psicología clínica cada vez es menos «arte» y cada vez es más «ciencia».

Aunque el trabajo sobre los TEA ha sido un hito esencial, no hay que restar importancia a otros avances en este campo. En especial al desarrollo de modelos psicopatológicos, que ayudan a entender tanto el proceso de desarrollo y mantenimiento de las conductas anormales como las vías o procesos de actuación terapéuticos. Los propios avances de la psicología en la investigación de los procesos básicos han permitido enten-

der mejor el porqué de muchas conductas y, fruto de esto, perfilar formas de actuación profesional más precisas y adaptadas a cada caso. Estos desarrollos están facilitando un paso más en el quehacer profesional del psicólogo clínico: ahora además de saber lo que funciona, se intenta saber por qué funciona y cómo hacer que funcione mejor.

Sin embargo, a pesar del desarrollo tan importante de la psicología clínica, en el momento actual no todo es tan sencillo, ni la realidad es tan positiva como podría ser. Diversos factores parecen estar actuando para que lo conseguido no sea tan provechoso como sería de esperar.

En algunos otros casos, afortunadamente cada vez menos, se cuestiona la posibilidad o conveniencia de evaluar de forma científica y cuantificada la eficacia de los tratamientos. Las razones aducidas son dispares, pero tienen en común el desconocimiento de lo que es la psicología clínica.

Por otro lado, con frecuencia se señala una gran separación entre el mundo de la investigación y el mundo de la práctica asistencial cotidiana. De hecho, con frecuencia se aprecia desconfianza, entre algunos profesionales de la psicología clínica, sobre si los resultados que se han obtenido en los trabajos de investigación pueden realmente obtenerse en el quehacer cotidiano en el ámbito asistencial. Lo que subyace a esta desconfianza son las supuestas (nunca se han analizado detenidamente) diferencias en las demandas y la forma de atención en esos ámbitos. También la falta de información adecuada. Por un lado es poco frecuente que los psicólogos clínicos aplicados presenten sus resultados; por otro, cuando los investigadores presentan los resultados, se destacan las diferencias entre las intervenciones en el ámbito de la investigación y en el ámbito aplicado. Pero estas diferencias no necesariamente implican que no pueden compartirse los avances y desarrollos. Cuando esto se ha investigado, los resultados parecen apoyar la conveniencia de generalizar el quehacer del ámbito investigador al asistencial. Afortunadamente, algunos centros asistenciales, como las clínicas universitarias anexas a las facultades de psi-

ciencia, pueden hacer de puente de conexión entre estos dos mundos. Esta conexión, este trabajo por el trasvase de los desarrollos de la investigación al ámbito asistencial es fundamental para la psicología clínica. De nada vale desarrollar una investigación sobre la eficacia de los tratamientos si esto no puede luego reflejarse o generalizarse a la vida cotidiana.

Se puede considerar que en el desarrollo de los procedimientos de intervención profesional hay dos aspectos esenciales y mutuamente interdependientes.

- a) El desarrollo de recursos propios, en este caso tratamientos eficaces.
- b) Dar a conocer esta realidad a los posibles clientes (consumidores) de estos tratamientos. En el caso de la psicología clínica los clientes son tanto los usuarios directos (pacientes) como los gestores que deciden qué tratamientos proveen y pagan (públicos —estados, comunidades y ayuntamientos— o privados —compañías de seguros y particulares—). También los propios profesionales de la psicología clínica, que han de estar al día de los tratamientos disponibles y su valía. Finalmente, los responsables de enseñar y entrenar a los futuros psicólogos clínicos, que deciden qué debe enseñarse y entrenarse y qué no.

Creemos que en el primer aspecto se han conseguido grandes resultados, pero no estamos tan seguros de lo mismo con respecto al segundo. De hecho hay un desconocimiento importante, por parte de todos los clientes, profesionales de la psicología clínica incluidos, de los recursos de la psicología clínica.

Pero la realidad está ahí. Hay una gran cantidad de guías de tratamiento y protocolos de intervención psicológica que señalan con precisión qué tipo de tratamiento es adecuado para un problema concreto, pues ha demostrado empíricamente ser eficaz y a veces incluso efectivo. Además se explicita de forma precisa y minuciosa

cómo proceder en su aplicación, así como posibles variaciones o modificaciones en función de las características del paciente o su situación. Esta información proviene no sólo del ámbito de la investigación, sino también del ámbito asistencial, incluso con referencias a su eficiencia. Desconocer esta realidad supone un serio hándicap para el adecuado desempeño profesional y reduce el valor de los avances de la psicología clínica.

Desde hace años en España se ha desarrollado un cierta sensibilidad e interés por el tema (entre otros, Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Labrador et al., 2003; Pérez, Fernández-Hermida, Fernández y Amigo, 2003). Aunque esta realidad inicialmente no era aceptada por todos los psicólogos, sin duda se ha ido imponiendo y comienza a ser mayoritariamente asumida. Tanto desde el punto de vista ético como desde el profesional se impone la convicción de que no es aceptable la aplicación de tratamientos que no hayan demostrado su eficacia. Lo mismo es aplicable a los gestores: no tiene sentido gastar los dineros públicos o privados en sufragar un tratamiento que no haya mostrado su eficacia.

Reiteradamente se ha reflexionado y escrito sobre estos temas, no sólo por parte de los responsables de la psicología clínica en el ámbito académico, de los que por lógica más se espera que estén en estas tareas, sino también por parte de múltiples profesionales cuyas tareas asistenciales les exigen, en el día a día, tratar de mejorar con mayor eficacia, efectividad y eficiencia la calidad de vida de sus pacientes.

A partir de estas reflexiones compartidas, pareció interesante abordar la realidad en torno a los tratamientos psicológicos eficaces, con especial referencia al momento actual en nuestro país. El objetivo era analizar y considerar qué es lo que se está haciendo, pero sobre todo señalar qué se puede y qué se debe hacer, y también indicar en qué dirección debe apuntarse para continuar con el desarrollo de la psicología clínica.

Aunque estas ideas eran compartidas por muchos profesionales, había que dar un paso adelante tratando de organizar este debate. Los directores de esta obra asumimos la tarea de llevarlas a

su concreción. Para ello consideramos que lo mejor sería organizar unas jornadas científico-profesionales durante las cuales pudiéramos reunirnos los profesionales preocupados e implicados en el desarrollo de la psicología clínica.

Las jornadas científicas, con el título «La eficacia de los tratamientos psicológicos: tratamientos empíricamente apoyados», se celebraron en Madrid los días 24 y 25 de marzo de 2011, gracias a la colaboración desinteresada de todos los profesionales que también han contribuido a la publicación de esta obra. Afortunadamente la Fundación Mutua Madrileña, en especial de la mano de su director científico, Rafael Enríquez de Salamanca, nos facilitó su infraestructura y apoyo económico para llevarlas a cabo.

Se consideraron muy interesantes e importantes las presentaciones, para lo cual se contactó con profesionales de especial prestigio en cada uno de los ámbitos abordados. Pero también las aportaciones de los profesionales asistentes, por lo que se reservó un tiempo importante para la discusión y análisis posterior a éstas. Afortunadamente la participación de los profesionales presentes sin duda ha sido muy enriquecedora y de alto nivel.

Las jornadas resultaron tan atractivas que, a pesar del esfuerzo realizado por los ponentes y participantes, se consideró la conveniencia de recoger lo presentado a fin de que pudiera servir para todos los psicólogos y profesionales interesados en este campo de la psicología clínica, bien como profesionales (terapeuta), bien como gestores de servicios de salud públicos y privados.

El resultado es la presente obra, en la que cada uno de los participantes ha recogido, en lo que ahora es un capítulo, la comunicación expuesta en dichas jornadas, así como las consideraciones y aportaciones al respecto.

La obra definitivamente se organiza y justifica alrededor de la siguiente estructura:

- a) *Análisis de la situación actual de los trastornos y de los tratamientos psicológicos:* en los capítulos iniciales se recoge por un lado el análisis de la situación actual de

los tratamientos empíricamente validados, con especial referencia al ámbito más cercano, esto es, la situación en nuestro país (J. R. Fernández-Hermida en el capítulo «El final de la inocencia: la importancia del apoyo empírico a los tratamientos»). Y, por otro lado, se analiza la entidad de los trastornos mentales utilizados como referencia en la aplicación de los tratamientos (M. Pérez en el capítulo «La invención de los trastornos psicológicos y sus implicaciones para la validación de tratamientos»). Es evidente que no se es ingenuo sobre los posibles trastornos mentales, ni tampoco sobre los tratamientos.

- b) *Los tratamientos empíricamente validados.* Hechas estas consideraciones, un punto central y clave es especificar cuáles son esos TEA. Para ello es fundamental identificar dónde y cómo localizar estos tratamientos. En el capítulo «Hacia una práctica de la psicología clínica basada en la evidencia empírica», F. J. Estupiñá nos ofrece una revisión crítica sobre la evolución de los tratamientos empíricamente validados, mientras que el capítulo «Protocolos y guías de tratamientos psicológicos: iniciativas y propuestas», de M. Crespo, expone de forma detallada las guías y protocolos de intervención, señalando dónde localizarlas y las características y propiedades de cada una.
- c) *Análisis de los TEA en diversos ámbitos de aplicación.* Esta tercera parte se dirige a analizar de forma pormenorizada los TEA en dos campos de aplicación. Se escogieron dos campos menos estudiados tradicionalmente que los problemas de ansiedad o estado de ánimo, pero de indudable valor para la intervención psicológica. En el capítulo «Tratamientos empíricamente apoyados para los síntomas psicóticos», S. Lemos et al. hacen evidente la eficacia de los tratamientos psicológicos para trastornos habitualmente re-

servados a otro tipo de intervenciones. Por su parte, E. Echeburúa y P. de Corral, en el capítulo «¿Hay apoyo empírico para los tratamientos psicológicos de hombres violentos contra la pareja?», analizan su aplicación a problemas de relevancia social que no se ajustan, o no lo hacen del todo, a las clasificaciones diagnósticas al uso, como es el caso de los agresores. Finalmente se presenta un ejemplo de tratamientos de índole social no siempre considerados desde enfoques clínicos estrictos, como la terapia del perdón que presenta É. Mullet en el capítulo «Intervenciones psicológicas en el ámbito social empíricamente apoyadas: la terapia del perdón».

- d) *Nuevos tratamientos.* Siempre será de interés para la psicología clínica el desarrollo de nuevos procedimientos de intervención, evidentemente siempre que cumplan con el criterio de ser TEA. En esta dirección se incluye un capítulo, «Nuevos desarrollos terapéuticos y su fundamentación empírica», de M. Á. Vallejo, en el que se considera un conjunto de tratamientos que se han desarrollado en los últimos años y, dadas sus características y algunos aspectos comunes, han sido descritos como tratamientos funcionales o terapias de conducta de tercera generación.
- e) *Mecanismos y procesos terapéuticos.* Pero no sólo es importante evaluar la eficacia, parece necesario un análisis de los procesos y mecanismos implicados en el cambio. En esta dirección se enmarca el capítulo de C. R. Brewin «Competencia por búsqueda como mecanismo básico del cambio terapéutico».
- f) *Posibilidades de aplicación de los TEA en el ámbito asistencial.* Asimismo se analiza la posibilidad de que estos desarrollos científicos pasen a ser utilizados en la práctica asistencial, haciendo referencia tanto al ámbito público (en el capítulo «La aplicación de los tratamientos efica-

ces en servicios de salud mental» de C. López) como al privado (capítulo «¿Es posible aplicar los tratamientos eficaces en la práctica cotidiana de una clínica privada» de J. Sevillá).

- g) Para terminar, se hace una revisión del estado actual de la psicología clínica, apuntando los principales retos de cara a su desarrollo futuro, en el capítulo de F. J. Labrador «Presente y retos de los tratamientos psicológicos: psicología clínica en el siglo XXI».

La obra va dirigida a los psicólogos clínicos, presentes y futuros, sea cual sea su ámbito de actuación: terapia, formación, investigación, agencias de salud, ya que para todos ellos se consideran esenciales la información y reflexión sobre las cuestiones que los distintos autores plantean, dado el compromiso de la psicología clínica actual con la determinación de la eficacia de sus tratamientos y con su aplicación. Con ello se pretende contribuir a la tan necesaria difusión de los tratamientos psicológicos con apoyo empírico en los diversos ámbitos de actuación de la psicología en general, y de manera más particular de la psicología clínica. También a todos los profesionales implicados en el ámbito de la salud, para que puedan estar al día de las realidades que ofrece en este momento la psicología clínica y que, al no tener detrás una industria comparable a la farmacológica, ven considerablemente mermadas su difusión y publicidad.

Especialmente va dirigida también a los gestores en el ámbito de la salud, para que puedan tener una información de primera mano que ayude a su labor de apoyar y sufragar los procedimientos terapéuticos que se hayan mostrado más eficaces, efectivos y eficientes, con independencia de los recursos utilizados en su publicidad o de las presiones para forzar su utilización. Finalmente, pero no menos importante, para los futuros psicólogos clínicos, muchos de ellos ya estudiantes de psicología, a fin de que les pueda servir de orientación sobre el tipo de formación que deben llevar a cabo.

Para terminar, como coordinadores de esta obra queremos agradecer a todos los compañeros, que tan buena disposición e interés mostraron en todo momento hacia este proyecto, su participación tanto en las jornadas como en este libro. Asimismo queremos agradecer a la Fundación Mutua Madrileña, y en particular al doctor Rafael

Enríquez de Salamanca, su apoyo para hacer realidad el proyecto. Y por supuesto a la Editorial Pirámide, por su apoyo a la publicación de este libro.

FRANCISCO JAVIER LABRADOR
MARÍA CRESPO

REFERENCIAS

- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16: 319-324.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F. J., Vallejo, M. A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Papeles del Psicólogo*, 17, 25-30.
- Pérez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces*. Madrid: Ediciones Pirámide.

El final de la inocencia: la importancia del apoyo empírico a los tratamientos

1

JOSÉ RAMÓN FERNÁNDEZ-HERMIDA

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este capítulo es analizar el impacto y la relevancia que tiene, principalmente para la psicología clínica española, el movimiento de «los tratamientos empíricamente apoyados». El tono de la exposición es más analítico que de alegato a su favor, ya que esto último se considera innecesario. Debe tenerse en cuenta, para quien lea estas líneas, que esta opción es, por sí misma, una declaración de principios. En este sentido, el presupuesto básico que informa la posición mantenida en este texto es que no es posible deslindar la naturaleza científica de la psicología, y su futuro profesional y académico, del análisis empírico de la eficacia y efectividad de las intervenciones y tratamientos psicológicos.

Opino igual que Carol D. Goodheart, presidenta de la Asociación Psicológica Americana (APA) (Martin, 2010), cuando afirma que la práctica basada en las pruebas empíricas tiene profundas implicaciones para la psicología, ya que afecta tanto a lo que se hace como a la formación de los futuros profesionales y a la política (profesional y sanitaria), y esto es así porque las consecuencias de este enfoque determinan el tratamiento que se aplica, lo que se enseña a los futuros psicólogos y lo que debe ser financiado y apoyado por los gestores sanitarios. Es éste un asunto relevante, sin duda. Sin embargo, ¿en qué se traduce esta importancia a la enseñanza y práctica de la psicología clínica actual en España?

El título que encabeza este texto es bastante similar al que aparecía en otro capítulo publicado años atrás (Fernández-Hermida, Pérez-Álvarez, Fernández-Rodríguez y Amigo-Vázquez, 2003), dentro de un manual que revisaba los tratamientos psicológicos eficaces (Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez y Amigo-Vázquez, 2003a, 2003b, 2003c). El título al que me refiero era: «El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos, análisis de la situación actual». Hoy ha cambiado el énfasis. La nueva cabecera anuncia cierta urgencia. Reclama que hablemos sobre la importancia de que los tratamientos cuenten con apoyo empírico. ¿Cuál es la razón? ¿No es evidente la importancia?

2. LA IDEA DE «IMPORTANCIA»

La palabra «importancia», según el Diccionario de la Real Academia Española, hace referencia a dos conceptos relacionados, pero no idénticos. Por un lado alude a la relevancia de algo, a su pertinencia. De acuerdo con esta acepción, decimos que algo es importante porque, si no lo tenemos en cuenta, perdemos aspectos o componentes esenciales e inherentes a lo que se valora. Así diríamos que una característica importante de un triángulo es que la suma de sus ángulos es 180° , siempre que estemos hablando de una geometría plana. Si no se da esa propiedad, no puede existir triángulo. Esa característica es importante porque pertenece a la propia naturaleza de esa figura

geométrica. Desde otro punto de vista, la idea de importancia apela a la trascendencia de algo por su impacto o proyección. Decimos que la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) ha sido importante para la psicología en España no porque haya dicho nada relevante sobre nuestra ciencia y profesión, sino por el impacto que hemos sufrido, en este caso negativo. No cabe duda de que resulta muy probable que todo lo que es relevante y pertinente pueda tener alguna trascendencia o impacto, pero no siempre hay una correspondencia proporcional. Probablemente ése sea el caso del asunto que nos ocupa aquí, ya que es importante para una determinada concepción de la psicología clínica que los tratamientos psicológicos estén apoyados empíricamente (porque, si no, ¿qué son?), aunque ese apoyo empírico no los convierte ni los ha convertido, de hecho, en importantes por su difusión e impacto en la práctica clínica, como veremos más adelante.

3. LA RELEVANCIA DE LOS TRATAMIENTOS EMPÍRICAMENTE APOYADOS

En 2003 se afirmaba que la evaluación de la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos psicológicos se había convertido en un tema de capital importancia, fuera cual fuera el ámbito de aplicación de la intervención psicológica (Fernández-Hermida et al., 2003). No importaba que dicha evaluación estuviera encaminada a tratar un problema que correspondiera a la psicopatología adulta, infantil o a la psicología de la salud: en todos los casos debía demostrar una utilidad razonable, según criterios científicos, que justificase su aplicación. En aquel momento se decía que el producto final de esos estudios, que son las guías de tratamiento o los manuales de tratamientos eficaces o efectivos, era una realidad que difícilmente podrían ignorar los psicólogos clínicos. Aquel texto era un fiel exponente de esa importancia, y prueba de ello era que habíamos podido reunir a un importante elenco de psicólogos clínicos que hablaban ya entonces de una abundante investigación sobre la efectividad de los trata-

mientos. Al menos en lengua española, era un fenómeno inédito y podría ser una herramienta importante para dar un impulso a la relevancia de los tratamientos psicológicos en nuestro sistema nacional de salud. La realidad ha distado mucho de la previsión.

La base en la que se apoyaba esa importancia capital tenía unos presupuestos claros y sencillos. Siguiendo la distinción que se ha hecho previamente, la evaluación empírica de los tratamientos y el establecimiento de las guías clínicas eran relevantes, importantes, para la psicología clínica, por la simple razón de que la evolución de nuestra disciplina, la psicología, hacía inevitable y totalmente pertinente la comprobación empírica de aquello que afirmamos y la constatación de la eficacia y la efectividad de lo que hacemos. Nos movimos y nos estamos moviendo desde una práctica social que se legitima únicamente por la demanda de una determinada prestación, servicio o conocimiento hacia una práctica gobernada por el conocimiento científico, que no se justifica únicamente por la demanda, sino también por el soporte racional de aquello que aporta, sea un conocimiento o un servicio. Ésta es la distinción que puede existir entre las prácticas exotéricas sanitarias (con una demanda indiscutible) y las que se derivan de la técnica médica. Lamentablemente, en el caso de la psicología, esto puede estar sujeto a discusión.

No parece que exista una línea evolutiva clara de la psicología en su conjunto. Si examinamos su oferta docente y profesional, encontraremos todas las corrientes teóricas y profesionales que se han ido constituyendo a lo largo de su historia. En este sentido, aún persisten dentro de la psicología, fundamentalmente profesional, pero también en el campo académico, modelos teóricos que aborrecen la comprobación empírica debido a que le atribuyen una inevitable tendencia a reducir e incluso desvirtuar la experiencia humana, que se resiste a someterse y acotarse fácilmente en el corsé de las medidas y los números. Sin embargo, la evolución es evidente. Casi todos los modelos teóricos importantes, que eran renuentes a la comprobación empírica, han entrado en el

campo de juego de los estudios sobre la eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos. Esto ha pasado con el enfoque psicodinámico y la teoría sistémica. Hasta el enfoque humanista entra en el juego. Así, en un documento oficial de la División 32 de la APA, que está formada por la Sociedad para la Psicología Humanista, que incluye a una constelación de psicologías humanistas entre las que se encuentran la rogeriana, la transpersonal, las orientaciones existenciales y los más recientes desarrollos de las psicologías fenomenológicas, hermenéuticas, constructivistas, feministas y posmodernas (sic) (Society for Humanistic Psychology, n.d.), se dice que «dos psicólogos humanistas apoyan la necesidad de la investigación empírica y la provisión de servicios que tengan pruebas que respalden su efectividad. Sin embargo, tanto los métodos naturales como los humanos de la ciencia tienen valor, y ninguno debería ser preeminente sobre el otro. Por ello, los psicólogos humanistas estarán a favor de los servicios empíricamente apoyados, aunque con criterios diferentes de aquellos especificados por la División 12» (Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services, 2001). Los resultados de la construcción de nuevos criterios no se conocen, pero parecen estar en ello, dado que no hay una renuncia explícita.

Con un enfoque menos imaginativo que el de esta división, poco a poco la mayoría de los modelos teóricos puede argumentar la efectividad o eficacia de sus técnicas de intervención utilizando ensayos controlados aleatorizados (ECA), formando parte de revisiones Cochrane o exhibiendo exhaustivos metaanálisis. Por ejemplo, una simple búsqueda en la Biblioteca Cochrane, que como sabemos está especializada en la revisión de los efectos de las intervenciones en el ámbito sanitario, arroja los siguientes resultados:

1. Ensayos controlados aleatorizados realizados con la psicoterapia interpersonal: 117, y dos estudios económicos del National Health Service. Estos trabajos están principalmente centrados en la depre-

sión, aunque también se abordan otros trastornos psicopatológicos.

2. Ensayos controlados aleatorizados realizados con la terapia familiar estructural: 10.
3. Ensayos controlados aleatorizados realizados con la terapia cognitivo-existencial: 3.

¿No se aprecian el cambio y la evolución? Del aborrecimiento a la sumisión hay un paso que no puede dejar indiferente al que lo da, salvo que carezca de conciencia de que lo está dando.

La necesidad de que la psicología clínica esté asociada a la evaluación empírica de los tratamientos ya fue subrayada por Richard M. Fall, en 1991, en su «Manifiesto por una ciencia de la psicología clínica» publicado en *The Clinical Psychologist* (Fall, 1991) y base de su intervención como presidente de la División 12 de la APA, ahora llamada «Sociedad de Psicología Clínica». Su manifiesto, que podríamos considerar radical, se divide en un principio y dos corolarios. El principio cardinal dice que una psicología clínica «científica» es la única forma legítima y aceptable de psicología clínica, mientras que el primer corolario afirma que los servicios psicológicos no se deberían poner a disposición del público hasta que se cumplieran cuatro requisitos esenciales: *a)* que se describa clara y exactamente la naturaleza del servicio que se va a prestar; *b)* que se establezcan explícitamente los beneficios esperables; *c)* que los beneficios estén apoyados en la investigación científica, y *d)* que haya seguridad, derivada de la correspondiente investigación empírica, de que los efectos negativos secundarios no sobrepasarán los beneficios. Algunas de las condiciones de este primer corolario ya habían sido apuntadas por Julian B. Rotter en 1971, en otro número de *The Clinical Psychologist* (Rotter, 1971). El segundo corolario propugna que el objetivo más importante de los programas de formación de psicólogos clínicos debería ser la formación de estos profesionales como competentes científicos y clínicos.

Esta declaración de hace veinte años hace referencia a la importancia que tiene la evaluación

empírica de los tratamientos para una psicología clínica que no puede ser otra cosa más que una ciencia. Porque si no, se pregunta: ¿qué otra cosa es? ¿Una psicología clínica acientífica es una meta deseable? Fall contesta vigorosamente a aquellos que contraponen la práctica clínica a la ciencia, interpretando erróneamente el modelo de Boulder (*scientific-practitioner*). No cree que haya alternativa. El guión no indica separación, indica unión, porque la práctica clínica, tal y como se desprende de su segundo corolario, debe estar íntimamente ligada al enfoque científico.

El manifiesto sigue con fuerza diciendo que: «Ha llegado el momento para aquellos cuya misión es promover la ciencia en la psicología clínica de declarar inequívocamente que hay una única forma legítima de psicología clínica basada en la ciencia, ejecutada por científicos y mantenida dentro de los rigurosos estándares de las pruebas científicas. Cualquier otra cosa con menos exigencias es pseudociencia. Es hora de declarar públicamente que mucho de lo que va hoy bajo la etiqueta de la psicología clínica no es simplemente válido, apropiado o aceptable científicamente. Cuando los miembros de esta División (en aquel momento sección III) encuentren prácticas inválidas en psicología clínica, deberían hacer sonar el silbato y anunciar que el emperador está desnudo, y mantenerse firmes en discriminar las prácticas científicas de las pseudocientíficas» (Fall, 1991, p. 79). Es un alegato duro pero que expresa claramente la importancia que tiene el método científico, concretamente la evaluación mediante pruebas científicas, para desarrollar una psicología clínica deseable, con probabilidad de sobrevivir dentro de un mundo en el que, como dice también Fall, hay conceptos clave para sobrevivir como «excelencia», «rendición de cuentas», «competencia», «calidad» y otros. Si tuviéramos que hacer un balance, los deseos de Fall no se han cumplido en su totalidad. No todos consideran necesario unir la práctica clínica a la ciencia. En un trabajo previo ya se exploraban algunas razones (Fernández-Hermida et al., 2003). Desde luego, algunos creen que el guión del modelo de Boulder sigue suponiendo la constatación

de dos modelos, más que la unión de dos perspectivas en una. Pero la evolución innegable es la cada vez más abundante cosecha de resultados empíricos de los distintos tipos de tratamientos, lo que parece estar generando un consenso sobre un lenguaje común para evaluar los resultados. La ciencia, ese método y lenguaje común, está cada vez más presente en la psicología clínica y, por ende, la evaluación empírica de los tratamientos cada vez tiene mayor importancia. Si simpatizamos con la idea de Fall, como yo lo hago, se podría decir de forma más contundente que «sin evaluación empírica de los tratamientos no habría psicología clínica, porque no sería científica, y al no serlo, no sería nada». Bueno, podría ser una práctica social más como el tarot o la confesión.

La batalla hoy ya no se encuentra en negar el valor de los datos, sino en ver dónde se pone el ojo evaluador, en lo que se hace con los pacientes (tratamientos) o en lo que es común a todo lo que se hace con ellos (factores comunes). Citando a Chambless (Chambless, 2007), en una revisión crítica que hace al libro de Goodheart, Kazdin y Sternberg (eds.) titulado *Evidence-Based Psychotherapy: Where Practice and Research Meet*, publicado en el 2006, los principios que soportan la investigación relacionada con los tratamientos empíricamente apoyados no cuentan con el apoyo de todos. Alguno de esos principios, como son el reconocimiento de que el tratamiento psicológico puede ser fiable y válidamente evaluado, que es posible especificar una población a la que vaya dirigido ese tratamiento, que sea posible «manualizar» un tratamiento o que los métodos adecuados de análisis para dirimir la efectividad o eficacia son la asignación aleatoria de los grupos experimentales o control, o bien, en el caso de grupos pequeños, el uso de diseños experimentales de caso único, están sujetos a controversia. Eso es lo que discuten ahora los humanistas, y por eso se han embarcado en la vertiginosa tarea de hacer una ciencia humana, por contraposición a una ciencia natural. Las razones son diversas. Por ejemplo, Kazdin cree que los estudios derivados de diseños ECA pueden tener poca relevancia clínica (Goodheart, Kazdin y Sternberg, 2006,

p. 170); otros piensan que esta metodología está especialmente diseñada para dejar fuera determinados parámetros de la intervención, o estilos terapéuticos que no son fácilmente reducibles. Estos parámetros de la relación terapéutica que se dejan fuera, los llamados factores comunes, serían además los que producirían un efecto bien conocido, y es que todas las formas de psicoterapia que se someten a investigación y que disponen de cierta estructura parecen tener un efecto, y que ese efecto es, en muchos casos, comparable a la intervención farmacológica. Ante este panorama, ¿de qué sirve la investigación de la efectividad y eficacia de los tratamientos? Chambless dice que aunque el porcentaje de varianza que explican los factores sea del 30 o del 5 por 100 (que también en esto hay controversia), ¿de qué serviría centrar el interés científico de la investigación en mejorar la relación terapéutica si ningún clínico hace lo contrario (nadie quiere empeorar la relación con el paciente) ni parece posible desarrollar programas que de forma intencionada mejoren la relación terapéutica? (Chambless, 2007). El problema es lo que se hace con esa relación.

Sea como sea, esta controversia entre los tratamientos y los factores comunes no es una discusión sobre si se debe medir cómo funciona la intervención psicológica, sino sobre lo que se debe medir y cómo. Eso es lo que nos interesa hoy aquí.

4. EL IMPACTO Y REPERCUSIÓN DE LOS TRATAMIENTOS EMPÍRICAMENTE APOYADOS

La importancia de la evaluación empírica de los tratamientos tiene también una segunda acepción que está relacionada con la idea de impacto o repercusión. ¿Cuál es la importancia de la evaluación empírica de los tratamientos en este sentido? Algunas de las preguntas podrían ser las siguientes: 1) ¿se han generado guías clínicas para los trastornos psicológicos en las que los tratamientos psicológicos con apoyo empírico sean un componente de relieve?; 2) ¿se están aplicando

tratamientos psicológicos con apoyo empírico en los ámbitos público y privado de la psicología clínica?, y 3) ¿se han establecido programas de formación en el campo de la psicología clínica que entrenen a los futuros psicólogos clínicos en el contenido, metodología y práctica de los tratamientos con apoyo empírico?

La contestación a estas preguntas produce insatisfacción y no promueve el optimismo. En relación con las guías clínicas, no cabe duda de que hay más de las que había. Como ya se apuntaba en una publicación anterior (Fernández-Hermida et al., 2003), el impulso para que aparezcan guías clínicas viene determinado por la necesidad de asignar racionalmente recursos económicos a un ámbito de demanda infinita como el sanitario, y por razones deontológicas, ya que no se justifica que a un paciente se le aplique un tratamiento que no esté basado en razones científicas, ajenas a las preferencias ideológicas o incluso idiosincráticas, del terapeuta. Sin embargo, un simple examen de la manera en que se confeccionan esas guías deja ver algunas lagunas.

Veamos lo que se ha venido publicando en los últimos años en nuestro país. Desde el Ministerio de Sanidad, se han puesto a disposición de los profesionales ocho guías clínicas referidas a trastornos mentales, y otras tres más sobre cuidados paliativos, insomnio en Atención Primaria y obesidad infantil, en las que la intervención psicológica debería tener un papel relevante (GuíaSalud, 2011). Las guías han venido siendo ampliamente recogidas en *Infocop*, una publicación del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, y se ha pedido la opinión a psicólogos expertos para que las valoren.

No hay espacio, ni es el propósito, aquí para hacer un repaso, una por una, de todas las guías. Solamente nos centraremos en dos, por la gran prevalencia de los trastornos que abordan. Empezaremos por la valoración inicial sobre la *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastorno de ansiedad en Atención Primaria* (Infocop, 2009a). En esta evaluación, realizada por Antonio Cano Vindel, conocido experto en trastornos de ansiedad, se empieza diciendo literal-

mente: «Resulta encomiable el esfuerzo del Sistema Nacional de Salud (SNS) por generar estas Guías de Práctica Clínica que resumen la investigación para los profesionales que atienden nuestra salud. Pero es una pena que en el grupo de trabajo de esta guía que comentamos, formado por trece personas, haya tan sólo una que es psicóloga clínica, o que entre las sociedades científicas que han asesorado en la elaboración de la guía no haya ni una sola sociedad científica de psicología, cuando en este campo de los trastornos de ansiedad los mejores resultados terapéuticos se están obteniendo con técnicas psicológicas». Mal empezamos. Y sigue diciendo que en la citada guía (1) no hay muchas revistas de psicología en las referencias; (2) no aparecen muchos términos psicológicos en la bibliografía; (3) no aparecen autores tan relevantes en la clínica de los trastornos de ansiedad como Salkovskis (uno de los autores de la *Guía de práctica clínica para los trastornos de ansiedad* del NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence) o Clark; (4) no se menciona a Chambless ni al Grupo de Trabajo sobre Promoción y Diseminación de Tratamientos Psicológicos Eficaces (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures) de la APA, y (5) no se ha revisado la base de datos de publicaciones científicas más importante de la psicología, PsycINFO. Todo esto no presagia que sea una guía que cuente con referencias psicológicas sólidas.

No es extraño, en este contexto, que la guía se escore hacia los tratamientos farmacológicos. Así afirma Antonio Cano: «No estoy de acuerdo en aplicar un tratamiento farmacológico como primera opción con pacientes diagnosticados con el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de angustia, pero si se diera el caso y no se produce una mejoría después de 12 semanas de tratamiento farmacológico, se debería recomendar la aplicación de otro tipo de tratamiento de eficacia demostrada (i.e., la terapia cognitivo-conductual, y no directamente probar con otro fármaco tal y como recomienda la guía de práctica clínica), ya que existen pruebas que sitúan, por su efecto más duradero, a la terapia cognitivo-conductual

en el primer lugar de los tratamientos. En el caso concreto del tratamiento del trastorno de angustia, los estudios que han combinado la exposición con tratamiento farmacológico no son más efectivos que los que han aplicado terapia cognitivo-conductual (TCC) únicamente. Pero no basta con que un tratamiento sea efectivo, eficiente y eficaz; además de ello, debe causar el menor número posible de tasas de abandono. Hoy en día sabemos que en los casos de trastornos de angustia la farmacoterapia presenta tasas más elevadas de abandono que la TCC, ya sea por los efectos secundarios negativos de los medicamentos o por las atribuciones respecto de cada tratamiento que realizan los pacientes». Pero no se quedan ahí las cosas, ya que continúa diciendo: «Me gustaría saber en qué tipo de estudios se han basado los autores de esta guía para recomendar en la tabla "Técnicas psicológicas de aplicación en nuestro contexto de Atención Primaria para el trastorno de angustia (TA)" lo siguiente: "Como técnicas psicológicas de posible aplicación en Atención Primaria, para reducir la sintomatología ansiosa del trastorno de angustia, se recomiendan: técnicas de relajación, de exposición, de autocontrol, de entrenamiento en habilidades sociales, de autoinstrucciones, de entrenamiento en el manejo de la ansiedad, de distracción cognitiva y detención del pensamiento, de resolución de problemas, de reestructuración cognitiva y de terapia interpersonal"». ¿No podría interpretarse que esta confusión está motivada por el desinterés en recoger este tipo de tratamientos? Sigo citando: «No hay evidencia científica para estas afirmaciones, ni la experiencia clínica, ni siquiera la razón, camina en ese sentido tampoco. Pensamos que se debería especificar a qué se refieren con técnicas de autocontrol. Por otro lado, ¿de qué le sirve a una persona que sufre de trastorno de angustia un entrenamiento en habilidades sociales? No tiene ninguna lógica. La detención del pensamiento, aplicada por sí sola, tampoco ha sido demostrada como una técnica eficaz». Nuestro crítico además protesta contra la inclusión de terapias recomendadas que carecen de cualquier evidencia científica en el tratamiento de los trastornos de ansie-

dad que se abordan en esta guía clínica, tales como las terapias psicodinámicas o el uso de hierbas medicinales. Esta última recomendación nos puede dar una pista para entender la poca importancia, y aquí retomo otra vez el hilo de la discusión, que tienen los tratamientos con apoyo empírico en esta guía.

La segunda guía que vamos a analizar es la *guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto* (Infocop, 2009b). En la evaluación realizada por el profesor de la Universidad de Almería José Manuel García Montes, se aprecia una baja participación de psicólogos y de sociedades científicas en su confección. Nada nuevo con respecto a otras guías. En lo referente a la forma en que se recogen los tratamientos psicológicos, se dice que: «En general, según mi criterio, la función otorgada a los tratamientos psicológicos es bastante pobre. Así, por ejemplo, aun cuando se recoge la conclusión del NICE según la cual la terapia cognitivo-conductual es tan efectiva como los fármacos antidepresivos en la reducción de los síntomas al final del tratamiento y con un mantenimiento de los resultados superior al de los antidepresivos, no aparece expresamente recogida una recomendación de aplicar dicha terapia en cualquier tipo de depresión que tuviera la suficiente entidad; sino que, por el contrario, se dice que “la terapia cognitivo-conductual debería ofrecerse a los pacientes con depresión moderada o grave que rechacen el tratamiento farmacológico o para quienes la evitación de efectos secundarios de los antidepresivos constituya una prioridad clínica o expresen esa preferencia personal” (p. 55). Por cierto que esta recomendación, la sexta, se contradice en parte con la anterior, la quinta, según la cual “en la depresión moderada puede recomendarse un tratamiento farmacológico antidepresivo o bien una intervención psicológica adecuada” (p. 55). ¿Con qué nos quedamos entonces? ¿Es que la terapia cognitivo-conductual no es una “intervención psicológica adecuada”? Y si lo es, ¿qué debemos hacer en el caso de un paciente con depresión moderada? ¿Le recomendamos ya de entrada la terapia cognitivo-conductual o sólo se la ofrecemos si, informado de los

posibles efectos adversos de la medicación, rechaza el tratamiento farmacológico? Parece que los autores de la guía no nos dejan muy clara su recomendación a este respecto y, tal vez, en esta confusión salgan beneficiados los tratamientos farmacológicos frente a los psicológicos sin que existan razones objetivas para ello». Otra vez parece que los tratamientos farmacológicos han salido beneficiados con esta forma de constituir equipos de trabajo y de analizar y exponer la información.

Sobre esta misma guía, uno de sus revisores externos, Carmelo Vázquez, catedrático de Psicopatología de la Universidad Complutense, dice: «Uno de mis empeños en los textos de la guía ha sido poner de manifiesto que las terapias psicológicas (como la cognitiva y cognitivo-conductual, fundamentalmente) han demostrado reiteradamente ser al menos tan efectivas como las farmacológicas. Y, por cierto, uno de los sesgos iniciales de la guía, sutil pero perverso, era exponer implícitamente que el tratamiento de elección es el farmacológico, por defecto, y si el paciente no mejora, entonces se puede recurrir a terapias psicológicas añadidas. Creo que esto se fue corrigiendo en su redacción y al final mejoró sobre borradores previos. Puede que desde el punto de vista del funcionamiento real de los servicios de Atención Primaria en España, y en la práctica totalidad de los países, esta prelación de lo farmacológico sobre lo psicológico sea así. Pero no responde a evidencias científicas sino a situaciones puramente profesionales: si hubiese equipos de psicología en Atención Primaria, no habría razones para que éste fuese el protocolo por defecto. Incluso hay datos, publicados en revistas de psiquiatría norteamericanas, por cierto, que demuestran que la asistencia psicológica en Atención Primaria es a medio y largo plazo más eficaz en términos económicos que la puramente farmacológica» (Infocop, 2009c). Una reflexión muy acertada, a mi juicio. Y es que pone el dedo en la llaga. Si las guías deben hacerse teniendo en cuenta a quién van destinadas, es evidente que los tratamientos psicológicos deberían erradicarse de todas estas guías de Atención Primaria. Sería una

forma más sincera de abordar el problema. No parece razonable esperar que los médicos vayan a responder con tratamientos psicológicos empíricamente apoyados frente a los cuadros de ansiedad y depresión que les lleguen a la consulta. Parece difícil poner un punto final a esta comedia que consiste en fingir que los médicos de Atención Primaria van a utilizar los tratamientos psicológicos como herramienta terapéutica a pesar de que consumen más tiempo, no están formados para entender los problemas mentales como problemas psicológicos y no tienen disposición de usarlos ya que hay una industria detrás que les ofrece una solución más acorde con su formación, posibilidades y perspectivas personales y profesionales. Es más, ¿no se sabe ya que una aproximación de consulta individual psicológica en Atención Primaria es completamente inconveniente y que hay que desarrollar modelos de intervención con un enfoque menos centrado en el despacho y más en la comunidad, más dirigido a los trastornos leves y moderados y menos centrado en los graves? (Clark et al., 2009) El estilo de trabajo médico encaja mal con esas exigencias. Las guías son ciegas a esa realidad y dan la imagen distorsionada de que se tiene en cuenta la evidencia científica para aportar las soluciones cuando en realidad no son más que una forma de cubrir las apariencias de una realidad completamente inclinada a la *realpolitik* de la farmacología.

De todo lo dicho hasta ahora puede obtenerse alguna conclusión: *a)* las terapias psicológicas no impactan, no son importantes en las guías de práctica clínica. Los dos autores que las han criticado inciden en el mismo defecto; *b)* las terapias farmacológicas tienen una preeminencia que no se han ganado en el terreno científico, es decir, en los ensayos clínicos aleatorizados controlados, y *c)* las razones más claras para esta situación son la bajísima representación en los comités de redacción y la casi inexistencia de psicólogos en Atención Primaria, destino esencial de estas guías, tal y como señalaba el profesor Carmelo Vázquez. Cabe señalar a este respecto que estamos ante un círculo vicioso, de clásica retroalimentación negativa para las terapias psicológicas. Como no hay

psicólogos en los dispositivos de Atención Primaria, se postergan en las guías las terapias psicológicas que los médicos no van a aplicar. Esa estrategia manda el mensaje de que no se ignoran, pero que son menos relevantes que las técnicas farmacológicas. Además, si las terapias psicológicas no son importantes en las guías, que son las que marcan la excelencia terapéutica, ¿cuál podría ser la razón para contratar psicólogos? Dicho de otra forma, ¿qué pasaría si las guías excluyeran directamente las terapias psicológicas? Se podría decir, de acuerdo con múltiples estudios y guías de tratamiento, que se dejan fuera, de forma arbitraria, terapias eficaces, y que la razón de que no se incluyan puede ser porque no hay nadie en Atención Primaria que pueda aplicarlas. En consecuencia, se podría exigir que se contrate a quienes las pueden aplicar. El hueco de la omisión sería más claro y explícito. El caso, sin embargo, es que si se incluyen, parece que se aplican, pero, en realidad no se utilizan, porque no hay quien las aplique realmente. De esa manera se justifica que no adquieran mayor relevancia. Pero cualquiera que lea las guías concluirá simplemente que, como se ha comentado antes, los tratamientos prioritarios son los farmacológicos. Luego si eso es así, ¿para qué psicólogos? Así se cierra el círculo.

La segunda pregunta que nos formulamos para valorar la importancia de los tratamientos psicológicos con apoyo empírico es si éstos se están aplicando por parte de los psicólogos clínicos tanto en el ámbito privado como en el público. ¿Cómo podemos responder a esto? Creo que hoy por hoy es imposible de una forma sistemática. No conozco ninguna fuente de información que nos pueda suministrar ese tipo de información.

Desde una perspectiva global he de decir que me intranquiliza lo que veo en Estados Unidos. Debe ser difícil avanzar. Desde los trabajos de la Task Force de la American Psychological Association (Chambless y Ollendick, 2001) a finales del siglo pasado ha pasado ya algún tiempo. Pues bien, Carol D. Goodheart, en su discurso presidencial más diez años después, es decir, en el 2010, vuelve a insistir en que dos de los seis elementos que pueden influir de forma decisiva en la mejora

de la práctica profesional son el uso de la práctica basada en las pruebas y que las intervenciones sigan las guías de tratamiento, dado que éstas traducen los mejores hallazgos científicos en práctica clínica, aportan un marco para la toma de decisiones, ofrecen información sobre los puntos críticos que permiten evaluar los tratamientos y desaniman las prácticas dañinas o inefectivas (Martín, 2010).

En nuestro país, lo primero que hay que decir es que si leemos lo que dice la *Estrategia de Salud Mental*, una fuente oficial del Ministerio de Sanidad que se editó en 2006, al respecto del uso de las guías de práctica clínica (GPC) en los Servicios de Salud Mental de las distintas Comunidades Autónomas, la conclusión no es optimista. Textualmente, se afirma que: «Los protocolos definen el procedimiento adecuado para lograr la máxima continuidad y eficiencia en la atención, y las guías para la práctica clínica definen el contenido de la atención, lo que hay que hacer para obtener el mejor resultado terapéutico en base a la mejor información científica disponible. Con las guías de práctica clínica se pretende maximizar la efectividad y la equidad, con los protocolos la eficiencia, y entre ambos, la calidad global de la atención. Los resultados de una encuesta sobre implantación y utilización de GPC en las Comunidades Autónomas realizada en el marco del proyecto “GuíaSalud” indican que la elaboración y utilización de GPC en salud mental y, sobre todo, en la atención socio-sanitaria, tienen un grado de desarrollo mínimo» (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, p. 91). No he sido capaz de encontrar la encuesta, por lo que hago uso de esta referencia indirecta.

Esta impresión de que existe una baja implantación de las guías clínicas es coincidente con la que se obtiene por el conocimiento directo del funcionamiento de los servicios públicos. Por mi actividad investigadora, estoy estos últimos años en contacto con servicios públicos y privados de atención a drogodependientes. El trabajo investigador sobre la efectividad de los tratamientos requiere normalmente comparar los resultados del programa que se quiere comprobar con lo que se

está haciendo. De ahí se puede obtener una idea de los tratamientos psicológicos que se aplican en algunos centros sanitarios de nuestro país. Esa visión es una impresión, y esos datos no pueden ser considerados nada más que anecdóticos, y, por tanto, el alcance de lo que digo es meramente especulativo. Pero, aun así, resulta muy preocupante que la percepción general que se obtiene es que los psicólogos continúan realizando su trabajo siguiendo mayoritariamente su saber e intuición profesional, sin más control que el que viene determinado por un creciente encorsetamiento burocrático de su trabajo. En la mayoría de los casos resulta casi imposible establecer si existe algún tipo de protocolo de tratamiento estándar. Además, los rigores burocráticos (e.g. número de primeras consultas que se deben ver al día, número de pacientes que se ven al día, etc.) parecen tener preeminencia sobre las necesidades clínicas. Así, no es nada extraño que se pauten intervenciones psicológicas con una periodicidad claramente absurda, por ejemplo, sesiones de media hora cada mes, en pleno proceso de intervención de un problema agudo, o que desde la sesión de primer contacto hasta el comienzo de la fase de evaluación pasen dos meses.

De lo que sucede en el sector privado nada puede decirse porque por su propia naturaleza no es un mundo abierto al control y a la supervisión. La psicología privada vive enfrentándose a la necesidad de captar pacientes, pero ese condicionante no supone necesariamente que su práctica esté más cerca de la excelencia. Desde una perspectiva amable, podríamos establecer que para subsistir, la actividad privada debe mantener un continuo compromiso entre la excelencia terapéutica y la rentabilidad que haga deontológica y económicamente viable la práctica profesional.

Creo que no es posible argumentar que por tener la necesidad de captar pacientes deben necesariamente seguir los protocolos más efectivos y eficientes, porque no es verdad. Sabemos que existe un público para todo, y la clave del éxito a veces es encontrar lo que necesita un segmento de ese público que no tiene las necesidades satisfechas. A eso me refería previamente cuando decía

que la psicología avanzaba desde una práctica social hacia una práctica científica. Basta ver la oferta tan extensa de tratamientos que se ofrecen desde el ámbito privado, algunos de ellos claramente proscritos de cualquier guía clínica seria, para tener una ligera noción de lo que está pasando. Como se decía en nuestro artículo antes citado, y en este aspecto da igual hablar de sector público o privado: «Las razones para tal diversidad terapéutica son de diversa índole y profundidad... el desarrollo de ese bosque terapéutico se produce en la tierra abonada de una sociedad occidental crecientemente rica y urbana, que demanda servicios terapéuticos profesionales que alivien los efectos que las transformaciones económicas y sociales han tenido en la vida de las personas y en sus apoyos sociales tradicionales, como la comunidad y la familia. Dentro de ese contexto, los patrocinadores de escuelas psicoterapéuticas han venido de múltiples sitios (medicina, trabajadores sociales, psicólogos, clérigos) sin que haya existido más ley que la de hacerse un hueco en la oferta de soluciones» (Orlinsky, 1989). Sin embargo, de forma paralela, hay un creciente interés en desarrollar una profesión psicoterapéutica que ha empezado por conformar complejos y, generalmente, costosos procedimientos de formación y acreditación en cada escuela teórica. Esta combinación de actividad profesional con múltiples orígenes ligados a la práctica junto con un creciente coste en formación y acreditación dibuja un cuadro que explica la resistencia de los clínicos a un enfoque psicoterapéutico unificado, apoyado en las pruebas empíricas y, por tanto, flexible a lo que va indicando la investigación» (Fernández-Hermida et al., 2003, p. 20).

Sean cuales sean las razones, la falta de un sistema de control es hoy por hoy un gran hándicap para conocer la actividad clínica, bien sea pública o privada. Es muy posible que sea absurdo exigir unos estándares de calidad a la intervención terapéutica sin que se acepte que hay que tener algún sistema para verificar esos estándares de calidad. Por ejemplo, una historia clínica normalizada que sea un testigo adecuado de lo que se hace, cuándo se hace y por qué se hace. Hay enor-

mes resistencias que parece que no se pueden vencer en el sistema público, así que imaginemos lo que pasaría si se exige la extensión de este modelo de control al sector privado.

Por supuesto, la idea general parece ser que, en cada despacho, el psicólogo clínico es el rey, y, en consecuencia, nadie discute el enfoque con el que aborda el problema, todo ello en aras a mantener la libertad del clínico a la hora de enfocar la solución del problema del paciente. Hay algunas razones para esta situación. Sobre este tema, ya decíamos que «hay una tradición firmemente consolidada de dar preeminencia a la observación y al juicio clínico frente al conocimiento surgido del método científico (Elliot y Morrow-Bradley, 1994). Para Garb los clínicos no prestan atención a la investigación empírica cuando los descubrimientos contradicen su propia experiencia clínica. Esta tendencia es tan marcada, que estos profesionales están poco habituados a ejercer una disciplina metodológica sobre sus propias observaciones, por lo que no es infrecuente que cometan errores cuando intentan aprender de sus propias experiencias (Garb, 1998, 2000). Además, habría otros dos motivos para esta resistencia. No es tarea fácil aprender un gran número de intervenciones diferentes, muchas veces basadas en supuestos distintos, para las diversas patologías, lo que contrasta con la situación actual en la que un mismo enfoque es utilizado una y otra vez sin que existan variaciones que puedan considerarse sustanciales. Otro motivo vendría determinado por la preservación de la autoestima y la reducción de la disonancia en el propio clínico. Puede ser duro tomar conciencia de que se ha estado haciendo algo cuya utilidad real ha sido puesta en tela de juicio, por lo que una manera simple de eludir el problema consiste en desvalorizar la comprobación empírica de la eficacia de la terapia». Este asunto, el de la libertad del psicólogo clínico para definir su actuación al margen de imposiciones, es el centro de las preocupaciones de algunas asociaciones del sector (ANPIR, 2005). No es extraño. Pero no se orienta esa preocupación en el sentido que estamos ahora discutiendo. Aunque, en términos

generales, la batalla está bastante ganada, no es aún imposible encontrar que, en algunos servicios y territorios de este país, la intervención del psicólogo está condicionada a la petición del médico, con lo que esto supone de reducción de autonomía. Estaríamos en esto aún oyendo el eco de situaciones pasadas cuando las funciones de los psicólogos todavía estaban circunscritas prioritariamente al psicodiagnóstico. Como ya he dicho, se ha avanzado, pero aún hay problemas, y eso justifica la atención que prestan las asociaciones de psicología clínica a esta cuestión. Pero que no se hable sobre la forma en la que los psicólogos clínicos abordan la práctica profesional no resta ni un ápice a la gravedad de lo que probablemente esté pasando en el sector de la asistencia en psicología clínica, sea público o privado, a tenor de las observaciones anecdóticas que hemos comentado más arriba. En este asunto cabe decir que por mucho que hagamos para elaborar guías clínicas o aumentar la formación de los psicólogos, es necesario que, de manera conjunta, se establezcan métodos de control de calidad. Se podría empezar por el sector público y concertado. Es una propuesta.

La última pregunta sobre la importancia de la repercusión de los tratamientos empíricamente apoyados interrogaba sobre su presencia en los planes de formación de los psicólogos. Hoy en día los psicólogos que pueden aplicar este tipo de tratamientos son los que tienen la especialidad de psicología clínica y aquellos licenciados en psicología o graduados en el ámbito de la psicología, que cumplen una serie de condiciones establecidas por la ley¹. Teniendo en cuenta estas limitaciones, lo que tiene sentido es analizar el plan de formación de los especialistas en psicología clínica, que puede obtenerse en el Ministerio de Sanidad, y a continuación hacer una somera valoración de los programas de los másteres de psicología clínica que hay funcionando en España.

Esto último cubre sólo una pequeña parte de la posible varianza que podamos encontrar en los profesionales licenciados (aún no hay graduados), debido a la extrema heterogeneidad en la que nos movemos de acuerdo con lo que establece la normativa legal que comentamos antes.

En el plan de formación de la especialidad, que puede obtenerse en: http://www.msc.es/profesionales/formacion/docs/Psicologia_C.pdf, se establece claramente entre los objetivos generales de la formación:

«Capacitar a los psicólogos clínicos en formación para el desempeño de las tareas propias de evaluación, diagnóstico, intervención y tratamientos psicológicos, de la manera más eficaz y eficiente posible, atendiendo a los máximos estándares de calidad científica disponibles en cada momento».

Y entre los objetivos específicos, «durante su periodo de formación, el psicólogo clínico debe adquirir, según los principios basados en la mejor evidencia científica disponible en cada momento, los conocimientos, actitudes, habilidades y competencias necesarios para utilizar de forma eficaz y eficiente las técnicas y procedimientos de intervención contrastados y adecuados a la problemática que presente un paciente individual, o un grupo, y teniendo en cuenta los factores individuales y sociodemográficos específicos».

Todo ello dentro de un programa de formación que, en lo que se refiere a la psicoterapia y el tratamiento psicológico, debe cubrir los dos tópicos siguientes, entre otros más generales:

- Eficacia terapéutica y análisis de la eficacia diferencial de las terapias psicológicas.
- La eficacia de los tratamientos psicológicos, los tratamientos farmacológicos y los tratamientos combinados.

de un máster oficial con directrices propias. Aún no se conocen esas directrices, por lo que nada se puede decir sobre los contenidos de esa formación.

¹ Con fecha 4 de octubre de 2011 se ha publicado la Ley 33/2011 General de Salud Pública, que en su disposición adicional séptima crea la profesión de Psicólogo General Sanitario y estipula que el acceso a esa profesión se hará a través

Está muy bien. De forma sistemática, el programa se refiere a las intervenciones psicológicas, no tanto por escuelas, salvo alguna aislada mención a los tratamientos cognitivo-conductuales, cuanto por su efectividad o eficacia. Así, cuando se habla de lo que debe hacer el residente dentro del programa de atención a la salud mental comunitaria, ambulatoria y de soporte a Atención Primaria, se especifica que los objetivos son:

- Conocer, aplicar y valorar la eficacia de programas de psicoterapia y procedimientos de intervención y tratamiento psicológicos, en los niveles individual, familiar y de grupo.
- Adquirir conocimientos, habilidades y experiencia en el manejo clínico y seguimiento de casos con trastornos crónicos.
- Conocer y, en su caso, aplicar las guías clínicas nacionales e internacionales para el abordaje de los trastornos mentales y del comportamiento.

Como se puede ver, en este caso los tratamientos psicológicos que tienen apoyo empírico y las guías de tratamiento que conducen la actividad del clínico constituyen una parte central del programa de formación.

Sin embargo, tal excelente programa de formación adolece, a mi juicio, de un gravísimo problema. No tiene un sistema de control eficaz de que esos contenidos son enseñados, utilizados y aprendidos. Digo esto a pesar de que existe un Libro del Residente que pretende ser un registro individualizado de la realización del plan de formación, aunque me temo que su impacto va a ser más administrativo que formativo, sin que se prevean otros sistemas de control para reforzar la supervisión. En este sentido, cabe suponer que los psicólogos internos residentes (PIR) que se distribuyen por los dispositivos de Salud Mental del país acaban empapados de la forma de pensar y actuar que perciben en las redes de salud mental en las que tienen que hacer su aprendizaje. Si esto es cierto, y si la implantación de las guías clínicas es escasa, entonces ¿qué es lo que nos

debe hacer pensar que esos contenidos relacionados con tratamientos efectivos, eficaces y eficientes han sido enseñados y exigidos por tutores que no los practican?

Nadie parece haber investigado cómo se están formando de forma efectiva los especialistas, si las condiciones reales y concretas en las que se desenvuelve su formación son equiparables a las de otros especialistas y si los resultados que se obtienen están acordes con lo que se esperaba y con lo que, según el estado del arte de nuestra ciencia y profesión, sería esperable. Si no podemos contestar esto con seguridad, es difícil saber si lo que está en el papel del plan de formación ha pasado realmente al especialista en ciernes.

Sin embargo, en relación con la formación de especialistas, sí hay algo que debemos decir, y tiene que ver con la figura del tutor. Salvo rarísimas excepciones, la investigación psicológica en este país reside en las universidades. Todos los que estamos en los consejos de dirección de revistas de psicología sabemos que esto es así. Apenas llegan originales producidos por psicólogos profesionales. Como todos sabemos, en psicología no hay conexión entre el mundo académico y el profesional, así que es bastante frecuente que muchos catedráticos y titulares de asignaturas clínicas hagan investigación mediante convenios con centros, o acuerdos con psicólogos profesionales, pero es seguro que casi ninguno, por no decir ninguno, figura como tutor PIR. Por otra parte, salvo rara excepción (¡algunas existen y son muy notables!), los tutores son psicólogos profesionales a los que la investigación no les proporciona apenas ventaja comparativa alguna en su carrera profesional, y por tanto no hacen investigación, no tienen presión para estar al día y se forman por medio de métodos poco exigentes intrainstitucionales, con una función que yo diría que, en muchos casos, es más ritualista que real. Si queremos mejorar la formación PIR, es necesario que la figura del tutor fuera más sensible al desarrollo e innovación profesionales. Creo que estaría bien que se exigieran unos requisitos mínimos para ser tutor, tales como ser doctor y tener un número mínimo de publicaciones de cierta calidad. Una medida de este tipo podría

mejorar las posibilidades de que los contenidos del plan de formación pudieran ser algo más que un mero acto administrativo en el Libro del Residente, y tuvieran un firme respaldo en la realidad.

Si es difícil juzgar lo que sucede en el campo de la formación de los especialistas, la tarea es casi imposible si tenemos que emitir un juicio sobre lo que sucede en el amplio y vasto mundo de la formación a través de másteres universitarios.

Si buscamos másteres universitarios en la web del Ministerio de Educación y Ciencia que cuenten en su título con la expresión psicología clínica o psicología de la salud, pueden encontrarse 11. Esto es evidentemente una restricción en la búsqueda, pero es muy posible que los resultados sean representativos del resto. De éstos, si se analizan los programas, pueden encontrarse los dos siguientes grupos:

1. Se informa explícitamente de que se aportará conocimiento de los diversos enfoques terapéuticos, sin que se incluya en los objetivos ni en la descripción de la asignatura alguna expresión que haga referencia a tratamientos con apoyo empírico o a mejorar el conocimiento de las guías de tratamiento.
2. Se aporta conocimiento principalmente de un enfoque terapéutico (fundamentalmente terapia cognitivo-conductual), sin que se incluya en la descripción de la asignatura alguna expresión que haga referencia a tratamientos con apoyo empírico o a mejorar el conocimiento de las guías de tratamiento.

Como puede verse, el impacto de la investigación sobre eficacia de los tratamientos y de las guías clínicas, como las del NICE, para no citar otras, es muy posible que sea detectable en un nivel de análisis más bajo que el de programa (e.g. en el desarrollo de las asignaturas ligadas al tratamiento), pero no podemos estar contentos en cómo se refleja la importancia de los tratamientos con apoyo empírico en los objetivos y programas de los másteres.

5. CONCLUSIONES

La relevancia de los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados aún no está exenta de controversia aunque se reduce el número de los que se sitúan en la franca resistencia. Sin embargo, su impacto en las guías de tratamiento o en el ejercicio profesional parece aún reducido o escaso. La importancia de los tratamientos empíricamente apoyados en la formación de los psicólogos es altamente discutible. No resulta evidente que esta materia haya ganado espacio de forma definitiva en la psicología clínica que se enseña, aunque hay signos alentadores, tal y como se ha podido comprobar con el programa formativo de la especialidad.

El conjunto de reflexiones que hemos hecho sobre la importancia del impacto que los tratamientos apoyados empíricamente han tenido en la práctica clínica general, y en la actividad y la formación de los psicólogos clínicos, nos lleva a una pregunta. ¿Cuánto tiempo podremos vivir con la inocencia de creer que podemos predicar que la psicología clínica es una práctica científica y a la vez constatar una y otra vez que la importancia de esa aseveración no se traduce en cambios radicales sobre las prácticas de intervención sanitaria, sobre la forma de trabajo de los psicólogos clínicos y sobre la formación de los futuros profesionales?

La situación actual nos sugiere dos posibles conclusiones. Podemos concluir, en primer lugar, que hacen algunos, que la metodología de análisis actual hace imposible determinar la eficacia de un tratamiento psicológico, que todo este aparataje metodológico está ligado a ciencias naturales ajenas a la nuestra y que, por tanto, todo lo que se escribe o afirma sobre este asunto carece de toda lógica psicológica y que ésa es la principal razón por la que todo este movimiento sobre los tratamientos empíricamente apoyados carece de verdadera implantación en el ámbito aplicado. Admitámoslo, hay una confusión terrible. De mano, para los detractores del movimiento de los tratamientos basados en las pruebas empíricas, los psicólogos clínicos tienen que actuar en un

contexto que es refractario a los diagnósticos depurados de los grupos experimentales (con condiciones ideales para poder interpretar mejor los efectos), a las prácticas terapéuticas manualizadas, a la idea simplista de que lo que importa es lo que hacemos y no tanto quién lo hace o dónde se hace (importa conocer la fidelidad al tratamiento más que saber cuál es su significado para el cliente), o a los criterios de mejoría simplistas basados en unos pocos indicadores. ¿No nos dice la literatura que casi todos los tratamientos psicológicos son eficaces, cuando se someten a evaluación? En la depresión, concretamente, da igual la terapia cognitivo-conductual, un tratamiento de apoyo no directivo, el mucho más directivo tratamiento de activación conductual, el tratamiento psicodinámico, la psicoterapia interpersonal o el entrenamiento en habilidades sociales —sic— (Cuijpers, Van Straten, Andersson y Van Oppen, 2008). ¿No es este resultado muy chocante, si queremos tener un sistema que nos sirva para discernir entre supuestos teóricos, técnicas, estrategias de tratamiento, procedimientos de evaluación o cualquier otro aspecto de una ciencia del comportamiento? Y la solución no creo que esté en los factores comunes. Aunque se hable de factores comunes para explicar los resultados, entre los que destacamos la relación terapéutica, ¿qué podemos decir de la efectividad de una técnica terapéutica como la terapia de sesgo cognitivo (Wiers, Eberl, Rinck, Becker y Lindenmeyer, 2011) que se hace frente a un ordenador, y sin terapeuta a la vista?, o de los resultados a doce meses en el tratamiento de un trastorno comórbido de abuso de sustancias y depresión, que son idénticos para la terapia cognitivo-conductual en vivo, llevada a cabo por un terapeuta, que los que se obtienen a través de un programa de ordenador (Kay-Lambkin, Baker, Lewin y Carr, 2009).

Tal parece que se nos escapa algo en los estudios en los que evaluamos la efectividad de los tratamientos psicológicos. No parece relevante lo que se hace, la teoría según la cual se hace, ni tampoco la relación del terapeuta con el cliente. Claro, todo dentro de ciertos límites. Nadie espera resultados si buscamos tener una mala relación

terapéutica o le decimos al cliente que lo que va a hacer no vale para nada. Aunque ni siquiera esto último se puede defender con toda certeza. En un reciente estudio se ha podido demostrar que el placebo tiene efectos positivos, a pesar de que se advierta de su naturaleza a quien lo recibe (Kaptchuk et al., 2010).

Resulta especialmente ingenuo hacer inventarios de pruebas clínicas aleatorizadas o metaanálisis que parecen decirnos cosas contrapuestas sobre la naturaleza de los tratamientos efectivos en patologías seleccionadas para pruebas experimentales. Creo que debemos pensar adónde nos conduce todo este despliegue de medios técnicos que sirve para casi todo lo que quiera el que lo utiliza.

Sin embargo, por el contrario, no es posible volver a la situación previa a la emergencia de este movimiento para la evaluación de los tratamientos. ¿Quién estaría dispuesto a financiar los tratamientos psicológicos frente a unos tratamientos farmacológicos para los trastornos mentales, no menos sumidos también en una terrible confusión pero con una industria e intereses en perfecta disposición de batalla?

La otra posible conclusión es que no importa lo que avancemos en la efectividad de los tratamientos psicológicos, pues nunca serán dominantes en un contexto clínico en el que el modelo predominante, y las técnicas que produce, estarán siempre por encima de las pruebas y la investigación. Aquí, las preguntas que deben hacerse son si, en el sistema público, los psicólogos tienen alguna posibilidad de aplicar tratamientos psicológicos, que tengan mínimamente ese nombre, dada la presión del sistema para aplicar tratamientos farmacológicos y evaluar los resultados de acuerdo con modelos médicos y no psicológicos. No nos engañemos, los psicólogos clínicos son actores secundarios y no parece que puedan adquirir otro papel. Como ya he dicho anteriormente, la presión asistencial, la forma en que se estructura la asistencia, los mecanismos de evaluación de ésta, su condición minoritaria en los servicios, todo está conspirando para que les resulte muy difícil adquirir relevancia en la asis-

tencia. Lo peor, sin embargo, es que, en muchos casos, parecen estar ajenos (alienados) a esta situación y se conforman con una situación laboral personal que puede ser considerada privilegiada, dado el contexto laboral en el que nos encontramos, con un exceso de oferta y una reducidísima demanda de psicólogos por parte del sistema público.

En el sector privado, la precariedad y la baja exigencia profesional no auguran nada bueno. No hay en nuestro país, ni en el sector público ni en el privado, nada que exija la formación y la actualización. Sin embargo, el sector privado permite que se cree un nicho profesional de psicólogos clínicos que puedan satisfacer la demanda de tratamientos psicológicos bien elaborados y aplicados. Aunque, dado el *zeitgeist* de nuestra época y el liderazgo del sector público en la prestación de servicios, no creo que ese pequeño sector pueda generar un modelo dominante.

Estamos ante el fin de la inocente creencia de que los psicólogos clínicos nos sentimos cómodos dentro del gran carril de la ciencia y que los tratamientos basados en la evidencia son una realidad en la psicología clínica actual. Tenemos que esforzarnos por generar una metodología y una ciencia psicológica que nos permitan avanzar y progresar, dejando a un lado el conocimiento falso o irrelevante, y quedándonos con el que es cierto y nos permite construir una ciencia del comportamiento. La desigual importancia de la evaluación de los tratamientos psicológicos para la ciencia psicológica, tal y como hemos mostrado, apunta directamente a la necesidad tanto de replantearnos nuestro modo de hacer ciencia como de llevar y aplicar el conocimiento en la práctica clínica.

No hay razón alguna para sentirnos cómodos. Es de esperar que si desarrollamos una psicología basada en firmes presupuestos científicos, aún no sea tarde para consolidar una profesión cuyo horizonte no está, ni mucho menos, despejado.

REFERENCIAS

- ANPIR (2005). Los psicólogos/as clínicos/as en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en <http://www.anpir.org/documentos/anpirpcsn.pdf>.
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R. y Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 910-920.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G. y Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922.
- Chambless, D. L. (2007). Psychotherapy Research and Practice: Friends or Foes. *PsycCRITIQUES*, 52(1), article 5.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Elliot, R. y Morrow-Bradley, C. (1994). Developing a working marriage between psychotherapists and psychotherapy researchers: Identifying shared purposes. En P. F. Tally, H. H. Strupp y S. F. Buttler (eds.), *Psychotherapy research and practice: Bridging the gap*. Nueva York: Basic Books.
- Fall, R. M. (1991). Manifiesto for a science of clinical psychologist. *The Clinical Psychologist*, 44(6), 75-88.
- Fernández-Hermida, J. R., Pérez-Álvarez, M., Fernández-Rodríguez, C. y Amigo-Vázquez, I. (2003). El fin de la inocencia en los tratamientos psicológicos. Análisis de la situación actual. En M. Pérez-Álvarez, J. R. Fernández-Hermida, C. Fernández-Rodríguez y I. Amigo-Vázquez (eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I. Adultos* (pp. 17-34). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgement research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Garb, H. N. (2000). On Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. *Prevention & Treatment*, 3(1).
- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E. y Sternberg, R. J. (eds.) (2006). *Evidence-Based Psychotherapy: Whe-*

- re Practice and Research Meet*. Washington, DC: American Psychological Association.
- GuíaSalud (2011). Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en <http://portal.gujasalud.es/web/guest/catalogo-gpc>.
- Kaptchuk, T. J., Friedlander, E., Kelley, J. M., Sanchez, M. N., Kokkotou, E., Singer, J. P. et al. (2010). Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome. *PLoS ONE*, 5(12), e15591.
- Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J. y Carr, V. J. (2009). Computer-based psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use: a randomized controlled trial of clinical efficacy. *Addiction*, 104(3), 378-388. doi: ADD2444 [pii 10.1111/j.1360-0443.2008.02444.x.
- Martin, S. (2010). Essentials for improving practice. *Monitor on Psychology*, 41, 26.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Disponible en http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf.
- Orlinsky, D. E. (1989). Researchers' Images of Psychotherapy: Their Origins and Influence on Research. *Clinical Psychology Review*, 9, 413-441.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Rodríguez, C. y Amigo-Vázquez, I. (eds.). (2003a). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I. Adultos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Rodríguez, C. y Amigo-Vázquez, I. (eds.). (2003b). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. II. Psicología de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Rodríguez, C. y Amigo-Vázquez, I. (eds.) (2003c). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. III. Infancia y adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Infocop (2009a). Valoración de la GPC para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria. *Infocop Online*. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2364.
- Infocop (2009b). Valoración de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. *Infocop Online*. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2348.
- Infocop (2009c). Una guía debe recoger la mejor evidencia, sin voluntarismos y sin sesgos. Entrevista a Carmelo Vázquez. *Infocop Online*. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2226.
- Rotter, J. B. (1971). On the evaluation of methods of intervening in other people's lives. *The Clinical Psychologist*, 24, 1-2.
- Society for Humanistic Psychology (n.d.). Society for Humanistic Psychology. Division 32 of the American Psychological Association, 2011. Disponible en <https://sites.google.com/a/societyforhumanisticpsychology.com/home/>.
- Task Force for the Development of Practice Recommendations for the Provision of Humanistic Psychosocial Services (2001). Position Statements. Empirically Supported Treatments: Recommended Principles and Practices 2011. Disponible en <https://sites.google.com/a/societyforhumanisticpsychology.com/home/home/position-statements>.
- Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E. S. y Lindenmeyer, J. (2011). Retraining Automatic Action Tendencies Changes Alcoholic Patients' Approach Bias for Alcohol and Improves Treatment Outcome. *Psychological Science*, 22(4), 490-497.

La invención de los trastornos psicológicos y sus implicaciones para la validación de tratamientos

2

MARINO PÉREZ ÁLVAREZ

1. INTRODUCCIÓN

Probablemente, las dos cuestiones más importantes que en los últimos tiempos se ciernen sobre los trastornos psicológicos, psiquiátricos o mentales tienen que ver con su naturaleza y con la eficacia de los tratamientos. Respecto a la naturaleza, la cuestión se plantea en si los trastornos psicológicos son entidades naturales, ahí dadas, como se supone que lo son las enfermedades propiamente médicas, o si son entidades interactivas, prácticas, susceptibles de ser conformadas por las propias prácticas clínicas, sociales y culturales. Esta cuestión tiene su *punto crítico* en la noción de invención aplicada a los trastornos psicológicos. Por su parte, la cuestión de la eficacia de los tratamientos se plantea en relación con el movimiento de los tratamientos empíricamente apoyados, si su lógica y hallazgos son la última palabra y frontera de las terapias psicológicas. Con su validación, ¿se ha llegado al «fin de la historia» de los tratamientos psicológicos? El movimiento de los tratamientos empíricamente apoyados no es o no debe ser indiferente a la cuestión de la naturaleza de los trastornos, si son entidades naturales o interactivas. La noción de invención concentra esta cuestión, según se utiliza en el libro *La invención de los trastornos mentales* (González Pardo y Pérez Álvarez, 2008). La noción de invención tiene aquí un doble sentido: como crítica y como tesis ontológica. Ambos sentidos conciernen a la validación de los tratamientos psicológicos.

2. SENTIDO CRÍTICO DE INVENCION

El sentido crítico de invención se refiere principalmente al procedimiento de la industria y el marketing farmacéutico por medio del cual han convertido problemas de la vida en trastornos mentales como si fueran unas enfermedades más cualesquiera. El ejemplo paradigmático es la conversión de la timidez en la fobia o ansiedad social, descaradamente, para comercializar un preparado (Paxil, Serosat) (véase Lane, 2010). Por así decir, se ha preparado un trastorno como nicho comercial para colocar un preparado farmacéutico. El trastorno de pánico es otro ejemplo notable, en este caso, entresacando ciertos síntomas de la ansiedad de mayor componente psicossomático y más sensible a la medicación (Xanax, Trankimacín). De hecho, la ansiedad se ha repartido en el DSM-IV-TR en más de una docena de trastornos: crisis de angustia (ataque de pánico), agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, agorafobia sin trastorno de angustia, fobia específica, fobia social (ansiedad social), trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés post-traumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

La depresión, aunque registrada desde finales del siglo XIX, no ha alcanzado cotas epidémicas hasta finales del siglo XX, a partir de 1987, el año

de la promulgación del DSM-III-R y del lanzamiento del Prozac. La explosión de la depresión ha dado lugar también a una variedad de trastornos, siete o más según que el recuento sea más o menos exhaustivo. Así, hay: episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto, episodio hipomaniaco, trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002). Aparte estaría la última gran manía de la invención de trastornos, ya propagada social y clínicamente, como es el éxito internacional del trastorno bipolar, a su vez: I, II, ciclotímico y no especificado (Healy, 2006).

La cuestión es: ¿son todos estos trastornos entidades naturales, ahí dadas en el mundo? ¿Este sistema de clasificación diagnóstico y estadístico describe la realidad o acaso tanto o más la prescribe? ¿Hay que diseñar y validar tratamientos específicos para cada uno de ellos? ¿Por qué los tratamientos, empezando por la medicación para la que algunos trastornos fueron inventados ad hoc, no respetan los diagnósticos?

Esto lleva la noción de invención al «punto crítico» acerca de la naturaleza de los trastornos. Lo anterior no quiere decir que los trastornos no sean hechos *reales*, lo que se plantea es cómo son *hechos reales*, cómo llegan a ser los fenómenos experienciales, cognitivos y comportamentales que son.

2.1. Sentido ontológico de invención

Aquí entra la invención como tesis ontológica, acerca de qué tipo de cosa son los trastornos psicológicos, psiquiátricos o mentales. La tesis es que los trastornos psicológicos, más que supuestas entidades o tipos naturales con que se presentan, son entidades interactivas o tipos prácticos, en función del trato, tratamiento, concepción e interpretación que se tenga de ellos, o de los problemas de la vida de que derivan, en los contextos clínicos y sociales.

Mientras que las entidades naturales son diferentes a las interpretaciones que se tengan de

ellas, las entidades interactivas son influenciadas por las maneras en que se conciben, interpreten y se trate con ellas. Así, por más que se piense del agua que es una bendición y se bendiga, no por eso se convierte en agua bendita. Por más que a un caballo se le llame «burro», no le afecta como para sentirse y comportarse como un «burro». Pero si a un niño o a cualquiera se le llama «burro», puede cambiar su manera de ser y el concepto de sí mismo, por ejemplo, adoptando el papel asignado o reaccionando contra él. Algo parecido ocurre si se dice que es inquieto, revoltoso, «hiperactivo», que tanto como describir su forma de ser la conforma e inculca de alguna manera. Las concepciones culturales y lo que uno piensa acerca del azúcar en sangre, de la insulina y de lo que supone ser «diabético» no le convierten a uno en diabético, pero las concepciones culturales y lo que uno piensa de la tristeza y miserias de la vida pueden convertirse en «depresión», que es lo que ha ocurrido en tiempos del Prozac. La timidez concebida como defecto y problema a solucionar en vez de como característica de personalidad se ha convertido en «ansiedad social», y ha dejado de ser un estilo e incluso una estrategia interactiva para ser todo un problema psicológico tratable con medicación y también con terapia psicológica. La misma psicosis no estaría exenta de estas interacciones debidas a la cultura, las prácticas sociales, las concepciones clínicas, los tratamientos o sistemas de ayuda y, en fin, las propias interpretaciones y formas de vivir las crisis personales y experiencias anómalas, lo que seguramente explica el distinto pronóstico de la esquizofrenia según se dé en un país en desarrollo (con mejor pronóstico) o en uno de desarrollo avanzado (con mayor tendencia a la cronificación o, por así decir, con una esquizofrenia más desarrollada) (González Pardo y Pérez Álvarez, 2008).

La cultura a través de la conducta de los individuos puede modular la propia estructura y funcionamiento neuronal, gracias a la plasticidad cerebral. Así, aun las condiciones neurobiológicas son susceptibles de ser influidas por la cultura y la conducta. Y es que el cerebro es tanto o más

variable dependiente que variable independiente o supuesta causa de los trastornos, como se argumenta en el libro *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura* (Pérez Álvarez, 2011a). Tendríamos que hablar aquí de un posible *bucle neuropsicológico* en función del cual circunstancias de la vida y comportamientos motivados por ellas pueden modificar el cerebro, que a su vez predispone al comportamiento que mantiene tales circunstancias. Pero la cuestión está en que tanto la causa como el remedio son cosa del comportamiento, la única manera de salir del bucle, mejor en todo caso que la sedación farmacológica.

Sabido esto: *a*) que los trastornos son entidades interactivas en vez de entidades naturales y *b*) que hasta el mismo cerebro es más variable dependiente que independiente, ¿qué hacer?

3. ¿QUÉ HACER SI LOS TRASTORNOS SON INTERACTIVOS Y EL CEREBRO ES PLÁSTICO?

La cuestión no está, seguramente, en conformarse con ir validando tratamientos psicológicos al hilo de la invención de trastornos por parte de la industria farmacéutica o de las instancias que tengan poder para hacerlo. Mientras la situación se mantenga, será todavía necesario responder y seguir ofreciendo tratamientos competentes y competitivos con respecto a la medicación. Pero lo que cabe esperar de los tratamientos psicológicos es más que medirse con la medicación. El camino recorrido por el movimiento de los tratamientos eficaces no ha podido ser otro que medirse con la medicación, porque si no sería como estar fuera del mapa. Pero, como se dice en el último capítulo de la *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III* (Pérez Álvarez et al., 2003), la tarea futura de los tratamientos psicológicos no debería consistir en una mimetización del modelo médico.

El inexcusable y encomiable camino recorrido por el movimiento de los tratamientos empíricamente apoyados puede, con todo, acarrear dos consecuencias problemáticas, quizá inevitables

para llegar aquí pero criticables como destino de la psicología clínica, a saber: una es la adopción del modelo médico de terapia psicológica, y otra, la medición de la eficacia más por la reducción de síntomas en analogía con la medicación (ansiolítica, antidepresiva, antipsicótica) que por logros positivos y fortalecimiento de la persona, etc.

El modelo médico de la terapia psicológica se reconoce o reconocería, si se quiere ver así, sobre todo, en la terapia cognitivo-conductual, prototípicamente el modelo cognitivo de Beck. Si se consideran estos cuatro aspectos: la explicación, el mecanismo patógeno, las técnicas y el criterio de eficacia, se vería que la terapia cognitiva se corresponde punto por punto con el modelo médico, para el caso el modelo psiquiátrico psicofarmacológico. Allí donde el modelo psicofarmacológico habla de estructuras cerebrales, el cognitivo habla de estructuras cognitivas; allí donde el modelo psicofarmacológico habla de «averías internas», típicamente «desequilibrios neuroquímicos» y «circuitos defectuosos», el cognitivo habla de «esquemas depresógenos», «esquemas del pánico», etc.; allí donde el modelo psicofarmacológico habla de medicación supuestamente específica (ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos), el cognitivo habla de técnicas igualmente específicas (reestructuración cognitiva para esto y lo otro), y, en fin, allí donde el modelo psicofarmacológico habla de eficacia, consistente en reducción de síntomas, el cognitivo habla también de eficacia, consistente en reducción de síntomas en una serie de escalas (Beck, Hamilton, etc.), a menudo las mismas de la medicación por mor de la comparación. Supuesto que la adopción del modelo médico como identificación de las terapias psicológicas no sea la aspiración última ni tampoco inevitable, ¿qué hacer?

¿Qué hacer frente a la mimetización del modelo médico? Frente al modelo médico se propondrían dos cosas: *a*) una crítica de la medicalización de los problemas de la vida y de la propia psicología tocante al modelo médico de terapia psicológica y *b*) una alternativa funcional-contextual.

4. CRÍTICA A LA MEDICALIZACIÓN Y SUPERACIÓN DEL PENSAMIENTO EN MECANISMOS

La crítica de la medicalización tiene hoy dos frentes principales: la invención de trastornos debida a la industria farmacéutica y el cerebrocentrismo que nos invade.

La invención de los trastornos debida a la industria farmacéutica fue abordada en el citado libro *La invención de los trastornos mentales* (González Pardo y Pérez Álvarez, 2008). En él, no sólo se muestra con ejemplos concretos, referidos al trastorno de estrés postraumático, el trastorno de pánico, la ansiedad social y la depresión, cómo éstos y otros han sido *inventados*, es decir, *hechos* reales, sino que se explica cómo es ello posible por mor de su condición de entidades interactivas o prácticas, en vez de naturales. Se muestran asimismo las razones por las que existen distintas terapias psicológicas, lo que no se habría de ver como inmadurez científica sino en relación precisamente con la naturaleza interactiva, práctica, de los trastornos psicológicos. Tampoco quiere decir que se bendiga a todas las terapias por igual.

Por su parte, el cerebrocentrismo que nos invade está confrontado en *El mito del cerebro creador* (Pérez Álvarez, 2011a), antes citado, así como en un artículo titulado «El magnetismo de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro» (Pérez Álvarez, 2011b). Se muestran dos cosas. Por un lado se comenta que el objeto de la psicología, incluyendo las terapias psicológicas, no es el cerebro, sino la *psique*, la mente o la conducta (experiencias, cogniciones, acciones, reacciones, interacciones, modos de ser, contextos, etc.). Por otro lado se muestra también que el mismo cerebro, gracias a su plasticidad, puede ser tanto más variable dependiente que independiente o causal. El *genio* y el poder del cerebro no están en causar y crear, sino en mediar y habilitar lo que la gente necesita hacer para vivir de acuerdo con las exigencias, disponibilidades y constricciones del medio.

Cabe decir, reutilizando una expresión de Ortega, que *el tema de nuestro tiempo en psicología*

es confrontar el cerebrocentrismo, el cual, en virtud no más que del magnetismo que parecen tener las explicaciones neurocientíficas y las propias neuroimágenes, está marginando las explicaciones y soluciones psicológicas. El problema para el movimiento de los tratamientos psicológicos eficaces no está en debatirse con y contra otros tratamientos psicológicos que no están empíricamente homologados. De hecho, terapias psicológicas tradicionalmente renuentes a la evaluación de la eficacia con métodos por así decir homologados están ahora mostrando una eficacia comparable a la terapia cognitivo-conductual, tomada como referente por ser la más estudiada. Así, por ejemplo, la psicoterapia psicodinámica presenta una eficacia enteramente comparable a las terapias que han sido activamente promovidas como terapias «empíricamente apoyadas», según muestra un estudio publicado en *American Psychologist* (Shedler, 2010). Véanse también Gerber et al. (2011). Asimismo, la terapia sistémica presenta una eficacia comparable a la terapia cognitiva en una variedad de diagnósticos, entre ellos trastornos del humor, alimentarios, del uso de sustancias, esquizofrenia y ansiedad, como muestra un estudio de metaanálisis publicado en *Family Process* (Von Sydow et al., 2010).

En este sentido, hay que reconocer que el movimiento de los tratamientos eficaces ha hecho que otras terapias se pongan las pilas, y más que deberían hacerlo. Lo que se tiene ahora es una variedad de terapias psicológicas eficaces. Lo que falta es su diseminación e implantación. La cuestión, en general, no es si las terapias psicológicas son eficaces. Todas aquellas que se esmeran en mostrar su eficacia lo logran, lo que se explica por la naturaleza interactiva de los trastornos psicológicos y por el hecho de que las distintas terapias tienen su razón de ser, así como por factores comunes terapéuticos (véase González Pardo y Pérez Álvarez, 2008, 3.^a parte).

Otra cuestión, ciertamente importante, es determinar por qué son eficaces. A este respecto, no se espera que los psicólogos se pongan de acuerdo en los *mecanismos* del cambio. Los primeros en colonizar el campo de los tratamientos eficaces,

mayormente los terapeutas cognitivo-conductuales, tenderían a decir que esas «nuevas terapias» que acaban de emigrar a la eficacia homologada (psicoterapia psicodinámica y terapia sistémica, por lo demás antiguas enemigas entre sí) vienen a hacer lo que hacen ellos. Pero, véase, por ejemplo, lo que dice el autor de la revisión de las psicoterapias psicodinámicas: que las psicoterapias no psicodinámicas pueden ser efectivas en parte porque terapeutas más habilidosos utilizan técnicas que por largo tiempo han sido centrales a la teoría y la práctica psicodinámicas (Shedler, 2010).

La eficacia de las terapias cognitivo-conductuales está *bien establecida*, más que probablemente, pero no se sabe en rigor por qué funcionan, como tampoco se sabe de otras terapias ni, por cierto, de la medicación. La medicación es efectiva, en la medida en que lo es, pero todavía no se sabe por qué: cuáles son sus mecanismos psicofarmacológicos y su conversión en efectos psicológicos, etc. (González Pardo y Pérez Álvarez, 2008, 2.^a parte). No se piense que son únicamente los psicólogos quienes no saben a ciencia cierta por qué funcionan sus terapias. Dentro de esto, la psicología se preocupa por saberlo e investigarlo, de acuerdo con su tradición científica y con los generalmente saludables debates entre escuelas (aunque esto quizá más en el pasado, debido a la indiferencia e ignorancia mutua rampante hoy día). De hecho, puede ser desconcertante para los creyentes y practicantes de unas terapias *saber* que las *otras* son también eficaces. Difícilmente un psicoanalista puede concebir que a los clientes/pacientes, valga por caso, de las terapias cognitivo-conductuales les vaya bien, como el terapeuta cognitivo-conductual, por su parte, no concibe que los psicoanalistas puedan ser eficaces más o menos como ellos. Ninguno de ellos probablemente recomendaría a un familiar querido que se sometiese a la otra terapia. Aun dentro de la familia cognitivo-conductual, los terapeutas cognitivos de toda la vida no se pueden creer que la activación conductual «por sí misma», al prescindir de la reestructuración cognitiva, sea igual y probablemente más eficaz que la propia terapia cognitivo-conductual, con todo su aparato

cognitivo. Por su parte, los terapeutas conductuales convictos y confesos dirían que la terapia cognitivo-conductual es eficaz por lo que tiene precisamente de conductual.

Si se preguntara a los clientes/pacientes del psicoanálisis, de la terapia cognitivo-conductual, de la terapia conductual y de las demás terapias, dirían probablemente que les fue bien por causas, razones, motivos o *intervenciones* distintos de los que suponen los clínicos. Aun sin ser lo que digan los clientes/pacientes la explicación última de por qué mejoraron o les fue bien, no es trivial ni indiferente, dada la naturaleza interactiva de los problemas psicológicos. Desde el punto de vista de los clínicos, los clientes/pacientes *no* deberían mejorar con las otras terapias, ni por eso que dicen ellos que fue decisivo en su mejoría. Se puede recordar aquí el caso del abejorro. De acuerdo con las leyes de la aerodinámica, dada la proporción entre su cuerpo y las alas, etc., no debería volar, pero el abejorro no lo sabe y vuela sin problemas, es más, perfectamente. Quizá haya que preguntar más a los clientes y pensar menos en leyes y mecanismos internos. Quizá la cuestión de por qué funcionan las terapias no sea cosa de *técnicas específicas* dirigidas a presuntos *mecanismos internos*, al modo médico, sino cosa de principios generales que las distintas terapias aplican en el *contexto* de la terapia, a cuenta de su teoría y procedimiento. Esto no quiere decir ni mucho menos que dé lo mismo cualquier teoría y procedimiento. De hecho, unas terapias psicológicas pueden ser mejores que otras, y algunas hasta iatrogénicas, si se repara. Tampoco quiere decir que los *principios* terapéuticos (en vez de mecanismos específicos) no se deban y puedan especificar. Pero ello supone seguramente pensar sobre esto más a lo grande que en pequeño, en la pequeña escala en la que uno está *puesto*.

Consiguientemente, el tema de nuestro tiempo, particularmente en relación con los tratamientos psicológicos, no es, no debería ser, debatirse entre las escuelas psicológicas, sin menoscabo del debate, sino diseminar su eficacia y hacerse valer en un mundo dominado por la neurociencia y el cerebrocentrismo, sin descuidar ob-

viamente la dilucidación de los principios que funcionan en la ayuda y el cambio que, como quiera que sea, las terapias psicológicas proporcionan.

5. ALTERNATIVA FUNCIONAL-CONTEXTUAL

Por lo que respecta a la alternativa funcional-contextual, la mayor referencia está probablemente en las llamadas terapias de tercera generación, por respecto a la segunda, que sería la terapia cognitivo-conductual, siendo la primera la terapia de conducta clásica. Las terapias de tercera generación constituyen una pléyade formada por:

- Terapia de aceptación y compromiso («ACT») (Hayes).
- Psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg y Tsai).
- Terapia de conducta dialéctica (Linehan).
- Terapia conductual integrada de pareja (Jacobson).
- Terapia cognitiva con base en *mindfulness* (Kabat-Zinn; Segal; Teasdale).
- Terapia de activación conductual (Jacobson).

Las terapias de tercera generación se ofrecen como modelo contextual de psicoterapia (Pérez Álvarez, 2006, 2008a). De hecho, su identificación como terapia contextual es más descriptiva y propia que la descaradamente comercial y de marketing de terapias de tercera generación. Asimismo, la identificación *contextual* permite su medición y comparación con las otras terapias psicológicas, mientras que decir terapias de tercera generación o de nueva ola no deja de ser un eslogan.

Por lo demás, estas terapias no incurrían en el modelo médico y su mimetización. Antes bien, son críticas y alternativas de él. Por lo pronto, estas terapias no suponen una explicación intrapsíquica al modo médico-internista, sino una interactiva, funcional y contextual. Tampoco suponen un mecanismo patógeno interno, sino una condición

humana posible en la que los trastornos son más *situacionales* en las que uno está, en buena medida debido a la propia conducta, que supuestas averías o disfunciones dentro de uno (esquemas, ideas irracionales, traumas, etc.). Los tratamientos, en vez de postular técnicas específicas al modo psicofarmacológico (que por lo demás tampoco cuenta con medicaciones específicas), propone principios terapéuticos generales, concretados en alguna forma de *aceptación y de activación*. Finalmente, las terapias contextuales no se miden tanto por la reducción de síntomas como por logros positivos consistentes, por ejemplo, en ampliar la capacidad de la persona para afrontar vicisitudes de la vida y moverse sobre un horizonte de valores, reponiéndose ante la vida o reorientando su sentido, es decir, su significado y dirección. Así, pues, la eficacia no consistiría tanto en suprimir síntomas, sean, por caso, ansiedad, tristeza, pensamientos, voces, como en cambiar la relación con ellos y reponer a la persona ante los asuntos de la vida, *a pesar de* los síntomas, si fuera el caso.

De todos modos, importa explicar el sentido general y a la vez preciso de su definición como contextuales. El contexto aplicado a estas terapias tiene tres aspectos o dimensiones, en todo caso integradas: el ambiente, la relación terapéutica y la persona.

El contexto como ambiente se refiere al medio en el que se desenvuelve la vida de la persona de que se trate. El ambiente de interés es el medio social y cultural, incluyendo obviamente los distintos ámbitos de la vida cotidiana (familia, relaciones sociales, formación, trabajo, etc.) con sus normas y valores. En esta línea, el contexto es prácticamente equivalente al mundo de la vida de la fenomenología o a las circunstancias, según Ortega. De las terapias citadas, la terapia conductual integrada de pareja y la terapia de activación conductual son las que más «explotan» esta dimensión: la primera como terapia de un problema interpersonal, y la segunda, como terapia consistente en activar a la persona a fin de modificar las condiciones ambientales que puedan cambiar su situación, por ejemplo, depresiva (Barraca, 2009; Pérez Álvarez, 2007).

El contexto de la relación terapéutica se refiere al contexto ofrecido por la psicoterapia, como lugar y ocasión en los que tener experiencias que pudieran ser correctoras y así reaprender nuevas formas de entender y tratar los problemas presentados. La consideración de la terapia como contexto experiencial y de aprendizaje está en consonancia con psicoterapias tanto de inspiración psicoanalítica (en particular, psicoterapias breves) como de inspiración analítica conductual, como la psicoterapia analítica funcional. No se dejaría de referir aquí que el enfoque y el marco conceptual de la terapia vienen a ser también un contexto en el que se explica, replantea e interpreta el problema. Tal es la importancia de este contexto que no sólo sirve para llevar a cabo la terapia sino que a veces él mismo es terapéutico (en la medida en que el problema cobra otro sentido y perspectiva). De las terapias citadas, la psicoterapia analítica funcional y la terapia de conducta dialéctica son las que más «explotan» esta dimensión. Ambas ponen en juego la relación terapéutica, de forma que la propia relación se convierte en terapéutica (Kohlenberg y Tsai, 2008).

El contexto relativo a la persona se refiere a la propia persona como sujeto social-verbal, que incorpora todo un pasado y se caracteriza por un modo de ser. Ni que decir tiene que la persona está en relación dialéctica con el mundo, en el sentido orteguiano de «yo soy yo y mi circunstancia». Una especificación del contexto dado por la persona es el contexto social-verbal de la terapia de aceptación y compromiso. El contexto social-verbal especifica las explicaciones, valoraciones y formas de control que uno ha aprendido acerca de sus sentimientos, pensamientos y demás eventos psicológicos. Se trata en general de las ideas, creencias y conocimientos (metacogniciones) que uno tiene sobre su propio funcionamiento, incluyendo los síntomas clínicos. El contexto social-verbal representa la cultura psicológica que uno tiene apre(he)ñada de acuerdo precisamente con el contexto social, lingüístico y cultural en el que se ha socializado. De las terapias citadas, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia cognitiva con base en *mind-*

fulness y la terapia cognitiva con base en la persona para las psicosis son las que más «explotan» esta dimensión. A su manera, cada una de ellas trata de cambiar la relación que la persona mantiene con sus propios síntomas (experiencias, sentimientos, pensamientos, obsesiones, voces, etc.) (Pérez Álvarez et al., 2008; Wilson y Luciano, 2002).

Ni que decir tiene que los tres contextos (ambiente, relación terapéutica, persona) no sólo no se excluyen sino que se suponen mutuamente. El que unas terapias «exploten» más un contexto que otro no quiere decir que no estén suponiendo y considerando los otros. Así, la relación terapéutica es fundamental para cualquier terapia que se precie, incluyendo las que enfatizan la dimensión ambiental, como, por ejemplo, la activación conductual: sin una buena relación terapéutica sería difícil activar a alguien que está muy deprimido. Por su parte, el cambio ambiental se espera que ocurra a partir de las nuevas experiencias, acciones y reacciones que se hayan aprendido en una relación terapéutica como la proporcionada por la psicoterapia analítica funcional o la terapia de conducta dialéctica. Asimismo, el posible cambio en la relación de uno con sus propios síntomas depende de una buena relación terapéutica —como la requerida para que el cliente haga algo que va probablemente en contra de su sentido común, como es aceptar los síntomas en vez de pretender eliminarlos— y también de que su entorno (por ejemplo, familiares y otros clínicos) acepte sus síntomas sin las estigmatizaciones acostumbradas. A su vez, las terapias que enfatizan la relación terapéutica y el cambio ambiental cuentan también con que el cliente cambie su propia relación con los síntomas.

Tampoco haría falta decir que estas terapias tienen una base empírica, como corresponde a su tradición dentro de la terapia de conducta, que muestra su eficacia, tanto en sus propios términos relativos a la aceptación y a la activación como en estudios comparativos de acuerdo con los criterios atendidos a la reducción de síntomas. Así, por ejemplo, la terapia de aceptación y compromiso cuen-

ta con abundante eficacia de diverso tipo (Ruiz, 2010) y, por su parte, la terapia cognitiva con base en *mindfulness* ha mostrado ser tan efectiva como los antidepresivos en prevenir la recaída de la depresión (Segal et al., 2010) (véase Vallejo, en este mismo libro). La cuestión con la eficacia de estas terapias es que ellas mismas son críticas con respecto a los criterios tradicionales centrados en la reducción de síntomas, así como con los métodos consistentes en ensayos aleatorizados.

En relación con los principios terapéuticos generales, como alternativa a los mecanismos específicos, en la perspectiva funcional-contextual se concretarían en dos: el desenredamiento autorreflexivo y la reorientación a la vida, en la línea de la aceptación y la activación, pero dándoles unos términos más amplios (Pérez Álvarez, 2008b). La idea es desactivar el proceso autorreflexivo que caracteriza en buena medida a prácticamente todos los problemas psicológicos (Pérez Álvarez, 2008c) y reactivar a la persona sobre un horizonte de posibilidades de manera que recobre el sentido de la vida, es decir, su dirección y significado. Se entiende que éste es un proceso dialéctico en el que la desactivación o desenredamiento facilita la reactivación o implicación en la vida y ésta facilita a su vez el desenredo autorreflexivo. Un eslogan de esta idea podría ser «descentrase de sí mismo y centrarse en la vida», supuesto que hay un punto en el que estar demasiado pendiente de sí mismo es más el camino de un problema que la vía de una solución. Un supuesto adicional es que el escenario donde se desenvuelve la vida es el mundo dentro del que estás y no el mundo dentro de ti. Si yo soy yo y mi circunstancia, para salvarme a mí, continúa Ortega, tengo que salvarlas a ellas. No hay yo sin circunstancias, esto es, sin estancias circundantes y sin eventuales problemas (contingencia y drama). Contingencia y drama (Pérez Álvarez, 2004) son dos buenos términos para dar cuenta de las vicisitudes de la vida.

Otro aspecto destacable es que estas terapias tratan de hacer más fuertes a las personas, frente a la cultura del sentimentalismo y de la vulnerabilidad y, todo hay que decirlo, frente a movimientos promovidos dentro de la psicología como el de la autoestima y el de la psicología positiva. Estas invenciones de la psicología no dejan de ser eso, «invenciones», y acaso iatrogénicas en alguna medida. Así, la autoestima puede fácilmente promover más que nada el narcisismo, y por su parte la psicología positiva, una suerte de *magia simpática*. La autoestima infla el ego a menudo con autofraseos tan halagadores como vacíos. Mejor que la autoestima sería rehabilitar el orgullo y el amor propio (al fin y al cabo el único amor duradero), que asumen la responsabilidad y consecuencias de las propias acciones e inacciones. La psicología positiva, aparte de dejar la mitad de la vida fuera, supone que con «pensar en positivo» ya ocurren cosas y se atrae el mundo cual catálogo de objetos del deseo. La psicología positiva, al tomar como objetivo la felicidad, como si hubiera una ciencia de la felicidad, ciertamente un eslogan engañoso, crea probablemente más problemas de los que resuelve, como mínimo el problema ahora de perseguir la felicidad en vez de vivir. La felicidad desesperadamente es una fuente segura de infelicidad, añadida a las desdichas ordinarias.

En esta línea, se alcanzaría a percibir un cierto efecto insano en la definición de la salud promovida *urbi et orbi* por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un *estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*. Una definición así garantiza el estatus clínico de todo el mundo alguna vez en la vida y para el caso asegura el cuidado de la salud como negocio. Quizá una definición sobre mínimos que permitan vivir dedicándose a los asuntos valiosos, en vez de máximos, sería más saludable.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Barraca, J. (2009). La Activación Conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *EduPsykhè*, 8, 23-50.
- Gerber, A. J. et al. (2011). A Quality-Based Review of Randomized Controlled Trials of Psychodynamic Psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 168, 19-28.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2008). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Healy, D. (2006). The Latest Mania: Selling Bipolar Disorder. *PLoS Med* 3(4): e185. doi:10.1371/journal.pmed.0030185.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (2008). FAP. *Psicoterapia Analítica Funcional. Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas*. Universidad de Málaga. Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico.
- Lane, C. (2010). *La timidez. Cómo la psiquiatría y la industria farmacéutica han convertido emociones cotidianas en enfermedades*. Granada: Zimerman Ediciones
- Pérez Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva.
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhè*, 5, 159-172.
- Pérez Álvarez, M. (2007). La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. *Papeles del Psicólogo*, 28, 2, 97-110.
- Pérez Álvarez, M. (2008a). *Las terapias de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia*. FOCAD: Formación Continuada a Distancia (Documento 2). Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.
- Pérez Álvarez, M. (2008b). Desenredamiento auto-reflexivo y activación conductual: claves para la terapia. *Prolepsis*, 0, 17-23.
- Pérez-Álvarez, M. (2008c). Hyperreflexivity as condition in mental disorders: a clinical and historical perspective. *Psychothema*, 20, 181-187.
- Pérez Álvarez, M. (2011a). *El mito del cerebro creador. Cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pérez Álvarez, M. (2011b). El magnetismo de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro. *Papeles del Psicólogos*, 32, 98-112.
- Pérez Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández, C. y Amigó, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (3 vols.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. M., Perona-Garcelán, S. y Vallina-Fernández, O. (2008). Changing relationship with voices: new therapeutic perspectives for treating hallucinations. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 75-85.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Segal, Z. V. et al. (2010). Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1256-1264.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.
- Von Sydow, K. et al. (2010). The Efficacy of Systemic Therapy With Adult Patients: A Meta-Content Analysis of 38 Randomized Controlled Trials. *Family Process*, 49, 457-485.
- Watzke, B. et al. (2010). Effectiveness of systematic treatment selection for psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial in routine mental healthcare. *British Journal of Psychiatry*, 197, 96-105. doi: 10.1192/bjp.bp.109.072835.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Hacia una práctica de la psicología clínica basada en la evidencia empírica

3

FRANCISCO JOSÉ ESTUPIÑÁ

1. INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios hace más de cien años, la psicología clínica ha tenido un desarrollo espectacular. Su implantación en la sociedad española es testigo de ello: existe la opinión generalizada de que la actuación de los psicólogos es útil y eficaz, sus servicios se buscan y los clientes parecen mostrarse generalmente satisfechos con ellos (Buela-Casal, 2005); los estudios de psicología se encuentran entre los más demandados por los universitarios (Hernández Gordillo, 2003); los colegios de psicólogos cuentan con miles de colegiados, de los cuales una mayoría se dedica a la práctica clínica de modo habitual o preferente (SEPCyS, 2009); la sociedad valora positivamente al profesional de la psicología, le atribuye un estatus científico y profesional similar al de la medicina y sus servicios aparecen como preferibles a los de otros profesionales que ofrecen atención en salud mental (Buela-Casal, 2005). Sin embargo, la profesión dista mucho de ofrecer un panorama unitario; a lo largo de su desarrollo teórico, la psicología ha producido una gran diversidad de enfoques y sigue en constante crecimiento. Sólo en España, Santolaya, Berdullas y Fernández (2001) recogen hasta diez paradigmas terapéuticos distintos representados en una proporción reseñable entre los profesionales de la psicología, número que padece ante las más de 250 terapias diferentes catalogadas por Herink (1980) y las casi 400 terapias distintas inventariadas por Kazdin, Kra-

tochwill y VandenBoss (1986), la mayoría de las cuales ha de tener, necesariamente, un reducido número de practicantes. Esta heterogeneidad se puede interpretar de diversos modos, y sin duda puede tener un carácter enriquecedor, pero no obstante hemos de considerar que encierra riesgos (cfr. Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000):

- La fragmentación de los enfoques en psicología clínica dificulta la comunicación y el acuerdo entre profesionales y no promueve una visión sólida y unitaria de la disciplina.
- Muchos de los modelos teóricos, no ajenos al divorcio creciente entre el mundo académico y la práctica clínica, tienen un sustento empírico frágil que debilita al conjunto de la psicología en su estatus científico y profesional. Así, la ausencia de guías y referentes claros supone un riesgo real de incurrir en una práctica de baja calidad, poco fundamentada o desactualizada.
- En la sociedad moderna la psicología debe competir contra múltiples alternativas terapéuticas para alcanzar el reconocimiento del público y de los gestores de programas sanitarios, quienes, ante el incremento de los costes de la atención clínica, son cada vez más exigentes con la fundamentación empírica de las intervenciones.

Algunos de estos riesgos han estado presentes durante la mayor parte del siglo pasado: ya en los años cincuenta del siglo xx Hans Eysenck señaló la fragilidad del sustento empírico de la práctica clínica en psicoterapia. En las seis décadas subsiguientes a la polémica conferencia de Eysenck, un amplio debate sobre el estatus empírico de la psicología clínica ha centrado buena parte de la atención y los recursos de la profesión: desarrollos como el metaanálisis, a finales de los años setenta, y movimientos como el de la «medicina basada en la evidencia», a principios de los ochenta, con la posterior popularización de guías de práctica clínica, han tenido gran impacto en el panorama. Pero sin duda un papel protagonista corresponde al grupo de trabajo de la División de Psicología Clínica de la APA sobre «tratamientos empíricamente apoyados» (TEA) y la intensa disputa teórica que desencadenó la consideración de los tratamientos psicológicos en los términos de eficacia propuestos por el grupo

de trabajo. Tras todo este debate, que no puede todavía darse por concluido, persiste una división entre los partidarios de técnicas y procesos específicos como eje del cambio y los defensores del «veredicto del pájaro dodo», la hipótesis de que factores inespecíficos ligados a la relación terapéutica subyacen a la eficacia de los tratamientos psicológicos. Sin embargo, a pesar de esta disyuntiva, hoy existe un consenso indiscutido sobre la necesidad de que la práctica de la psicología clínica tenga un sustento de evidencia empírica, constituido por investigaciones que combinen en la medida de lo posible la validez interna y la externa. Este principio está recogido en los códigos éticos de la mayoría de las instituciones profesionales en psicología, como la americana APA o el COP español (véase tabla 3.1), y suponen, por tanto, un imperativo claro para que todos los practicantes de psicología se comprometan con una práctica de la psicología clínica basada en la evidencia empírica.

TABLA 3.1

Deontología y validación empírica de las terapias

Código ético de la American Psychological Association (APA, 1992)
Art. 1.05. Mantenimiento de la capacidad profesional. Los psicólogos que realizan evaluación, terapia, formación, asesoramiento organizacional u otras actividades profesionales mantendrán un nivel razonable de conocimiento de la información científica y profesional en los campos de su actividad y llevarán a cabo los esfuerzos necesarios para mantener su competencia en las habilidades que usen. Art. 1.06. Bases para los juicios científicos y profesionales. Los psicólogos se basarán en el conocimiento científico y profesional cuando formulen juicios científicos o profesionales o cuando estén implicados en tareas académicas o profesionales.
Código deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos (COP, 1993)
Art. 18. Sin perjuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos, el/la psicólogo/a no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente. En el caso de investigaciones para poner a prueba técnicas o instrumentos nuevos, lo hará saber así a sus clientes antes de su utilización.

2. PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

La relevancia adquirida por la necesidad de fundamentación empírica ha llevado a que el concepto «práctica basada en la evidencia» tome for-

ma de modo explícito en una serie de ámbitos; la psicología clínica no ha sido una excepción. A partir de las conclusiones de un grupo de trabajo establecido por su presidente en 2005, Ronald Levant, la APA definió en el año 2006 la práctica

basada en la evidencia (PBE) como «la integración de la mejor investigación con la pericia clínica en el marco de las características, la cultura y las preferencias del paciente». En este ámbito, se entiende que la pericia clínica comprende no sólo el manejo de habilidades terapéuticas, sino también destrezas cognitivas como la capacidad de emitir un juicio clínico y de diseñar estrategias coherentes y fundamentadas, de evaluar de un modo crítico el propio desempeño y sus limitaciones, acudiendo a los recursos necesarios para subsanarlas, de generar hipótesis en base a información recabada y las teorías de investigación y buscar evidencia a favor o en contra de las hipótesis formuladas (APA, 2006). La APA señala adicionalmente que el propósito de la PBE es «promover una práctica efectiva de la psicología y potenciar la salud pública mediante la aplicación de principios de evaluación psicológica, formulación de casos, relación terapéutica e intervención apoyados empíricamente». A continuación, se repasarán las aportaciones que, desde cada uno de estos cuatro elementos, se hace para una práctica clínica basada en la evidencia.

— Elementos de la intervención psicológica

De entre los elementos antes señalados, las intervenciones son el componente que hasta la fecha ha generado un mayor volumen de estudios y de polémica. Aquí son de obligada mención los desarrollos del Grupo de Trabajo de la División 12, de Psicología Clínica, de la APA, sobre la validación empírica de los tratamientos psicológicos. Creado durante la presidencia de David Barlow en 1993, el grupo de trabajo desarrolló bajo la dirección de Dianne Chambless unos criterios de validación empírica, publicados a lo largo de diversos informes entre 1995 y 1998. Estos criterios consideraban grados diferentes de apoyo empírico para los tratamientos psicológicos: «tratamientos bien establecidos» y «tratamientos probablemente eficaces», quedando los restantes tratamientos como «tratamientos experimentales» o no probados (Task Force, 1995). A partir de estos criterios, el grupo de trabajo produjo un listado

indicando aquellos tratamientos que habían obtenido cada nivel de validación. Al listado inicial, con 25 tratamientos entre las categorías de «bien establecidos» y «probablemente eficaces», le han seguido otros progresivamente más amplios, a cargo del propio Grupo de Trabajo —ahora un comité permanente de la División 12— y de otros autores y entidades que han adoptado metodologías de trabajo similares (Chambless y Hollon, 2001; Nathan y Gorman, 2006). Actualmente, la División 12 de la APA mantiene una página en su sitio web (<http://www.div12.org/Psychological-Treatments/index.html>) donde el listado inicial de tratamientos continúa siendo actualizado en base a los mismos criterios, superando ya los 100 tratamientos.

A pesar de las intenciones de la División 12 al generar este listado —básicamente promover una formación de calidad para los estudiantes de psicología e informar a la sociedad y a los proveedores de servicios sanitarios de la existencia de intervenciones psicológicas eficaces comparables a los fármacos—, su publicación produjo un revuelo en el campo de la psicología clínica similar a las declaraciones de Eysenck 45 años antes. El listado fue criticado por múltiples motivos:

- Hablar de «tratamientos empíricamente validados», «tratamientos bien establecidos» y «probablemente eficaces» puede dar a entender que los tratamientos fuera de esas categorías son ineficaces o inválidos, con lo que quedarían deslegitimados ante el público y, mucho más grave, ante los proveedores de servicios sanitarios, que podrían dejar de subvencionarlos, según el modelo sanitario vigente en Estados Unidos (Seligman, 1995).
- Los criterios de validación empírica propuestos favorecen una metodología de ensayos clínicos controlados que supone una trasposición directa a la psicología de una metodología propia de la medicina. Esta práctica implica «cosificar» en cierta medida los tratamientos y estandarizar en base al diagnóstico un medio de interven-

ción que en la práctica clínica es básicamente autocorrectivo e individualizado (Rodríguez, 2004). Se han señalado múltiples aspectos en los que la práctica clínica se diferencia de las condiciones de estos ensayos clínicos controlados, por lo que existen dudas sobre su generalizabilidad al medio real (Seligman, 1995). Adicionalmente, se ha afirmado que este enfoque favorece las terapias conductuales o cognitivo-conductuales sobre otros paradigmas clínicos menos centrados en procedimientos susceptibles de estandarización (Garfield, 1996).

- La filosofía de los tratamientos empíricamente apoyados lleva implícita la hipótesis de que el elemento activo del tratamiento psicológico es la técnica. Esto choca frontalmente con las corrientes psicoterapéuticas que defienden que el agente activo de la terapia es la relación terapéutica en sí misma, con sus componentes de aceptación, empatía, prueba de realidad, experiencias autocorrectivas y otros procesos que serían independientes de la técnica, que supondría, para estos teóricos, un porcentaje menor del cambio terapéutico (Silverman, 1996).

Estas críticas se han traducido en un progresivo interés por poner a prueba los tratamientos empíricamente apoyados en condiciones de práctica clínica real, lo que se conoce como ensayos de efectividad o utilidad clínica, frente a las condiciones de laboratorio, o de eficacia, lo que potencia la generalizabilidad de los tratamientos. Por otro lado, los listados de tratamientos empíricamente apoyados se han multiplicado en los últimos años, y hemos visto cómo los paradigmas inicialmente más críticos con el modelo de validación empírica propuesto, como el psicoanálisis o las terapias humanistas, se esforzaban por desarrollar sus propios ensayos y por sustentar empíricamente los procesos de cambio propuestos desde sus modelos teóricos. De este modo, el número de tratamientos con apoyo empírico se ha

multiplicado, existiendo algunos trastornos para los que múltiples tratamientos se encuentran disponibles. Esto suscita preguntas sobre los aspectos comunes de esos tratamientos, su eficacia diferencial y otros aspectos que pueden ser objeto de investigación empírica. Así pues, aunque los listados de tratamientos empíricamente apoyados no han venido a cambiar drásticamente la realidad de la práctica clínica ni de su docencia (Woody, Weisz y McLean, 2005), sí han producido una presión eficaz hacia la validación empírica de tratamientos, modelos y procesos de cambio que no puede sino beneficiar a la psicología clínica en su conjunto.

— Elementos de la relación terapéutica

La mayor parte de los estudios sobre el papel del terapeuta en los ensayos clínicos controlados arrojan un dato difícil de encajar a priori con los detallados manuales de tratamiento y las cuidadosas comprobaciones del grado de adherencia de los terapeutas a ellos: entre un 0 y un 18 por 100 de la variabilidad en los resultados del tratamiento, a lo largo de diferentes condiciones, se debe al terapeuta (Huppert et al., 2001). Los autores que propugnan la centralidad de la relación terapéutica como elemento terapéutico ven aquí una confirmación del papel de la alianza terapéutica, ya defendido por autores clásicos, como Carl Rogers, en su terapia centrada en el cliente. Remedando al grupo de trabajo de la División 12 de la APA sobre tratamientos empíricamente apoyados, la División 29, de Psicoterapia, de la APA estableció un grupo de trabajo sobre relaciones terapéuticas empíricamente apoyadas que, entre 1999 y 2002, produjo diversos documentos bajo la dirección e impulso de John Norcross. El grupo de trabajo fijó estándares de aval empírico para etiquetar elementos de la relación terapéutica como «efectivos», «probablemente efectivos» y «no demostrables». Con un enfoque transdiagnóstico, el grupo de trabajo señaló a la alianza terapéutica (cohesión en psicoterapia grupal), la empatía, el consenso en relación con los objetivos y la atención a las rupturas de la alianza terapéutica, el grado de severidad y el

estilo de afrontamiento del paciente como elementos efectivos de la relación terapéutica. Otros elementos «probablemente efectivos» han sido igualmente identificados y descritos (Norcross, 2002). Según proponen los autores, estos elementos serían responsables por sí mismos del cambio terapéutico.

Sin embargo, las conclusiones del grupo de trabajo de la División 29 tampoco han estado exentas de críticas:

- La metodología aplicada en muchos estudios sobre factores comunes e inespecíficos presenta dificultades: ante la dificultad de la manipulación experimental de la empatía, la alianza terapéutica, etc., la evidencia disponible es básicamente de tipo correlacional y no permite establecer relaciones causales entre alianza terapéutica y resultados del tratamiento. Muchos estudios provienen de condiciones de práctica clínica de alta validez ecológica pero con poco o ningún control experimental.
- Centrar el peso del cambio en la interacción terapeuta-paciente puede llevar a la impresión de que, mientras haya una buena relación terapéutica, el procedimiento terapéutico desarrollado «da igual» o es mínimamente relevante. Sin embargo, los estudios parecen claros a la hora de señalar que, ante determinados trastornos, como el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno de ansiedad generalizada, la probabilidad de mejoría clínica si no se implementan técnicas específicas —las de exposición con prevención de respuesta— es extremadamente reducida. En otros muchos casos, las comparaciones entre tratamientos específicos favorecen de manera clara a una de las alternativas de un modo que la hipótesis de la equivalencia de las terapias no ha logrado explicar de modo satisfactorio.
- Existen abundantes estudios que arrojan dudas sobre la fiabilidad y validez de las decisiones basadas en el juicio y la expe-

riencia de los clínicos. La individualización del tratamiento, la búsqueda de intervenciones a medida en base al juicio clínico, ha recibido todavía una cantidad insuficiente de atención por los investigadores; la superioridad de los tratamientos individualizados sobre los estandarizados es aún motivo de debate (Kazdin, 2008).

- A diferencia de los aspectos técnicos, susceptibles de ser manualizados, las habilidades terapéuticas han resultado hasta la fecha mucho más difíciles de operativizar y, por tanto, de transmitir y entrenar de un modo sistemático, persistiendo mucho de «arte» en su implementación.

En cualquier caso, la evidencia apunta a que existen diferencias significativas en la ejecución de unos terapeutas respecto de otros, incluso en los entornos más controlados; por tanto, la identificación de las causas de estas diferencias es relevante para perfeccionar los tratamientos psicológicos. Si estas diferencias se fundamentan en la experiencia (Huppert et al., 2001), la competencia (Kuyken y Tsivrikos, 2008) o en la capacidad del terapeuta para reconocer y adaptar su intervención a algunas características críticas del paciente (reactividad a la intervención, estilo de afrontamiento-externalizante versus internalizante, o su nivel de severidad; Beutler et al., 2003), son preguntas que la investigación puede y debe abordar mediante la identificación de variables moderadoras del resultado del tratamiento, para clarificar el hasta ahora controvertido tema de la relación terapéutica y la pericia clínica. Aportaciones como la terapia prescriptiva propuesta por Beutler, Clarkin y Bongar (2000) suponen un avance decidido en la línea de explorar sistemáticamente el impacto de adaptaciones específicas de la relación con el paciente en función de sus características concretas.

— Elementos de la evaluación psicológica

La evaluación del paciente, de sus problemas y necesidades, como punto de partida de cualquier interacción terapéutica, supone un aspecto

esencial de la PBE (Kazdin, 2008). La evaluación es fundamental debido a la gran importancia atribuida a las características del paciente, que van más allá del diagnóstico, pero también debido a que ninguna intervención es infalible, sea manuzada o individualizada; detectar y monitorizar de modo rápido las evoluciones (o retrocesos) del paciente es imprescindible para asegurar una adecuada adaptación de la terapia a las necesidades cambiantes del paciente. Así, una evaluación no es simplemente una fase inicial del proceso terapéutico, sino un proceso continuado a lo largo de todo el tratamiento y el seguimiento de un caso, en el que se debe fundamentar la toma de decisiones sobre el rumbo y la continuidad de la intervención.

Asumir el modelo de PBE implica que este proceso de evaluación debe realizarse de un modo sistemático mediante el empleo de medidas estandarizadas, fiables y válidas, susceptibles de replicación y de comparación con un marco de referencia adecuado. Renunciar a la evaluación sistemática a favor del juicio clínico supone obviar los abundantes sesgos a los que el clínico está sometido, muchos de los cuales están sobradamente documentados (sesgos de memoria, pensamiento de tipo confirmatorio, atención selectiva, heurísticos de representatividad...) (Garb y Boyle, 2003). Las medidas objetivas y sistemáticas son un apoyo fundamental para el juicio clínico, que, si bien nunca puede ser sustituido, se beneficia notablemente de ser suplementado por ellas. Más allá de este apoyo en la toma de decisiones, las medidas sistemáticas son un reflejo estable, verificable y replicable del estado del paciente a lo largo del proceso terapéutico, algo que el juicio clínico, por sí mismo, no puede ofrecer. La importancia de disponer de esta información es clara si pensamos en la posibilidad de que un tratamiento se dilate a lo largo del tiempo, una misma historia clínica sea manejada por diferentes terapeutas en diversos momentos o de que sea preciso rendir cuentas de una intervención, lo que puede producirse mucho tiempo después de que haya finalizado, por motivos legales, de investigación o clínicos. La evaluación en estos términos facilita

también la adopción del rol investigador por el practicante, que dispone así de una información cuantitativa susceptible de análisis y comparación empírica.

A diferencia de los componentes de la intervención ligados a las técnicas y a la relación terapéutica, la evaluación no ha recibido una atención de la misma magnitud, aunque sí se han dado polémicas relevantes en torno a la conveniencia de emplear herramientas estandarizadas, fiables y válidas y de la utilidad de las técnicas proyectivas en la evaluación psicológica; de modo más específico, existen estudios que comprometen la utilización de algunas de las herramientas proyectivas más empleadas, como el test de Rorschach, el test de apercepción temática (TAT) o las clásicas estrategias proyectivas basadas en el dibujo (Hunsley, Lee y Wood, 2003). Por supuesto, no sólo las técnicas proyectivas han recibido críticas por su falta de validez y fiabilidad, sino también muchas escalas, cuestionarios y autoinformes, algunos de amplia difusión, como por ejemplo la versión española del MCMI-II (Sanz, 2007). De esta manera, es preciso que los clínicos asuman la responsabilidad de conocer y enjuiciar críticamente las herramientas que emplean en la evaluación, para lo cual resulta imprescindible el desarrollo de criterios de evaluación empíricamente apoyada que sean sólidos y asequibles a los practicantes, de lo que ya existen algunos prometedores ejemplos (Hunsley y Mash, 2008).

— Elementos de la formulación de casos

La formulación de casos es un elemento fundamental para el desarrollo de una práctica basada en la evidencia, en la medida en que supone un marco estructurado para conectar las manifestaciones de un caso clínico particular con teorías de orden general, de un modo que permita realizar inferencias explicativas sobre un problema que sean de utilidad a la intervención (Kuyken et al., 2005). Existen múltiples modelos de formulación de casos; como ejemplos podemos citar los diagramas de conceptualización de caso (Beck,

1995), desde la perspectiva cognitiva, o los diagramas analítico-funcionales de casos clínicos (Haynes y Williams, 2003), desde una perspectiva conductual. Aunque estos modelos disponen de un apoyo empírico variable, podemos considerar que se trata de métodos empíricos de trabajo (Persons, 2005).

Siendo un método estrictamente idiográfico, la formulación de casos entra en conflicto con el enfoque del diagnóstico DSM/CIE, que sustituye la caracterización precisa del paciente y sus características clínicamente relevantes por una categoría mucho más reducida (Davidson, 2000). Por supuesto, esto conecta con las críticas a la generalizabilidad de los tratamientos empíricamente apoyados, que se ponen a prueba para diagnósticos concretos. El papel del diagnóstico como variable de agrupación en los ensayos clínicos controlados es una controversia duradera; ya se ha señalado que muchas variables del paciente, en principio no conectadas con el diagnóstico, pueden afectar al resultado de la intervención (estilo internalizante versus externalizante, por ejemplo). Aunque sin duda el diagnóstico recoge una parte importante de la variabilidad de los diferentes pacientes, puede ser insuficiente para dar cuenta de los casos más complejos, con amplias comorbilidades, que con frecuencia se ven en la práctica clínica. La formulación de casos pretende ser una respuesta a estas situaciones.

En cualquier caso, se ha señalado que la formulación de casos no deja de ser una construcción del evaluador y por tanto susceptible de sesgo, sujeta a cambios a lo largo del tiempo y de naturaleza básicamente condicional e idiográfica (Haynes y Williams, 2003). Específicamente, la fiabilidad de la formulación baja a medida que se desplaza el foco de lo descriptivo a los procesos e hipótesis (Kuyken et al., 2005). Esto hace especialmente importante el empleo de métodos de evaluación sólidos a la hora de recoger la información que ha de servir para desarrollar la formulación, y que el profesional tenga un marco de referencia teórico (sobre los trastornos psicológicos y sus causas) y práctico (sobre la formu-

lación de casos) adecuado para su desarrollo; parece contrastado que el nivel de formación y experiencia son relevantes para el desarrollo de formulaciones fiables (Kuyken et al., 2005). Sin embargo, la demostración de la utilidad clínica de la formulación de casos es un asunto todavía abierto, pues existen datos contradictorios sobre la superioridad de las intervenciones individualizadas en base a la formulación de casos frente a las intervenciones manualizadas (Kazdin, 2008). Sin duda este tema precisa mucha investigación para poner a prueba de modo sistemático el efecto de diferentes modelos de formulación, desarrollados por psicólogos con diferentes niveles de formación, y sus efectos en diversos problemas, especialmente en los más complejos, pero actualmente la formulación de casos es un medio básico para abordar la complejidad de los problemas psicológicos y ofrecer intervenciones adaptadas a los pacientes.

Al repasar los diferentes elementos que se consideran en la PBE, no pasa desapercibido que muchos de ellos se plantean de un modo que resulta antagónico a los otros. No podemos sino considerar preciso buscar un terreno común para la integración de los tratamientos empíricamente apoyados y las habilidades terapéuticas mediante un uso creativo y flexible de ambos, en el marco de la formulación de casos (Persons, 2005). La propuesta más interesante en este sentido podría ser la de identificar procesos de cambio empíricamente apoyados (Beutler y Castonguay, 2006), un lenguaje común en el que tanto los elementos de la intervención como los de la relación podrían ser expresados de un modo compatible con el análisis individualizado del caso clínico. Esto exige ir más allá de los diagnósticos, con su limitada validez, para reivindicar categorías con un significado psicológico más claro, y desarrollar herramientas adecuadas para su valoración y medida. Pasos iniciales en este sentido se están dando en la búsqueda de variables mediadoras de los resultados de los tratamientos y perfiles de respuesta diferenciados (APA, 2006), comprobando el funcionamiento de los tratamientos empíricamente apoyados en contextos clínicos reales y su inte-

gración con modelos idiográficos de análisis de casos.

A modo de conclusión, cabe señalar que los interrogantes que plantean la generalización de los tratamientos empíricamente apoyados o el empleo aislado de sus componentes, y la inespecificidad de las habilidades terapéuticas, por citar dos de los aspectos conflictivos señalados, no dejan de ser reducibles a interrogantes que pueden ser contestados mediante la aplicación del método experimental (Kazdin, 2008). Es en este empeño donde el papel de la práctica clínica real se vuelve crucial, en la medida en que puede convertirse en un «laboratorio natural» donde una evaluación sistemática mediante instrumentos validados, una aproximación terapéutica que se fundamenta en los procesos subyacentes a los tratamientos y elementos de relación empíricamente apoyados, y en la formulación precisa e individualizada del caso, pueden servir para delimitar las intervenciones efectivas en el medio clínico real e identificar variables moderadoras del resultado del tratamiento.

3. UN EJEMPLO DE PBE EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes en los seres humanos. El estado de ánimo deprimido, la tristeza, puede no obstante manifestarse como síntoma, lo que es habitual en conjunción con otros problemas psicológicos y condiciones médicas e, incluso, vitales, o como síndrome; es en este segundo caso cuando hablamos de un trastorno depresivo, cuando al estado de ánimo depresivo se le unen una serie de síntomas covariantes que nos permiten distinguirlo de otros estados psicopatológicos o normales (Sanz y Vázquez, 1995). De modo más específico, se considera que el trastorno está presente cuando se dan uno o más episodios depresivos, caracterizados por un período de tiempo de como mínimo dos semanas en las que aparez-

can tristeza o bien pérdida de interés y de capacidad para el placer, junto a una serie de síntomas concomitantes como insomnio/hipersomnias, fatiga, pérdida del deseo sexual, etc., durante la mayor parte del tiempo (APA, 2000). El trastorno depresivo mayor (TDM) es el trastorno psicológico más prevalente, tanto en España (prevalencia-año 3,9 por 100, prevalencia-vital 10,5 por 100; Haro et al., 2006) como en Europa, aunque con variaciones entre los diferentes países (The ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators, 2004). Actualmente, el TDM es la cuarta causa de discapacidad, y para 2020 se prevé que sea la segunda (WHO, 2010). Además, conlleva elevados costes económicos (Üstün et al., 2004), y según el DSM-IV-TR (APA, 2000, p. 347) «los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15 por 100». En consonancia, en España, el Sistema Nacional de Salud considera un objetivo específico, en el marco de su Estrategia Nacional de Salud Mental, reducir las tasas de depresión y suicidio (MSC, 2007, p. 77). Es por tanto famosa con razón la afirmación de que nos encontramos en «la era de la depresión» (Klerman, 1984), y, en consonancia con ello, los intentos de hacerle frente desde la psicología clínica han sido abundantes y, por suerte, razonablemente fructíferos. De este modo, existe una base de evidencia empírica amplia y sólida que nos permite considerar la posibilidad de una PBE para el TDM.

Dada la importancia del TDM, existen múltiples propuestas de intervención psicológica. De acuerdo con las principales clasificaciones (Chambless y Ollendick 2001; Nathan y Gorman, 2006), actualmente se reconocen tres tipos de tratamientos empíricamente apoyados para el TDM.

- La terapia de conducta (Jacobson et al., 1996; Lewinsohn et al., 1985), basada en incrementar la tasa de refuerzos del paciente mediante activación conductual, planificación de actividades agradables y la solución de problemas.

TABLA 3.2

Programa de activación conductual (Jacobson et al., 1996)

Componentes	Formato
1. Planificación progresiva de actividades. 2. Discusión de problemas específicos. 3. Mejora de los déficit en habilidades sociales.	--- Aplicación individual. --- Tratamiento manualizado. --- Duración de 20 sesiones semanales.

— La terapia cognitiva o cognitivo-conductual (Beck et al., 1979), basada en la reestructuración de los pensamientos depresó-

genos, apoyada en estrategias de activación conductual y solución de problemas personales y sociales.

TABLA 3.3

Terapia cognitiva para la depresión (Beck et al., 1979)

Componentes	Formato
1. Activación conductual. 2. Reestructuración cognitiva. 3. Otros componentes conductuales ad hoc: solución de problemas, habilidades sociales...	--- Aplicación individual. --- Tratamiento manualizado. --- Base de 12 sesiones semanales, ampliable a 16.

— La terapia interpersonal (Klerman et al., 1984), de origen ecléctico, basada en el manejo de los déficit interpersonales y ree-

valuación de contenidos relacionados con la pérdida, el duelo y el cambio de rol.

TABLA 3.4

Terapia interpersonal para la depresión (Klerman et al., 1984)

Componentes	Formato
1. Manejo de la pérdida. 2. Manejo de disputas interpersonales. 3. Manejo de la transición de rol. 4. Manejo de los déficit interpersonales.	--- Aplicación individual. --- Tratamiento manualizado. --- Duración aproximada de 16 sesiones en 12 semanas.

Siendo estos tres tratamientos propuestas diferentes, con fundamentos en cierta medida distintos (aunque existe notable solapamiento entre la terapia cognitiva y la conductual), ¿cómo es posible que los tres obtengan eficacia? Existen, sin duda, aspectos comunes en los procesos que son abordados por

los tres tratamientos, por más que los medios técnicos concretos que se plantean sean diferentes. Específicamente, se ha señalado que el incremento de las tasas de conductas y de los niveles de reforzamiento, la reevaluación de la situación, las emociones y cogniciones que retroalimentan el trastorno,

la mejora del funcionamiento social y el entorno del paciente, o el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento, preferiblemente en un marco estructurado y orientado a metas específicas, son abordados en mayor o menor medida por los diferentes tratamientos con apoyo empírico (Follette y Greenberg, 2006).

TABLA 3.5

Componentes comunes de los TEA para el TDM

— Activación conductual
• Reducción de la evitación.
• Obtención de reforzamiento.
— Cambio de creencias y emociones
• Abordaje de estilos cognitivos disfuncionales.
• Manejo de emociones y temas depresógenos.
— Afrontamiento de problemas
• Planificación.
• Puesta en marcha.
— Mejora de la competencia interpersonal
• Habilidades específicas.
• Solución de problemas sociales.
• Mejora del apoyo social.
— Formato
• Estructurado.
• Orientado a objetivos.

A pesar del carácter intuitivo de esta convergencia de principios terapéuticos, se ha de señalar que estas conclusiones no tienen un respaldo empírico similar al de los tratamientos empíricamente apoyados en los que se fundamentan, aunque son unas guías a tener en cuenta (Beutler y Castonguay, 2006). Hemos de recordar que los tratamientos empíricamente apoyados validan paquetes de tratamiento, no los principios por los que éstos, hipotéticamente, operan, aunque deseablemente éstos habrán sido validados de modo independiente. Es en este punto cuando la inclusión de principios de una formulación de casos sistematizada e individualizada a las necesidades del paciente, informada por las teorías relevantes en el campo (por ejemplo, la teoría cognitiva de Beck sobre la depresión o las bases conductuales del bajo estado de ánimo), resulta de gran valor e importancia (Persons, 2005). De hecho, no falta quien defiende la superioridad de estos enfoques puramente idiográficos sobre los enfoques nomotéticos basados en el diagnóstico (González y Pérez, 2007).

Por supuesto, esta formulación debe estar sustentada en una evaluación adecuada de las características del problema. Existen abundantes instrumentos de medida adecuados, respaldados por una amplia literatura y con criterios psicométricos (fiabilidad, validez, etc.) óptimos, y adaptados a población española, algunos de los cuales se muestran en la tabla 3.6.

TABLA 3.6

Instrumentos validados para la valoración de la sintomatología depresiva

Entrevistas	Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV - Versión clínica (SCID-I-VC) (First et al., 1999).
Cuestionarios y escalas	Inventario de depresión de Beck, revisado (BDI-II) (Sanz et al., 2005). Escala de Hamilton para la valoración de la depresión (HDRS) (Ramos Brieve y Cordero, 1986).

Entre las características del paciente que se deben considerar en la formulación del caso, por su posible impacto en el tratamiento, se encuentran los aspectos étnicos y las preferencias reli-

gias, dos aspectos ante los que la discrepancia o falta de sensibilidad por parte del terapeuta puede empeorar los resultados de la intervención. La edad y los trastornos de personalidad

comórbidos, unidos a una mayor severidad y deterioro funcional, pueden suponer predictores negativos del resultado del tratamiento que el terapeuta debe igualmente considerar (Beutler et al., 2006).

En el apartado de la relación terapéutica, existe una mayoría de evidencia que apoya la potenciación de la alianza terapéutica y la adopción de una actitud cálida, de aceptación, congruencia y genuinidad como elementos que contribuyen al cambio terapéutico (Castonguay et al., 2006). Hay que adaptarse a las características del paciente, evitando suscitar resistencias y ofreciendo un tratamiento acorde con el nivel de severidad de la

sintomatología depresiva, con mayor intensidad de la terapia en casos más graves. Por otro lado, se ha señalado ya cómo los pacientes más impulsivos o externalizantes se benefician de intervenciones más directivas, y los más reflexivos o internalizantes, de intervenciones orientadas a insight.

Como ya se ha comentado, aún queda camino por recorrer en la fundamentación y precisión de los principios de PBE en esta y otras áreas. No obstante, existen resultados prometedores y motivos para el optimismo en el empleo conjunto de herramientas de evaluación, técnicas de intervención y relación y métodos sistemáticos de análisis de casos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1992). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Disponible en la World Wide Web: <http://www.apa.org/ethics/code.html>.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (4th ed. text revision)*. Washington, DC: APA.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 4, 271-285.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. Nueva York: The Guilford Press.
- Beutler, L. E., Blatt, S. J., Alimohamed, S., Levy, K. N. y Anguaco, L. A. (2006). Participant Factors in Treating Dysphoric Disorders. En L. Castonguay y L. E. Beutler (eds.), *Principles of Therapeutic Change That Work* (pp. 3-12). Nueva York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E. y Castonguay, L. G. (2006). The Task Force on Empirically Based Principles of Therapeutic Change. En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (eds.), *Principles of Therapeutic Change That Work* (pp. 3-12). Nueva York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. y Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. Nueva York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2003). Therapist variables. En M. J. Lambert (ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed.)* (pp. 227-306). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Buela-Casal, G. (dir.) (2005). Psicología como Ciencia de la Salud. *Papeles del Psicólogo (número monográfico)*, 26(91), 1-38.
- Castonguay, L. G., Grosse Holtforth, M., Coombs, M. M., Beberman, R. A., Kahouros, A. A., Boswell, J. F., Reid, J. J. y Jones, E. E. (2006). Relationship Factors in Treating Dysphoric Disorders. En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (eds.), *Principles of Therapeutic Change That Work* (pp. 3-12). Nueva York: Oxford University Press.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Dertweiler, J., Haaga, D. A. F., Jonhson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. R. (1998). *Update on Empirically Validated Therapies II*. American Psychological Association. Disponible en la World Wide Web: <http://www.apa.org/divisions/div12/est/97REPORT.html>.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1993). *Código Deontológico del Psicólogo*. Disponible en la World Wide Web: <http://www.cop.es/cop/codigo.html>.

- Davidson, G. C. (2000). Stepped Care: Doing More With Less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 4, 580-585.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Gibbon, M. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión Clínica (SCID-I-VC)*. Barcelona: Masson.
- Follete, W. C. y Greenberg, L. S., Technique Factors in Trating Dishoric Disorders. En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (eds.) (2006) *Principles of Therapeutic Change That Work* (pp. 83-110). Nueva York: Oxford University Press.
- Garb, H. N. y Boyle, P. A. (2003). Understanding Why Some Clinicians Use Pseudoscientific Methods: Findings from Research on Clinical Judgement. En S. O. Lilienfeld, S. Jay Lynn y J. F. Lohr (eds.), *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology* (pp. 17-38). Nueva York: The Guilford Press.
- Garfield, S. L. (1996). Some problems with «validated» forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 218-229.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. y el Grupo ESEMeD España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 126(12), 445-451.
- Haynes, S. N. y Williams, A. W. (2003). Clinical case formulation and the design of treatment programs: Matching treatment mechanisms and causal relations for behavior problems in a functional analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 164-174.
- Herink, R. (ed.) (1980). *The Psychotherapy Handbook: the A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. Nueva York: New American Library.
- Hernández Gordillo, A. (2003). Los estudios universitarios de psicología en España (1). Evolución de centros, alumnos y relación oferta-demanda. *Papeles del Psicólogo*, 86, 13-24.
- Hunsley, J., Lee, C. M. y Wood, J. M. (2003). Controversial and Questionable Assessment Techniques. En S. O. Lilienfeld, S. Jay Lynn y J. F. Lohr (eds.), *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology* (pp. 39-76). Nueva York: The Guilford Press.
- Hunsley, J. y Mash, E. J. (2008). Developing criteria for evidence-based assessment: An introduction to assessments that work. En J. Hunsley y E. J. Mash (eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 3-14). Nueva York: Oxford University Press.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K y Woods, S. (2001). Therapists, Therapist Variables, and Cognitive-Behavioral Therapy Outcome in a Multicenter Trial for Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 74-755.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. y Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioural treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice. *American Psychologist*, 63(3), 146-159.
- Kazdin, A. E., Kratochwill, T. R. y VandenBoss G. R. (1986). Beyond Clinical Trials: Generalizing from Research to Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(5), 391-398.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. s.c.: Basic Books.
- Kuyken, C., Fothergill, C.D., Musa, M. y Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 187-201.
- Kuyken, W. y Tzivrikos, D. (2009). Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(1), 42-48.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. R. Bootzin (dirs.), *Theoretical issues in behaviour therapy* (pp. 331-359). Orlando: Academic Press.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2006). *Treatments that work, 3rd edition*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (dir.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Nueva York: Oxford University Press.

- Persons, J. B. (2005). Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36, 107-118.
- Ramos-Brieva, J. A. y Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 14, 324-334.
- Rodríguez, A. (2004). La Investigación de Resultados y el Futuro de la Psicoterapia: Alternativas a los Tratamientos Empíricamente Validados. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 45-55.
- Santolaya, F.; Berdullas, M. y Fernández, J. R. (2001). The Decade 1989-1998 in Spanish Psychology: An Analysis of Development of Professional Psychology in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 4(2), 237-252.
- Sanz, J. (2007). Algunos problemas con la utilización de la adaptación española del inventario clínico multiaxial de Millon-II (MCMI-II) con fines diagnósticos. *Clinica y Salud*, 18(3), 287-304.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del Estado de Ánimo: Teorías Psicológicas. En A. Belloch, F. Ramos y J. Sandín (dirs.), *Manual de Psicopatología*, vol. 2 (pp. 341-378). Madrid: McGraw-Hill.
- Seligman, M. E. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Silverman, W. H. (1996). Cookbooks, Manuals, and Paint-By-Numbers: Psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy*, 33, 207-215.
- Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud, Siglo XXI - (2009). *Psicólogos Clínicos en España: Informe de situación*. Madrid: SEPCyS.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologists*, 48(1), 3-23.
- The ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl. 420), 21-27.
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C. y Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 386-392.
- Woody, S. R., Weisz, J. y McLean, C. (2005). Empirically Supported Treatments: 10 Years Later. *The Clinical Psychologist*, 58(4), 5-11.
- World Health Organization (2010). *Depression*. Recuperado el 20 de abril de 2010 de http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en.

Hacia una práctica de la psicología clínica basada en la evidencia empírica

3

FRANCISCO JOSÉ ESTUPIÑÁ

1. INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios hace más de cien años, la psicología clínica ha tenido un desarrollo espectacular. Su implantación en la sociedad española es testigo de ello: existe la opinión generalizada de que la actuación de los psicólogos es útil y eficaz, sus servicios se buscan y los clientes parecen mostrarse generalmente satisfechos con ellos (Buela-Casal, 2005); los estudios de psicología se encuentran entre los más demandados por los universitarios (Hernández Gordillo, 2003); los colegios de psicólogos cuentan con miles de colegiados, de los cuales una mayoría se dedica a la práctica clínica de modo habitual o preferente (SEPCyS, 2009); la sociedad valora positivamente al profesional de la psicología, le atribuye un estatus científico y profesional similar al de la medicina y sus servicios aparecen como preferibles a los de otros profesionales que ofrecen atención en salud mental (Buela-Casal, 2005). Sin embargo, la profesión dista mucho de ofrecer un panorama unitario; a lo largo de su desarrollo teórico, la psicología ha producido una gran diversidad de enfoques y sigue en constante crecimiento. Sólo en España, Santolaya, Berdullas y Fernández (2001) recogen hasta diez paradigmas terapéuticos distintos representados en una proporción reseñable entre los profesionales de la psicología, número que padece ante las más de 250 terapias diferentes catalogadas por Herink (1980) y las casi 400 terapias distintas inventariadas por Kazdin, Kra-

tochwill y VandenBoss (1986), la mayoría de las cuales ha de tener, necesariamente, un reducido número de practicantes. Esta heterogeneidad se puede interpretar de diversos modos, y sin duda puede tener un carácter enriquecedor, pero no obstante hemos de considerar que encierra riesgos (cfr. Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000):

- La fragmentación de los enfoques en psicología clínica dificulta la comunicación y el acuerdo entre profesionales y no promueve una visión sólida y unitaria de la disciplina.
- Muchos de los modelos teóricos, no ajenos al divorcio creciente entre el mundo académico y la práctica clínica, tienen un sustento empírico frágil que debilita al conjunto de la psicología en su estatus científico y profesional. Así, la ausencia de guías y referentes claros supone un riesgo real de incurrir en una práctica de baja calidad, poco fundamentada o desactualizada.
- En la sociedad moderna la psicología debe competir contra múltiples alternativas terapéuticas para alcanzar el reconocimiento del público y de los gestores de programas sanitarios, quienes, ante el incremento de los costes de la atención clínica, son cada vez más exigentes con la fundamentación empírica de las intervenciones.

Algunos de estos riesgos han estado presentes durante la mayor parte del siglo pasado: ya en los años cincuenta del siglo xx Hans Eysenck señaló la fragilidad del sustento empírico de la práctica clínica en psicoterapia. En las seis décadas subsiguientes a la polémica conferencia de Eysenck, un amplio debate sobre el estatus empírico de la psicología clínica ha centrado buena parte de la atención y los recursos de la profesión: desarrollos como el metaanálisis, a finales de los años setenta, y movimientos como el de la «medicina basada en la evidencia», a principios de los ochenta, con la posterior popularización de guías de práctica clínica, han tenido gran impacto en el panorama. Pero sin duda un papel protagonista corresponde al grupo de trabajo de la División de Psicología Clínica de la APA sobre «tratamientos empíricamente apoyados» (TEA) y la intensa disputa teórica que desencadenó la consideración de los tratamientos psicológicos en los términos de eficacia propuestos por el grupo

de trabajo. Tras todo este debate, que no puede todavía darse por concluido, persiste una división entre los partidarios de técnicas y procesos específicos como eje del cambio y los defensores del «veredicto del pájaro dodo», la hipótesis de que factores inespecíficos ligados a la relación terapéutica subyacen a la eficacia de los tratamientos psicológicos. Sin embargo, a pesar de esta disyuntiva, hoy existe un consenso indiscutido sobre la necesidad de que la práctica de la psicología clínica tenga un sustento de evidencia empírica, constituido por investigaciones que combinen en la medida de lo posible la validez interna y la externa. Este principio está recogido en los códigos éticos de la mayoría de las instituciones profesionales en psicología, como la americana APA o el COP español (véase tabla 3.1), y suponen, por tanto, un imperativo claro para que todos los practicantes de psicología se comprometan con una práctica de la psicología clínica basada en la evidencia empírica.

TABLA 3.1

Deontología y validación empírica de las terapias

Código ético de la American Psychological Association (APA, 1992)
Art. 1.05. Mantenimiento de la capacidad profesional. Los psicólogos que realizan evaluación, terapia, formación, asesoramiento organizacional u otras actividades profesionales mantendrán un nivel razonable de conocimiento de la información científica y profesional en los campos de su actividad y llevarán a cabo los esfuerzos necesarios para mantener su competencia en las habilidades que usen. Art. 1.06. Bases para los juicios científicos y profesionales. Los psicólogos se basarán en el conocimiento científico y profesional cuando formulen juicios científicos o profesionales o cuando estén implicados en tareas académicas o profesionales.
Código deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos (COP, 1993)
Art. 18. Sin perjuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos, el/la psicólogo/a no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente. En el caso de investigaciones para poner a prueba técnicas o instrumentos nuevos, lo hará saber así a sus clientes antes de su utilización.

2. PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

La relevancia adquirida por la necesidad de fundamentación empírica ha llevado a que el concepto «práctica basada en la evidencia» tome for-

ma de modo explícito en una serie de ámbitos; la psicología clínica no ha sido una excepción. A partir de las conclusiones de un grupo de trabajo establecido por su presidente en 2005, Ronald Levant, la APA definió en el año 2006 la práctica

basada en la evidencia (PBE) como «la integración de la mejor investigación con la pericia clínica en el marco de las características, la cultura y las preferencias del paciente». En este ámbito, se entiende que la pericia clínica comprende no sólo el manejo de habilidades terapéuticas, sino también destrezas cognitivas como la capacidad de emitir un juicio clínico y de diseñar estrategias coherentes y fundamentadas, de evaluar de un modo crítico el propio desempeño y sus limitaciones, acudiendo a los recursos necesarios para subsanarlas, de generar hipótesis en base a información recabada y las teorías de investigación y buscar evidencia a favor o en contra de las hipótesis formuladas (APA, 2006). La APA señala adicionalmente que el propósito de la PBE es «promover una práctica efectiva de la psicología y potenciar la salud pública mediante la aplicación de principios de evaluación psicológica, formulación de casos, relación terapéutica e intervención apoyados empíricamente». A continuación, se repasarán las aportaciones que, desde cada uno de estos cuatro elementos, se hace para una práctica clínica basada en la evidencia.

— Elementos de la intervención psicológica

De entre los elementos antes señalados, las intervenciones son el componente que hasta la fecha ha generado un mayor volumen de estudios y de polémica. Aquí son de obligada mención los desarrollos del Grupo de Trabajo de la División 12, de Psicología Clínica, de la APA, sobre la validación empírica de los tratamientos psicológicos. Creado durante la presidencia de David Barlow en 1993, el grupo de trabajo desarrolló bajo la dirección de Dianne Chambless unos criterios de validación empírica, publicados a lo largo de diversos informes entre 1995 y 1998. Estos criterios consideraban grados diferentes de apoyo empírico para los tratamientos psicológicos: «tratamientos bien establecidos» y «tratamientos probablemente eficaces», quedando los restantes tratamientos como «tratamientos experimentales» o no probados (Task Force, 1995). A partir de estos criterios, el grupo de trabajo produjo un listado

indicando aquellos tratamientos que habían obtenido cada nivel de validación. Al listado inicial, con 25 tratamientos entre las categorías de «bien establecidos» y «probablemente eficaces», le han seguido otros progresivamente más amplios, a cargo del propio Grupo de Trabajo —ahora un comité permanente de la División 12— y de otros autores y entidades que han adoptado metodologías de trabajo similares (Chambless y Hollon, 2001; Nathan y Gorman, 2006). Actualmente, la División 12 de la APA mantiene una página en su sitio web (<http://www.div12.org/Psychological-Treatments/index.html>) donde el listado inicial de tratamientos continúa siendo actualizado en base a los mismos criterios, superando ya los 100 tratamientos.

A pesar de las intenciones de la División 12 al generar este listado —básicamente promover una formación de calidad para los estudiantes de psicología e informar a la sociedad y a los proveedores de servicios sanitarios de la existencia de intervenciones psicológicas eficaces comparables a los fármacos—, su publicación produjo un revuelo en el campo de la psicología clínica similar a las declaraciones de Eysenck 45 años antes. El listado fue criticado por múltiples motivos:

- Hablar de «tratamientos empíricamente validados», «tratamientos bien establecidos» y «probablemente eficaces» puede dar a entender que los tratamientos fuera de esas categorías son ineficaces o inválidos, con lo que quedarían deslegitimados ante el público y, mucho más grave, ante los proveedores de servicios sanitarios, que podrían dejar de subvencionarlos, según el modelo sanitario vigente en Estados Unidos (Seligman, 1995).
- Los criterios de validación empírica propuestos favorecen una metodología de ensayos clínicos controlados que supone una trasposición directa a la psicología de una metodología propia de la medicina. Esta práctica implica «cosificar» en cierta medida los tratamientos y estandarizar en base al diagnóstico un medio de interven-

ción que en la práctica clínica es básicamente autocorrectivo e individualizado (Rodríguez, 2004). Se han señalado múltiples aspectos en los que la práctica clínica se diferencia de las condiciones de estos ensayos clínicos controlados, por lo que existen dudas sobre su generalizabilidad al medio real (Seligman, 1995). Adicionalmente, se ha afirmado que este enfoque favorece las terapias conductuales o cognitivo-conductuales sobre otros paradigmas clínicos menos centrados en procedimientos susceptibles de estandarización (Garfield, 1996).

- La filosofía de los tratamientos empíricamente apoyados lleva implícita la hipótesis de que el elemento activo del tratamiento psicológico es la técnica. Esto choca frontalmente con las corrientes psicoterapéuticas que defienden que el agente activo de la terapia es la relación terapéutica en sí misma, con sus componentes de aceptación, empatía, prueba de realidad, experiencias autocorrectivas y otros procesos que serían independientes de la técnica, que supondría, para estos teóricos, un porcentaje menor del cambio terapéutico (Silverman, 1996).

Estas críticas se han traducido en un progresivo interés por poner a prueba los tratamientos empíricamente apoyados en condiciones de práctica clínica real, lo que se conoce como ensayos de efectividad o utilidad clínica, frente a las condiciones de laboratorio, o de eficacia, lo que potencia la generalizabilidad de los tratamientos. Por otro lado, los listados de tratamientos empíricamente apoyados se han multiplicado en los últimos años, y hemos visto cómo los paradigmas inicialmente más críticos con el modelo de validación empírica propuesto, como el psicoanálisis o las terapias humanistas, se esforzaban por desarrollar sus propios ensayos y por sustentar empíricamente los procesos de cambio propuestos desde sus modelos teóricos. De este modo, el número de tratamientos con apoyo empírico se ha

multiplicado, existiendo algunos trastornos para los que múltiples tratamientos se encuentran disponibles. Esto suscita preguntas sobre los aspectos comunes de esos tratamientos, su eficacia diferencial y otros aspectos que pueden ser objeto de investigación empírica. Así pues, aunque los listados de tratamientos empíricamente apoyados no han venido a cambiar drásticamente la realidad de la práctica clínica ni de su docencia (Woody, Weisz y McLean, 2005), sí han producido una presión eficaz hacia la validación empírica de tratamientos, modelos y procesos de cambio que no puede sino beneficiar a la psicología clínica en su conjunto.

— Elementos de la relación terapéutica

La mayor parte de los estudios sobre el papel del terapeuta en los ensayos clínicos controlados arrojan un dato difícil de encajar a priori con los detallados manuales de tratamiento y las cuidadosas comprobaciones del grado de adherencia de los terapeutas a ellos: entre un 0 y un 18 por 100 de la variabilidad en los resultados del tratamiento, a lo largo de diferentes condiciones, se debe al terapeuta (Huppert et al., 2001). Los autores que propugnan la centralidad de la relación terapéutica como elemento terapéutico ven aquí una confirmación del papel de la alianza terapéutica, ya defendido por autores clásicos, como Carl Rogers, en su terapia centrada en el cliente. Remedando al grupo de trabajo de la División 12 de la APA sobre tratamientos empíricamente apoyados, la División 29, de Psicoterapia, de la APA estableció un grupo de trabajo sobre relaciones terapéuticas empíricamente apoyadas que, entre 1999 y 2002, produjo diversos documentos bajo la dirección e impulso de John Norcross. El grupo de trabajo fijó estándares de aval empírico para etiquetar elementos de la relación terapéutica como «efectivos», «probablemente efectivos» y «no demostrables». Con un enfoque transdiagnóstico, el grupo de trabajo señaló a la alianza terapéutica (cohesión en psicoterapia grupal), la empatía, el consenso en relación con los objetivos y la atención a las rupturas de la alianza terapéutica, el grado de severidad y el

estilo de afrontamiento del paciente como elementos efectivos de la relación terapéutica. Otros elementos «probablemente efectivos» han sido igualmente identificados y descritos (Norcross, 2002). Según proponen los autores, estos elementos serían responsables por sí mismos del cambio terapéutico.

Sin embargo, las conclusiones del grupo de trabajo de la División 29 tampoco han estado exentas de críticas:

- La metodología aplicada en muchos estudios sobre factores comunes e inespecíficos presenta dificultades: ante la dificultad de la manipulación experimental de la empatía, la alianza terapéutica, etc., la evidencia disponible es básicamente de tipo correlacional y no permite establecer relaciones causales entre alianza terapéutica y resultados del tratamiento. Muchos estudios provienen de condiciones de práctica clínica de alta validez ecológica pero con poco o ningún control experimental.
- Centrar el peso del cambio en la interacción terapeuta-paciente puede llevar a la impresión de que, mientras haya una buena relación terapéutica, el procedimiento terapéutico desarrollado «da igual» o es mínimamente relevante. Sin embargo, los estudios parecen claros a la hora de señalar que, ante determinados trastornos, como el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno de ansiedad generalizada, la probabilidad de mejoría clínica si no se implementan técnicas específicas —las de exposición con prevención de respuesta— es extremadamente reducida. En otros muchos casos, las comparaciones entre tratamientos específicos favorecen de manera clara a una de las alternativas de un modo que la hipótesis de la equivalencia de las terapias no ha logrado explicar de modo satisfactorio.
- Existen abundantes estudios que arrojan dudas sobre la fiabilidad y validez de las decisiones basadas en el juicio y la expe-

riencia de los clínicos. La individualización del tratamiento, la búsqueda de intervenciones a medida en base al juicio clínico, ha recibido todavía una cantidad insuficiente de atención por los investigadores; la superioridad de los tratamientos individualizados sobre los estandarizados es aún motivo de debate (Kazdin, 2008).

- A diferencia de los aspectos técnicos, susceptibles de ser manualizados, las habilidades terapéuticas han resultado hasta la fecha mucho más difíciles de operativizar y, por tanto, de transmitir y entrenar de un modo sistemático, persistiendo mucho de «arte» en su implementación.

En cualquier caso, la evidencia apunta a que existen diferencias significativas en la ejecución de unos terapeutas respecto de otros, incluso en los entornos más controlados; por tanto, la identificación de las causas de estas diferencias es relevante para perfeccionar los tratamientos psicológicos. Si estas diferencias se fundamentan en la experiencia (Huppert et al., 2001), la competencia (Kuyken y Tsivrikos, 2008) o en la capacidad del terapeuta para reconocer y adaptar su intervención a algunas características críticas del paciente (reactividad a la intervención, estilo de afrontamiento-externalizante versus internalizante, o su nivel de severidad; Beutler et al., 2003), son preguntas que la investigación puede y debe abordar mediante la identificación de variables moderadoras del resultado del tratamiento, para clarificar el hasta ahora controvertido tema de la relación terapéutica y la pericia clínica. Aportaciones como la terapia prescriptiva propuesta por Beutler, Clarkin y Bongar (2000) suponen un avance decidido en la línea de explorar sistemáticamente el impacto de adaptaciones específicas de la relación con el paciente en función de sus características concretas.

— Elementos de la evaluación psicológica

La evaluación del paciente, de sus problemas y necesidades, como punto de partida de cualquier interacción terapéutica, supone un aspecto

esencial de la PBE (Kazdin, 2008). La evaluación es fundamental debido a la gran importancia atribuida a las características del paciente, que van más allá del diagnóstico, pero también debido a que ninguna intervención es infalible, sea manuzada o individualizada; detectar y monitorizar de modo rápido las evoluciones (o retrocesos) del paciente es imprescindible para asegurar una adecuada adaptación de la terapia a las necesidades cambiantes del paciente. Así, una evaluación no es simplemente una fase inicial del proceso terapéutico, sino un proceso continuado a lo largo de todo el tratamiento y el seguimiento de un caso, en el que se debe fundamentar la toma de decisiones sobre el rumbo y la continuidad de la intervención.

Asumir el modelo de PBE implica que este proceso de evaluación debe realizarse de un modo sistemático mediante el empleo de medidas estandarizadas, fiables y válidas, susceptibles de replicación y de comparación con un marco de referencia adecuado. Renunciar a la evaluación sistemática a favor del juicio clínico supone obviar los abundantes sesgos a los que el clínico está sometido, muchos de los cuales están sobradamente documentados (sesgos de memoria, pensamiento de tipo confirmatorio, atención selectiva, heurísticos de representatividad...) (Garb y Boyle, 2003). Las medidas objetivas y sistemáticas son un apoyo fundamental para el juicio clínico, que, si bien nunca puede ser sustituido, se beneficia notablemente de ser suplementado por ellas. Más allá de este apoyo en la toma de decisiones, las medidas sistemáticas son un reflejo estable, verificable y replicable del estado del paciente a lo largo del proceso terapéutico, algo que el juicio clínico, por sí mismo, no puede ofrecer. La importancia de disponer de esta información es clara si pensamos en la posibilidad de que un tratamiento se dilate a lo largo del tiempo, una misma historia clínica sea manejada por diferentes terapeutas en diversos momentos o de que sea preciso rendir cuentas de una intervención, lo que puede producirse mucho tiempo después de que haya finalizado, por motivos legales, de investigación o clínicos. La evaluación en estos términos facilita

también la adopción del rol investigador por el practicante, que dispone así de una información cuantitativa susceptible de análisis y comparación empírica.

A diferencia de los componentes de la intervención ligados a las técnicas y a la relación terapéutica, la evaluación no ha recibido una atención de la misma magnitud, aunque sí se han dado polémicas relevantes en torno a la conveniencia de emplear herramientas estandarizadas, fiables y válidas y de la utilidad de las técnicas proyectivas en la evaluación psicológica; de modo más específico, existen estudios que comprometen la utilización de algunas de las herramientas proyectivas más empleadas, como el test de Rorschach, el test de apercepción temática (TAT) o las clásicas estrategias proyectivas basadas en el dibujo (Hunsley, Lee y Wood, 2003). Por supuesto, no sólo las técnicas proyectivas han recibido críticas por su falta de validez y fiabilidad, sino también muchas escalas, cuestionarios y autoinformes, algunos de amplia difusión, como por ejemplo la versión española del MCMI-II (Sanz, 2007). De esta manera, es preciso que los clínicos asuman la responsabilidad de conocer y enjuiciar críticamente las herramientas que emplean en la evaluación, para lo cual resulta imprescindible el desarrollo de criterios de evaluación empíricamente apoyada que sean sólidos y asequibles a los practicantes, de lo que ya existen algunos prometedores ejemplos (Hunsley y Mash, 2008).

— Elementos de la formulación de casos

La formulación de casos es un elemento fundamental para el desarrollo de una práctica basada en la evidencia, en la medida en que supone un marco estructurado para conectar las manifestaciones de un caso clínico particular con teorías de orden general, de un modo que permita realizar inferencias explicativas sobre un problema que sean de utilidad a la intervención (Kuyken et al., 2005). Existen múltiples modelos de formulación de casos; como ejemplos podemos citar los diagramas de conceptualización de caso (Beck,

1995), desde la perspectiva cognitiva, o los diagramas analítico-funcionales de casos clínicos (Haynes y Williams, 2003), desde una perspectiva conductual. Aunque estos modelos disponen de un apoyo empírico variable, podemos considerar que se trata de métodos empíricos de trabajo (Persons, 2005).

Siendo un método estrictamente idiográfico, la formulación de casos entra en conflicto con el enfoque del diagnóstico DSM/CIE, que sustituye la caracterización precisa del paciente y sus características clínicamente relevantes por una categoría mucho más reducida (Davidson, 2000). Por supuesto, esto conecta con las críticas a la generalizabilidad de los tratamientos empíricamente apoyados, que se ponen a prueba para diagnósticos concretos. El papel del diagnóstico como variable de agrupación en los ensayos clínicos controlados es una controversia duradera; ya se ha señalado que muchas variables del paciente, en principio no conectadas con el diagnóstico, pueden afectar al resultado de la intervención (estilo internalizante versus externalizante, por ejemplo). Aunque sin duda el diagnóstico recoge una parte importante de la variabilidad de los diferentes pacientes, puede ser insuficiente para dar cuenta de los casos más complejos, con amplias comorbilidades, que con frecuencia se ven en la práctica clínica. La formulación de casos pretende ser una respuesta a estas situaciones.

En cualquier caso, se ha señalado que la formulación de casos no deja de ser una construcción del evaluador y por tanto susceptible de sesgo, sujeta a cambios a lo largo del tiempo y de naturaleza básicamente condicional e idiográfica (Haynes y Williams, 2003). Específicamente, la fiabilidad de la formulación baja a medida que se desplaza el foco de lo descriptivo a los procesos e hipótesis (Kuyken et al., 2005). Esto hace especialmente importante el empleo de métodos de evaluación sólidos a la hora de recoger la información que ha de servir para desarrollar la formulación, y que el profesional tenga un marco de referencia teórico (sobre los trastornos psicológicos y sus causas) y práctico (sobre la formu-

lación de casos) adecuado para su desarrollo; parece contrastado que el nivel de formación y experiencia son relevantes para el desarrollo de formulaciones fiables (Kuyken et al., 2005). Sin embargo, la demostración de la utilidad clínica de la formulación de casos es un asunto todavía abierto, pues existen datos contradictorios sobre la superioridad de las intervenciones individualizadas en base a la formulación de casos frente a las intervenciones manualizadas (Kazdin, 2008). Sin duda este tema precisa mucha investigación para poner a prueba de modo sistemático el efecto de diferentes modelos de formulación, desarrollados por psicólogos con diferentes niveles de formación, y sus efectos en diversos problemas, especialmente en los más complejos, pero actualmente la formulación de casos es un medio básico para abordar la complejidad de los problemas psicológicos y ofrecer intervenciones adaptadas a los pacientes.

Al repasar los diferentes elementos que se consideran en la PBE, no pasa desapercibido que muchos de ellos se plantean de un modo que resulta antagónico a los otros. No podemos sino considerar preciso buscar un terreno común para la integración de los tratamientos empíricamente apoyados y las habilidades terapéuticas mediante un uso creativo y flexible de ambos, en el marco de la formulación de casos (Persons, 2005). La propuesta más interesante en este sentido podría ser la de identificar procesos de cambio empíricamente apoyados (Beutler y Castonguay, 2006), un lenguaje común en el que tanto los elementos de la intervención como los de la relación podrían ser expresados de un modo compatible con el análisis individualizado del caso clínico. Esto exige ir más allá de los diagnósticos, con su limitada validez, para reivindicar categorías con un significado psicológico más claro, y desarrollar herramientas adecuadas para su valoración y medida. Pasos iniciales en este sentido se están dando en la búsqueda de variables mediadoras de los resultados de los tratamientos y perfiles de respuesta diferenciados (APA, 2006), comprobando el funcionamiento de los tratamientos empíricamente apoyados en contextos clínicos reales y su inte-

gración con modelos idiográficos de análisis de casos.

A modo de conclusión, cabe señalar que los interrogantes que plantean la generalización de los tratamientos empíricamente apoyados o el empleo aislado de sus componentes, y la inespecificidad de las habilidades terapéuticas, por citar dos de los aspectos conflictivos señalados, no dejan de ser reducibles a interrogantes que pueden ser contestados mediante la aplicación del método experimental (Kazdin, 2008). Es en este empeño donde el papel de la práctica clínica real se vuelve crucial, en la medida en que puede convertirse en un «laboratorio natural» donde una evaluación sistemática mediante instrumentos validados, una aproximación terapéutica que se fundamenta en los procesos subyacentes a los tratamientos y elementos de relación empíricamente apoyados, y en la formulación precisa e individualizada del caso, pueden servir para delimitar las intervenciones efectivas en el medio clínico real e identificar variables moderadoras del resultado del tratamiento.

3. UN EJEMPLO DE PBE EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

El estado de ánimo deprimido es una de las condiciones de malestar psicológico más frecuentes en los seres humanos. El estado de ánimo deprimido, la tristeza, puede no obstante manifestarse como síntoma, lo que es habitual en conjunción con otros problemas psicológicos y condiciones médicas e, incluso, vitales, o como síndrome; es en este segundo caso cuando hablamos de un trastorno depresivo, cuando al estado de ánimo depresivo se le unen una serie de síntomas covariantes que nos permiten distinguirlo de otros estados psicopatológicos o normales (Sanz y Vázquez, 1995). De modo más específico, se considera que el trastorno está presente cuando se dan uno o más episodios depresivos, caracterizados por un período de tiempo de como mínimo dos semanas en las que aparez-

can tristeza o bien pérdida de interés y de capacidad para el placer, junto a una serie de síntomas concomitantes como insomnio/hipersomnias, fatiga, pérdida del deseo sexual, etc., durante la mayor parte del tiempo (APA, 2000). El trastorno depresivo mayor (TDM) es el trastorno psicológico más prevalente, tanto en España (prevalencia-año 3,9 por 100, prevalencia-vital 10,5 por 100; Haro et al., 2006) como en Europa, aunque con variaciones entre los diferentes países (The ESEMEd / MHEDEA 2000 Investigators, 2004). Actualmente, el TDM es la cuarta causa de discapacidad, y para 2020 se prevé que sea la segunda (WHO, 2010). Además, conlleva elevados costes económicos (Üstün et al., 2004), y según el DSM-IV-TR (APA, 2000, p. 347) «los sujetos con trastorno depresivo mayor que mueren por suicidio llegan al 15 por 100». En consonancia, en España, el Sistema Nacional de Salud considera un objetivo específico, en el marco de su Estrategia Nacional de Salud Mental, reducir las tasas de depresión y suicidio (MSC, 2007, p. 77). Es por tanto famosa con razón la afirmación de que nos encontramos en «la era de la depresión» (Klerman, 1984), y, en consonancia con ello, los intentos de hacerle frente desde la psicología clínica han sido abundantes y, por suerte, razonablemente fructíferos. De este modo, existe una base de evidencia empírica amplia y sólida que nos permite considerar la posibilidad de una PBE para el TDM.

Dada la importancia del TDM, existen múltiples propuestas de intervención psicológica. De acuerdo con las principales clasificaciones (Chambless y Ollendick 2001; Nathan y Gorman, 2006), actualmente se reconocen tres tipos de tratamientos empíricamente apoyados para el TDM.

- La terapia de conducta (Jacobson et al., 1996; Lewinsohn et al., 1985), basada en incrementar la tasa de refuerzos del paciente mediante activación conductual, planificación de actividades agradables y la solución de problemas.

TABLA 3.2

Programa de activación conductual (Jacobson et al., 1996)

Componentes	Formato
1. Planificación progresiva de actividades. 2. Discusión de problemas específicos. 3. Mejora de los déficit en habilidades sociales.	--- Aplicación individual. --- Tratamiento manualizado. --- Duración de 20 sesiones semanales.

— La terapia cognitiva o cognitivo-conductual (Beck et al., 1979), basada en la reestructuración de los pensamientos depresó-

genos, apoyada en estrategias de activación conductual y solución de problemas personales y sociales.

TABLA 3.3

Terapia cognitiva para la depresión (Beck et al., 1979)

Componentes	Formato
1. Activación conductual. 2. Reestructuración cognitiva. 3. Otros componentes conductuales ad hoc: solución de problemas, habilidades sociales...	--- Aplicación individual. --- Tratamiento manualizado. --- Base de 12 sesiones semanales, ampliable a 16.

— La terapia interpersonal (Klerman et al., 1984), de origen ecléctico, basada en el manejo de los déficit interpersonales y ree-

valuación de contenidos relacionados con la pérdida, el duelo y el cambio de rol.

TABLA 3.4

Terapia interpersonal para la depresión (Klerman et al., 1984)

Componentes	Formato
1. Manejo de la pérdida. 2. Manejo de disputas interpersonales. 3. Manejo de la transición de rol. 4. Manejo de los déficit interpersonales.	--- Aplicación individual. --- Tratamiento manualizado. --- Duración aproximada de 16 sesiones en 12 semanas.

Siendo estos tres tratamientos propuestas diferentes, con fundamentos en cierta medida distintos (aunque existe notable solapamiento entre la terapia cognitiva y la conductual), ¿cómo es posible que los tres obtengan eficacia? Existen, sin duda, aspectos comunes en los procesos que son abordados por

los tres tratamientos, por más que los medios técnicos concretos que se plantean sean diferentes. Específicamente, se ha señalado que el incremento de las tasas de conductas y de los niveles de reforzamiento, la reevaluación de la situación, las emociones y cogniciones que retroalimentan el trastorno,

la mejora del funcionamiento social y el entorno del paciente, o el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento, preferiblemente en un marco estructurado y orientado a metas específicas, son abordados en mayor o menor medida por los diferentes tratamientos con apoyo empírico (Follette y Greenberg, 2006).

TABLA 3.5

Componentes comunes de los TEA para el TDM

— Activación conductual
• Reducción de la evitación.
• Obtención de reforzamiento.
— Cambio de creencias y emociones
• Abordaje de estilos cognitivos disfuncionales.
• Manejo de emociones y temas depresógenos.
— Afrontamiento de problemas
• Planificación.
• Puesta en marcha.
— Mejora de la competencia interpersonal
• Habilidades específicas.
• Solución de problemas sociales.
• Mejora del apoyo social.
— Formato
• Estructurado.
• Orientado a objetivos.

A pesar del carácter intuitivo de esta convergencia de principios terapéuticos, se ha de señalar que estas conclusiones no tienen un respaldo empírico similar al de los tratamientos empíricamente apoyados en los que se fundamentan, aunque son unas guías a tener en cuenta (Beutler y Castonguay, 2006). Hemos de recordar que los tratamientos empíricamente apoyados validan paquetes de tratamiento, no los principios por los que éstos, hipotéticamente, operan, aunque deseablemente éstos habrán sido validados de modo independiente. Es en este punto cuando la inclusión de principios de una formulación de casos sistematizada e individualizada a las necesidades del paciente, informada por las teorías relevantes en el campo (por ejemplo, la teoría cognitiva de Beck sobre la depresión o las bases conductuales del bajo estado de ánimo), resulta de gran valor e importancia (Persons, 2005). De hecho, no falta quien defiende la superioridad de estos enfoques puramente idiográficos sobre los enfoques nomotéticos basados en el diagnóstico (González y Pérez, 2007).

Por supuesto, esta formulación debe estar sustentada en una evaluación adecuada de las características del problema. Existen abundantes instrumentos de medida adecuados, respaldados por una amplia literatura y con criterios psicométricos (fiabilidad, validez, etc.) óptimos, y adaptados a población española, algunos de los cuales se muestran en la tabla 3.6.

TABLA 3.6

Instrumentos validados para la valoración de la sintomatología depresiva

Entrevistas	Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV - Versión clínica (SCID-I-VC) (First et al., 1999).
Cuestionarios y escalas	Inventario de depresión de Beck, revisado (BDI-II) (Sanz et al., 2005). Escala de Hamilton para la valoración de la depresión (HDRS) (Ramos Brieva y Cordero, 1986).

Entre las características del paciente que se deben considerar en la formulación del caso, por su posible impacto en el tratamiento, se encuentran los aspectos étnicos y las preferencias reli-

gias, dos aspectos ante los que la discrepancia o falta de sensibilidad por parte del terapeuta puede empeorar los resultados de la intervención. La edad y los trastornos de personalidad

comórbidos, unidos a una mayor severidad y deterioro funcional, pueden suponer predictores negativos del resultado del tratamiento que el terapeuta debe igualmente considerar (Beutler et al., 2006).

En el apartado de la relación terapéutica, existe una mayoría de evidencia que apoya la potenciación de la alianza terapéutica y la adopción de una actitud cálida, de aceptación, congruencia y genuinidad como elementos que contribuyen al cambio terapéutico (Castonguay et al., 2006). Hay que adaptarse a las características del paciente, evitando suscitar resistencias y ofreciendo un tratamiento acorde con el nivel de severidad de la

sintomatología depresiva, con mayor intensidad de la terapia en casos más graves. Por otro lado, se ha señalado ya cómo los pacientes más impulsivos o externalizantes se benefician de intervenciones más directivas, y los más reflexivos o internalizantes, de intervenciones orientadas a insight.

Como ya se ha comentado, aún queda camino por recorrer en la fundamentación y precisión de los principios de PBE en esta y otras áreas. No obstante, existen resultados prometedores y motivos para el optimismo en el empleo conjunto de herramientas de evaluación, técnicas de intervención y relación y métodos sistemáticos de análisis de casos.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1992). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. Disponible en la World Wide Web: <http://www.apa.org/ethics/code.html>.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (4th ed. text revision)*. Washington, DC: APA.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 4, 271-285.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: DDB.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. Nueva York: The Guilford Press.
- Beutler, L. E., Blatt, S. J., Alimohamed, S., Levy, K. N. y Anguaco, L. A. (2006). Participant Factors in Treating Dysphoric Disorders. En L. Castonguay y L. E. Beutler (eds.), *Principles of Therapeutic Change That Work* (pp. 3-12). Nueva York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E. y Castonguay, L. G. (2006). The Task Force on Empirically Based Principles of Therapeutic Change. En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (eds.), *Principles of Therapeutic Change That Work* (pp. 3-12). Nueva York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Clarkin, J. y Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. Nueva York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. y Wong, E. (2003). Therapist variables. En M. J. Lambert (ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed.)* (pp. 227-306). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Buela-Casal, G. (dir.) (2005). Psicología como Ciencia de la Salud. *Papeles del Psicólogo (número monográfico)*, 26(91), 1-38.
- Castonguay, L. G., Grosse Holtforth, M., Coombs, M. M., Beberman, R. A., Kahouros, A. A., Boswell, J. F., Reid, J. J. y Jones, E. E. (2006). Relationship Factors in Treating Dysphoric Disorders. En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (eds.), *Principles of Therapeutic Change That Work* (pp. 3-12). Nueva York: Oxford University Press.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Dertweiler, J., Haaga, D. A. F., Jonhson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. R. (1998). *Update on Empirically Validated Therapies II*. American Psychological Association. Disponible en la World Wide Web: <http://www.apa.org/divisions/div12/est/97REPORT.html>.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1993). *Código Deontológico del Psicólogo*. Disponible en la World Wide Web: <http://www.cop.es/cop/codigo.html>.

- Davidson, G. C. (2000). Stepped Care: Doing More With Less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 4, 580-585.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Gibbon, M. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión Clínica (SCID-I-VC)*. Barcelona: Masson.
- Follete, W. C. y Greenberg, L. S., Technique Factors in Trating Dishoric Disorders. En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (eds.) (2006) *Principles of Therapeutic Change That Work* (pp. 83-110). Nueva York: Oxford University Press.
- Garb, H. N. y Boyle, P. A. (2003). Understanding Why Some Clinicians Use Pseudoscientific Methods: Findings from Research on Clinical Judgement. En S. O. Lilienfeld, S. Jay Lynn y J. F. Lohr (eds.), *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology* (pp. 17-38). Nueva York: The Guilford Press.
- Garfield, S. L. (1996). Some problems with «validated» forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 218-229.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J. y el Grupo ESEMeD España. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 126(12), 445-451.
- Haynes, S. N. y Williams, A. W. (2003). Clinical case formulation and the design of treatment programs: Matching treatment mechanisms and causal relations for behavior problems in a functional analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 164-174.
- Herink, R. (ed.) (1980). *The Psychotherapy Handbook: the A to Z guide to more than 250 different therapies in use today*. Nueva York: New American Library.
- Hernández Gordillo, A. (2003). Los estudios universitarios de psicología en España (1). Evolución de centros, alumnos y relación oferta-demanda. *Papeles del Psicólogo*, 86, 13-24.
- Hunsley, J., Lee, C. M. y Wood, J. M. (2003). Controversial and Questionable Assessment Techniques. En S. O. Lilienfeld, S. Jay Lynn y J. F. Lohr (eds.), *Science and Pseudoscience in Clinical Psychology* (pp. 39-76). Nueva York: The Guilford Press.
- Hunsley, J. y Mash, E. J. (2008). Developing criteria for evidence-based assessment: An introduction to assessments that work. En J. Hunsley y E. J. Mash (eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 3-14). Nueva York: Oxford University Press.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K y Woods, S. (2001). Therapists, Therapist Variables, and Cognitive-Behavioral Therapy Outcome in a Multicenter Trial for Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 74-755.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E. y Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioural treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 295-304.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice. *American Psychologist*, 63(3), 146-159.
- Kazdin, A. E., Kratochwill, T. R. y VandenBoss G. R. (1986). Beyond Clinical Trials: Generalizing from Research to Practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(5), 391-398.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. y Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. s.c.: Basic Books.
- Kuyken, C., Fothergill, C.D., Musa, M. y Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 187-201.
- Kuyken, W. y Tsivrikos, D. (2009). Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 78(1), 42-48.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. R. Bootzin (dirs.), *Theoretical issues in behaviour therapy* (pp. 331-359). Orlando: Academic Press.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. M. (2006). *Treatments that work, 3rd edition*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (dir.) (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Nueva York: Oxford University Press.

- Persons, J. B. (2005). Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36, 107-118.
- Ramos-Brieva, J. A. y Cordero, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 14, 324-334.
- Rodríguez, A. (2004). La Investigación de Resultados y el Futuro de la Psicoterapia: Alternativas a los Tratamientos Empíricamente Validados. *Papeles del Psicólogo*, 25(87), 45-55.
- Santolaya, F.; Berdullas, M. y Fernández, J. R. (2001). The Decade 1989-1998 in Spanish Psychology: An Analysis of Development of Professional Psychology in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 4(2), 237-252.
- Sanz, J. (2007). Algunos problemas con la utilización de la adaptación española del inventario clínico multiaxial de Millon-II (MCMI-II) con fines diagnósticos. *Clinica y Salud*, 18(3), 287-304.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del Estado de Ánimo: Teorías Psicológicas. En A. Belloch, F. Ramos y J. Sandín (dirs.), *Manual de Psicopatología*, vol. 2 (pp. 341-378). Madrid: McGraw-Hill.
- Seligman, M. E. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Silverman, W. H. (1996). Cookbooks, Manuals, and Paint-By-Numbers: Psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy*, 33, 207-215.
- Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud, Siglo XXI - (2009). *Psicólogos Clínicos en España: Informe de situación*. Madrid: SEPCyS.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologists*, 48(1), 3-23.
- The ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl. 420), 21-27.
- Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C. y Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 386-392.
- Woody, S. R., Weisz, J. y McLean, C. (2005). Empirically Supported Treatments: 10 Years Later. *The Clinical Psychologist*, 58(4), 5-11.
- World Health Organization (2010). *Depression*. Recuperado el 20 de abril de 2010 de http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en.

Tratamientos empíricamente apoyados para los síntomas psicóticos

5

SERAFÍN LEMOS GIRÁLDEZ, ÓSCAR VALLINA FERNÁNDEZ, EDUARDO FONSECA PEDRERO,
MERCEDES PAÍNO Y M. PURIFICACIÓN FERNÁNDEZ IGLESIAS

1. INTRODUCCIÓN

Los tratamientos utilizados para la reducción de los síntomas psicóticos cuentan con una larga historia y, en general, con una corta aplicación, al haber demostrado muchos de ellos pobres o nulos resultados. Si bien multitud de teorías explicativas de las psicosis han prosperado durante la Edad Moderna y la Edad Contemporánea, puede afirmarse con rotundidad que su tratamiento ha sido una entelequia hasta bien entrado el siglo XX.

En los últimos cien años, diversos modelos teóricos dieron origen a ensayos terapéuticos de naturaleza biológica y farmacológica, así como de corte psicosocial. Entre los primeros, son bien conocidas las muchas formas de hidroterapia (baños por aspersión, afusiones, *packs*, duchas de agua fría, etc.), los sistemas de contención, supuestamente para reprimir manifestaciones patológicas y orientar después correctamente la atención del paciente, despertar representaciones sanas, suscitar sentimientos y educar la voluntad (la camisa de fuerza, el cesto de mimbre, la silla tranquilizadora, el armario inglés, las máscaras de hierro, etc.), las máquinas rotatorias, un intento de que la fuerza centrífuga enviase la sangre al cerebro, la rueda hueca, para sacar al enfermo de su dispersión y devolverle la conciencia de sí mismo, entre los más extendidos. Más atrás habían quedado instrumentos de disuasión y castigo, las sangrías, los eméticos y purgantes, la curación por sueño mediante sales de bromuro y otros sedantes, así como otros procedimientos inhumanos.

A los tratamientos físicos del reciente pasado pertenecen también la «curación por fiebre», introducida por Julius Wagner-Jauregg, que recibió el premio Nobel en 1927; la terapia convulsiva propuesta por Ladislav von Meduna (1896-1964), basada en la creencia de que existía un antagonismo biológico (anatómico y funcional) entre la epilepsia y la esquizofrenia y que inicialmente recurrió a productos convulsionantes, como el alcanfor inyectable, y luego a un derivado sintético (metrazol) por vía intravenosa, de acción más rápida; la terapia del coma insulínico, también llamada «choque hipoglucémico» o «cura de Sakel», introducida por Manfred J. Sakel (1900-1957); la terapia electro-convulsiva o *electroshock*, introducida por Ugo Cerletti y Lucio Bini en 1938; el lavado de cerebro, desmodelación o desestructuración (*depatterning*), desarrollado por Ewen Cameron, presidente de la American Psychiatric Association en la década de 1950, y, en menor medida, la neurocirugía, entre cuyas técnicas han destacado la *lobotomía frontal* del neurólogo portugués Egas Moniz, que en 1949 recibió el premio Nobel de Medicina y Fisiología, y una variante llamada «lobotomía transorbital», también del neurólogo americano Walter Freeman, que la introdujo en los Estados Unidos.

La revolución de la *psicofarmacología* comenzó en los años cincuenta con la introducción de sustancias antipsicóticas, como la reserpina y la clorpromazina, con la esperanza de poder controlar los síntomas positivos, es decir, las características más patológicas, como son las alucinaciones

y los delirios, y de poder tratar a pacientes graves en la comunidad, reduciendo la frecuencia y gravedad de los episodios psicóticos y mejorando el nivel de funcionamiento y la calidad de vida. El panorama, sin embargo, fue a la postre menos optimista de lo que se suponía, al comprobarse que los efectos secundarios de la medicación antipsicótica (especialmente la acatisia y la discinesia tardía) derivan en un importante incumplimiento del programa terapéutico, lo que da lugar a tasas de recaída del 30-50 por 100 en el período de uno o dos años siguientes al inicio del tratamiento, así como en una ausencia de mejoría en la sintomatología aguda en una pequeña proporción de pacientes medicados.

Los tratamientos psicosociales gozan también de una larga historia, ya que, desde la creación del *tratamiento moral* por Philippe Pinel (1745-1826) en Francia, variantes del mismo fueron posteriormente introducidas por Vincenzo Chiarugi (1759-1820) en Italia, por William Tuke (1732-1822) en Inglaterra y por Benjamin Rush (1746-1813) en Estados Unidos. Todos los alienistas experimentados reconocieron, además, el valor extraordinario de la ocupación en el tratamiento de las psicosis, la *laborterapia*, y otras actividades como la música y el canto, la instrucción y las prácticas religiosas, el ejercicio físico o los viajes.

Modelos teóricos más recientes, basados en el psicoanálisis, han sido muy discutidos y criticados por sus deficiencias metodológicas y por sus efectos estigmatizadores. Es el caso de las teorías relativas a las familias de los pacientes con esquizofrenia, portadoras de supuestos factores causales, como las referidas a las «madres esquizofrenógenas» (Fromm-Reichmann, 1950), al «cisma marital» (Lidz, Cornelison, Fleck y Terry, 1957; Lidz, Fleck y Cornelison, 1965) o a las comunicaciones de «doble vínculo» (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956).

En las décadas de 1970 y 1980, los trabajos de Brown, Birley y Wing (1972) y de Vaughn y Leff abrieron nuevos horizontes de investigación y ampliaron el marco de intervención terapéutica, al plantear la posible existencia de factores de estrés, supuestamente presentes en el hogar de los pa-

cientes, que podrían guardar relación con elevadas tasas de recaídas sintomáticas (Vaughn y Leff, 1976; Leff, 1987). Estas investigaciones dieron lugar al fructífero constructo de la *emoción expresada*, un concepto que hace referencia a ciertos comportamientos manifestados por algunos familiares que conviven con un paciente, caracterizados por elevados niveles de crítica, de hostilidad y de sobreimplicación emocional, y que han demostrado guardar alta correlación con el agravamiento de los síntomas psicóticos y con la necesidad de volver a hospitalizar al enfermo.

En ese mismo período, e integrando dichos hallazgos, surgió el modelo de vulnerabilidad-estrés, propuesto por Zubin y Spring (1977), como explicación de la psicosis esquizofrénica. La vulnerabilidad, entendida como rasgo, contrasta con la naturaleza de estado que se atribuye a los trastornos mentales graves (es decir, con su naturaleza episódica). Supuestamente, los estados de perturbación aparecen y remiten como ciclos episódicos, mientras que los rasgos que producen la vulnerabilidad para el estado patológico se mantendrían constantes.

Aunque los teóricos de la vulnerabilidad, siguiendo la perspectiva genética, creen que existe escasa probabilidad de modificar sus características, los enfoques psicológicos contemplan la posibilidad de que exista un aprendizaje disfuncional en la génesis de la vulnerabilidad; de este modo, nuevas experiencias de aprendizaje podrían influir en un determinado factor de la vulnerabilidad y hacer fluctuar no sólo sus niveles funcionales, sino también la vulnerabilidad misma. Así, las experiencias traumáticas en la infancia y la adolescencia se cree que pueden desempeñar un papel decisivo en la posterior aparición de un trastorno psicótico (Freeman y Fowler, 2009; Lardinois, Lataster, Mengelers, Van Os y Myin-Germeys, 2011; Larkin y Morrison, 2006). El modelo de vulnerabilidad-estrés concibe, pues, los síntomas psicóticos como resultado de la acción conjunta de estresores ambientales y de la vulnerabilidad personal. En tal sentido, este modelo subraya la contribución de los estresores psicológicos y socioambientales en

el curso de la psicosis, lo cual abre la vía a intervenciones psicológicas de diverso tipo, y en especial a las intervenciones familiares y a la terapia cognitivo-conductual.

Gran parte de la investigación posterior sobre la etiología de la esquizofrenia, así como el desarrollo de programas de intervención terapéutica, han estado influidos tanto por el modelo de vulnerabilidad como por el constructo de *emoción expresada*. En particular, ha recibido especial atención la combinación de terapia farmacológica e intervenciones familiares en la investigación de las últimas décadas.

En la actualidad, la necesidad de utilizar terapias psicológicas adjuntivas al tratamiento farmacológico de las psicosis se ha puesto en evidencia, al considerar que la recuperación clínica va más allá de la ausencia de síntomas, siendo también objetivo terapéutico conseguir llevar una vida independiente y una actividad laboral o escolar relativamente normal, al menos a jornada parcial (Kern, Glynn, Horan y Marder, 2009; Patterson y Leeuwenkamp, 2008; Vallina, Lemos y Fernández, 2010).

Así pues, es preciso subrayar que las terapias psicológicas generalmente no vienen siendo utilizadas separadamente de los tratamientos farmacológicos, en el tratamiento de las psicosis, sino que se añaden para mejorar el manejo del trastorno y reducir tanto sus consecuencias personales como la carga producida en las familias. Ésta es la razón por la que los tratamientos psicológicos han sido incorporados en las principales guías internacionales de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis (American Psychiatric Association, 2004; Canadian Psychiatric Association, 2005; Dixon et al., 2010; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2005).

Algunos principios básicos deben ser tenidos en cuenta, sin embargo, antes de tomar decisiones sobre la administración de tratamientos psicológicos en las psicosis. Es preciso tener en cuenta:

- 1) que dichos tratamientos deben basarse en teorías científicas, clínicamente comprobables;
- 2) deberían ser compatibles con los modelos biológicos de vulnerabilidad;
- 3) deberían ser pragmáticos, en cuanto a la duración e intensidad de las intervenciones;
- 4) deben ser ofrecidos como una parte de un enfoque de tratamiento multimodal;
- 5) deberían acomodarse a las necesidades de los pacientes y sus familiares, y
- 6) a ser posible, deberían secuenciarse atendiendo a la fase del trastorno, por cuanto el patrón de necesidades y, en consecuencia, la oportunidad de la intervención psicológica varían de acuerdo con el curso clínico.

2. LAS DIANAS TERAPÉUTICAS

Los tratamientos psicológicos aplicados a las psicosis se han dirigido, fundamentalmente, a la reducción de los síntomas positivos (las alucinaciones y las ideas delirantes) y de los síntomas negativos (amotivación, apatía emocional, lentitud del pensamiento, pobreza del lenguaje, hipactividad y aislamiento social).

El propósito de los tratamientos dirigidos a los síntomas positivos es favorecer estrategias del paciente para manejar dichos síntomas, cuando aparecen, reconocer los signos tempranos de su aparición y prevenir su exacerbación poniendo en práctica procedimientos preventivos. Por ejemplo, el terapeuta puede evaluar con el paciente la relación existente entre sentirse angustiado y la experiencia de dichos síntomas psicóticos.

En términos generales, los tratamientos que se han utilizado para el abordaje de los síntomas positivos se derivan de los enfoques cognitivos; así, los procedimientos utilizados incluyen: *a)* la educación sobre la naturaleza de los síntomas, sus posibles causas, su relación con el consumo de sustancias, la posible influencia de factores de predisposición familiar, etc.; *b)* la normalización de dichas experiencias psicóticas, entendidas como fenómenos que se presentan también dentro de un continuo de frecuencia y gravedad en la población general; *c)* la autoobservación de los síntomas para verificar que el paciente entienda la re-

lación existente entre éstos y determinados eventos externos y estados emocionales; *d*) el debate verbal y experimentos conductuales o pruebas de realidad respecto a los pensamientos delirantes y las alucinaciones, y *e*) técnicas de afrontamiento o procedimientos que ayudan a encarar dichas experiencias, como son las actividades distractoras, las técnicas de reducción de estrés o la eliminación de formas desadaptativas de manejo de esos síntomas.

Los síntomas negativos pueden confundirse a veces con estados de depresión; sin embargo, su naturaleza revela más bien aplanamiento afectivo y no la consabida percepción autocrítica y negativa de la depresión clínica. Los procedimientos para el tratamiento de los síntomas negativos incluyen la identificación de metas a conseguir, de acuerdo con las características de cada paciente, la programación y monitorización de actividades gratificantes o reforzadoras, estrategias de solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y reestructuración cognitiva de posibles pensamientos de derrota. Es, sin embargo, muy importante reconocer la función protectora que los síntomas negativos pueden tener, permitiendo a los pacientes evitar situaciones sociales potencialmente estresantes, que pudieran precipitar la aparición de los síntomas positivos o incrementarlos. Su carácter defensivo frente a estresores psicológicos y sociales ha sido ampliamente reconocido (Strauss, Böker y Brenner, 1987), siendo importante no empujar demasiado al paciente en contra de su «aislamiento protector».

3. LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES

Los tratamientos psicológicos, aplicados a nivel individual, que gozan de un apoyo experimental más fuerte son las intervenciones familiares y, en particular, la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual (TCC), el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento cognitivo y el tratamiento asertivo comunitario, siendo las intervenciones familiares y psicoeducación y la TCC

las técnicas más contrastadas y a las que se presta particular atención en este capítulo

Las *intervenciones familiares* pretenden cambiar los ambientes adversos en el hogar, mejorar la comunicación y reforzar las capacidades para enfrentarse a las exigencias y problemas de la vida diaria; la *psicoeducación* pretende dar a conocer la naturaleza del trastorno y modificar las actitudes de los familiares, y las de los propios pacientes, hacia el trastorno, favoreciendo así un rol activo del paciente en la gestión de su propio trastorno y mejorando el cumplimiento terapéutico. Más recientemente, las *terapias psicológicas cognitivo-conductuales* se vienen utilizando, en interacción con la medicación, con el fin de reducir los síntomas positivos, de favorecer el desarrollo de las capacidades de afrontamiento y de intervenir sobre las distorsiones del pensamiento y creencias anómalas.

3.1. Las intervenciones familiares

En las últimas décadas, se acentuó el interés por incluir a los familiares de los pacientes con psicosis en programas específicos de tratamiento. Surgieron movimientos de defensa de los familiares y de reconocimiento del estrés experimentado por éstos al enfrentarse al trastorno y de su influencia sobre el funcionamiento del paciente, y decididamente se apostó por convertirlos en aliados en el proceso terapéutico. Si bien la familia puede no estar implicada en la etiología del trastorno, se presupone que los intentos de modificar positivamente el clima emocional del hogar también influirán favorablemente en la evolución clínica del paciente.

Esta corriente facilitó el desarrollo de diferentes modelos de intervención familiar, de los cuales las intervenciones conductuales y las psicoeducativas han sido las más ampliamente utilizadas, las más investigadas y las que más resultados prometedores han producido (Fadden, 1997; Vallina y Lemos, 2000).

Los principios básicos, comunes a dichos modelos de intervención en los que se inspiran los

tratamientos familiares en las psicosis han sido los siguientes (Lam, 1991):

- *Una cooperación positiva y relación de trabajo genuina entre los familiares y los profesionales de la salud mental.* Una actitud no culpabilizadora de los terapeutas, asumiendo el deseo de los familiares por ayudar, incluso cuando su manera de manejar los problemas pudiera no ser acertada; respeto hacia sus propias necesidades y reconocimiento de la sobrecarga que supone convivir con el enfermo y cuidarlo.
- *Proporcionar estructura y estabilidad.* Un programa terapéutico con contactos regulares y estables que proporcione a la familia un plan asistencial con vistas a disminuir la sensación de descontrol e impredecibilidad que puede generar la psicosis. Del mismo modo, se resalta la necesidad de desarrollar climas familiares igualmente predecibles, estructurados y estables.
- *Centrarse en el «aquí y ahora».* Todos los programas de tratamiento se dirigen a trabajar con los problemas y con el estrés que encaran las familias día a día; a identificar su manera de afrontarlos, evaluando sus puntos fuertes y débiles y analizando también cómo son las relaciones mutuas en el seno de cada familia y la forma en que cada uno percibe los problemas y ensaya una solución.
- *Utilización de conceptos familiares.* Se establecen límites interpersonales e intergeneracionales claros, apoyando a la pareja paterna y promoviendo la separación e independencia del hijo enfermo cuando sea necesario; y se establece una visión de la familia como un todo, analizando el efecto que le producen los distintos problemas que soporta.
- *Reestructuración cognitiva.* Mediante la psicoeducación se proporciona a la familia una explicación del trastorno que dé sentido a las conductas y sentimientos del paciente y a las suyas propias. Se pone espe-

cial atención en exculpar al paciente de su sintomatología, evitando juicios morales y cualquier intencionalidad sobre ella, especialmente sobre los síntomas negativos de abandono, apatía, aislamiento, etc.

- *Metodología conductual.* El trabajo clínico se centra en la solución de problemas concretos, evaluando los recursos y las necesidades de la familia, estableciendo metas realistas, fijando prioridades, descomponiendo las metas en pequeños pasos sucesivos, señalando tareas a realizar en casa y revisándolas en encuentros posteriores y manteniendo expectativas realistas sobre el paciente y los demás miembros de la familia.
- *Mejorar la comunicación.* Se pone especial cuidado en entrenar a las familias en mejorar la comunicación en el hogar, haciendo que las expresiones sean más claras y sencillas y procurando intercambios menos emotivos entre sus miembros.

A pesar de las diferencias existentes en los diversos enfoques terapéuticos, los ingredientes comunes de las intervenciones familiares en las psicosis son construir una alianza terapéutica con los familiares del paciente, reducir el ambiente familiar adverso, mejorar su capacidad para resolver problemas, disminuir la expresión de ira y de culpa, mantener expectativas razonables sobre el funcionamiento del paciente, poner límites para salvaguardar el propio bienestar de los familiares y lograr cambios en las conductas y en las creencias de los familiares de los pacientes (Mari y Steiner, 1994). De manera específica, numerosos estudios han demostrado que la opinión que los familiares tienen del trastorno (el tipo de explicaciones o atribuciones causales que hacen sobre las conductas problemáticas derivadas de dicho trastorno) es un importante factor a la hora de explicar sus reacciones ante el paciente. Por ejemplo, se ha demostrado que los familiares que presentan alta emoción expresada de crítica y hostilidad atribuyen el control de dichas conductas problemáticas solamente al propio pa-

ciente, excluyendo otros factores potencialmente implicados; sin embargo, aquellos que muestran alta emoción expresada de sobreimplicación emocional son más propensos a atribuir el trastorno a factores ajenos al control del paciente y, en consecuencia, le consideran más bien víctima desafortunada del trastorno grave (Barrowclough y Hooley, 2003).

Las conclusiones que pueden derivarse de las intervenciones familiares de esta naturaleza en las psicosis esquizofrénicas, tras más de dos décadas de experiencia clínica, son las siguientes: 1) cuando la intervención familiar se combina con medicación antipsicótica, reduce la sensación de sobrecarga, la *emoción expresada*, así como las recaídas y las rehospitalizaciones de los pacientes; 2) son rentables económicamente y eficaces en diversos entornos culturales; 3) existe consenso sobre la necesidad de prolongar un mínimo de nueve meses a un año la duración de los programas de intervención familiar, si bien programas más cortos pueden modificar también el conocimiento, las actitudes y la calidad de las relaciones familiares; 4) es recomendable no perder la relación con los familiares más allá de dichos periodos de tiempo, prestándoles apoyo posterior menos intensivo o a distancia, y 5) se ha comprobado la eficacia de dichos programas cuando tienen un formato unifamiliar, en el domicilio de cada paciente, o multifamiliar, en el centro asistencial. Es posible, no obstante, que el efecto de las intervenciones unifamiliares o multifamiliares difiera en función de los aspectos que se pretenden medir. Así, mientras que las intervenciones unifamiliares probablemente muestran mayor eficacia en cuanto al resultado clínico (considerando la posible reaparición de los síntomas psicóticos o la rehospitalización), en cambio es posible que los grupos multifamiliares sean superiores en la disminución de la carga familiar. Se ha señalado también que los grupos multifamiliares son especialmente beneficiosos cuando el paciente todavía presenta sintomatología positiva grave al recibir el alta.

Se ha observado, además, en estudios de metaanálisis, que, cuando se comparan las interven-

ciones familiares con otras modalidades de tratamiento, aquéllas son superiores en la reducción de recaídas en los primeros 12 meses de tratamiento; pero, a partir de uno o dos años tras el comienzo del tratamiento, sólo las intervenciones unifamiliares (pero no las multifamiliares) redujeron las recaídas, en comparación con otros tratamientos (Pilling, Bebbington, Kuipers, Garety, Geddes, Martingale et al., 2002).

Se ha criticado, sin embargo, que tal vez el efecto de las intervenciones familiares pueda consistir en una mera demora o retraso en las recaídas de los pacientes y no, precisamente, en la prevención de éstas. Sin embargo, aunque así fuera, es importante tener presente que retrasar las recaídas constituye, en sí mismo, un efecto positivo, dado que cuanto más tiempo se demore o se prevenga una recaída, mejor será la evolución posterior de la esquizofrenia. Por otra parte, valorar las intervenciones solamente sobre la base de si se producen recaídas sintomáticas no debería ser tomado como el único criterio de éxito, sino que también es fundamental medir si se ha experimentado la mejora en el funcionamiento social del paciente; si se ha producido una disminución en la sobrecarga de los familiares que participan en el programa de intervención; si se han adquirido nuevas habilidades, o si se logra el objetivo de reducir el aislamiento y el estigma familiar. Cuando se toman en consideración estos potenciales efectos, la utilidad de las terapias familiares en las psicosis está claramente demostrada (Grandón, Jenaro y Lemos, 2008; Pilling et al., 2002; Slade, Holloway y Kuipers, 2002).

La eficacia de las intervenciones familiares en el síndrome psicótico de la esquizofrenia (que incluyen psicoeducación o intervención psicosocial) fue objeto de diversos estudios, que lo comparaban con el tratamiento estándar, basado en la medicación (Dixon y Lehman, 1995; Smith y Birchwood, 1990; Tarrrier, 1996; Tarrrier, Barrowclough, Vaughn, Bamrah, Porceddu, Watts et al., 1988). En cambio, las intervenciones familiares que han seguido un enfoque dinámico o de *counselling* no han demostrado producir mejora significativa, en comparación con la atención estándar

(Birchwood y Spencer, 2003; McFarlane, 1994; Vaughn et al., 1992).

La eficacia de las intervenciones familiares fue más detalladamente estudiada en un metaanálisis realizado por Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling y Engel (2001) sobre una selección de 25 investigaciones metodológicamente solventes, publicadas en los últimos veinte años, tras una criba de 600 artículos sobre esta cuestión.

La casuística de los estudios comparados, obviamente, varió respecto al tamaño de las muestras (desde 23 hasta 418 sujetos), el rango de edades (de 16 a 40 años), la proporción de primeros o múltiples episodios agudos, el porcentaje de mujeres en las muestras (entre 0 y 65 por 100), el número de hospitalizaciones (de una a siete), el tipo de familiares incluidos en la terapia (generalmente padres, entre el 50 y el 100 por 100), la duración de los programas de intervención familiar (desde unas semanas hasta cuatro años) o los contenidos de dichos programas psicoeducativos (generalmente compuestos de entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva y de apoyo y terapia individual). Los análisis se estructuraron para dar respuesta a cinco comparaciones básicas, con los siguientes resultados:

1. *Intervenciones familiares vs. tratamiento médico estándar.* El tamaño de los efectos terapéuticos claramente confirma que un tratamiento que incluya intervención familiar es más eficaz que el tratamiento farmacológico estándar. Los resultados terapéuticos se mantienen prácticamente equivalentes, tras valoraciones realizadas en seguimientos postratamiento de seis y 24 meses. El efecto favorable de la intervención familiar guarda relación con la duración del programa, siendo más evidente cuando se comparan intervenciones terapéuticas de dos a diez semanas frente a programas de nueve a 24 meses. Comparando las intervenciones de contenido psicoeducativo y otras de orientación psicoterapéutica con el exclusivo tratamiento médico, siempre se confirma que la eficacia fue superior con la inclusión de cualquier modalidad psicológica.
2. *Intervención familiar + intervención con los pacientes vs. tratamiento médico estándar.* Como cabe esperar de antemano, los resultados confirman que un enfoque terapéutico combinado, que ofrece apoyo a los familiares y a los pacientes, da lugar a efectos terapéuticos superiores al exclusivo tratamiento farmacológico.
3. *Intervención familiar vs. intervención con los pacientes.* El tamaño global de los efectos terapéuticos demuestra que son equivalentes las intervenciones centradas en los familiares a las intervenciones dirigidas directamente a los pacientes. Los efectos de ambas modalidades de tratamiento no difieren durante el primer año de seguimiento, pero se decantan significativamente a favor de las intervenciones con los pacientes cuando se miden los efectos en el segundo y tercer años del seguimiento. Los autores advierten, sin embargo, que debe tomarse esta conclusión con cautela, y no como definitiva, debido al escaso número de estudios disponibles para hacer esta comparación.
4. *Intervención familiar + intervención con los pacientes vs. intervención exclusivamente con los pacientes.* En las valoraciones realizadas durante seguimientos de uno, dos y tres años, no se apreciaron diferencias significativas entre ambas condiciones de intervención; de modo que puede afirmarse que la intervención con los pacientes no parece añadir efecto terapéutico importante a la terapia familiar.
5. *Comparación entre diferentes programas de intervención familiar.* Se establecieron diferencias entre intervenciones más o menos intensivas, que permitieron concluir que son las intervenciones intensivas o amplias las que producen efectos terapéuticos significativamente superiores. Los abordajes multifamiliares, ade-

más, producen mejores resultados que las intervenciones unifamiliares.

En síntesis, como conclusiones finales a este metaanálisis, puede establecerse lo siguiente:

1. *Duración de las intervenciones.* El efecto de la intervención familiar depende de la duración del programa, de modo que el efecto es especialmente evidente cuando las intervenciones duran más de tres meses; así pues, puede concluirse que sólo impartir unas cuantas lecciones sobre el síndrome psicótico de la esquizofrenia a los familiares no parece que influya en la tasa de recaídas.
2. *Tipo de intervenciones.* No se aprecian diferencias significativas en sus efectos; no obstante, puede afirmarse que, cuando los programas son de larga duración, tanto la intensidad psicoterapéutica como la orientación parecen secundarias. Los abordajes multifamiliares, sin embargo, producen mejores resultados que los unifamiliares.
3. *Periodo de seguimiento.* Diversos autores suponen que la eficacia de las intervenciones familiares será más evidente en las medidas tomadas pasado cierto tiempo; por ejemplo, en el segundo año después de la intervención. Se sugiere también la conveniencia de investigar si las sesiones regulares de recuerdo pueden ayudar a estabilizar los efectos del programa de psicoeducación familiar.
4. *Contenido.* Con un mismo número de sesiones, la psicoeducación es más eficaz cuando se abordan directamente las necesidades del grupo al que se dirige y se detallan con mayor intensidad los problemas específicos que cuando se trata un amplio espectro de preguntas o problemas relativos a diversos trastornos mentales.
5. *Comparación entre la psicoeducación familiar y las intervenciones con pacientes.*

En este metaanálisis, los efectos se pueden considerar en conjunto equivalentes, aunque existe gran heterogeneidad en los resultados de cada estudio individual.

6. *Otros efectos.* Además de la reducción de las tasas de recaída y de rehospitalización, que ha sido el criterio de validación de los programas terapéuticos, los diversos estudios analizados también han demostrado producir otras ventajas, entre las que se destacan las siguientes: reducción de la carga familiar, cambios de conductas de alta a baja *emoción expresada*, mejoría en los conocimientos sobre la psicosis esquizofrénica, mejor cumplimiento terapéutico, mejor adaptación social del paciente, mejoría en la calidad de vida y reducción de los costos sociales.

Un resumen sobre la eficacia de las intervenciones familiares de estudios controlados publicados en la última década se presenta en la tabla 5.1.

En síntesis, a tenor de la investigación llevada a cabo para evaluar la eficacia de las intervenciones familiares en la esquizofrenia, se ha comprobado que las más eficaces son aquellas que contemplan los siguientes aspectos:

- Forman parte de un paquete de tratamiento cohesionado, adaptándose a las necesidades de cada familia, con un enfoque no culpabilizador y reconociendo el importante papel que desempeña en la recuperación clínica del paciente.
- Contemplan la necesidad de llevar a cabo un compromiso o enganche repetido de la familia, ofreciéndole apoyo e información en momentos clave de malestar, como sucede durante el primer episodio psicótico, durante una recaída o en situaciones de crisis.
- Consiguen la asistencia a un mínimo de diez sesiones en un período superior a los seis meses.

TABLA 5.1
Estudios controlados de intervención familiar en esquizofrenia

Estudios	N	Grupos de comparación	Terapia utilizada	Duración de la terapia	Resultados
Shimodera et al. (2000)	30	IF unifamiliar + TH vs. TH.	Diseñada por los autores para el estudio.	Nueve meses.	IF, menor riesgo de recaída a los nueve meses, especialmente en pacientes que viven con familiares de alta sobreimplicación emocional.
Shellwood et al. (2001)	79	IF cognitivo conductual basada en necesidades + Apoyo familiar + TH vs. Apoyo familiar + TH.	IF cognitivo conductual (Barrowclough y Tarrier, 1992).	Seis meses, 10-20 sesiones.	IF, menor índice de recaídas y de readmisión hospitalaria y menos sintomatología al año de seguimiento. Significativa reducción en las necesidades familiares al final del tratamiento que se pierde al año de seguimiento.
Mueser et al. (2001)	528	IF aplicada + tres estrategias neuroléptico vs. IF de apoyo + tres estrategias neuroléptico.	Terapia familiar conductual (Falloon, Boyd y McGill, 1984) e IF psicoeducativa de Anderson, Reiss y Hogarty (1986).	Dos años.	IF aplicada redujo las actitudes de rechazo familiar a los pacientes y las fricciones. Los pacientes mejoran en funcionamiento social por igual en ambos grupos y no se produjeron cambios significativos en la carga familiar. El tipo de estrategia farmacológica (baja, estándar, ajustada) no mostró efectos diferenciales significativos.
Montero et al. (2001); Montero, Masanet, Bellver y Lacruz (2006)	87	Terapia familiar conductual individual + TH vs. Grupo de familiares + TH.	Terapia familiar conductual (Falloon et al., 1984).	Un año, 33 sesiones.	Terapia individual, mayor reducción en delirios y trastornos del pensamiento. Mejoría en ambos grupos similar en recaídas, en adherencia a la medicación, en conocimiento sobre el trastorno, en ajuste social y en reducción de EE al final del tratamiento. A los cinco años se pierden los efectos de la intervención, sin diferencia entre grupos.

TABLA 5.1 (continuación)

Estudios	N	Grupos de comparación	Terapia utilizada	Duración de la terapia	Resultados
Wiedeman et al. (2001)	85	IF + Tratamiento farmacológico estándar vs. IF + Tratamiento farmacológico individualizado.	Terapia familiar conductual (Falloon et al., 1984).	Un año, 26 sesiones.	IF + tratamiento farmacológico individualizado, menor tasa de recaída. Sin diferencia significativa entre grupos en efectos secundarios, medida global de funcionamiento, psicopatología general y carga familiar a los 18 meses. Ambos grupos mejoraron en todas las variables al seguimiento.
Szankler et al. (2003)	80	IF vs. TH.	IF Kuipers, Leff y Lam (2002).	Nueve meses, seis sesiones individuales más 12 grupales.	IF no mejoró significativamente la morbilidad psicológica, la valoración negativa, el afrontamiento o el apoyo social de los cuidadores.
Leavey et al. (2004)	106	IF breve + TH vs. TH.	Diseñada por los autores para el estudio.	Siete sesiones tras primer contacto con servicios.	Sin diferencia entre grupos en satisfacción familiar con los servicios, carga familiar y rehospitalizaciones.
Hazel et al. (2004); McDonnell, Short, Hazel, Berry y Dyck (2006)	97	TH + Grupos multifamiliares psicoeducativos vs. TH.	Grupos multifamiliares psicoeducativos (McFarlane et al., 2002, 1991).	Dos años, 36 sesiones.	El grupo multifamiliar reduce el malestar en los familiares, la utilización de hospitalizaciones al final del tratamiento y durante el seguimiento y aumenta el recurso a servicios comunitarios durante el tratamiento, a los tres años de seguimiento sin diferencias entre grupos.
Li y Arthur (2005)	101	Programa familiar psicoeducativo + TH vs. TH.	Diseñada por los autores para el estudio.	Ocho horas con el paciente y 42 horas con la familia.	Programa psicoeducativo, mayor conocimiento sobre el trastorno, menor psicopatología de los pacientes, mejor funcionamiento global al final de tratamiento y a los nueve meses. No diferencias significativas en recaídas y en adherencia a la medicación entre los grupos.

TABLA 5.1 (continuación)

Estudios	N	Grupos de comparación	Terapia utilizada	Duración de la terapia	Resultados
Magliano et al. (2006)	71	IF vs. lista de espera.	Terapia familiar conductual (Falloon et al., 1984).	Seis meses, 18 sesiones.	IF mejoró las relaciones sociales de los pacientes, su mantenimiento de intereses y el manejo de conflictos sociales y mejoró la percepción de apoyo y los contactos sociales en sus familiares. No diferencias en carga familiar entre grupos al final del tratamiento.
Pitschel-Walz et al. (2006)	236	Grupos familiares psicoeducativos + TH vs. TH.	Diseñada por los autores para el estudio.	Cuatro o cinco meses, ocho sesiones paciente, 16 sesiones familiares.	Grupo psicoeducativo, menos sintomatología y rehospitalizaciones en los pacientes, mayor funcionamiento global y mejor cumplimiento con el tratamiento al año y dos años de seguimiento.
Carrá, Moutomoli, Clerici y Carzallo (2007)	101	Grupo familiar informativo + TH vs. Grupo familiar informativo + Grupos multifamiliares + TH vs. TH.	Grupos multifamiliares de McFarlane et al. (2002, 1991) y Programa informativo de Kuipers, Leff y Lam (2002).	Dos años, 48 sesiones.	Grupo multifamiliar, mayor cumplimiento del tratamiento y menores niveles de EE al final del tratamiento. Sin diferencias en carga subjetiva de familiares. A los dos años empiezan a declinarse los beneficios del tratamiento.
Chien y Wong (2007)	84	Grupo multifamiliar psicoeducativo + TH vs. TH.	Adaptación de Grupos multifamiliares psicoeducativos de McFarlane et al. (2002, 1991).	18 sesiones.	Grupo psicoeducativo, mejor funcionamiento familiar y mayor reducción de carga, mejor funcionamiento de los pacientes y menos rehospitalizaciones al año de seguimiento.
Kulhara, Chakrabarti, Avasthi, Sharma y Sharma (2009)	76	IF psicoeducativa + TH vs. TH.	Diseñada por los autores para el estudio.	Nueve meses, 36 sesiones.	IF, menor psicopatología y discapacidad en pacientes y mayor percepción de apoyo social y satisfacción con el tratamiento de los familiares. No diferencias significativas en recaídas, abandono del tratamiento y carga y afrontamiento familiar al final del tratamiento.
Nasr y Kausar (2009)	108	IF psicoeducativa + Tratamiento farmacológico vs. tratamiento farmacológico.	IF Kuipers, Leff y Lam (2002).	No se especifica.	Intervención familiar, menor nivel de carga familiar a los seis meses de seguimiento.

TABLA 5.1 (continuación)

Estudios	N	Grupos de comparación	Terapia utilizada	Duración de la terapia	Resultados
Giron et al. (2010)	50	IF psicosocial + Consejo individual + TH vs. Consejo individual + TH.	IF Kuipers, Lefl y Lam (2002).	Dos años, 34 sesiones.	IF, menos recaídas, carga familiar, hospitalizaciones y problemas y mayor mejora en síntomas positivos y negativos, en relaciones sociales, desarrollo de roles y empleo.
Gleeson et al. (2010)	63	Terapia familiar cognitivo conductual + Terapia prevención recaídas vs. TH EPPIC.	Diseñada por los autores para el estudio basada en la terapia familiar conductual de Falloon (1988) y de Mueser y Glynn (1999).	No específica.	Terapia familiar mejora las valoraciones familiares de la sintomatología negativa y las experiencias personales positivas de los cuidadores; mejora en su sobreimplicación emocional. Sin efectos significativos en el malestar psicológico a 30 meses de seguimiento.
Guo et al. (2010)	1268	Intervención psicosocial (IF, psicoeducación, Terapia cognitiva y Habilidades sociales + Tratamiento farmacológico vs. Tratamiento farmacológico.	Diseñada por los autores para el estudio.	Un año, 48 sesiones.	Tratamiento psicosocial, mejora significativa en insight, funcionamiento social, actividades de la vida diaria y calidad de vida y menor riesgo de recaída y de discontinuación en la medicación al final del tratamiento.
Rotondi et al. (2010)	55	Terapia multifamiliar psicoeducativa <i>on-line</i> vs. TH.	Adaptación a la web de la IF psicoeducativa de Anderson, Reiss y Hogarty (1986).	Pacientes, 11 meses, 82 sesiones terapia y 30 sesiones psicoeducativas web (mediana). Familiares, siete meses, 19 sesiones terapia web y 26 psicoeducativas (mediana).	Terapia familiar <i>on-line</i> , reducción significativa mayor en sintomatología positiva y un mayor conocimiento sobre la esquizofrenia en pacientes y en sus familiares.
Breitborde et al. (2011)	40	Grupos multifamiliares psicoeducativos + Rehabilitación cognitiva vs. Grupos multifamiliares psicoeducativos.	Grupos multifamiliares psicoeducativos McFarlane (2002).	Dos años.	Estudio en marcha.

TABLA 5.1 (continuación)

Estudios	N	Grupos de comparación	Terapia utilizada	Duración de la terapia	Resultados
Pousa et al. (en prensa)	58	IF psicoeducativa.	IF Kuipers, Lefl y Lam (2002).	Nueve meses, 11 sesiones.	IF mejora el funcionamiento social de los pacientes y el cumplimiento farmacológico y reduce su sintomatología. En los familiares se reduce la carga objetiva y subjetiva y la EE y mejora la calidad de vida al final del tratamiento y a los seis meses de seguimiento.

Nota: *Modalidades de tratamiento*: IF (intervención familiar); TH (tratamiento habitual).

- Proporcionan ayuda práctica y apoyo emocional a los familiares, así como información sobre el trastorno, los servicios de salud mental u otros sistemas de apoyo disponibles.
- Ayudan a la familia a desarrollar un modelo explicativo del trastorno, modificando creencias y atribuciones erróneas.
- Mejoran las capacidades de solución de problemas.
- Mejoran la comunicación dentro de la familia.
- Fomentan intereses en los familiares por cuestiones ajenas al hogar, por actividades de ocio, por la ampliación de la red social o la participación en grupos o reuniones de apoyo mutuo.
- Implican a la familia en un plan de prevención de recaídas.

3.2. La psicoeducación

Como se ha señalado previamente, la educación de los familiares de un paciente mental grave, desde los estadios más precoces del trastorno, es un componente esencial para su recuperación. Sin embargo, el tipo y la intensidad del programa psicoeducativo deben adaptarse a la fase del trastorno y a la capacidad tanto de la familia como del paciente para interpretar lo que está sucediendo.

Diversos factores influyen en cómo una familia responde ante un trastorno mental o enfermedad; entre ellos: *a)* el sistema de apoyo social del que dispone; *b)* la experiencia previa de la familia con la enfermedad y el conocimiento de ésta; *c)* los patrones de afrontamiento y los recursos de que dispone; *d)* la calidad de los servicios sanitarios disponibles y el acceso a ellos; *e)* el nivel económico; *f)* el tipo de comienzo de la enfermedad (repentino vs. gradual, público vs. privado, etc.); *g)* la naturaleza de los síntomas; *h)* las demandas exigidas a los cuidadores; *i)* la aceptación o el rechazo del paciente a participar en el plan terapéutico, y *j)* el curso y el pronóstico de la enfermedad.

La reacción de las familias frente a un trastorno mental generalmente se diferencia de una enfermedad física en diversos aspectos, como son: la incertidumbre respecto a cómo van a reaccionar los demás ante el paciente; la culpabilidad de los familiares de haber causado el trastorno o de no haber sabido prevenirlo; el miedo a que culpen al paciente o a los familiares por haber causado el trastorno; la incertidumbre respecto al pronóstico y devenir del trastorno; posibles conductas del paciente, embarazosas para la familia; dudas sobre el diagnóstico, que pueden retrasar la aceptación del trastorno y el tratamiento, y, frecuentemente, el rechazo del propio paciente a cooperar con el programa de tratamiento y su incapacidad para apreciar los cuidados que recibe de la familia.

Las consecuencias de todo ello, para los familiares de un paciente con un trastorno mental grave, suelen ser la sensación de aislamiento o de ser diferentes; con el consiguiente retraimiento social; el temor a comunicar a los demás el trastorno; el miedo a pedir ayuda; el aumento del nivel de conflictividad en el seno de la familia, y una serie de reacciones negativas una vez que se confirma el diagnóstico de una psicosis, como son las siguientes:

- Absoluta negación del trastorno mental: «Esto no puede ocurrir en nuestra familia».
- Negación de la gravedad del trastorno: «Ella simplemente debe estar pasando por una fase».
- Rechazo a debatir los propios temores.
- Abandono de las funciones sociales habituales.
- Vergüenza y culpa: «¿Qué es lo que hicimos mal?».
- Sensación de aislamiento: «Nadie sabe lo que estoy pasando».
- Resentimiento: «Esto no es justo. ¿Por qué a nosotros?».
- Culpa: «Deberías haberte quedado en casa con los hijos».
- Preocupación por marcharse a otro lado: «Y si dejásemos la ciudad y nos fuéramos a vivir al campo».

- Búsqueda excesiva de posibles explicaciones: «Quizá le castigamos demasiado».
- Incapacidad para pensar o hablar de otra cosa que no sea el trastorno.
- Ambivalencia extrema hacia el paciente.
- Desacuerdo matrimonial y eventualmente separación o divorcio.
- Rivalidad entre hermanos y rechazo a hablar o a estar con el afectado.
- Abuso de la bebida o dependencia de los tranquilizantes.
- Insomnio, pérdida de peso, ansiedad.

Así, en los primeros estadios de la psicosis, durante la fase de incertidumbre, malestar o miedo a lo que pueda ocurrir, tanto los pacientes como sus familiares suelen ser especialmente receptivos a la información sobre qué está sucediendo, por qué ocurre y qué puede hacerse para remediar la situación. La normalización de la experiencia, enfatizando que no es un caso extraño sino que dicho trastorno es muy conocido por los profesionales, suele ser tranquilizadora. También tranquilizan a los familiares claros mensajes no culpabilizadores por el trastorno y la esperanza de recuperación.

El suministro de información educativa, de forma repetida, es pues esencial durante los primeros estadios de una psicosis, centrandos los mensajes en las necesidades de los familiares, que tienen que hacer frente a un trastorno mental generalmente impactante, con tratamientos y procedimientos de cuidado desconocidos, tal vez tras muchos meses o incluso años bregando a solas con una traumática fase prodrómica. En estas circunstancias, los retos para la psicoeducación durante el primer episodio de una psicosis suelen ser: el incierto diagnóstico y pronóstico; los procesos normales de defensa de los pacientes y familiares en momentos de crisis; el impacto de los síntomas psicóticos; la morbilidad secundaria, como la depresión; el deterioro cognitivo asociado a algunas psicosis; el estigma; otros acontecimientos vitales estresantes, y la falta de apoyo social.

De manera específica, los familiares de un paciente psicótico pueden contribuir a la recupera-

ción clínica cuando saben adaptarse a la sintomatología y abordarla adecuadamente (Carr, 2006; Kuipers y Bebbington, 2005; Kuipers, Leff y Lam, 2002). Así, frente a los *sentimientos de culpabilidad por el origen del trastorno*, los familiares pueden contribuir a la recuperación suministrando apoyo, reduciendo el malestar y ayudando en el tratamiento. En particular, pueden ser de gran ayuda comprendiendo el malestar que producen los síntomas en el paciente, haciendo que la vida en el hogar y las relaciones mutuas sean tranquilas y predecibles y ayudando al paciente a seguir el tratamiento.

Ante los principales síntomas psicóticos, como son los *trastornos del pensamiento*, los familiares deben conocer que el paciente habla mucho pero pierde el hilo de lo que está diciendo debido a su incapacidad para controlar las ideas que afluyen a su mente y para darles un orden lógico. Otras veces, dejan de hablar súbitamente al quedarse en blanco, pudiendo interpretar dicha sensación como robo o inserción del pensamiento. Ante dichas experiencias, la mejor manera de ayudarles es reconociendo que el trastorno de pensamiento produce gran confusión y malestar en el paciente y evitando discutir sobre las cosas ilógicas y absurdas que refiere.

Frente a las *alucinaciones auditivas*, y la consiguiente interpretación errónea o atribución de significado que el paciente hace a dichas experiencias, los familiares deben reconocer también el gran malestar que producen en el enfermo, entender que las alucinaciones pueden controlarse parcialmente con actividades distractivas, como escuchar música o conversar, y evitar discutir sobre la realidad de las alucinaciones.

Con las *ideas delirantes*, los familiares deben saber que normalmente éstas no cambian aunque se le intente demostrar al paciente, con muchos datos en contra, que son inverosímiles o absurdas. Por ello, la mejor manera de ayudarles es no hablar sobre dichas ideas, no mostrar acuerdo con ellas y no discutir sobre lo ridículas que puedan parecer.

Frente a los *estados emocionales* del paciente, como son posibles arrebatos de risa o de ira, aparentemente inexplicables y seguramente relacio-

nados con sus alucinaciones, se le puede ayudar animándolo, evitando criticarle por sentirse de ese modo y aceptándolos como un hecho.

Es posible también que estén presentes conductas de *aislamiento*, que muestre alteración de las *rutinas diarias* o abandono de la *higiene* personal. La activación mental que producen las experiencias alucinatorias, la atención constante a estímulos ambientales irrelevantes, la constante autoobservación y toma de conciencia de detalles que normalmente pasan inadvertidos a una persona normal y el esfuerzo que exige al paciente su constante interpretación pueden dejarle exhausto y sumirle en una actitud de pasividad y abandono. Ante estas características de su conducta, los familiares pueden prestarle ayuda solicitándole pequeños cambios en cosas en las que seguramente puede tener éxito; alabándole o agradeciéndole el logro de dichos cambios; o bien, mediante un programa de reforzamiento operante, permitiéndole el acceso a determinadas cosas que quiere hacer o conseguir a cambio de la ejecución de ciertas conductas más adaptadas.

Los familiares de un paciente con una psicosis pueden ser de gran ayuda en el cumplimiento terapéutico, particularmente en el *tratamiento farmacológico*. En este sentido, pueden evitarse efectos secundarios de la medicación antipsicótica cuando se administran dosis bajas, a lo cual la familia puede contribuir recordándole la toma de la medicación y alentándole a que aprenda a gestionarla él mismo.

Además de la psicoeducación, los familiares de los pacientes con trastornos mentales a menudo necesitan mejorar su forma de comunicarse en el hogar y de resolver los problemas, con el propósito de hacer la vida más predecible y tranquila posible.

En este sentido, en las sesiones de intervención familiar se les propone abordar una determinada cuestión, como puede ser la actividad que pretenden realizar el siguiente fin de semana, con el propósito de dejar claros los puntos de vista de cada uno. El terapeuta debe parar periódicamente la conversación para señalar en qué medida el estilo de conversación se acomoda o no a una

buena comunicación, reconociéndola y reforzándola cuando procede, nunca criticándola y modelando las intervenciones con formas alternativas de comunicación. Por lo regular, suele ser frecuente la expresión de mensajes poco claros, así como la falta de comprobación de que los interlocutores han comprendido lo que el comunicante pretende decir.

En las sesiones de entrenamiento en solución de problemas, se puede enumerar y ordenar los objetivos propuestos por cada miembro de la familia, comenzando por los menos ambiciosos o desafiantes. Los problemas graves pueden dividirse en problemas pequeños, y los problemas imprecisos deben aclararse y hacerse más específicos antes de establecer prioridades. La exploración de los costes y beneficios de los objetivos propuestos por cada miembro de la familia es esencial para establecer un orden de prioridades.

En síntesis, el éxito de las intervenciones familiares requiere, sin embargo, importante inversión de tiempo, habilidad y compromiso, ya que, si bien dichas intervenciones han demostrado utilidad en la mejora clínica de los pacientes, es necesaria una atención a largo plazo para conseguir mejoras significativas en el bienestar de los familiares (Barrowclough y Wykes, 2008).

3.3. Las terapias psicológicas cognitivo-conductuales

Las terapias psicológicas y, en particular, la TCC aplicada a las psicosis se basan en el carácter continuo de la psicopatología en la población general y en la aceptación del principio de que no existe una clara línea divisoria entre la psicosis y otros trastornos emocionales. Así, las creencias delirantes o las experiencias perceptivas alucinatorias son una exageración de las funciones normales, de modo que se diferencian de éstas por el grado de convicción con el que se sostienen y el grado de preocupación o malestar que generan, y son fenómenos a veces también presentes en personas normales o, cuando menos, en personas sin diagnóstico de psicosis (De Loore, Gunther,

Drukker, Feron, Sabbe, Deboutte et al., 2008; De Loore, Gunther, Drukker, Feron, Sabbe, Deboutte et al., 2011; Fonseca-Pedrero, Lemos-Giráldez, Paino, Villazón-García, Sierra-Baigrie y Muñiz, 2009; Hanssen, Bak, Bijl, Vollebergh y Van Os, 2005; Hanssen, Bijl, Vollebergh y Van Os, 2003; Johns y Van Os, 2001; Nelson y Yung, 2009; Obiols, Barragán, Vicens y Navarro, 2008; Scott et al., 2009; Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul y Krabbendam, 2009; Verdoux y Van Os, 2002). Por otra parte, los síndromes psicóticos son alteraciones que afectan a la percepción de uno mismo, del mundo y de las demás personas, con independencia de que subyazcan alteraciones neurobiológicas a dichas anomalías (Pérez, 2011). De este modo, resulta justificado aplicar el modelo cognitivo genérico para comprender y tratar los fenómenos psicóticos.

Diversos modelos cognitivos para entender los síntomas psicóticos consideran que la forma en que las personas interpretan sus propios síntomas (generalmente negativa y catastrófica) es más importante que las experiencias psicóticas mismas, a la hora de explicar el malestar y la discapacidad que generan, y que dicha forma inaceptable culturalmente de evaluar los fenómenos experimentados es lo que determina que a una persona se la considere psicótica (Chadwick, 2008; Fowler, Garety y Kuipers, 1995; Morrison, 2001b; Morrison y Wells, 2007).

Los fenómenos cognitivos y perceptivos, culturalmente calificados como psicóticos, suelen ser experiencias subjetivas extrañas que elevan el nivel de activación y desencadenan la búsqueda de una explicación causal, socialmente percibida como desviada o sesgada, con importantes consecuencias emocionales negativas (e.g. ansiedad, depresión, enfado y creencias negativas sobre uno mismo, el mundo o las demás personas) y conductas defensivas (e.g. la paranoia puede ser una estrategia útil para la supervivencia). Además, estos procesos son más probables cuando existe una historia personal de adversidad y deprivación tempranas (e.g. marginación social, pérdidas en la infancia, trauma infantil grave) (Morrison, Frame y Larkin, 2003), de modo que producen

una vulnerabilidad permanente, caracterizada por esquemas cognitivos negativos respecto a uno mismo y al mundo que facilitarían las atribuciones externas y la baja autoestima.

Por otra parte, se hipotetiza que las experiencias psicóticas y las evaluaciones o creencias negativas se mantienen debido a ciertas respuestas cognitivas y conductuales (e.g. la atención selectiva, la supresión del pensamiento y las conductas de seguridad), así como a respuestas emocionales y a factores ambientales. En cambio, es más probable que las experiencias anormales psicótiformes no se conviertan en síntomas abiertamente psicóticos cuando la persona es capaz de modificar la atribución externa de dichas experiencias, dando lugar a una decisión de autocorrección protectora (e.g. «estaba convencido de que Dios me estaba hablando, pero probablemente ocurre que mi cabeza me está jugando una mala pasada»). La atribución externa es, por tanto, un factor crucial en la psicosis, lo cual sucede en los fenómenos conocidos como alucinaciones o delirios.

Así pues, un objetivo primario de la TCC aplicada a la psicosis es reducir el malestar experimentado por la persona y mejorar su calidad de vida. En este sentido, el fin de la terapia no es necesariamente reducir la frecuencia de los síntomas psicóticos, sino ayudar al paciente a manejarlos, a convivir con ellos y a reorientar adecuadamente su vida. Al igual que la TCC utilizada en el trastorno de pánico no pretende eliminar las sensaciones corporales, o en el trastorno obsesivo-compulsivo no busca eliminar los pensamientos incontrolables sino ayudar a generar explicaciones o creencias menos perturbadoras, en la psicosis se busca obtener resultados similares. Sin embargo, es necesario reconocer que las experiencias psicóticas, como se ha dicho, podrían tener una función para la persona, que es necesario explorar y negociar en colaboración con ella, siendo generalmente resultado también de la terapia un descenso en los niveles de convicción, de frecuencia, de preocupación y de malestar respecto a los síntomas psicóticos.

4. EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS POSITIVOS DE LA PSICOSIS

De acuerdo con lo referido anteriormente, la TCC formula como objetivo clínico actuar directamente sobre los procesos psicológicos, siendo eficaz cuando logra que la persona reevalúe como causadas internamente experiencias de atribución externa, cuando cambia esquemas cognitivos negativos de sí misma y cuando logra compensar los procesos sesgados de razonamiento. La TCC se considera complementaria al bloqueo dopaminérgico, que reduce la saliencia de los estímulos ambientales (Howes y Kapur, 2009; Van Os, 2009).

La TCC aplicada a la psicosis se basa en los mismos principios que la terapia cognitiva estándar utilizada en otros trastornos (Beck, 1976): es decir, procura la cooperación con el paciente, se orienta a problemas concretos, cumple una función educativa y conlleva un descubrimiento guiado y el método inductivo. Del mismo modo, toma en consideración el carácter idiosincrásico de cada caso, requiere una formulación específica de cada problema y de los objetivos de la intervención terapéutica. Además, la estructura de las sesiones terapéuticas es semejante a la utilizada en otros trastornos; es decir, evaluación del estado mental actual, feedback de la sesión anterior, establecimiento de una agenda de actuación en colaboración terapeuta-paciente, etc.

La TCC comenzó a aplicarse en las psicosis en los años ochenta (Tarrier, Beckett et al., 1993), con el propósito de ayudar a los pacientes a enfrentarse a sus síntomas y demostrar que era posible someter a «pruebas de realidad» las creencias delirantes (Chadwick y Lowe, 1990). Desde entonces, se han publicado diversos manuales que describen la aplicación de dichos modelos en detalle (Bentall, 2005; Birchwood y Tarrier, 1992; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996, 1997; Fowler et al., 1995; Freeman, Bentall y Garety, 2008; French y Morrison, 2004; Garety, Kuipers, Fowler, Freeman y Bebbington, 2001; Haddock y Slade, 1996; Kingdon y Turkington, 1994; Morrison, 2001a; Nelson, 2005; Perona, Cuevas, Vallina y Lemos,

2003; Perris y McGorry, 2004; Wright, Turkington, Kingdon y Ramírez, 2009).

El modelo básico de la TCC detalla la relación entre 1) los *sucesos ambientales* (e.g. recuerdos de los sucesos, percepciones delirantes, alucinaciones, etc.), 2) las *cogniciones* (el significado de dichos eventos o percepciones), 3) las respuestas *emocionales* y 4) las *conductas* como guía para el tratamiento siendo el núcleo de la TCC la *normalización*, la *comprensión* y la *verificación* de las creencias o percepciones.

La TCC en la psicosis se ha centrado en hacer mayor hincapié en el *contenido* y el *significado* de los síntomas. Un análisis comparativo de las diferencias de la TCC utilizada en la psicosis y en otros trastornos mentales menos graves se expone en la tabla 5.2.

Los procedimientos de intervención con TCC en las psicosis deben incluir los siguientes pasos:

1. *Establecer una buena relación terapéutica.* Sin un clima de confianza y colaboración entre el paciente y el terapeuta es poco probable que la intervención sea efectiva. Lograr el compromiso del paciente, en las psicosis, es un proceso más lento que en otros trastornos mentales, para lo cual conviene proceder paso a paso, mediante entrevistas no amenazantes, de apoyo, y mostrando genuino interés por sus preocupaciones y problemas. Deben explorarse los posibles obstáculos a la colaboración y evaluarse las dimensiones de los delirios, alucinaciones y síntomas negativos (grado de convicción, frecuencia; preocupación y grado de malestar que generan; efecto sobre la conducta; creencias sobre la atribución interna o externa de las causas; identidad de las voces), así como las estrategias activas de afrontamiento, si las hay, para los síntomas positivos y negativos (identificar las fortalezas y recursos del paciente) y la relación entre las cogniciones, las emociones y las conductas. El propósito final es conseguir que el paciente vea al tera-

TABLA 5.2 .

Análisis comparativo de la TCC en la psicosis y en otros trastornos

Características	Tradicional, en ansiedad y depresión	Adaptación a la psicosis
Duración	Unas 15-22 sesiones, tres o cuatro meses.	Las sesiones pueden ser más frecuentes.
Estructura	Cada sesión, una hora.	Sesiones cortas, de duración variable, (promedio de 40 m.).
Agenda	Sesión estructurada con una agenda, para optimizar el tiempo.	Similar, aunque la agenda puede incluir un único problema como objetivo.
Orientación al problema	Terapeuta y paciente se centran en definir y resolver los problemas presentes.	Similar.
Perspectiva histórica	Se centra en el aquí y ahora, sin retrotraerse a la historia pasada del paciente.	Similar, pero retrotraerse al pasado es esencial para situar los antecedentes del trastorno.
Modelo de aprendizaje	La conducta disfuncional es atribuida a un aprendizaje desadaptativo, y el objetivo es el reaprendizaje de una conducta más funcional.	Se pone énfasis en la normalización. La conducta disfuncional se atribuye a la vulnerabilidad, al estrés y a un aprendizaje desadaptativo. Son objetivos importantes la descatastrofización del concepto de psicosis y el reaprendizaje de conductas más funcionales.
Modelo científico	Experimental: la terapia implica obtener datos (problemas, pensamientos, actitudes), formular hipótesis, hacer experimentos y evaluar los resultados.	Lo mismo, aunque prestando especial atención a los delirios y a las alucinaciones y reformulando las creencias sobre estas experiencias, que deben ser sometidas a comprobación comparativa con otras hipótesis.
Deberes para casa	Se proponen tareas para la obtención de datos, la verificación de hipótesis y para la práctica de habilidades cognitivas.	La obtención de datos ya es, en sí misma, terapéutica; por ej., al debilitar los niveles de convicción, al hacer menos énfasis en las formas de pensamiento disfuncional y al designar a un cuidador clave como coterapeuta.
Colaboración	Paciente y terapeuta trabajan conjuntamente para resolver problemas.	Lo mismo, aunque son necesarios importantes esfuerzos y medidas de protección (p. ej., aceptación del desacuerdo, retirada táctica para mantener una colaboración esencial, soportar oleadas de verbalizaciones psicóticas).
Rol del terapeuta	Rol activo y directivo. A veces puede ser didáctico, para facilitar la definición y la resolución de los problemas.	Similar, aunque teniendo mucho cuidado en evitar que la frustración del terapeuta se convierta en una confrontación coercitiva y directa. Preguntas periféricas cuando se someten a discusión las creencias delirantes.
Diálogo socrático	Es el principal método terapéutico: formular preguntas para que el paciente identifique sus pensamientos subyacentes, perciba soluciones alternativas o modifique sus opiniones.	Similar, aunque las preguntas van dirigidas particularmente al período prodrómico y a los pensamientos automáticos y creencias disfuncionales. El objetivo importante consiste en llegar a una formulación compartida.
Apertura	El proceso terapéutico es explícito y abierto. Terapeuta y paciente comparten con claridad qué se va a hacer en la terapia.	Similar, aunque con mayor esfuerzo para acercar al paciente al modelo y asegurar su comprensión.

peuta como un aliado tan interesado como él en conocer los síntomas, en encontrarles una explicación y en aprender a manejarlos.

2. *Normalizar y desestigmatizar.* Suministrar información que permita normalizar algunas experiencias psicóticas contribuye a evitar efectos negativos como son el estigma, la culpabilidad y el malestar. Conocer que al menos un 5 por 100 de la población general oye voces en algunas ocasiones y que, por tanto, tales experiencias no significan automáticamente que esas personas estén locas es una información tranquilizadora y que libera al paciente de la creencia de que es la única persona en el mundo a la que le ocurren esas cosas. Del mismo modo sucede con la relación existente entre sucesos vitales estresantes y las experiencias psicóticas, lo cual constituye una explicación alternativa para las alucinaciones y las ideas delirantes. Ello contribuye a resolver los errores y las distorsiones cognitivas que agravan la vergüenza, a hacer atribuciones saludables respecto al trastorno, a reducir la autocrítica y a adoptar una actitud de solución de problemas.
3. *Modificar los pensamientos automáticos.* Mediante un registro de los pensamientos, se deben examinar los datos en que se apoyan, buscar información en la historia personal que sea inconsistente con tales creencias, descubrir cómo los pensamientos pueden estar ligados a sucesos desencadenantes y hacer reatribuciones. Además, es útil centrarse en las distorsiones cognitivas más comunes: ignorar datos, personalización, magnificación y minimización, sobregeneralización, pensamiento en términos de todo o nada.
4. *Implementar estrategias conductuales.* Utilización de técnicas de exposición gradual, aprendizaje de la respiración-relajación, elaboración de una lista de síntomas tempranos de exacerbación-recaída, hábi-

tos de sueño, control de la impulsividad, lista de actividades (en especial, ante los síntomas negativos como el aislamiento, la apatía, el aplanamiento afectivo y la anhedonia).

5. *Modificar esquemas cognitivos.* La confrontación directa con los delirios es contraproducente. El enfoque de la TCC consiste en dirigir suavemente a la persona, mediante un diálogo socrático, a cuestionar su creencia, invitándole a comprobarla en la práctica.
6. *Abordar problemas de concentración o trastornos del pensamiento.* Fijación de objetivos o agenda, identificación de factores que aumentan la ansiedad o desorganizan el pensamiento.
7. *Mejorar la adherencia al tratamiento.* Evaluar las barreras para el cumplimiento (olvido, actitudes negativas o falta de apoyo de la familia, efectos secundarios, limitaciones económicas, etc.).
8. *Tratar el abuso comórbido de drogas.* El consumo de alcohol o drogas suele ser un desencadenante de los síntomas positivos, tanto en las fases iniciales de psicosis como en posteriores recaídas.
9. *Construir habilidades para prevenir recaídas.* Identificación de los signos personales de advertencia temprana de una posible recaída (*relapse signature*), que requiere un plan de detección de dichos signos, la identificación de los desencadenantes y el desarrollo de métodos para el manejo de los estresores.

De manera específica, el abordaje de los *síntomas delirantes* debe basarse en los siguientes principios: 1) el supuesto de que estos pacientes son propensos al fenómeno de la reactividad psicológica, que indica que cuando se confronta directamente una creencia tratando de demostrar que es falsa, ésta se mantiene con más firmeza o incluso se puede volver más extrema; 2) en consecuencia, no exigir explícitamente que el paciente abandone las propias creencias y que adopte

las del terapeuta; 3) hacer ver al paciente que sólo se le pide que considere los hechos y los argumentos aportados, y que contemple posibles opiniones alternativas; 4) examinar los datos a favor y en contra de una determinada creencia, mediante un diálogo socrático, y 5) animar a que el propio paciente argumente en contra de sus propias creencias, contemplando otras posibles explicaciones a los datos.

Así pues, la terapia puede incluir cuatro elementos: 1) dedicar una parte importante del tiempo al diálogo socrático y a aclararle al paciente la fuerte influencia que ejercen sus creencias sobre su conducta e interpretación de los sucesos; 2) cuestionar suavemente la consistencia interna o la plausibilidad del sistema de creencias, enfatizando todas las características irracionales e inconsistencias; 3) desarrollar perspectivas alternativas, y 4) valorar el delirio del paciente y la explicación alternativa favorecida por el terapeuta a la luz de la información disponible. Para ello, es importante llevar a cabo experimentos conductuales e identificar posibles conductas de seguridad que el paciente pone en práctica y que han reforzado su delirio.

La utilización de experimentos conductuales es un componente central para que la TCC sea efectiva en la psicosis, haciendo que las ideas delirantes y las creencias sobre las voces puedan formularse como hipótesis contrastables a investigar conjuntamente entre el paciente y el terapeuta. Para ello, deben diseñarse cuidadosamente los experimentos, formular las predicciones de manera concreta y anticipar los resultados esperables, todo ello con el fin de que las consecuencias obtenidas no puedan acomodarse al sistema delirante del paciente. En esencia, con la TCC se pretende demostrar que las creencias no siempre se mantienen con tenacidad y que, cuando la persona se presta a un análisis en colaboración con el terapeuta, las cogniciones podrían ser susceptibles de comprobación empírica, del mismo modo que se hace en la depresión o los trastornos de ansiedad.

Así pues, la comprobación empírica, por sí sola, produce leves e inconsistentes cambios,

mientras que la confrontación verbal inicial, seguida de una comprobación empírica, mejora sustancialmente los efectos de la terapia.

Muchos síntomas negativos de la psicosis, entre los que se incluyen el aislamiento social, la apatía, la pobreza del lenguaje, la anhedonia o el aplanamiento afectivo, pueden interpretarse en muchos casos también como conductas de seguridad, y no sólo atribuibles a déficit neurobiológicos.

En relación con las *alucinaciones*, se ha indicado anteriormente que a veces están presentes en personas normales, pero lo que realmente puede marcar la presencia de una psicosis es la ausencia de determinantes culturales de dichas experiencias y el grado de preocupación o malestar que originan. En este sentido, la intervención psicológica no debe buscar eliminar dichas experiencias sino reinterpretar su significado y su origen (en particular, su origen interno y no externo, como generalmente juzga la persona con una psicosis).

El objetivo de la evaluación de las experiencias alucinatorias es asistir al paciente a tener una perspectiva más objetiva del fenómeno y favorecer una explicación más racional de estos síntomas. La utilización de alguna escala para este fin (Chadwick, Lees y Birchwood, 2000; Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999) ofrece los beneficios de obtener información más amplia de sus dimensiones para el plan de intervención; demostrar al paciente que su intensidad depende de los niveles de estrés, habilidades de afrontamiento utilizadas y otras influencias, y tener una medida útil del progreso de la terapia.

El tratamiento conductual de las alucinaciones auditivas incluye: 1) registro diario de las voces (frecuencia, intensidad, duración, contenido, etc.); 2) la utilización del modelo A-B-C (situación-experiencia-emoción); 3) el desarrollo de explicaciones racionales (cuestionamiento, reatribución de origen, estímulos desencadenantes), y 4) diversas estrategias de afrontamiento: distracción, focalización, abordaje de los esquemas y metacognición, exposición gradual y prevención de respuesta.

Las técnicas de distracción (e.g. llevar un walkman estéreo, leer, cantar, etc.), aun siendo útiles para algunos pacientes, producen efectos transitorios al no dirigirse al problema central del trastorno cognitivo implicado, como es el error atribucional de sucesos autogenerados a una fuente externa. Las técnicas de focalización, en las que el requisito esencial es que los alucinadores identifiquen las voces como de ellos mismos, deberían producir efectos más duraderos. Para ello, se pretende reducir la frecuencia de las voces y el malestar asociado mediante la gradual reatribución de las voces a uno mismo. Las fases de la intervención incluyen: 1) hacer que el paciente dirija la atención a la *forma y características físicas* de las voces, como el número, la intensidad o volumen, tono, acento, aparente sexo y localización en el espacio, y las someta a discusión en la sesión de terapia; 2) una vez que el paciente logra sentirse cómodo atendiendo a las características físicas de las voces, se le solicita que preste atención a su *contenido* (e.g. escribiéndolo o sometiéndolo a discusión en la sesión de terapia), que, obviamente, refleja sus preocupaciones y ansiedades, y al mismo tiempo se le pide que atienda y registre sus voces entre sesiones, como tarea para casa; 3) posteriormente, debe atender a sus creencias y pensamientos respecto a las voces. Para ello, se le alienta a registrar los sucesos que anteceden a las voces, las voces mismas, así que como los pensamientos y sentimientos que les siguen, tanto durante las sesiones que como tarea para casa. Ello conduce a la formulación de un significado y función de las voces que es compartido por el terapeuta y el paciente, y que sirve de base para la intervención en sesiones posteriores. Dicha formulación normalmente implica la aceptación de que las voces son autogeneradas en un contexto que supone reconocerse a uno mismo afectado por un trastorno mental.

En todos los casos, las estrategias constructivas para el tratamiento de las alucinaciones son: permitir las voces durante algún tiempo, dialogar con ellas, fijar límites en la atención que se les presta, escribir qué es lo que dicen o repetirlo en voz alta, para obtener mayor capacidad de con-

trol, y hablar con alguien sobre las voces, no aislarse. Por ello, se han formulado alternativas de tratamiento grupal de las alucinaciones con interesantes resultados (Chadwick, Sambrooke, Rasch y Davies, 2000; Perron y Munson, 2006).

Diversos estudios sobre la eficacia de la TCC en los síntomas psicóticos han demostrado que esta modalidad terapéutica es superior a otros tratamientos psicológicos, a la medicación anti-psicótica y al tratamiento psiquiátrico habitual (Wykes, Smith y Steel, 2008), y sus efectos se han mantenido por lo menos a medio plazo (Sensky et al., 2000). La reducción del riesgo de rehospitalización e incluso la mayor capacidad de recuperación de episodios psicóticos agudos han sido los efectos más destacados (Lewis, Tarrrier, Haddock, Bentall, Kinderman, Kingdon et al., 2002). El metaanálisis realizado por Zimmerman y colaboradores concluyó que la TCC es efectiva, que sus efectos son robustos con el paso del tiempo y que las tasas de abandono de la terapia son bajas (Zimmermann, Favrod, Trieu y Pomini, 2005). Otros estudios recientes sobre la eficacia de la TCC se detallan en la tabla 5.3 y ofrecen resultados semejantes.

5. CONCLUSIONES

Las intervenciones familiares y la psicoeducación han demostrado amplios beneficios para los pacientes, entre los que se incluye reducción de la sintomatología psicótica, mayor cumplimiento de los tratamientos, mejora en las relaciones sociales y, en consecuencia, un menor riesgo de recaída y de rehospitalización. Dichas intervenciones también han demostrado beneficios contrastables en los propios familiares de los pacientes, entre los que se incluyen la reducción del rechazo hacia éstos y de la emoción expresada, así como un menor nivel de sobrecarga objetiva y subjetiva y una mejora en la calidad de vida.

Los estudios longitudinales demuestran, no obstante, que tales beneficios tienden a debilitarse con el paso del tiempo, de modo que es aconsejable el mantenimiento de un contacto periódico-

TABLA 5.3
Resumen de los principales estudios de terapia cognitivo-conductual para síntomas positivos de la esquizofrenia

Estudios	N	Grupos de comparación	Terapeutas	Medidas de resultados	Duración de la terapia	Resultados
Tarrier, Beckett et al. (1993); Tarrier, Sharpe et al. (1993)	27	Coping strategy en ha c e m e n t (CSE) vs. Solución de problemas.	Psicólogos investigadores.	BPRS, PSA, SFS, habilidades de afrontamiento y solución de problemas, beneficio subjetivo del tratamiento.	Cinco semanas, dos sesiones de una hora semanal.	Ambos grupos mejoran síntomas y habilidades al final del tratamiento y del seguimiento. CSE, mejoría en delirios, síntomas, no relación entre resultado y expectativas.
Garety, Kuipers, Fowler, Chamberlain y Dunn (1994)	20	TCC + TH vs. Lista de espera + TH.	Psicólogos clínicos expertos.	PSE, MADS, BPRS, BDI, IRS, RSES.	Seis meses, 16 sesiones.	TCC, mejoría significativa en BPRS, convicción y acción delirios, depresión y valoración subjetiva de los problemas.
Drury, Birchwood y Cochrane (2000); Drury, Birchwood, Cochrane y MacMillan (1996a, 1996b)	40	TCC (individual y familiar) vs. Apoyo informal.	Psicólogos investigadores.	PAS, autoinforme de convicción delirante, tiempo de recuperación, días en el hospital.	31 sesiones individuales + 12 sesiones familiares + ocho semanas de actividades.	TCC, eliminación mas rápida y menos síntomas positivos, menor grado de convicción delirante, menor tiempo de recuperación del episodio psicótico y menos recaídas a nueve meses seguimiento.
Garety et al. (1997); Kuipers et al. (1998); Kuipers et al. (1997)	60	TCC + Cuidado estándar vs. Cuidado estándar.	Psicólogos clínicos expertos.	BPRS, MADS, BDI, BAI, SFS, escalas de actitudes y autoconcepto.	Diez semanas, dos sesiones de una hora por semana.	TCC, mayor reducción en BPRS, menor frecuencia alucinaciones, menor malestar por delirios, la mejoría se mantiene a 18 meses, menor abandono y mayor satisfacción. No diferencias en otros resultados.
Tarrier et al. (1999); Tarrier et al. (1998)	87	TCC intensiva + Cuidados rutina vs. Consejo apoyo + Cuidados rutina vs. sólo rutina.	Psicólogos clínicos expertos.	PSE, BPRS, SANS, días de hospitalización.	Diez semanas, dos sesiones de una hora por semana.	TCC, mayor reducción de síntomas y gravedad, mejor a 12 meses.
Haddock et al. (1999)	21	TCC breve vs. Psicoeducación + Consejo y apoyo.	Psicólogos clínicos expertos.	BPRS, recaída y hospitalización.	Cinco semanas, 10-15 sesiones y cuatro sesiones de re-fuerzo.	TCC, tendencia a menos recaídas. Idéntica mejoría de síntomas agudos en ambos grupos, no diferencias significativas en la duración de la estancia, recaídas y rehospitalización.

TABLA 5.3 (continuación)

Estudios	N	Grupos de comparación	Terapeutas	Medidas de resultados	Duración de la terapia	Resultados
Sensky et al. (2000); Turkington et al. (2008)	90	TCC vs. Intervención control de ocio y tiempo libre.	Enfermeras especializadas con supervisión.	CPRS, SANS, MADRS.	Nueve meses, 19 sesiones.	TCC, menos síntomas positivos y anhedonia, tras el seguimiento a nueve meses. A los cinco años TCC menor gravedad sintomática general y negativa y no diferencia en sintomatología positiva entre grupos.
Barrowclough et al. (2001); Haddock et al. (2003)	36	Programa tratamiento integrado vs. TH.	Terapeutas expertos en TCC.	TCC (Barrowclough, 2000).	Nueve meses, 29 sesiones.	Tratamiento integrado mayor funcionamiento general, menor sintomatología positiva, menos exacerbación sintomática y aumento en el periodo de abstinencia de drogas y alcohol al final del tratamiento y a los tres meses de seguimiento. A 18 meses, mejor funcionamiento general.
Turkington et al. (2006); Turkington, Kingdon y Turner (2002)	257	TCC breve vs. TH.	Enfermeras especializadas con supervisión.	CPRS, IRS, BCQ, SCS, MADRS, satisfacción del paciente y cuidador y rehospitalizaciones.	Dos-tres meses, nueve sesiones.	TCC, mayor mejoría en depresión, sintomatología general e insight en postratamiento y a un año de seguimiento. No diferencias en rehospitalizaciones, síntomas positivos, satisfacción y carga del cuidador entre grupos.
Lewis et al. (2002); Tarrrier et al. (2004)	315	TCC + TH vs. TH vs. TH + Terapia de apoyo.	Terapeutas entrenados en TCC.	PANSS, PSYRATS.	Cinco semanas, 15-20 horas.	TCC, reducción mas rápida y menos síntomas, mejoría mas rápida de las alucinaciones auditivas y menos recaídas y rehospitalización a los 18 meses.
Rector, Seeman y Segal (2003)	42	TCC+ TH enriquecido vs. TH enriquecido.	Psicólogos clínicos y psiquiatras expertos.	PANSS, BDI.	Seis meses, 20 sesiones.	TCC, reducción de síntomas negativos y mejoría clínica significativa en síntomas positivos, negativos y generales sin significación estadística al postratamiento.

TABLA 5.3 (continuación)

Estudios	N	Grupos de comparación	Terapeutas	Medidas de resultados	Duración de la terapia	Resultados
Trower et al. (2004)	38	TC para voces imperativas vs. TH.	Psicólogos investigadores.	PANSS, PSYRATS, CDSS, CAS, BAVQ, VCS, VPD.	Seis meses.	TC, reducción más extensa y significativa de obediencia, y de convicción en la superioridad de las voces y en los niveles de depresión y de perturbación. Sin diferencias en la topografía de las voces. Las diferencias se mantienen un año después.
Morrison et al. (2004)	59	TCC vs. Lista de espera + TH.	Psicólogos clínicos de CSM.	PANSS, PSYRATS, BDI.	Según necesidad, 30 sesiones máximo.	TCC, mejoría en todos los síntomas excepto negativos, reducción en ingresos y en días de ingreso. Se mantiene la mejoría en depresión y alucinaciones al año de seguimiento.
Startup, Jackson y Bendiz (2004); Startup, Jackson, Evans y Bendiz (2005)	90	TCC + TH vs. TH.	Terapeutas expertos.	SAPS, SANS, BPRS-E, SFS, GAF.	Tres-seis meses, 12-25 sesiones.	TCC, menor sintomatología y mejor funcionamiento social a un año en el 60 por 100 de casos, menos ingresos hospitalarios y menos tiempo de estancia en hospital a los dos años.
Bechdolf et al. (2004); Bechdolf et al. (2010); Bechdolf, Köhn, Knost, Pukrop y Klosterkötter (2005)	88	TCC grupal vs. Grupo psicoeducativo.	Psicólogos clínicos y psiquiatras expertos.	PANSS, MSQoL.	Ocho semanas, 16 sesiones.	TCC grupo, menos recaídas y rehospitalizaciones al postratamiento, a dos años seguimiento sin diferencias entre grupos, mejoría psicopatológica y en calidad de vida igual en ambos grupos a seis meses de seguimiento.
Cather et al. (2005)	30	TCC funcional vs. Psicoeducación.	Terapeutas expertos.	PANSS, PSYRATS, SFS.	Cuatro meses, 16 sesiones.	TCC, mayor efecto en sintomatología positiva, especialmente en alucinaciones.
Wykes et al. (2005)	85	TCC vs. TH.	Terapeutas de equipos entrenados en TCC.	SBS, PSYRATS, RSES.	Diez semanas.	TCC, mejoría significativa en funcionamiento social y mejoría sobre la gravedad de alucinaciones a los nueve meses; esta última sólo fue con terapeutas más expertos.

TABLA 5.3 (continuación)

Estudios	N	Grupos de comparación	Terapeutas	Medidas de resultados	Duración de la terapia	Resultados
Valmaggia, Van der Gaag, Tarrrier, Pijnenborg y Slooff (2005)	72	TCC vs. <i>Counseling</i>	Psicólogos clínicos expertos.	PANSS, PSYRATS.	22 semanas, 16 sesiones.	TCC, mejoría clínica en alucinaciones e insight y no diferencias en delirios. Las ganancias se pierden a los seis meses de seguimiento.
Barrowclough et al. (2006)	113	TCC grupal vs. TH.	Terapeutas expertos entrenados en TCC.	Terapia cognitiva. Manual desarrollado por los autores para el estudio.	Seis meses, 18 sesiones.	TCC, mayor reducción en desesperanza y baja autoestima, sin diferencia entre grupos en reducción de síntomas, recaída o funcionamiento.
O'Connor et al. (2007)	24	TCC vs. Grupo control placebo.	Psicólogos clínicos expertos.	MADRS, BABS, BDI, RSES.	Seis meses.	TCC, mejoría en afecto, convicción y acciones positivas relacionadas con la creencia delirante y en depresión y autoestima.
Garety et al. (2008)	301	TCC + TH vs. TH vs. Intervención familiar + TH.	Psicólogos investigadores y psicólogos clínicos expertos.	PANSS, PSYRATS, BDI, BAI, SOFAS, CFL, GHQ-28.	Nueve meses, 12 a 20 sesiones.	TCC mejora la depresión, la perturbación por el delirio y el funcionamiento social a 24 meses. TCC e intervención familiar no tienen efecto en la tasa recaída, de remisión y de rehospitalización.
Jackson et al. (2008)	62	TCC activa vs. Control amigable.	Terapeutas entrenados en el programa de tratamiento.	BPRS, SANS, SOFAS.	14 semanas, 20 sesiones.	No diferencias significativas entre ambos procedimientos al año en remisión de síntomas, en funcionamiento y en hospitalización.
Haddock et al. (2009)	71	TCC + TH vs. Terapia de actividad social + TH.	Terapeutas entrenados en el programa de tratamiento.	PANSS, PSYRATS, GAF, NAS-PI, WARS, HCR-20.	Seis meses, 25 sesiones.	TCC, menor número de incidentes violentos y de agresividad física al final y al año de seguimiento, mejor manejo del riesgo y mayor reducción en la gravedad de los delirios.

TABLA 5.3 (continuación)

Estudios	N	Grupos de comparación	Terapeutas	Medidas de resultados	Duración de la terapia	Resultados
Penn et al. (2009)	65	TCC vs. Terapia de apoyo potenciada.	Terapeutas entrenados en el programa de tratamiento.	PSYRATS, BAVQ-R, PANSS, SFS, BDI, BCIS, RSES.	Tres meses, 12 sesiones.	TCC, menos sintomatología general y total. Al año de seguimiento, mejoría en ambos grupos. TCC, mayor impacto en síntomas psicóticos generales, y terapia de apoyo, mayor impacto en alucinaciones auditivas, menos resistencia y menos valoración de omnipotencia.
Piininti, Rissmiller y Steer (2010)	33	TCC + Neuro-lépticos atípicos vs. Sólo neuro-lépticos.	Psiquiatra experto en TCC.	PSYRATS, BDI, BCIS.	Tres meses, 12 sesiones.	TCC, menor gravedad en delirios, mantenida a los seis meses de seguimiento. Ambos grupos, menos ansiedad.
Kumari et al. (en prensa); Peters et al. (2010)	56 74	TCC vs. TH (lista de espera).	Terapeutas inexpertos en TCC.	PANSS, BAVQ-R, MCQ-30, BDI, BAI, BSI, RSES, SOFAS, IRS, BHSCT, NSRS, SCID. Resonancia magnética funcional.	Seis meses.	TCC, menos sintomatología depresiva, ansiosa general y negativa postratamiento y al seguimiento a tres meses y mejor funcionamiento social al final de la terapia. TCC, disminución activación del lóbulo frontal inferior, insula, tálamo, putamen y áreas occipitales relacionadas con la ira y el temor.
Barrowclough et al. (2009); Barrowclough et al. (2010)	327	TCC + Entrevista motivacional + TH vs. TH.	Terapeutas expertos en TCC.		12 meses, 26 sesiones.	TCC + Entrevista motivacional no obtuvo efectos significativos en la sintomatología psicótica, en las recaídas, la frecuencia del consumo de drogas, el autodañarse y el funcionamiento.

TABLA 5.3 (continuación)

Estudios.	N	Grupos de comparación	Terapeutas	Medidas de resultados	Duración de la terapia	Resultados
Edwards et al. (2011)	48	TCC + Clozapina vs. Clozapina vs. Tioridazina vs. TCC + Tioridazina.	Terapeutas clínicos expertos.	BPRS-P, SANS, CGI, BDI, SOFAS, QLS.	12 semanas, 15 sesiones mínimo.	TCC reduce la intensidad de los síntomas positivos y negativos y el tiempo de respuesta al tratamiento estabilizando los efectos sobre el tiempo al final del tratamiento y a seis meses de seguimiento por encima de los grupos de sólo neuroleptico. No diferencias en funcionamiento social y calidad de vida entre grupos.

Notas: *Modalidades de tratamiento*: TH (tratamiento habitual); TCC (terapia cognitivo-conductual).

Medidas de resultados: Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS); Beck Anxiety Inventory (BAI); Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ); Revised Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ-R); Burden of Care Questionnaire (BCQ); Beck Cognitive Insight Scale (BCIS); Beck Depression Inventory (BDI); Britton and Hayling Sentence Completion Tests (BHISCT); Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS); Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-E); Beck Suicidal Ideation Scale (BSI); Cognitive Assessment Schedule (CAS); Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS); Camberwell Family Interview (CFI); Clinical Global Impression (CGI); Comprehensive Psychiatric Rating Scale (CPRS); Global Assessment of Functioning (GAF); General Health Questionnaire (GHQ-38); Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20); Insight Rating Scale (IRS); Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS); Maudsley Assessment of Delusions Schedule (MADS); Metacognitions Questionnaire (MCQ-30); Modular System for Quality of Life (MSQoL); Novaco Anger Scale and Provocation Inventory (NAS-PI); Negative Symptom Rating Scale (NSRS); Positive and Negative Syndrome Scale (PANNS); Psychiatric Assessment Scale (PAS); Present State Examination (PSE); The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS); Quality of Life Survey (QLS); Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES); Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS); Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS); Social Behaviour Schedule (SBS); Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID); Schizophrenia Change Scale (SCS); Social Functional Scale (SFS); Social and Occupational Functioning Assessment (SOFAS); Voice Compliance Scale (VCS); Voice Power Differential scale (VPD); Ward Anger Rating Scale (WARS).

co con los terapeutas, a bajo nivel, en sesiones de recuerdo o de refuerzo.

Respecto a la TCC aplicada a los síntomas psicóticos, se han llevado a cabo más de 30 ensayos aleatorizados para evaluar sus efectos, siendo en la mayoría de los casos incluidos en la terapia pacientes crónicos con síntomas resistentes a la medicación. Pueden observarse, no obstante, problemas metodológicos en algunos estudios, como son la evaluación de los síntomas por clínicos independientes al estudio (lo cual puede inflar la efectividad de la terapia), así como la utilización de diferentes procedimientos e instrumentos de evaluación, que hacen difícil la replicación de los estudios; sin embargo, los metaanálisis realizados sugieren que la TCC surte efecto en la reducción de la intensidad de los síntomas y del malestar generado por los delirios y las alucinaciones, en la modificación de la convicción delirante, en la mejora del funcionamiento general y del insight, así como un descenso significativo en el riesgo de recaídas y de rehospitalización.

La mayoría de los trabajos publicados sugieren que la mejoría en los síntomas positivos requiere al menos de 20 sesiones de TCC, llevadas a cabo por terapeutas bien entrenados y supervisados.

Si bien, en términos generales, la eficacia de la TCC para la psicosis es positiva, todavía hay aspectos que deben aclararse, como es el tipo de intervención más adecuado para cada fase del trastorno. Aun así, la TCC se ha postulado como un tratamiento económico en el tratamiento de los síntomas psicóticos, y los estudios que han

evaluado el coste-eficacia y coste-utilidad de las diversas intervenciones en pacientes con síntomas psicóticos de esquizofrenia han demostrado que la TCC es el tratamiento adjuntivo más efectivo.

Existe, finalmente, el riesgo de comparar el éxito de los tratamientos psicológicos en las psicosis como si fuera el caso de los antibióticos, en los que el éxito se juzga sobre la base de la reducción de los síntomas y la duración de dicho efecto, de modo que si los síntomas vuelven a manifestarse se considera que el tratamiento ha fracasado. Sin embargo, es necesario tener presente que los tratamientos psicológicos afectan también a la interpretación que el paciente hace y a la vivencia de los síntomas que son objeto de intervención, con independencia de la duración de los efectos más evidentes. Es por ello por lo que, tras los tratamientos psicológicos, la mayoría de los pacientes obtienen un beneficio latente que suele traducirse en una menor necesidad de medicación, en caso de recaída sintomática, y en una más fácil recuperación de la misma. Además, los indicadores de eficacia de los tratamientos se centran habitualmente en resultados del sistema sanitario, como son el nivel sintomatológico y el número de recaídas o de rehospitalizaciones, y no en aquellos aspectos más relevantes para el paciente tratado, como son la calidad de vida, la autoestima, la seguridad, la relación con las demás personas, la libertad, la intimidad o la capacidad para llevar una vida independiente, todos ellos aspectos mucho más próximos al concepto de recuperación clínica (Vallina et al., 2010).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (2nd edition)*. Washington, DC: Author.
- Anderson, C. M., Reiss, D. J. y Hogarty, G. E. (1986). *Schizophrenia and the family: A practitioners guide to psychoeducation and management*. Nueva York: Guilford Press.
- Barrowclough, C. (2000). Cognitive behavioural intervention for clients with severe mental illness who have a substance misuse problem. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 42, 216-233.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., Davies, L. et al. (2009). Evaluating Integrated MI and CBT for people with psychosis and substance misuse: Recruitment, retention and sample characteristics of the MI-DAS trial. *Addictive Behaviors*, 34, 859-866.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Lobban, F., Jones, S., Siddle, R., Roberts, C. et al. (2006). Group cogni-

- tive-behavioural therapy for schizophrenia: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 527-532.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S., Moring, J., O'Brien, R. et al. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T. et al. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: Randomised controlled trial. *BMJ*, 341, c6325.
- Barrowclough, C. y Hooley, J. M. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical Psychology Review*, 23, 849-880.
- Barrowclough, C. y Tarrier, N. (1992). *Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention*. Londres: Chapman y Hall.
- Barrowclough, C. y Wykes, T. (2008). Family intervention in schizophrenia. En D. J. Castle, D. L. Copolov, T. Wykes y K. T. Mueser (eds.), *Pharmacological and psychosocial treatments in schizophrenia (2nd ed.)* (pp. 193-204). Londres: Informa Healthcare.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Bechdolf, A., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., Klosterkötter, J., Hambrecht, M. et al. (2004). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 21-28.
- Bechdolf, A., Knost, B., Nelson, B., Schneider, N., Veith, V., Yung, A. et al. (2010). Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: Effects on subjective quality of life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 144-150.
- Bechdolf, A., Köhn, D., Knost, B., Pukrop, R. y Klosterkötter, J. (2005). A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in patients with schizophrenia: outcome at 24 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 173-179.
- Bentall, R. P. (2005). *Madness explained*. Londres: Penguin.
- Birchwood, M. y Spencer, E. (2003). Psychotherapies for schizophrenia: A review. En M. Maj y N. Sartorius (eds.), *Schizophrenia (WPA Series: Evidence and experience in psychiatry, vol. 2)* (pp. 153-220). Chichester, RU: Wiley.
- Birchwood, M. y Tarrier, N. (1992). *Innovations in the psychological management of schizophrenia: Assessment, treatment and services*. Chichester, RU: Wiley.
- Breitborde, N., Moreno, F., Mai-Dixon, N., Peterson, R., Durst, L., Bernstein, B. et al. (2011). Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11, 9.
- Brown, G. W., Birley, J. L. y Wing, J. F. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Canadian Psychiatric Association (2005). Clinical practice guidelines: Treatment of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (suppl. 1), 13.
- Carr, A. (2006). *Family therapy: Concepts, process and practice (2nd ed.)*. Chichester, RU: Wiley.
- Carrá, G., Montomoli, C., Clerici, M. y Cazzullo, C. (2007). Family interventions for schizophrenia in Italy: Randomized controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 23-30.
- Cather, C., Penn, D., Otto, M., Yovel, I., Mueser, K. y Goff, D. (2005). A pilot study of functional cognitive behavioural therapy (fCBT) for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 74, 201-209.
- Chadwick, P. K. (2008). Delusional thinking from the inside: Paranoia and personal growth. En D. Freeman, R. Bentall y P. Garety (eds.), *Persecutory delusions: Assessment, theory, and treatment* (pp. 3-19). Oxford: Oxford University Press.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, RU: Wiley.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1997). *Cognitive behaviour therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, RU: Wiley.
- Chadwick, P., Lees, S. y Birchwood, M. (2000). The revised Beliefs About Voices Questionnaire (BA-

- VQ-R). *British Journal of Psychiatry*, 177, 229-232.
- Chadwick, P. y Lowe, F. (1990). The measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.
- Chadwick, P., Sambrooke, S., Rasch, S. y Davies, E. (2000). Challenging the omnipotence of voices: Group cognitive behavior therapy for voices. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 993-1003.
- Chien, W. T. y Wong, K. F. (2007). A family psycho-education group program for chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatric Services*, 58, 1003-1006.
- De Loore, E., Gunther, N., Drukker, M., Feron, F., Sabbe, B., Deboutte, D. et al. (2008). Auditory hallucinations in adolescence: A longitudinal general population study. *Schizophrenia Research*, 102, 229-230.
- De Loore, E., Gunther, N., Drukker, M., Feron, F., Sabbe, B., Deboutte, D. et al. (2011). Persistence and outcome of auditory hallucinations in adolescence: A longitudinal general population study of 1.800 individuals. *Schizophrenia Research*, 127, 252-256.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W. et al. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48-70.
- Dixon, L. B. y Lehman, A. F. (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 631-644.
- Drury, V., Birchwood, M. y Cochrane, R. (2000). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. III: Five year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 177, 8-14.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. y MacMillan, F. (1996a). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 539-601.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. y MacMillan, F. (1996b). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial. II. Impact on recovery time. *British Journal of Psychiatry*, 169, 602-607.
- Edwards, J., Cocks, J., Burnett, P., Maud, D., Yuen, W., Harrigan, S. et al. (2011). Randomized controlled trial of clozapine and CBT for first-episode psychosis with enduring positive symptoms: A pilot study. *Schizophrenia Research and Treatment, Article ID 394896*. doi:10.1155/2011/394896.
- Fadden, G. (1997). Behavioural family therapy approaches to the treatment of schizophrenia. En C. Mace y F. Margison (eds.), *Psychotherapy of psychosis* (pp. 181-195). Londres: Gaskell.
- Falloon, I. R. H. (1988). *Handbook of behavioural family therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L. y McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia*. Nueva York: Guilford Press.
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, E., Paino, M., Villazón-García, U., Sierra-Baigrie, S. y Muñoz, J. (2009). Experiencias psicóticas atenuadas en población adolescente / Attenuated psychotic experiences in adolescents. *Papeles del Psicólogo*, 30, 63-73.
- Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester, RU: Wiley.
- Freeman, D., Bentall, R. y Garety, P. (eds.) (2008). *Persecutory delusions: Assessment, theory, and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Freeman, D. y Fowler, D. (2009). Routes to psychotic symptoms: Trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Research*, 169, 107-112.
- French, P. y Morrison, A. P. (2004). *Early detection and cognitive therapy for people at high risk of developing psychosis: A treatment approach*. Chichester, RU: Wiley.
- Fromm-Reichmann, F. (1950). *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G. y Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 412-423.
- Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P. et al. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis: II. Predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry*, 171, 420-426.
- Garety, P., Kuipers, E., Fowler, D., Chamberlain, F. y Dunn, G. (1994). Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 259-271.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D. y Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the

- positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Girón, M., Fernández-Yáñez, A., Mañá-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A. y Gómez-Beneyto, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: A 2 year randomized controlled study. *Psychological Medicine*, 40, 73-84.
- Gleeson, J., Cotton, S., Alvarez, M., Wade, D., Crisp, K., Newman, B. et al. (2010). Family outcomes from a randomized control trial of relapse prevention therapy in first-episode psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 475-483.
- Grandón, P., Jenaro, C. y Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158, 335-343.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Guo, X., Zhai, J., Liu, Z., Fang, M., Wang, B., Wang, C. et al. (2010). Effect of antipsychotic medication alone vs combined with psychosocial intervention on outcomes of early-stage schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 67, 895-904.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Shaw, J., Dunn, G., Novaco, R. y Tarrier, N. (2009). Cognitive behavioural therapy versus social activity therapy for people with psychosis and history of violence: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 194, 152-157.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N. et al. (2003). Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse: 18 month outcomes of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 418-426.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. y Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889.
- Haddock, G. y Slade, P. D. (eds.) (1996). *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. Londres: Routledge.
- Haddock, G., Tarrier, N., Morrison, A. P., Hopkins, R., Darake, R. y Lwewis, S. (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive-behavioural therapy in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 254-258.
- Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R., Vollebergh, W. y Van Os, J. (2005). The incidence and outcome of sub-clinical psychotic experiences in the general population. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 181-191.
- Hanssen, M. S. S., Bijl, R. V., Vollebergh, W. y Van Os, J. (2003). Self-reported psychotic experiences in the general population: A valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorder? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 369-377.
- Hazel, N., McDonnell, M. G., Short, R., Berry, C., Voss, W. D., Rodgers, M. L. et al. (2004). Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatric Services*, 55, 35-41.
- Howes, O. D. y Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: Version III-the final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 549-562.
- Jackson, H. J., McGorry, P., Killackey, E., Bendall, S., Allott, K., Dudgeon, P. et al. (2008). Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus befriending for first-episode psychosis: The ACE project. *Psychological Medicine*, 38, 725-735.
- Johns, L. C. y Van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P. y Marder, S. R. (2009). Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 347-361.
- Kingdon, D. G. y Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Hove, RU: Erlbaum.
- Kuipers, E. y Bebbington, P. (2005). *Living with mental illness (3rd ed.)*. Londres: Souvenir Press.
- Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., Chisholm, D., Freeman, D., Dunn, G. et al. (1998). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. III. Follow-up and economic evaluation at 18 months. *British Journal of Psychiatry*, 173, 61-68.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D. et al. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I. Effects of the

- treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, 171, 319-327.
- Kuipers, L., Leff, J. y Lam, D. (2002). *Family work for schizophrenia: A practical guide (2nd ed.)*. Londres: Gaskell.
- Kulhara, P., Chakrabarti, S., Avasthi, A., Sharma, A. y Sharma, S. (2009). Psychoeducational intervention for caregivers of indian patients with schizophrenia: A randomised-controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 472-483.
- Kumari, V., Fannon, D., Peters, E., Ffytche, D., Sumich, A., Premkumar, P. et al. (en prensa). Neural changes following cognitive behaviour therapy for psychosis: A longitudinal study. *Brain*, doi:10.1093/brainlawr154.
- Lam, D. H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.
- Lardinois, M., Lataster, T., Mengelers, R., Van Os, J. y Myin-Germeys, I. (2011). Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123, 28-35.
- Larkin, W. y Morrison, A. P. (eds.) (2006). *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy*. Londres: Routledge
- Leavey, G., Gulamhussein, S., Papadopoulos, C., Johnson-Sabine, E., Blizard, B. y King, M. (2004). A randomized controlled trial of a brief intervention for families of patients with a first episode of psychosis. *Psychological Medicine*, 34, 1-9.
- Leff, J. (1987). Changing the family environment of schizophrenic patients. En J. S. Strauss, W. Böker y H. D. Brenner (eds.), *Psychosocial treatment of schizophrenia* (pp. 87-93). Toronto: Hans Huber.
- Lewis, S. W., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D. et al. (2002). Randomised, controlled trial of cognitive-behaviour therapy in early schizophrenia: Acute phase outcome. *British Journal of Psychiatry*, 181 (suppl. 43), s91-s97.
- Li, Z. y Arthur, D. (2005). Family education for people with schizophrenia in Beijing, China. *British Journal of Psychiatry*, 187, 339-345.
- Lidz, T., Cornelison, A., Fleck, S. y Terry, D. (1957). The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schim and marital skew. *American Journal of Psychiatry*, 114, 241-248.
- Lidz, T., Fleck, S. y Cornelison, A. R. (1965). *Schizophrenia and the family*. Nueva York: New York International University Press.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C., De Rosa, C., Maj, M. y The Family Intervention Working Group (2006). Patient functioning and family burden in a controlled real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 1784-1791.
- Mari, J. y Steiner, D. (1994). An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: Meta-analysis of research findings. *Psychological Medicine*, 24, 565-578.
- McDonnell, M. G., Short, R., Hazel, N., Berry, C. y Dyck, D. (2006). Multiple-family group treatment of outpatients with schizophrenia: Impact on service utilization. *Family Process*, 45, 359-373.
- McFarlane, W. (1994). Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenic. *New Directions in Mental Health Services*, 62, 13-22.
- McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily groups in severe psychiatric disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- McFarlane, W. R., Deakins, S. M., Gingerich, S. L., Dunne, E., Hornen, B. y Newmark, M. (1991). *Multiple-family psychoeducational group treatment manual*. Nueva York: Biosocial Treatment Division, Nueva York State Psychiatric Institute.
- Montero, I., Asencio, A., Hernández, I., Masanet, M. J., Lacruz, M., Bellver, F. et al. (2001). Two strategies for family intervention in schizophrenia: a randomized trial in a mediterranean environment. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 661-670.
- Montero, I., Masanet, M. J., Bellver, F. y Lacruz, M. (2006). The long-term outcome of 2 family interventions strategies in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 362-367.
- Morrison, A. P. (2001a). Cognitive therapy for auditory hallucinations as an alternative to antipsychotic medication: A case series. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 136-147.
- Morrison, A. P. (2001b). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Morrison, A. P., Frame, L. y Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331-353.
- Morrison, A. P., Renton, J. C., Williams, S., Dunn, H., Knight, A., Kreutz, M. et al. (2004). Delivering cognitive therapy to people with psychosis in a

- community mental health setting: An effectiveness study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 36-44.
- Morrison, A. P. y Wells, A. (2007). Relationships between worry, psychotic experiences and emotional distress in patients with schizophrenia spectrum diagnoses and comparisons with anxious and non-patient groups. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1593-1600.
- Mueser, K. T. y Glynn, S. M. (1999). *Behavioral family therapy for psychiatric disorders*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Mueser, K., Sengupta, A., Schooler, N., Bellack, A. S., Xie, H., Glick, I. D. et al. (2001). Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: Effects on patient social functioning, family attitudes and burden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 3-12.
- Nasr, T. y Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 8, 17.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update)*. National Clinical Practice Guideline Number 82.
- Nelson, B. y Yung, A. R. (2009). Psychotic-like experiences as overdetermined phenomena: When do they increase risk for psychotic disorder? *Schizophrenia Research*, 108, 303-304.
- Nelson, H. E. (2005). *Cognitive-behavioural therapy with delusions and hallucinations (2nd ed.)*. Cheltenham, RU: Nelson Thornes.
- O'Connor, K., Stip, E., Pelissier, M., Aardema, F., Guay, S., Gaudette, G. et al. (2007). Treating delusional disorder: A comparison of cognitive-behavioural therapy and attention placebo control. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 182-190.
- Obiols, J. E., Barragán, M., Vicens, J. y Navarro, J. B. (2008). Síntomas pseudopsicóticos en adolescentes de la población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 215-217.
- Patterson, T. L. y Lecuwenkamp, O. R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100, 108-119.
- Penn, D., Meyer, P., Evans, E., Wirth, R., Cai, K. y Burchinal, M. (2009). A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. *Schizophrenia Research*, 109, 52-59.
- Pérez, M. (2011). *Esquizofrenia y cultura moderna*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Perona, S., Cuevas, C., Vallina, Ó. y Lemos, S. (2003). *Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia: Guía clínica*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Perris, C. y McGorry, P. D. (eds.) (2004). *Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: Manual teórico-práctico*. Bilbao: Desclee de Brouwer (orig. 1998).
- Perron, B. y Munson, M. (2006). Coping with voices: A group approach for managing auditory hallucinations. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 241-258.
- Peters, E., Landau, S., McCrone, P., Cooke, M., Fisher, P., Steel, C. et al. (2010). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis in a routine clinical service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 302-318.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.
- Pinninti, N., Rissmiller, D. y Steer, R. (2010). Cognitive-behavioral therapy as an adjunct to second-generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 61, 940-943.
- Pitschel-Walz, G., Baum, J., Bender, W., Engel, R., Wagner, M. y Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: Results of the Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 443-452.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Baum, J., Kissling, W. y Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73-92.
- Pousa, E., Hurtado, G., Noguera, S., Doménech, C., García, M., López, N. et al. (en prensa). Effectiveness of family interventions on schizophrenia: Evidence from a multicentre study in Catalonia. *International Journal of Social Psychiatry*, doi: 10.1177/10020764011415595
- Rector, N. A., Seaman, M. V. y Segal, Z. V. (2003). Cognitive therapy for schizophrenia: A preliminary randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 63, 1-11.
- Rotondi, A., Anderson, C., Haas, G., Spring, M., Ganguli, R., Newhill, C. et al. (2010). Web-based psychoeducational intervention for persons with schizophrenia and their supporters: One year outcomes. *Psychiatric Services*, 61, 1099-1105.

- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2005). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1-30.
- Scott, J., Martin, G., Bor, W., Sawyer, M., Clark, J. y McGrath, J. (2009). The prevalence and correlates of hallucinations in Australian adolescents: Results from a national survey. *Schizophrenia Research*, 107, 179-185.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdom, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddle, R. et al. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-172.
- Shellwood, W., Barrowclough, C., Tarrier, N., Quinn, J., Mainwaring, J. y Lewis, S. (2001). Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 346-355.
- Shimodera, S., Inoue, S., Mino, Y., Tanaka, S., Kii, M. y Motoki, Y. (2000). Expressed emotion and psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia: a randomized controlled study in Japan. *Psychiatry Research*, 96, 141-148.
- Slade, M., Holloway, F. y Kuipers, E. (2002). Skills development and family interventions in an early psychosis service. *Journal of Mental Health*, 12, 405-415.
- Smith, J. y Birchwood, M. (1990). Relatives and patients as partners in the management of schizophrenia: The development of a service model. *British Journal of Psychiatry*, 156, 654-660.
- Startup, M., Jackson, M. y Bendiz, S. (2004). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: Outcomes at 6 and 12 months. *Psychological Medicine*, 34, 413-422.
- Startup, M., Jackson, M., Evans, K. y Bendiz, S. (2005). North Wales randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for acute schizophrenia spectrum disorders: Two-year follow-up and economic evaluation. *Psychological Medicine*, 35, 1-10.
- Strauss, J. S., Böker, W. y Brenner, H. D. (eds.) (1987). *Psychosocial treatment of schizophrenia. Multidimensional concepts, psychological, family, and self-help perspectives*. Toronto: Hans Huber.
- Szmukler, G., Kuipers, E., Joyce, J., Harris, T., Leese, M., Maphosa, W. et al. (2003). An exploratory randomised controlled trial of a support programme for carers of patients with a psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 411-418.
- Tarrier, N. (1996). Family interventions and schizophrenia. En G. Haddock y P. D. Slade (eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp. 212-234). Londres: Routledge.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porceddu, K., Watts, W. et al. (1988). The community management of schizophrenia: A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *British Journal of Psychiatry*, 153, 532-542.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L. y Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *British Journal of Psychiatry*, 162, 524-532.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P. et al. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia: 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 231-239.
- Tarrier, N., Sharpe, L., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A. y Yusupoff, L. (1993). A trial of two cognitive-behavioural methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: II. Treatment specific changes in coping and problem-solving skills. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 5-10.
- Tarrier, N., Wittkowski, A., Kinney, C., McCarthy, E., Morris, J. y Humphreys, L. (1999). Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 174, 500-504.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G. et al. (1998). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307.
- Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A., Byrne, S., Nelson, A. y Ross, K. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 312-320.
- Turkington, D., Kingdom, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J. y Mehta, R. (2006). Outcomes of an

- effectiveness trial of cognitive-behavioural intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 36-40.
- Turkington, D., Kingdon, D. y Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 180, 523-527.
- Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T., Nur, U., Siddle, R. et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up. *Schizophrenia Research*, 98, 1-7.
- Valmaggia, L. R., Van der Gaag, M., Tarrrier, N., Pijnenborg, M. y Slooff, C. J. (2005). Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 186, 324-330.
- Vallina, Ó. y Lemos, S. (2000). Dos décadas de intervenciones familiares en la esquizofrenia. *Psicothema*, 12, 671-681.
- Vallina, Ó., Lemos, S. y Fernández, M. P. (2010). Gestión y práctica clínica en rehabilitación de la esquizofrenia basada en la evidencia. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (eds.), *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave* (pp. 567-600). Madrid: Síntesis.
- Van Os, J. (2009). A salience dysregulation syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 194, 101-103.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Dele-spaal, P. y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179-195.
- Vaughn, C., Doyle, M., McConaghy, N., Blascynski, A., Fox, A. y Tarrrier, N. (1992). The Sidney intervention trial: A controlled trial of relatives' counselling to reduce schizophrenic relapse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 16-21.
- Vaughn, C. E. y Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Verdoux, H. y Van Os, J. (2002). Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophrenia Research*, 54, 59-65.
- Wiedeman, G., Hawlweg, K., Müller, U., Feinstein, E., Hank, G. y Dose, M. (2001). Effectiveness of targeted intervention and maintenance pharmacotherapy in conjunction with family intervention in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 72-84.
- Wright, J. H., Turkington, D., Kingdon, D. G. y Ramirez, M. (2009). *Cognitive-behavior therapy for severe mental illness: An illustrated guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Wykes, T., Hayward, P., Thomas, N., Green, N., Surguladze, S., Fanon, D. et al. (2005). What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices?: A randomised control trial. *Schizophrenia Research*, 77, 201-210.
- Wykes, T., Smith, G. y Steel, C. (2008). Psychological approaches to the management of persistent delusions and hallucinations. En D. J. Castle, D. L. Copolov, T. Wykes y K. T. Mueser (eds.), *Pharmacological and psychosocial treatments in schizophrenia (2nd ed.)* (pp. 23-34). Londres: Informa Healthcare.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H. y Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 77, 1-9.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

¿Hay apoyo empírico para los tratamientos psicológicos de hombres violentos contra la pareja?

ENRIQUE ECHEBURÚA Y PAZ DE CORRAL

1. INTRODUCCIÓN

Tratar psicológicamente a un agresor contra la pareja no significa considerarle *no responsable* de sus actos. Muchos hombres violentos son responsables de sus conductas, pero presentan limitaciones psicológicas importantes en el control de los impulsos, en el abuso de alcohol, en su sistema de creencias, en las habilidades de comunicación y de solución de problemas o en el control de los celos. En estos casos un tratamiento psicológico puede ser de utilidad para hacer frente a los déficit de estos hombres que, aun siendo responsables de sus actos, no cuentan, sin embargo, con las habilidades necesarias para controlar las conductas violentas y resolver los problemas de pareja en la vida cotidiana (Echeburúa, 2004).

Los tratamientos de hombres violentos contra la pareja se justifican socialmente por la oportunidad que hay que dar a los agresores para cambiar su conducta (al margen de la necesidad de hacer frente a sus responsabilidades), por la protección a las víctimas actuales (muchas de ellas siguen conviviendo con el agresor) y por la evitación de la extensión de la violencia a los hijos. Se trata así de interrumpir la cadena de transmisión intergeneracional y el aprendizaje observacional por parte de los hijos (Álvarez et al., 2009).

Una razón adicional para el tratamiento de los agresores es el carácter crónico de la violencia contra la pareja. Se trata de una conducta sobreaprendida por parte del maltratador, que está consolidada en su repertorio de conductas por los

beneficios logrados: obtención de la sumisión de la mujer, sensación de poder, etc. Si se produce una separación o divorcio y el hombre violento se vuelve a emparejar, se puede predecir que va a haber, más allá del enamoramiento transitorio, una repetición de las conductas de maltrato con la nueva pareja. Por ello, la prevención de futuras víctimas también hace aconsejable el tratamiento psicológico del agresor (tabla 6.1).

TABLA 6.1

Razones para la intervención psicológica con hombres violentos contra la pareja (Echeburúa, 2004)

Separación de la pareja	Convivencia con la pareja
<ul style="list-style-type: none"> -- Riesgo de homicidio contra la ex pareja. -- Acoso, hostigamiento y reiteración de la violencia. -- Relación obligada de la mujer con el agresor por diversos vínculos (familiares, económicos, sociales, etc.) que la pone en peligro de ser maltratada. -- Posibilidad de reincidencia de los malos tratos con otra mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Peligro de que el maltrato continúe o de que, si cesó anteriormente, aparezca de nuevo. -- Alta probabilidad de que la violencia se extienda a otros miembros de la familia (hijos, personas mayores, etc.). -- Malestar psicológico del agresor, de la víctima y del resto de las personas que conviven en el hogar.

La intervención clínica con los maltratadores se hace aún más necesaria cuando el riesgo de violencia grave contra la pareja es alto (Andrés-Pueyo y Echeburúa, 2010). Para evaluar este riesgo se cuenta actualmente con instrumentos de evaluación específicos, como el Spousal Assault Risk Appraisal Guide (SARA) (Kropp, Hart, Webster y Eaves, 2000; adaptación española de Andrés-Pueyo, López y Álvarez, 2008) o la Escala de predicción de riesgo de violencia grave contra la pareja-revisada (EPV-R) (Echeburúa, Amor, Loínez y Corral, 2010).

2. MARCO HISTÓRICO DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

Los primeros programas de tratamiento surgen en los años ochenta en Estados Unidos y Canadá y, posteriormente, en Latinoamérica y España. El principio subyacente a estos enfoques es que hay que tratar a los agresores de pareja porque la violencia puede ser una expresión de problemas psicológicos y de dificultades emocionales.

Algunas de las propuestas terapéuticas han estado basadas en un enfoque de género, como el programa Duluth, llamado así por el nombre de esta ciudad de Minnesota, que es un referente en este ámbito y que combina la reeducación basada en modelos feministas con un programa psicoeducativo de 27 sesiones de orientación cognitivo-conductual (Pence y Paymar, 1993). Ha habido también enfoques con una perspectiva multicultural, especialmente desarrollados en entornos en que conviven grupos étnicos distintos, como el programa ManAlive, creado en San Francisco por Sinclair para responder a la demanda de la población hispana y muy extendido en Latinoamérica. Y, por último, se han elaborado programas más clínicos (basados en el modelo cognitivo-conductual), como el proyecto Amend, desarrollado en Denver en 1977, que ha estado basado en el desarrollo de terapias individuales y grupales para hacer frente a los déficit psicológicos de los agresores, a los que se atribuye la

responsabilidad de las conductas violentas (cfr. Álvarez et al., 2009).

Al margen de que los sujetos participen voluntariamente, los programas de tratamiento se aplican en marcos muy diversos y en formatos variados (grupal, individual o mixto), lo que dificulta su comparación en cuanto a resultados (Saunders, 2008). En unos casos se aplican en prisión, cuando los sujetos han cometido un delito grave, como haber matado (o intentado hacerlo) a su pareja o ex pareja; en otros se llevan a cabo con sujetos derivados por el sistema judicial, a través de la suspensión o sustitución de una pena privativa de libertad, por un delito relacionado con la violencia de género, y, finalmente, en otros casos se desarrollan en un entorno comunitario en un régimen de libertad, como cuando los sujetos acuden voluntariamente o por presión de sus parejas o de los servicios sociales o cuando son derivados por los centros de salud mental.

En casi todos los programas se exigen unos requisitos mínimos de participación: no tener un trastorno mental grave, estar libre de alcohol y drogas durante la participación y contar con un mínimo de motivación para el cambio (Álvarez et al., 2009; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009).

Según la revisión metaanalítica de 22 estudios sobre la eficacia de tratamientos de Babcock, Green y Robie (2004), los programas analizados tienen poco impacto en términos de efectividad, sin que haya diferencias claras entre los programas de tipo Duluth y los cognitivo-conductuales. En concreto, los agresores sometidos a tratamiento tenían un 5 por 100 más de probabilidades de no reincidir que los no tratados. Los resultados de otro estudio metaanalítico (Feder y Wilson, 2005), en este caso referido exclusivamente a los programas llevados a cabo por mandato judicial, resultan también poco concluyentes en cuanto a la efectividad de los programas. En la tabla 6.2 figuran los resultados obtenidos por algunos de los programas más significativos.

En resumen, los estudios de revisión llevados a cabo hasta la fecha concluyen que los resultados obtenidos son poco satisfactorios, que los estudios son poco rigurosos metodológicamente y que, por

TABLA 6.2

Resultados obtenidos en los programas de intervención con maltratadores

Autor y año	Seguimiento	Resultados
Dechner et al. (1986).	Un año.	-- Mejoría significativa.
Harris (1986).	Postratamiento.	--- Mejoría en un 73 por 100 de los casos.
Hamberger y Hastings (1988).	Postratamiento.	--- Mejoría significativa. --- 51 por 100 de abandonos.
Edleson y Syers (1990).	Seis meses.	--- Mejoría significativa. --- 68 por 100 de abandonos.
Faulkner et al. (1992).	Postratamiento.	--- Mejoría significativa.
Palmer et al. (1992).	Un año.	--- Mejoría significativa en relación con los maltratadores no tratados.
Rynerson y Fishel (1993).	Postratamiento.	--- Mejoría significativa.
Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997).	Tres meses.	--- 48 por 100 de rechazos terapéuticos al inicio del programa. --- 69 por 100 de éxito terapéutico con los casos tratados.
Taylor et al. (2001).	Un año.	- Mejoría significativa.
Echeburúa et al. (2009).	Un año.	--- 45 por 100 de abandonos en las primeras sesiones. --- 88 por 100 de éxito terapéutico de los completadores en el postratamiento y 53 por 100 en el seguimiento de un año.

tanto, no se cuenta aún con programas basados en la evidencia (Day, Cheng y O'Leary, 2009; Eckhardt, Murphy, Black y Shur, 2006; Saunders, 2008).

Por lo que a España se refiere, además del programa del grupo de Echeburúa en un entorno comunitario en el País Vasco, que está evaluado y que se va a describir posteriormente, son numerosos los programas de interés que están actualmente en marcha, sobre todo en prisión o en el marco de medidas judiciales de suspensión o sustitución de la condena, pero que están a falta de una evaluación sistemática. Entre ellos, y sin ánimo de ser exhaustivos, figuran el programa Galicia (Arce y Fariña, 2007, 2010), el programa Contexto en Valencia (Lila, García y Lorenzo, 2010), el proyecto Espacio en Aragón (Boira, 2010) o en Madrid el Grupo 5 (Quinteros y Carvajosa, 2008) o el grupo del profesor Graña en la Universidad

Complutense. Hay otras experiencias también en Navarra, en Cataluña, en Granada o en las prisiones que aportarán en los próximos años datos de interés sobre este tema.

3. PROGRAMA DE TRATAMIENTO PROPUESTO

3.1. Motivación para el tratamiento

La falta de reconocimiento del problema o la adopción de una actitud de autosuficiencia, con un aparente dominio de la situación, dificultan la búsqueda de ayuda terapéutica. No es, por ello, infrecuente que no se acuda a la consulta o se haga en condiciones de presión (amenazas de divorcio por parte de la pareja, denuncias judiciales, etcétera), con el autoengaño de que esta situación

de violencia *nunca más se va a volver a repetir*. Esta actitud es reflejo de la resistencia al cambio. Si bien el temor a la pérdida de la pareja y de los hijos y la perspectiva de un futuro en soledad, así como el miedo a las repercusiones legales y a una pérdida de poder adquisitivo, pueden actuar como un revulsivo, en estos casos no hay una motivación apropiada y el compromiso con el cambio de conducta es escaso y fluctuante (Echeburúa y Corral, 1998).

Por ello, los tratamientos obligatorios, sin una implicación adecuada del agresor, resultan muy limitados. En concreto, las tasas de éxito en sujetos derivados del juzgado y sometidos obligatoriamente a terapia son muy bajas. En estos casos el maltratador no tiene una motivación genuina para que se produzca un cambio sustancial en su

comportamiento (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y Corral, 2009).

3.1.1. Motivación inicial

La decisión genuina de acudir a un programa terapéutico se adopta sólo cuando se dan, al menos, tres requisitos previos: reconocer que existe un problema, darse cuenta de que el sujeto no lo puede resolver por sí solo y, por último, valorar que el posible cambio va a mejorar el nivel de bienestar actual. El hombre violento va a estar realmente motivado cuando llega a percatarse de que los *inconvenientes* de seguir maltratando superan a las *ventajas* de hacerlo. El terapeuta debe ayudar al agresor a lograr esa atribución correcta de la situación actual y a descubrirle las soluciones a su alcance (tabla 6.3).

TABLA 6.3

Etapas del cambio (Prochaska y DiClemente, 1983, modificado)

Etapas	Aspecto central	Descripción	Expresiones frecuentes
Precontemplación	Negar el problema.	Sin intención de cambiar el comportamiento violento.	«Lo que ella dice es falso»; «ella me provoca todo el tiempo y no me deja en paz»; «da que tiene que cambiar y necesita tratamiento es ella»; «ella también me maltrata psicológicamente»; «yo no tengo problemas para controlarme»; «a mí no me pasa nada».
Contemplación	Mostrar ambivalencia (dudar entre cambiar o no).	Interés en cambiar, pero sin desarrollar un compromiso firme de cambio.	«Cada vez me doy más cuenta de que, cuando me enfado, hago daño a mi pareja»; «ahora veo que la violencia es un problema»; «creo que sería bueno que me enseñaran a controlarme»; «el problema es que ella nunca cede, pero no podemos seguir así».
Preparación	Estar motivado para cambiar.	Compromiso de cambiar y toma de decisiones sobre cómo facilitar el proceso de cambio.	«Desde hace dos semanas no he tenido problemas con mi mujer»; «estoy decidido a venir a tratamiento y poner de mi parte para estar bien con ella»; «es la última oportunidad que me da».
Acción	Modificar sus conductas violentas por otras más adaptativas.	Cambio en la conducta o en las condiciones ambientales que afectan al problema con el fin de superarlo.	«Aunque no resulta fácil, todo parece ir bien»; «cuando mi pareja me pone nervioso, la evito yéndome a otra habitación»; «cuando me agobio, hago lo que tú me dijiste»; «ahora, por lo menos, podemos hablar».
Mantenimiento	Presentar un estilo de vida desvinculado de las conductas violentas.	Eliminación con éxito de la conducta problemática y esfuerzos para prevenir la recaída y consolidar las ganancias obtenidas.	«Ahora me controlo mucho, pero aún tengo miedo de perder el control»; «suelo evitar los conflictos y discusiones porque no quiero alterarme»; «estoy mejor que cuando inicié el tratamiento, pero no quiero confiarme»; «ahora entiendo mejor a mi mujer»; «ella también tiene derecho a decidir».

Es preciso evaluar en el primer contacto con el agresor el nivel de motivación para el cambio, así como su grado de peligrosidad actual, porque la protección de la víctima resulta prioritaria en este contexto (Álvarez et al., 2009).

En cualquier caso, la motivación inicial para el tratamiento en el maltratador suele ser débil e inestable. Conviene, por ello, aprovechar cualquier insinuación favorable para no posponer la consulta. Retener al sujeto en el tratamiento posteriormente puede no ser tan complicado.

3.1.2. Motivación de mantenimiento

Una vez que el sujeto ha acudido a la consulta por vez primera (habitualmente por presión de su pareja o por mandato judicial), se trata de

mantenerlo en el tratamiento, porque las consultas iniciales no garantizan la continuidad en la terapia. Una cosa es empezar un tratamiento y otra muy distinta concluirlo. De hecho, los abandonos son muy frecuentes en la terapia de los hombres violentos, especialmente en las tres o cinco primeras sesiones.

Por ello, el objetivo inicial de la terapia es crear en el sujeto una motivación genuina para el cambio de conducta. De este modo, el terapeuta pretende implicar activamente al agresor en el proceso terapéutico y, por tanto, aumentar la probabilidad de éxito del tratamiento. En la tabla 6.4 se señalan algunas de las estrategias motivacionales comúnmente empleadas, así como algunas otras que están en estudio debido a su utilidad potencial.

TABLA 6.4

Estrategias motivacionales para el tratamiento (adaptación de Echeburúa y Corral, 1998)

<p>ACTUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> — Confidencialidad. — Control de las emociones. — Mejoría del estado de ánimo y de la autoestima. — Aprendizaje de habilidades de comunicación y de estrategias de solución de problemas. — Elusión de los términos <i>maltratador</i> y <i>culpabilidad</i>. — Tratamiento breve y en horario compatible con el trabajo del sujeto.
<p>EN ESTUDIO</p> <ul style="list-style-type: none"> — Facilitación de la empatía con las víctimas. — Tratamiento grupal con ex agresores.

Se trata, en primer lugar, de establecer una relación terapéutica basada en la confianza, en la confidencialidad y en el deseo sincero de ayuda por parte del terapeuta, lo que implica advertir al sujeto, en un clima exento de juicios moralizantes, sobre su situación real y sobre los riesgos de su conducta. Asimismo hay que persuadir al sujeto de las ventajas de un cambio de comportamiento: sentirse mejor, aprender a controlar sus emociones, establecer relaciones de pareja adecuadas y mejorar su autoestima y valoración social. Tam-

bién es preferible eludir el término *maltratador* o *agresor* cuando el terapeuta se dirige al sujeto, debido a las connotaciones semánticas tan negativas que contiene. Se puede hablar en su lugar, de una forma eufemística, del tratamiento de las conductas violentas o de hombres con dificultades. Además hay que crear un contexto terapéutico que fomente la *responsabilidad* del maltrato, más que la *culpabilidad* (debido a las implicaciones jurídicas negativas de este término). Asimismo conviene proponer un tratamiento breve —en

torno a seis meses— y, siempre que se pueda, en un horario y lugar compatibles con la vida cotidiana del sujeto. Y, por último, hay que generar unas expectativas de cambio realistas en el sujeto. Eliminar la ira o los celos por completo no es un objetivo alcanzable, pero sí lo es, en cambio, mantenerlos bajo control y canalizarlos de una forma adecuada con el aprendizaje de nuevos recursos psicológicos.

Otras estrategias motivacionales están siendo en estos momentos objeto de estudio, como pueden ser la facilitación de la empatía con las víctimas de maltrato (a través, por ejemplo, de la observación de vídeos con testimonios de mujeres agredidas o de la redacción de una carta a la víctima) y el tratamiento grupal de maltratadores dirigido conjuntamente por terapeutas y por ex agresores ya tratados con éxito. En este caso, el papel desempeñado por estos últimos puede ser muy importante porque facilitan la identificación de los sujetos con ellos. Es decir, pueden servir como modelos, ya que han conseguido abandonar la violencia, y les pueden enseñar a los agresores actuales otras estrategias de solución de sus problemas —conflictos interpersonales, estados emocionales estresantes o de ira, etcétera— más adecuadas (Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2002).

3.2. Tratamiento psicológico propuesto

La intervención clínica puede llevarse a cabo en un entorno comunitario (Echeburúa et al., 2009), especialmente cuando la pareja sigue unida y cuando la violencia no es excesivamente grave, en un régimen de suspensión condicional de la condena o en un medio penitenciario, cuando el agresor está recluido en prisión y, especialmente, cuando está próximo a la excarcelación. En este último caso, se trata de que el maltratador, al que se considera responsable de los delitos violentos cometidos contra su pareja, no reincida cuando recupere la vida en libertad (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2006; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009).

3.2.1. Factores básicos de la terapia

Los agresores domésticos deben cumplir con unos requisitos previos antes de comenzar propiamente con la intervención clínica: reconocer la existencia del maltrato y asumir la responsabilidad de la violencia ejercida, así como del daño producido a la mujer, mostrar una motivación mínima para el cambio y, por último, aceptar los principios básicos del tratamiento, a nivel formal (asistencia a las sesiones, realización de las tareas prescritas, etc.) y de contenido (compromiso de interrupción total de la violencia). Asimismo deben firmar una hoja de consentimiento informado en la que se autoriza al terapeuta a vulnerar el secreto profesional en el caso de una situación de riesgo grave para la víctima.

3.2.2. Intervención psicológica

El tratamiento con hombres maltratadores debe ser directivo en el marco de un contexto terapéutico cálido. La terapia propuesta debe contar con objetivos concretos y realistas y, más allá de los programas estándar, atender a las necesidades específicas de cada sujeto.

a) Formato del tratamiento

La intervención clínica con agresores en el hogar debe ser individual y, a modo complementario y siempre que sea posible, también grupal, sin desatender por ello las necesidades específicas de cada persona. Las sesiones grupales, que pueden estar dirigidas por terapeutas junto con algún ex maltratador que actúe como modelo, tienen como objetivo neutralizar los mecanismos habituales de negación, minimización y atribución causal externa de las conductas violentas. Se trata asimismo de generar conciencia del problema y de ayudar a asumir la responsabilidad propia, así como de hacer ver que el cambio es posible y desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas para abordar las dificultades cotidianas. Expresar la necesidad de cambio —asumida como decisión propia y no como resultado de las presiones externas— e

interrumpir la cadena de la violencia son los objetivos fundamentales de estos grupos terapéuticos y el requisito imprescindible para abordar otras metas de mayor alcance (Boira, 2010).

Está contraindicada, sin embargo, la terapia de pareja, al menos en las primeras fases del tratamiento. La presencia de la violencia distorsiona la relación de tal forma que no es posible este tipo de terapia. La mujer estaría tan inhibida o rabiosa en presencia de su pareja que no se obtendría beneficio de este contexto terapéutico.

El programa terapéutico debe ser razonablemente breve y bien estructurado, con objetivos concretos y con un formato modular flexible. Es decir, el programa debe contar con técnicas variadas, que se aplican en cada caso *a la medida* del sujeto. No debe olvidarse que, al margen del punto básico en común a todos los agresores —la conducta de maltrato—, las motivaciones y los aspectos psicopatológicos implicados difieren de unos casos a otros (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009).

En general, la modalidad clínica debe contar con 20 sesiones, de una hora de duración, y con una periodicidad semanal (tabla 6.5). La duración aproximada de la intervención, excluidas las evaluaciones, es de seis meses. A efectos de comprobar la consolidación del cambio de conducta, se debe llegar a cabo un seguimiento de uno o dos años (con controles a los tres, seis, 12, 18 y 24 meses).

TABLA 6.5

Características de la modalidad terapéutica (adaptación de Echeburúa y Corral, 1998)

Modalidad	Individual
Terapeuta	Psicólogo clínico
N.º de sesiones	20
Periodicidad	Semanal
Duración de cada sesión	Una hora
Duración total del programa	Seis meses (20 horas)
Seguimiento	Uno o dos años

b) Contenido del tratamiento

El programa está compuesto por diversas técnicas encaminadas al desarrollo de la empatía, al control de los impulsos violentos y al aprendizaje de las estrategias de actuación apropiadas para la resolución de los conflictos. En concreto, se pone el énfasis en la educación sobre el proceso de la violencia, el afrontamiento adecuado de la ira y de las emociones negativas y el control de los celos y del consumo excesivo de alcohol. Asimismo se abordan la reestructuración cognitiva de las ideas irracionales respecto a los roles sexuales y a la utilización de la violencia como forma adecuada de resolver los conflictos, el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas y la educación sexual (Echeburúa y Corral, 1998).

En la tabla 6.6 aparece un resumen de los principales aspectos psicopatológicos tratados en el programa de intervención, así como de las técnicas terapéuticas utilizadas para cada uno de ellos (Echeburúa y Corral, 1998).

En una primera fase del tratamiento es imprescindible motivar al sujeto y ayudarle a desarrollar la empatía con la víctima por medio de diversos ejercicios (vídeos, relatos autobiográficos, testimonios) y técnicas de expresión de emociones. Se trata de fomentar una *empatía emocional* (sentir lo que realmente le ocurre a la víctima) y una *empatía de acción* o *vínculo de compromiso* (actuar positivamente a favor de la víctima), no meramente una *empatía cognitiva* (comprender lo que le ocurre). En realidad, la empatía es la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona para comprender mejor lo que piensa y siente y lo que puede originarle sufrimiento, así como para darse cuenta de sus diversas necesidades sociales (Echeburúa et al., 2002; Marshall, 2001).

Asimismo resulta útil explicar al sujeto, desde un enfoque psicoeducativo, el ciclo de la violencia (Walker, 1984): 1) el *desarrollo de la tensión*; 2) la *explosión o episodio de violencia aguda*, y 3) el *arrepentimiento*. También es de interés proporcionarle información sobre la ira: el ob-

TABLA 6.6

Guía básica de tratamiento (adaptación de Echeburúa y Corral, 1998)

Aspectos psicopatológicos	Técnicas terapéuticas
Déficit de motivación y de empatía y analfabetismo emocional.	— Ejercicios para desarrollar la motivación y la empatía (videos, relatos autobiográficos, testimonios, etc.) y técnicas de expresión de emociones.
Ideas distorsionadas sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma de solución de problemas.	— Educación sobre la igualdad de los sexos. — Reestructuración cognitiva.
Ira descontrolada.	— Explicación del ciclo de la violencia y del proceso de escalada de la ira. — Suspensión temporal. — Distracción cognitiva. — Entrenamiento en autoinstrucciones.
Control de emociones: ansiedad/estrés, sintomatología depresiva (tristeza), celos patológicos.	— Reestructuración cognitiva. — Relajación. — Actividades gratificantes.
Déficit de asertividad y de comunicación.	— Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación.
Déficit en la resolución de problemas.	— Entrenamiento en solución de problemas.
Déficit en las relaciones sexuales.	— Educación sobre la sexualidad en la pareja.

jetivo no es eliminarla, sino controlarla y canalizarla por medio de conductas no problemáticas. Se trata de ayudar al agresor a que aprenda a identificar tempranamente los pensamientos *calientes* (reproches desmedidos por una conducta percibida como inapropiada o por injusticias o agravios pasados), los sentimientos experimentados (venganza o humillación) y las conductas (chillidos o gestos amenazantes) que ponen en marcha la reacción de ira. De este modo, se aprende a frenar voluntariamente la escalada de un proceso que puede llevar a la violencia descontrolada (Echeburúa et al., 2002).

Más tarde, cuando la persona es ya capaz de detectar las situaciones antecedentes facilitadoras de la ira, los pensamientos activadores y los cambios fisiológicos habidos (sentirse acalorado, fruncir el ceño o cerrar los puños), deberá emplear la técnica de la *suspensión temporal* (aleja-

miento físico y psicológico de la situación asociada con la ira hasta que los pensamientos *calientes* se hayan enfriado). En este contexto de ausencia temporal puede ser de interés recurrir a otras técnicas adicionales, como la distracción cognitiva y las autoinstrucciones positivas. De forma complementaria, la reestructuración cognitiva de las ideas machistas sobre los roles sexuales (el papel de la mujer o el significado de la vida en pareja) y sobre la violencia como forma de solución de problemas es asimismo una tarea necesaria.

En una fase posterior se pueden ensayar, según los casos, otras estrategias terapéuticas, como la relajación, el entrenamiento en solución de problemas y la enseñanza de habilidades de comunicación, que es una forma de canalizar la ira y un buen antídoto contra la agresión. Asimismo un aspecto psicopatológico que no puede eludirse en

TABLA 6.6

Guía básica de tratamiento (adaptación de Echeburúa y Corral, 1998)

Aspectos psicopatológicos	Técnicas terapéuticas
Déficit de motivación y de empatía y analfabetismo emocional.	— Ejercicios para desarrollar la motivación y la empatía (videos, relatos autobiográficos, testimonios, etc.) y técnicas de expresión de emociones.
Ideas distorsionadas sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma de solución de problemas.	— Educación sobre la igualdad de los sexos. — Reestructuración cognitiva.
Ira descontrolada.	— Explicación del ciclo de la violencia y del proceso de escalada de la ira. — Suspensión temporal. — Distracción cognitiva. — Entrenamiento en autoinstrucciones.
Control de emociones: ansiedad/estrés, sintomatología depresiva (tristeza), celos patológicos.	— Reestructuración cognitiva. — Relajación. — Actividades gratificantes.
Déficit de asertividad y de comunicación.	— Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación.
Déficit en la resolución de problemas.	— Entrenamiento en solución de problemas.
Déficit en las relaciones sexuales.	— Educación sobre la sexualidad en la pareja.

jetivo no es eliminarla, sino controlarla y canalizarla por medio de conductas no problemáticas. Se trata de ayudar al agresor a que aprenda a identificar tempranamente los pensamientos *calientes* (reproches desmedidos por una conducta percibida como inapropiada o por injusticias o agravios pasados), los sentimientos experimentados (venganza o humillación) y las conductas (chillidos o gestos amenazantes) que ponen en marcha la reacción de ira. De este modo, se aprende a frenar voluntariamente la escalada de un proceso que puede llevar a la violencia descontrolada (Echeburúa et al., 2002).

Más tarde, cuando la persona es ya capaz de detectar las situaciones antecedentes facilitadoras de la ira, los pensamientos activadores y los cambios fisiológicos habidos (sentirse acalorado, fruncir el ceño o cerrar los puños), deberá emplear la técnica de la *suspensión temporal* (aleja-

miento físico y psicológico de la situación asociada con la ira hasta que los pensamientos *calientes* se hayan enfriado). En este contexto de ausencia temporal puede ser de interés recurrir a otras técnicas adicionales, como la distracción cognitiva y las autoinstrucciones positivas. De forma complementaria, la reestructuración cognitiva de las ideas machistas sobre los roles sexuales (el papel de la mujer o el significado de la vida en pareja) y sobre la violencia como forma de solución de problemas es asimismo una tarea necesaria.

En una fase posterior se pueden ensayar, según los casos, otras estrategias terapéuticas, como la relajación, el entrenamiento en solución de problemas y la enseñanza de habilidades de comunicación, que es una forma de canalizar la ira y un buen antídoto contra la agresión. Asimismo un aspecto psicopatológico que no puede eludirse en

algunos sujetos y que requiere una intervención específica es el relativo a los celos patológicos, tratados mediante técnicas de reestructuración cognitiva y saciación (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001).

El programa tiene un formato individual. No obstante, algunas sesiones —en concreto, las relacionadas con las habilidades de comunicación— se pueden realizar, en una fase avanzada de la terapia, a nivel de pareja cuando el caso concreto lo hace posible y sólo si el maltratador ha tomado plena conciencia de su problema, han cesado por completo los episodios de violencia y el desarrollo del tratamiento hasta ese momento ha sido positivo.

3.2.3. Prevención de recaídas

El objetivo de cualquier intervención terapéutica es consolidar el cambio de conducta a largo plazo. Las recaídas son más frecuentes en los primeros meses tras la terminación del tratamiento. Al cabo de uno o dos años las nuevas estrategias aprendidas suelen haberse incorporado al repertorio de conductas del sujeto.

En la prevención de recaídas se tratan diferentes aspectos que están con frecuencia asociados a la recaída, en concreto los déficit de autoestima y el consumo abusivo de alcohol y drogas. La evitación de la reincidencia supone aprender a identificar las situaciones de riesgo que pueden llevar al descontrol en el comportamiento, así como a utilizar estrategias de afrontamiento adecuadas que puedan incorporarse al repertorio de conductas. Por lo que se refiere al consumo abusivo de alcohol, se corrige a través de un programa de bebida controlada. Si se trata de un problema de alcoholismo en sentido estricto, es preciso derivar al paciente a un centro de salud mental. Por último, se le orienta al sujeto hacia la creación de un estilo de vida positivo, con implicación en actividades gratificantes y relaciones interpersonales adecuadas, que mejora la autoestima y hace menos probable la adopción de comportamientos violentos (tabla 6.7).

TABLA 6.7

Guía de prevención de recaídas (adaptación de Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2002)

Objetivos terapéuticos	Técnicas
Déficit en autoestima.	Reevaluación cognitiva. Establecimiento de metas positivas.
Consumo abusivo de alcohol y drogas.	Programa de consumo controlado.
Evitación de la reincidencia.	Identificación de situaciones de riesgo. Aprendizaje de estrategias de afrontamiento. Creación de un estilo de vida positivo.

En cuanto a la aplicación concreta de este programa en un medio comunitario, el lector interesado puede encontrar una información más pormenorizada sobre la guía completa de evaluación y tratamiento en Echeburúa y Corral (1998) y, respecto a la aplicación en un medio penitenciario, en Echeburúa et al. (2002).

3.3. Resultados obtenidos

En el tratamiento de maltratadores se debe considerar como éxito terapéutico la desaparición de los episodios de maltrato y como fracaso el mantenimiento de las conductas violentas una vez completado el tratamiento. La atribución de éxito a un caso no debe basarse sólo en el autoinforme del sujeto, sino que requiere, siempre que sea posible, la confirmación del testimonio de la víctima (Álvarez et al., 2009; Echeburúa et al., 2009).

El programa propuesto ha sido puesto a prueba recientemente con una muestra de 196 maltratadores. De todos los participantes en el programa terapéutico, hubo 108 (el 55 por 100) que lo completaron y 88 (el 45 por 100) que lo abandonaron prematuramente, especialmente en la pri-

mera mitad de la intervención psicológica. Lo que diferenciaba a unos de otros es que los que no finalizaron el tratamiento estaban más frecuentemente en paro y presentaban más síntomas psicopatológicos (depresión, ansiedad, ira, etc.) y pensamientos machistas que los que concluyeron la terapia (Echeburúa et al., 2010). En otros estudios, como el de Hanson (2007), es el abuso de alcohol y drogas lo que lleva al abandono de los programas.

Los resultados obtenidos con los sujetos que han completado el programa (108) están descritos en la tabla 6.8. Hay una elevada tasa de éxitos en el postratamiento (95 sujetos, es decir, el 88 por

100 del total). Las pérdidas de sujetos habidas en los controles de seguimiento de uno, tres, seis y 12 meses (en total 44 casos perdidos, es decir, el 46,3 por 100) impidieron saber con las tasas de éxito al cabo de un año del tratamiento. En cualquier caso, al menos 50 (el 52,6 por 100) de los 89 sujetos considerados como éxitos terapéuticos en el postratamiento fueron evaluados sistemáticamente en todos los controles y mantuvieron sus resultados al final del período de seguimiento. El fracaso de la terapia estaba relacionado con un menor nivel de empatía con el sufrimiento de las víctimas y con un menor grado de adaptación a la vida cotidiana (Echeburúa et al., 2010).

TABLA 6.8

Tasa de éxitos después del tratamiento y en los seguimientos de los pacientes completadores de la terapia (N = 108) (Echeburúa et al., 2009)

Evaluación	Éxitos N (por 100)	Fracasos N (por 100)	
		Recaídas	Pérdidas en el seguimiento
POSTRATAMIENTO (N = 108)	95 (87,96)	13 (13,68)	
SEGUIMIENTOS (N = 95)	Éxitos	Fracasos	
	N (por 100)	N (por 100)	N (por 100)
UN MES	89 (93,68)	0	6 (6,31)
TRES MESES	82 (86,31)	0	13 (13,68)
SEIS MESES	72 (75,79)	2 (2,10)	21 (22,10)
DOCE MESES	50 (52,63)	1 (1,05)	44 (46,31)

Respecto al balance de la terapia, un primer dato ha sido la alta tasa de abandonos del programa terapéutico, como también aparece en otros estudios (Daly y Pelowski, 2000; Hamberger, Lohr y Gottlieb, 2000). Así, hubo un 45 por 100 del total de participantes que lo abandonaron prematuramente, sobre todo al comienzo del programa, cuando la alianza terapéutica entre terapeuta y paciente aún no era sólida y cuando no eran todavía perceptibles los resultados de la te-

rapia. Estos rechazos y abandonos son reveladores de la escasa y fluctuante motivación de los maltratadores, así como de la utilización de la negación o de la minimización del problema (en otros casos, de la atribución de la responsabilidad de lo ocurrido a la mujer) como una estrategia de afrontamiento para encarar el rechazo social y penal que suscitan este tipo de conductas.

Sin embargo, los resultados obtenidos con los sujetos que completaron el programa mos-

traron la utilidad del tratamiento cognitivo-conductual propuesto, como también ha ocurrido en otros estudios (Morrel, Elliott, Murphy y Taft, 2003). En concreto, en el 88 por 100 de la muestra tratada habían desaparecido los episodios de maltrato en la evaluación posterior al tratamiento. Estos resultados se mantuvieron en los seguimientos, si bien la pérdida de pacientes en los cuatro periodos establecidos (que en modo alguno es sinónimo de recaída) oscurece los resultados finales. En cualquier caso, hubo, al menos, un 52,6 por 100 de los sujetos tratados que no recurrían a la violencia en ninguna de sus formas un año después de la terminación del tratamiento. En la consideración de éxito se ha contrastado el autoinforme del sujeto con la información suministrada por la víctima a lo largo de todo el proceso de evaluación.

El éxito terapéutico se relacionó también con un aumento de la empatía y de la autoestima y una corrección de las distorsiones cognitivas, así como una disminución de los síntomas psicopatológicos (ansiedad, depresión, ira e inadaptación a la vida cotidiana). En resumen, el tratamiento resultó un instrumento de utilidad en aquellos casos en que el agresor fue consciente de su problema y se mostró mínimamente motivado para modificar su comportamiento violento, como también se ha puesto de relieve en otros estudios (Babcock et al., 2004).

4. RETOS DE FUTURO

Los tratamientos psicológicos de hombres violentos contra la pareja ofrecen unos resultados aceptables, especialmente cuando la intervención es precoz e intensiva y tiene un enfoque cognitivo-conductual. Si bien el nivel de rechazos y abandonos prematuros es todavía alto, los resultados obtenidos hasta la fecha son satisfactorios: se ha conseguido reducir las conductas de maltrato y evitar la reincidencia, así como lograr un mayor bienestar para el agresor y para la víctima (Gondolf, 2002; MacLeod, Pi, Smith y Rose-Goodwin, 2008).

En cualquier caso, la tasa de abandonos actualmente existente en los diversos estudios exige el desarrollo de estrategias motivacionales adecuadas para atraer y retener a los sujetos en el tratamiento. Se han propuesto diversas soluciones para afrontar este problema, como la entrevista motivacional, la creación de una alianza terapéutica positiva o el desarrollo de técnicas activas de retención, pero requieren aún un mayor desarrollo (Musser y Murphy, 2009; Taft y Murphy, 2007).

Un reto de futuro es establecer un marco claro de referencia conceptual sobre la naturaleza de los programas de intervención. Los términos y conceptos utilizados pueden ser equívocos (tratamiento psicológico, tratamiento psicosocial, programas de reeducación o intervención psicoeducativa, programas rehabilitadores, etc.), de contenido y enfoque diversos, lo que dificulta la comparación de los resultados obtenidos en los diferentes programas propuestos. Asimismo el enfoque de género es muy variable de unos programas a otros (Álvarez et al., 2009; Expósito y Ruiz, 2010; Grupo 5, 2006).

Algunas limitaciones de los programas de tratamiento propuestos con maltratadores son que, al constar de muchos componentes, resulta difícil establecer el peso específico de cada uno de ellos. Además de depurar el contenido del tratamiento, resultaría de interés en el futuro conocer el perfil de los sujetos que completan el tratamiento en relación con el de los que no lo hacen o lo rechazan, analizar los resultados en función de la procedencia de los sujetos (vía judicial/vía comunitaria) y del tipo de maltratadores (físicos/psicológicos), así como poner a prueba distintos formatos de tratamiento (individual/grupal) (Babcock et al., 2004; White y Gondolf, 2000).

Los estándares internacionales de buenas prácticas incluyen una duración mínima del tratamiento de entre 15 y 30 sesiones, un nivel mínimo de seguimiento de 12 meses, una combinación del tratamiento grupal e individual y una limitación de la confidencialidad en el caso de peligro para la víctima (Álvarez et al., 2009; Geldschlager, Ginés y Ponce, 2010; Grupo 5, 2006).

REFERENCIAS

- Álvarez, E., Aguilar, L., Bosch, E., Bonino, L., Ferrer, V. A., Geldschläger, H., Ginés, O., Gonzalo, A., León, P., Montero, A., Pérez del Campo, A. M., Ponce, A., Pérez, V. y Sanvicente, M. (2009). *Informe sobre criterios comunes para programas de intervención reeducativa con hombres agresores en violencia de género*. Madrid: Ministerio de Igualdad.
- Andrés-Pueyo, A. y Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 22, 403-409.
- Andrés-Pueyo, A., López, S. y Álvarez, E. (2008). Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del Psicólogo*, 29, 107-122.
- Arce, R. y Fariña, F. (2007). Intervención psicosocial con maltratadores de género. En J. M. Sabucedo y J. Sanmartín (eds.), *Los escenarios de la violencia* (pp. 29-43). Barcelona: Ariel.
- Arce, R. y Fariña, F. (2010). Diseño e implementación del Programa Galicia de Reeducación de Maltratadores: Una respuesta psicosocial a una necesidad social y penitenciaria. *Intervención Psicosocial*, 19, 153-166.
- Babcock, J. C., Green, C. H. y Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.
- Boira, S. (2010). Estrategias de intervención. En *Hombres maltratadores. Historias de violencia masculina* (pp. 127-175). Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Daly, J. E. y Pelowski, S. (2000). Predictors of dropout among men who batter: A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims*, 15, 137-160.
- Day, A., Cheng, D. y O'Leary, P. (2009). Programs for men who perpetrate domestic violence: an examination of the issues underlying the effectiveness of intervention programs. *Journal of Family Violence*, 24, 203-212.
- Echeburúa, E. (2004). Tratamiento psicológico del agresor doméstico. En J. Sanmartín (ed.), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp. 293-307). Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y Fernández-Montalvo, J. (2002). *Vivir sin violencia. Aprender un nuevo estilo de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Loinaz, I. y Corral, P. (2010). Escala de predicción del riesgo de violencia grave contra la pareja-revisada (EPV-R). *Psicothema*, 22, 1054-1060.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2001). *Celos en la pareja: una emoción destructiva. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 5-20.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P. J. (2006). Psychological treatment of men convicted of gender violence: A pilot-study in the Spanish prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50, 57-70.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 199-217.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Amor, P. J. y Corral, P. (2010). Variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres violentos contra su pareja tratados psicológicamente en un marco comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 403-420.
- Eckhardt, C. I., Murphy, C., Black, D. y Shur, L. (2006). Intervention programs for perpetrators of intimate partner violence: conclusions from a clinical research perspective. *Public Health Reports*, 121, 369-381.
- Expósito, F. y Ruiz, S. (2010). Reeducación de maltratadores: una experiencia de intervención desde la perspectiva de género. *Intervención Psicosocial*, 19, 145-151.
- Feder, L. y Wilson, D. B. (2005). A meta-analytic review of court-mandated batterer intervention programs: Can courts affect abusers' behavior? *Journal of Experimental Criminology*, 1, 239-262.
- Geldschläger, H., Ginés, D. y Ponce, A. (2010). Programas europeos de intervención para hombres que ejercen violencia de género: panorámica y criterios de calidad. *Intervención Psicosocial*, 19, 181-190.

- Gondolf, E. (2002). *Batterer intervention systems*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Grupo 5 (2006). *Criterios de calidad para intervenciones con hombres que ejercen violencia en la pareja*. Recuperado el 2 de junio de 2011, de: <http://www.nodo50.org/mujeresred/spip.php?article519>.
- Hamberger, L. K., Lohr, J. M. y Gottlieb, M. (2000). Predictors of treatment dropout from a spouse abuse abatement program. *Behavior Modification*, 24, 528-552.
- Hanson, R. K. (2007). *A multi-site study of treatment for abusive men, 2000-2005*. Montreal: Ministry of Justice.
- Kropp, P. R., Hart, S., Webster, C. D. y Eaves, D. (2000). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide (2nd ed.)*. Vancouver: British Columbia Institute on Family Violence.
- Lila, M., García, A. y Lorenzo, M. V. (2010). *Manual de intervención con maltratadores*. Valencia: Servicio de Publicaciones de la Universidad.
- MacLeod, D., Pi, R., Smith, D. y Rose-Goodwin, L. (2008). *Batterer intervention systems in California. An evaluation*. San Francisco: Judicial Council of California/Administrative Office of the Courts.
- Marshall, W. L. (2001). *Agresores sexuales*. Barcelona: Ariel.
- Morrel, T. M., Elliott, J. D., Murphy, C. M. y Taft, C. (2003). A comparison of cognitive-behavioral and supportive group therapies for male perpetrators of domestic abuse. *Behavior Therapy*, 24, 77-95.
- Musser, P. H. y Murphy, C. M. (2009). Motivational interviewing with perpetrators of intimate partner abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1218-1231.
- Pence, E. y Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. Nueva York: Springer.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Quinteros, A. y Carbajosa, V. (2008). *Hombres maltratadores: tratamiento psicológico de agresores*. Madrid: Grupo 5.
- Saunders, D. G. (2008). Group interventions for men who batter: A summary of program description and research. *Violence & Victims*, 23, 156-172.
- Taft, C. y Murphy, C. M. (2007). The working alliance in intervention for partner violence perpetrators: recent research and theory. *Journal of Family Violence*, 22, 11-18.
- Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. Nueva York: Springer.
- White, R. J. y Gondolf, E. W. (2000). Implications of personality profiles for batterer treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 467-488.

Perdón y terapia

7

ÉTIENNE MULLET

1. INTRODUCCIÓN

El perdón es un ingrediente fundamental de nuestra realidad cotidiana. Para ciertos autores, sin perdón no hay vida en sociedad (Tutu, 1999). Sin embargo, los psicólogos, sin distinción de tendencias, han tardado mucho tiempo en interesarse por este fenómeno, es decir, antes de estudiarlo empíricamente. Sólo desde finales de los años noventa el perdón ha sido objeto de estudios sistemáticos. Los resultados de una parte de estos estudios se recogen en tres obras aparecidas en 2001 (McCullough, Pargament y Thoresen), 2005 (Worthington) y 2009 (Kalayjian y Paloutzian).

¿Cómo definir el perdón? ¿En qué medida las concepciones del perdón difieren de una persona a otra, o de una cultura a otra? ¿El perdón participa en la felicidad? ¿Tiene alguna influencia sobre el psiquismo del que lo concede o lo recibe? ¿Tiene algún efecto sobre su bienestar?

El presente capítulo tiene como primer objetivo aportar elementos para responder a estas cuestiones. Este objetivo se hace necesario por el hecho de que, de una persona a otra, las ideas sobre el perdón pueden diferir considerablemente; por eso es importante ponerse de acuerdo sobre una definición común o, al menos, tomar conciencia de estas diferencias de puntos de vista (Mullet, Girard y Bahkshi, 2004).

El segundo y principal objetivo del capítulo es presentar una variedad de terapia —la te-

rapia por el perdón— que muy recientemente se ha desarrollado sobre esta base y que se ha validado empíricamente en distintos contextos (e.g. incesto, problemas de pareja, abuso de sustancias).

2. ¿QUÉ ES PERDONAR?

Perdonar es básicamente hacer un don de algo a alguien. El sentido del término es pues fiel a su etimología: *perdonare*, en latín (*perldonare*). Por otra parte, nuestros vecinos italianos siempre dicen *perdonare*. Los castellano hablantes dicen *perdonar*, lo mismo que los que hablan el catalán. Los portugueses dicen *perdoar*, y los franceses, *pardonner*. Nuestros vecinos ingleses, holandeses o alemanes dicen *to forgive*, *vergeven* y *verzeihen*, respectivamente, lo que en los tres casos corresponde exactamente al mismo tipo de etimología, que implica la idea de donación (*for/give*, *ver/geven*, *ver/zeihen*).

¿Entonces, de qué don se trata? Se trata del don que se hace del derecho al resentimiento después de haber sido la víctima de una ofensa. El perdón es el hecho de vencer el resentimiento hacia un ofensor, no negando el derecho al resentimiento, sino esforzándose en considerar al ofensor con benevolencia, compasión e incluso amor, reconociendo al mismo tiempo que este ofensor renunció a su derecho a ellos. Los puntos importantes de esta definición son: a) que la persona que perdona ha sufrido y

de ahí su resentimiento; *b*) que la persona ofendida tiene un derecho moral a este resentimiento, pero sin embargo lo supera; *c*) que se produce una nueva respuesta al ofensor, una respuesta de compasión y amor, y *d*) que esta respuesta positiva y afectuosa se produce a pesar de saber que el ofendido no tiene ninguna obligación de amar al ofensor (Enright y Fitzgibbons, 2000).

3. ¿PERDONAR ES OLVIDAR?

Si se olvida el agravio que se hizo, entonces no hay ya nada que perdonar. El perdón es, en realidad, la antítesis del olvido. Ni la persona que cometió la ofensa ni la persona que fue víctima deben olvidar lo que se hizo, so pena de ya no poder ni ser perdonada ni perdonar. El perdón «borra» el resentimiento vinculado al acto negativo que se cometió. No puede borrar el acto en sí mismo. Puede simplemente liberar al ofensor y al ofendido de al menos algunas de las consecuencias negativas de ese acto.

De manera general, disculpar, amnistiar, eximir de la pena, olvidar y/o negar que haya pasado algo no constituyen aspectos legítimos del perdón. Cada una de estas actuaciones, caso de producirse, puede impedir el perdón auténtico o resultar un simulacro de perdón (Enright y Fitzgibbons, 2000).

4. ¿PERDONAR ES RECONCILIARSE?

Para reconciliarse son necesarias al menos dos personas. Es necesario también que haya existido una relación previa, aunque sea mínima, y que valga la pena proseguir esta relación. Perdonar no es pues necesariamente reconciliarse. No es posible reconciliarse con una persona que no desea volver a encontrar. No es deseable tampoco reconciliarse con una persona que abusó de ti anteriormente y no parece haberse enmendado (Enright y Fitzgibbons, 2000).

5. ¿PUEDE HABER UN ACERCAMIENTO CIENTÍFICO A UN FENÓMENO TAN SUBJETIVO?

Una de las principales dificultades encontrada por los investigadores que intentan estudiar empíricamente el perdón está, efectivamente, en que el perdón es una materia estrictamente privada. Es muy difícil, desde fuera, saber si una persona A que ha sido ofendida gravemente por una persona B perdonó o no a su ofensor. Observar el comportamiento de la persona A cuando ésta está en presencia de la persona B puede suministrar algunas pistas sobre el grado de perdón que ha podido intervenir. Pero eso puede también resultar engañoso. Durante la interacción social de la persona A con la persona B, la persona A puede manifestar una actitud perfectamente normal simplemente porque dispone de un gran control de sí misma.

Este tipo de problemas de medida no se limita a los estudios sobre el perdón. Los investigadores que estudian el bienestar subjetivo de las personas, por ejemplo, se enfrentan a la misma clase de problemas de medida. Como afirmaron Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985, p. 71) en uno de sus primeros artículos sobre la medida del bienestar subjetivo: «Es importante destacar el hecho de que el juicio de una persona sobre el grado de satisfacción con su vida presente se basa en una comparación con criterios estrictamente personales, que cada individuo establece para sí mismo y que no pueden imponerse desde el exterior. El hecho de que los investigadores que trabajan en el ámbito de la medida del bienestar subjetivo centren sus medidas sobre la propia persona, y no sobre otros criterios juzgados importantes por estos mismos investigadores, constituye un elemento característico de este ámbito».

Desde el exterior, es difícil saber exactamente hasta qué punto una persona se siente feliz, y los numerosos resultados acumulados en este ámbito de investigación ponen de manifiesto que mucho de lo que se tomaba por *dinero contante* (valores seguros), como determinantes importantes del bienestar (edad, la fortuna, el atractivo físico),

implemente no lo es. La estrategia de los investigadores que trabajan en el ámbito del perdón es exactamente la misma que la estrategia seguida hasta ahora por los investigadores que trabajan en el ámbito del bienestar subjetivo. Esta estrategia consiste en obtener participantes que expresan su voluntad de perdón y analizar estos informes personales con ayuda de las técnicas actualmente disponibles: técnicas de encuestas y técnicas de simulación, en especial.

6. ¿QUÉ ES LO QUE NOS SUCEDE CUANDO PERDONAMOS?

Para explicar lo que pasa dentro del individuo, se utiliza a veces una expresión gráfica, se habla de «cambio de corazón» (Worthington, 2005). La persona que perdona experimenta una disminución del grado de resentimiento frente a la otra persona. En otras palabras, sus pensamientos frente a esta persona se vuelven menos críticos (e.g. «esto no es forzosamente un bien para nadie, pero a pesar de todo...»), sus emociones frente a esta persona se vuelven menos negativas (e.g. «él me arrastraba a mis peores estados de ánimo, pero ahora esto va mejor») y sus comportamientos frente a esta persona se vuelven menos distantes o menos agresivos (e.g. «incluso aunque él esté allí, iré a la velada»).

La persona que perdona puede también, en los casos más favorables, tener la experiencia de un aumento del grado de aprecio, del grado de amistad, del grado de amor que siente frente a la otra persona. En otras palabras, sus pensamientos frente a esta persona se vuelven más favorables (e.g. «él ha sabido sacar una lección de esto»), sus emociones frente a esta persona se vuelven más positivas (e.g. «me hizo reír a pesar de todo») y sus comportamientos frente a esta persona se vuelven más calurosos (e.g. «a pesar de todo voy a hacerle un regalo en su cumpleaños»).

No se sabe incluso en qué momento se produjo el perdón. Puede suceder que hasta la propia persona que perdona se sorprenda al no experimentar emociones negativas frente a una persona

a la que trataba con frialdad. En consecuencia se deduce que, quizá, le perdonó.

7. ¿QUÉ PASA EN EL CEREBRO CUANDO PERDONAMOS?

Los estudios sobre el perdón que aplican las técnicas de imágenes cerebrales todavía son escasos. Los resultados de estos estudios sugieren que los juicios de «perdonabilidad» de una ofensa en relación con otra ofensa (presentadas en forma de situaciones escritas) activan específicamente algunas áreas, como el área frontal superior izquierda. Sugieren también que la evocación del perdón o el no perdón, como respuesta a una ofensa vivida recientemente, se asocia a diferencias de actividad cerebral especialmente en la corteza frontal, la amígdala y el núcleo estriado (e.g. Farrow, Zheng, Wilkinson, Spence, Deakin, Tarrrier, Griffiths y Woodruff, 2001). Sería muy interesante, si no esencial, poder, en un futuro próximo, establecer relaciones entre terapia por el perdón (véase más adelante) y cambios objetivamente localizables en la actividad cerebral.

8. ¿DE DÓNDE NOS VIENE, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA EVOLUCIÓN, ESTA CAPACIDAD DE PERDONAR? ¿LOS ANIMALES PERDONAN?

Los investigadores sobre primates han estudiado especialmente los comportamientos de reconciliación (y de consolación) en los monos superiores (Waal y Pokorny, 2005). Estos comportamientos son habituales y caracterizan la vida diaria de los grupos de primates con la misma frecuencia que los comportamientos de competición. Son, además, modificables. Monos a priori poco propensos a la conciliación, si son educados con monos más propensos a la conciliación, son capaces de «aprender» a utilizar la conciliación como método de resolución de los conflictos.

En los primates, en cualquier caso, parece concederse una enorme importancia a las técnicas

de resolución de conflictos. Los comportamientos de reconciliación observados en ellos pueden considerarse precursores de los comportamientos similares que se observan en las sociedades humanas. Sin reconciliación, sea cual sea la forma, no hay vida de grupo posible, se sea mono, hombre o de otra especie.

9. ¿QUÉ HACE QUE A VECES TENGAMOS, EN ALGUNAS SITUACIONES, DESEO DE PERDONAR Y EN OTRAS NO?

Se han estudiado ampliamente los elementos de una situación que hacen que el perdón parezca más o menos fácil. La presencia de excusas sinceras por parte de la persona que cometió el agravio constituye un elemento muy importante de facilitación. El hecho de que el acto negativo no fuera realmente intencionado desempeña también un papel; se puede perdonar más fácilmente un acto negativo resultante de un incidente fortuito o de una negligencia que un acto cuya intención era deliberadamente hacer daño.

Un tercer factor es el grado en que las consecuencias negativas del acto han desaparecido o se han atenuado. Es más fácil perdonar tras haber recuperado la salud que durante la convalecencia. Un último factor importante es la proximidad social entre el autor del acto negativo y su víctima. Se es más propenso a perdonar a un miembro de la familia que a alguien a quien apenas se conoce.

Un fenómeno interesante, que surge como resultado de los estudios realizados sobre los determinantes de la situación del perdón, es que, en los casos ordinarios, estos determinantes combinan sus efectos de manera relativamente independiente (Girard, Mullet y Callahan, 2002). La presencia de un factor favorable puede compensar la presencia de un factor desfavorable. Si, por ejemplo, el acto fue intencionado, aunque este factor no pueda ya modificarse, es posible esperar el perdón si se presentan excusas sinceras que impliquen que no se cometerá el mismo acto en el futuro y si se contribuye a la restauración del estado previo.

En algunos otros casos especialmente dolorosos, por el contrario (e.g. indiscreción voluntaria que implica una ruptura amorosa), estos factores no se combinan de manera independiente. No hay compensación (Gauché y Mullet, 2008).

10. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES, EN GENERAL, POR LAS QUE PERDONAMOS?

Los motivos para el perdón han sido objeto de menos estudios que los factores de la situación. Se puede decir, sin embargo, que hay motivos variados y que éstos no son necesariamente los que se esperaban (Ballester, Chatri, Muñoz Sastre, Rivière y Mullet, 2011). Cuando se interroga al hombre de la calle sobre las razones que, a su modo de ver, le inclinan a perdonar en su vida habitual, se encuentran cinco motivos fundamentales. Se perdona: *a*) porque se recuperó un grado de empatía/simpatía suficiente con el ofensor (por ejemplo, éste explicó su forma de actuar y se disculpó); *b*) por razones morales (religiosas o filosóficas); *c*) por amor (para no perder a la persona en cuestión); *d*) por reto (para no hacer como todo el mundo o sorprender a otros, y *e*) como medio para tener de forma inmediata al ofensor a su merced (para dominarlo). Es evidente que algunas de estas razones mencionadas de forma espontánea traducen concepciones del perdón que se alejan de la definición de trabajo propuesta.

Los motivos para no perdonar también han sido estudiados. Forman un conjunto más complejo aún que los mencionados para el perdón. Cuando se interroga al hombre de la calle sobre las razones que, a su modo de ver, le inclinan a cultivar el resentimiento y no perdonar, se encuentran seis motivos fundamentales. Se rehúsa perdonar: *a*) con el fin de llevar al ofensor a arrepentirse, a tener una *demanda de honor*; *b*) para cortar de forma mantenida los puentes con él; *c*) para hacer (de manera gentilmente terapéutica) comprender al ofensor que no puede comportarse como lo hizo; *d*) para gozar del embarazo en

que se encuentra el ofensor; e) porque la ofensa se considera moralmente imperdonable (agresión sexual, por ejemplo), y f) porque el ofensor pertenece a otro grupo.

11. ¿EL PERDÓN TIENE QUE VER CON LA PERSONALIDAD?

El perdón se ha estudiado de dos maneras. De acuerdo con la primera, el perdón se considera de forma específica una respuesta posible a una situación dada. En ese caso, por ejemplo, es natural plantearse la cuestión de las razones que hacen que, en una situación, se sea más propenso a perdonar que en otra (véase el epígrafe anterior).

La segunda manera es aquella que considera el perdón como una manera de vivir, como un hábito, como una característica de personalidad (Mullet, Neto y Rivière, 2005). Se ha puesto de manifiesto que el perdón, como un rasgo de personalidad, no es en realidad un concepto unitario. Tres aspectos deben al menos ser considerados (Mullet, Barros, Frongia, Usai, Neto y Rivière, 2003). El primer aspecto se refiere a la reacción inmediata después de la ofensa. En algunas personas, esta reacción es fuerte y especialmente duradera. Se dice de estas personas que tienden a experimentar un *resentimiento duradero*. Se asimila esta reacción a una reacción de estrés tras la agresión. Este factor de resentimiento duradero caracteriza lo que se puede considerar el lado psicofisiológico del perdón. Tiende a heredarse de una generación a otra.

El segundo aspecto se refiere a la capacidad que puede tener la víctima de analizar la situación en su conjunto y de sopesar los pros y los contras. Este factor de *sensibilidad a las circunstancias* personales y sociales de la ofensa caracteriza el lado cognitivo del perdón. Se sabe que este aspecto está bastante vinculado a las prácticas de perdón de las que se ha tenido experiencia en la familia, a lo largo del desarrollo (Akl y Mullet, 2010).

El tercer aspecto corresponde a la *voluntad de perdón incondicional*. Este factor refleja un deter-

minado nivel de maduración personal, filosófica o religiosa. No está vinculado a las prácticas del perdón en la infancia. Parece asociado, en los creyentes, a la representación que éstos pueden tener del perdón divino. Está también vinculado a la tradición religiosa en la cual se educó.

Parece pues que se encuentra, como en el caso del bienestar subjetivo, una estructura compuesta por un factor vinculado a las emociones negativas (resentimiento duradero), un factor vinculado a las emociones positivas (perdón incondicional) y un factor más propiamente cognitivo (sensibilidad a las circunstancias) (Diener, Wirtz, Tov, Kim-Prieto, Choi, Oishi y Biswas-Diener, en prensa). Los tres aspectos están vinculados, pero no hasta el punto de que se los confunda. Pueden entrar en tensión uno con otro. Una persona puede tener una intensa capacidad de resentimiento y al mismo tiempo haber madurado suficientemente como para desear perdonar cada vez que eso parezca conveniente, sobre todo si, por otra parte, ha desarrollado una fe religiosa que la induce al perdón. Por otra parte, trabajos de carácter evolutivo han puesto de manifiesto que esta estructura ternaria —resentimiento duradero, sensibilidad a las circunstancias y perdón incondicional— ya está presente en los jóvenes adolescentes (Chiaromello, Mesnil, Muñoz Sastre y Mullet, 2008).

12. ¿EL PERDÓN ES TAMBIÉN ASUNTO DE LA PSICOPATOLOGÍA?

Los vínculos entre capacidad de perdonar y psicopatología son bastante estrechos. Se ha puesto de manifiesto que, en reacción a una ofensa percibida, la experiencia del resentimiento duradero está vinculada de manera no desdeñable a la psicopatología de la víctima. Una víctima muy narcisista tiene que percibir toda ofensa como más severa que una víctima menos narcisista (Exline, Baumeister, Bushman, Campbell y Finkel, 2004), y el grado de resentimiento experimentado por las personalidades más paranoides es más elevado, por término medio, que el

experimentado por las personalidades menos paranoicas (Muñoz Sastre, Vinsonneau, Chabrol y Mullet, 2005).

Se ha puesto de manifiesto que la sensibilidad a las circunstancias personales y sociales de la ofensa dependía muy poco del carácter paranoico o no de la víctima. Esta sensibilidad, por el contrario, estaría más vinculada a factores relativos a la falta de seguridad personal. Finalmente quedó de manifiesto que la respuesta de perdón, como medio de poner fin al estado de resentimiento duradero, está vinculada de manera no desdeñable a la psicopatología de la víctima. Una víctima muy narcisista tiende a perdonar de manera claramente más condicional que una víctima menos narcisista, una vez que se mantienen constantes la severidad de la ofensa y otras características de ésta (Exline et al., 2004), y la voluntad de perdón incondicional manifestada por las personalidades más paranoicas es por término medio menor que la manifestada por las personalidades menos paranoicas (Muñoz Sastre et al., 2005).

De manera más general, las relaciones entre estabilidad emocional y resentimiento duradero se mantuvieron, en los distintos estudios, siendo casi todas negativas. Cuanto más estable emocionalmente es una persona, menos tenderá a experimentar un resentimiento duradero. Las tendencias depresivas, cólera, ansiedad e inclinación a la rumiación, son los aspectos más vinculados al resentimiento duradero. Un único estudio se ha dirigido a estudiar las relaciones entre estabilidad emocional y sensibilidad a las circunstancias. Éste mostró relaciones importantes y negativas entre la timidez y la confusión, por una parte, y el hecho de mostrarse muy sensible a las circunstancias personales y sociales de la ofensa, por otra (Neto y Mullet, 2004). Por último, entre estabilidad emocional y voluntad de perdón incondicional las relaciones resultaron ser casi todas positivas. Cólera y tendencia a la rumia son los aspectos más (negativamente) asociados a la propensión a perdonar (Mullet, Neto y Rivière, 2005).

Recientes trabajos, en fin, han puesto de manifiesto que incluso en personas afectadas por psicopatologías consideradas graves (autismo o

esquizofrenia), el concepto de perdón podía ser funcional (Rogé y Mullet, 2011).

13. ¿EL PERDÓN TIENE QUE VER CON LA CULTURA?

La estructura ternaria indicada más arriba —resentimiento duradero, sensibilidad a las circunstancias y perdón incondicional— se ha encontrado en múltiples culturas diferentes. Esta estructura se había puesto de relieve inicialmente en poblaciones francesas. Se ha detectado también en italianos y portugueses y más recientemente en libaneses cristianos (Mullet y Azar, 2009), indonesios (Suwartono, Prawasti y Mullet, 2007), indios (Tripathi y Mullet, 2010) y chinos (Paz, Neto y Mullet, 2007). Encontrar la misma estructura común de una cultura a otra significa concretamente que los múltiples aspectos del perdón que se consideran en un estudio referente a una cultura determinada (e.g. en Portugal) se agrupan de la misma manera en un estudio realizado en otra cultura. Si hay comunidad de estructura, entonces hay comunidad de sentido.

La estructura ternaria, sin embargo, no se ha encontrado en un estudio llevado a cabo en África. En este estudio el resentimiento duradero y la voluntad incondicional de perdón no eran distinguibles (Kadima Kadiangandu, Vinsonneau y Mullet, 2001).

Cada vez que las estructuras son similares, es posible comparar las tendencias entre diferentes culturas, puesto que, debido a esto, hay una garantía de que los significados subyacentes están relacionados. Por ejemplo, ha sido posible constatar que, en los estudiantes indonesios, la tendencia al resentimiento duradero es menos fuerte que en estudiantes franceses de las mismas edades. En ellos es más fuerte la sensibilidad a las circunstancias y la tendencia al perdón incondicional también.

Se pueden interpretar estos resultados diciendo que, en una cultura en la que la tensión grupo-individuo se soluciona generalmente por la primacía concedida a los intereses del grupo, evitar

demostraciones públicas de resentimiento demasiado intensas, mostrarse sensible a las presiones de los otros y cultivar la filosofía del perdón son los medios eficaces para una buena adaptación social.

De manera más general, en muchas sociedades que a veces se consideran tradicionales el perdón aparece como el componente clave de los sistemas de justicia. En estas sociedades, todo ofensor es percibido por sus compañeros como literalmente separado de la sociedad a consecuencia de la ofensa que cometió. El objetivo esencial consiste pues en reintegrar al ofensor en su sociedad, ya que se considera malo para una sociedad desmembrarse. El perdón humano es pues, en estas sociedades, la vía preferida de tratamiento de las ofensas. Pueden acordarse bajo ciertas condiciones que corresponden esencialmente a la reparación, la compensación y el arrepentimiento. La sanción penal (el castigo) se concibe como un fracaso del proceso de perdón (Kadima Kadiangandu et al., 2001). El movimiento actual denominado Justicia Restauradora tiene por objeto esencialmente reintroducir a toda costa estos conceptos en nuestros sistemas de justicia profesionalizados (Braithwaite, 2002).

14. ¿EL PERDÓN ES ASUNTO DE LA RELIGIÓN?

El perdón, y la reconciliación que éste facilita, son ingredientes fundamentales de la vida en grupo y de la vida social en general, incluso en los primates y otros animales superiores. Los autores de los textos religiosos antiguos entendieron esta realidad y naturalmente desearon darle un lugar en sus escritos. El Antiguo Testamento hace hincapié muy especialmente en el perdón divino, y el Nuevo Testamento, sobre el perdón humano. El Corán, que, histórica y teológicamente, sigue a ambos, presenta un equilibrado balance de los dos (Moucarry, 2004). El budismo distingue dos conceptos cuya conjugación corresponde (siempre que el lector pueda juzgar) a la noción occidental de perdón. El primer concepto es el de re-

nuncia a la cólera y al resentimiento hacia todo ofensor. El segundo concepto es el de renuncia a toda forma de remuneración por las ofensas cometidas. Este concepto puede estar incluido en las ideas de empatía, compasión y piedad para todo ser (Rye, Pargament, Ali, Beck, Dorff, Hallisey, Narayanan y Williams, 2000). Es interesante resaltar que los budistas parecen haber establecido un análisis psicológico del perdón que está más de acuerdo con la realidad de los hechos empíricamente establecidos que el que pudieron realizar las religiones del Libro. A los dos conceptos comentados más arriba corresponden claramente los factores de resentimiento duradero y perdón incondicional.

Si el perdón no puede considerarse una invención de las religiones, sin embargo es muy probable que éstas hayan contribuido a darle forma. En el marco del judaísmo, por ejemplo, el perdón se somete a normas estrictas, mientras que en los cristianos (al menos en la versión del catolicismo) el verdadero perdón se considera incondicional. No es necesario sin embargo exagerar el alcance de esta tarea de dar forma al perdón. Se ha constatado que los esquemas cognitivos de perdón manifestados por musulmanes (chiíes, suníes o Drusos) y cristianos (católicos, maronitas u ortodoxos), pertenecientes a una misma cultura (libanesa), son, con algunos matices, estructuralmente muy similares (Azar, Vinsonneau y Mullet, 1999; Azar y Mullet, 2001; véase también Ahmed, Azar y Mullet, 2007). Se puso de relieve una idéntica estructura común también en budistas y cristianos que pertenecían a una misma cultura (china) (Paz, Neto y Mullet, 2008).

Los vínculos entre religión y perdón son, en cualquier caso, más frágiles de lo que se cree. Las grandes religiones, como instituciones, a menudo se han comportado en contradicción con el principio de perdón. Se puede avanzar la idea de que, cuando la religión se considera un medio (civilizar las costumbres, por ejemplo), su influencia sobre la vida social es generalmente positiva. Por el contrario, cuando la religión se considera un fin en sí misma (convertir a otro a toda costa, ir a las Cruzadas), no hay lugar para el perdón en

la religión (releer el discurso de Moisés en el Deuteronomio o el relato del saqueo de Jericó en el libro de Josué).

15. ¿Y LA DEMANDA DE PERDÓN?

La tendencia a pedir o no pedir nunca perdón ha sido objeto de muchos menos estudios. Se ha puesto de manifiesto que, como en el caso del acuerdo de perdón, deben considerarse tres aspectos de la tendencia de pedir o no pedir perdón: la incapacidad duradera de pedir perdón, la sensibilidad a las circunstancias personales y sociales de la ofensa y la capacidad para pedir perdón de manera casi incondicional. Se sabe solamente que la incapacidad duradera de pedir perdón se asocia a las tendencias coléricas, al cinismo y sobre todo a las inclinaciones paranoides. Por otra parte, las personas que sufren de incapacidad de pedir perdón tienden también a ser las que sufren resentimiento duradero cuando alguien les ha hecho una ofensa, y las personas que tienden a pedir perdón de manera incondicional son también las que dan valor al perdón incondicional en su vida (Chiaromello, Muñoz Sastre y Mullet, 2008).

16. ¿EL PERDÓN SE CONCEPTUALIZA DE LA MISMA FORMA POR TODAS LAS PERSONAS?

Conocer el significado dado al perdón es importante por razones a la vez teóricas y prácticas. Nuestra concepción del perdón puede influir sobre nuestra voluntad y nuestra capacidad de perdonar, que puede ser influida, a su vez, por la práctica de esta capacidad. El hecho de perdonar tiene repercusiones sobre el equilibrio psíquico de los protagonistas: el que perdona y el que es perdonado (véanse también los epígrafes siguientes).

Desarrollemos un ejemplo que ilustre cómo nuestra concepción del perdón y su práctica están vinculadas. Supongamos que Myriam ha ofendido gravemente a Giselle, le ha presentado

sus excusas y le ha pedido perdón, de una manera al parecer sincera. La manera en que Giselle va a reaccionar a la solicitud de perdón de Myriam dependerá de su manera de concebir el perdón. Si Giselle piensa que perdonar no es más que dar finalmente la razón a Myriam para la ofensa cometida, y que esto no puede sino animar a Myriam a comportarse de manera aún más agresiva en el futuro, entonces, a pesar de los esfuerzos de Myriam, Giselle va a negarse de forma obstinada a otorgar su perdón (y es bastante lógico que se comporte así).

Si Myriam no es informada de que existen distintas concepciones del perdón, no comprenderá la reacción de Giselle. La relación entre estas dos personas corre el riesgo de deteriorarse más aún. Sin embargo, si un amigo o un terapeuta explica a Myriam que para algunas personas el perdón se concibe como una forma de animar a perseverar en la agresión y no como una vía hacia la reconciliación, entonces le sorprenderá menos la actitud de Giselle. Se encontrará mejor preparada para reformular su solicitud de perdón, haciendo hincapié, por ejemplo, en su plena responsabilidad y en su determinación de no volver a hacerlo.

Cuando se interroga, en Europa Occidental, al hombre de la calle sobre la manera en que conceptualiza el perdón y se sintetizan las respuestas, se constata la aparición de cuatro grandes temas (o factores) que influyen en estas conceptualizaciones (Mullet et al., 2004). El primer tema se refiere a la naturaleza de lo que es el perdón; se trata de un tema digamos «técnico». Es el del *cambio de corazón* ya mencionado. El perdón se concibe como el paso de pensamientos, emociones, sentimientos (y acciones) negativos a pensamientos, emociones, sentimientos (y acciones) más neutros, o incluso en algunos casos francamente positivos. El segundo tema se refiere al carácter moral o inmoral del perdón: ¿está bien perdonar? El tercer tema se refiere a las consecuencias del perdón sobre el ofensor. El perdón incita al ofensor a tener una deuda de honor, a conducirse mejor en el futuro, a perdonarle a usted en el futuro, cuando proceda. Finalmente, el cuarto tema afecta al al-

ince del perdón. ¿Se puede perdonar a una institución, a una persona difunta, a una persona a quien no se conoce?

Lo que hay de sorprendente en estos estudios hace referencia a las diferencias de posición de las personas con relación a cada uno de estos temas. Incluso una amplia mayoría de personas considera que el perdón es moral, es bueno en sí mismo, y sus opiniones respecto a los tres temas restantes son divergentes. Por tanto es fundamental, en el uso de debate sobre el perdón, al menos, entenderse antes sobre lo que es y lo que no es el perdón, o, en el peor de los casos, ser plenamente consciente de las divergencias de opinión de unos y otros. Es fundamental también, para el terapeuta que indica a su cliente la posibilidad de someterse a una terapia por el perdón, definir de antemano la naturaleza de este concepto (véanse los sígrafos siguientes).

Esta estructura en cuatro temas se ha encontrado en poblaciones africanas (Kadima Kadianandu et al., 2007), en poblaciones de América Latina (Bagnulo, Muñoz Sastre y Mullet, 2009) y en la India (Tripathi y Mullet, 2010), pero incluso allí se han detectado notables diferencias. En los africanos, por ejemplo, parece que el perdón es mucho más que en los europeos, concebido como un *cambio de corazón*, pudiendo realmente conducir a la restauración de vínculos previos y la reconciliación. En ellos, el perdón también se concibe de manera mucho más amplia, y es extensible a instituciones, grupos, difuntos; se puede perdonar en nombre de una persona próxima. Esta estructura, en fin, se desprende del análisis de los proverbios que utilizan en su vida cotidiana (Neto y Mullet, 2011).

7. ¿EL PERDÓN ES BENEFICIOSO PARA LA SALUD?

Varios estudios, realizados en un marco correlacional, han examinado la asociación entre resentimiento y salud mental, mostrando una relación positiva entre ausencia de perdón o dificultades de perdonar y depresión y ansiedad, y una relación negativa entre dificultades de per-

donar y satisfacción con la vida (Toussaint y Webb, 2005; Toussaint, Williams, Musick y Everson-Rose, 2008). Como ya se indicó más arriba, algunos estudios también han mostrado una vinculación con las tendencias psicopatológicas.

El resentimiento también puede asociarse a valores elevados de algunos parámetros fisiológicos. Las implicaciones de ser propenso al resentimiento duradero (al rencor) sobre la fisiología y la salud se midieron mediante el uso de técnicas de electromiografía. Se puso de manifiesto que la producción experimental de pensamientos rencorosos (recordar las situaciones en las que se fue víctima de una ofensa y aún no se ha perdonado a la persona que hizo la ofensa), en comparación con una situación de control, produjo una subida del nivel de emoción negativa, de la actividad eléctrica frontal, del grado de conductancia de la piel, del ritmo cardíaco y la presión sanguínea. En consecuencia, las dificultades de perdonar pueden alterar la salud a través de las reacciones fisiológicas que las inducen (e.g. Lawler-Brown, Karremans, Scott, Edlis-Matiyahou y Edwards, 2008).

El resentimiento duradero también puede asociarse al dolor físico. Se ha puesto de manifiesto que en pacientes que sufren dolores crónicos en la parte baja de la espalda (lumbalgias), hay una relación positiva entre dificultades de perdonar y nivel de cólera y desamparo psicológico y también del nivel de dolor experimentado. En una situación médica equivalente, los pacientes capaces de perdonar sufren menos que los que son menos capaces (Carson, Keefe, Goli, Fras, Lynch, Thorp y Buechler, 2005). En la misma dirección se puso de manifiesto que el resentimiento duradero puede también asociarse a la aparición de numerosos síntomas ordinarios pero dolorosos (e.g. dolores de cabeza, diarrea) y a la toma de medicamentos. Las personas que tienen dificultades para perdonar presentan de forma cotidiana más síntomas de este tipo y consumen más medicamentos que las que perdonan más fácilmente (Lawler, Younger, Piferi, Billington, Jobe, Edmondson y Jones, 2003).

Por último, en otro contexto, el de Ruanda tras el genocidio, un estudio realizado por Mukas-

hema y Mullet (2010) mostró una relación positiva entre salud mental y sentimiento personal de reconciliación frente a los ofensores.

18. ¿SE PUEDE APRENDER A PERDONAR?

Como se indicó anteriormente, algunos aspectos del perdón, como la sensibilidad a las circunstancias personales y sociales de la ofensa en especial, se aprenden a través de las múltiples experiencias de perdón y no perdón vividas durante el desarrollo humano. La mayoría de las personas son capaces de perdonar de forma natural, un poco como son capaces de andar, o hablar, o de hablar andando. Sin embargo, hay personas que tienen grandes dificultades para hacerlo a diario y hay también situaciones límite en las cuales la mayoría de las personas tienen o tendrían dificultades para hacerlo. ¿En qué medida se puede aportar a estas personas una ayuda terapéutica?

Entre los terapeutas, el perdón comenzó a ganar popularidad en los años ochenta, esencialmente como medio de controlar algunas emociones como la cólera, la ansiedad y la depresión. Los clínicos que introdujeron el uso del perdón en psicoterapia constataron que la capacidad para perdonar de sus clientes facilitaba la recuperación y la curación. Apoyándose en estas observaciones clínicas anecdóticas, que mostraban una mejor recuperación en los pacientes capaces de perdonar, los científicos comenzaron a estudiar la eficacia del perdón aplicando los métodos usuales: medidas estandarizadas, planes experimentales y empleo de grupos de control.

Los resultados obtenidos han sido muy similares en los diferentes estudios, y con una gran variedad de pacientes. Por ejemplo, psicólogos clínicos trabajaron durante aproximadamente 14 meses con seis pacientes que fueron víctimas de incestos (Freedman y Enright, 1996). Comparadas con un grupo de referencia (lista de espera), las personas que se beneficiaron de la terapia por el perdón dieron prueba de una mayor reducción de

la ansiedad, de una mayor reducción de la depresión y de un mayor aumento en las puntuaciones de esperanza y de autoestima que las personas del grupo de referencia (véase la figura 7.1).

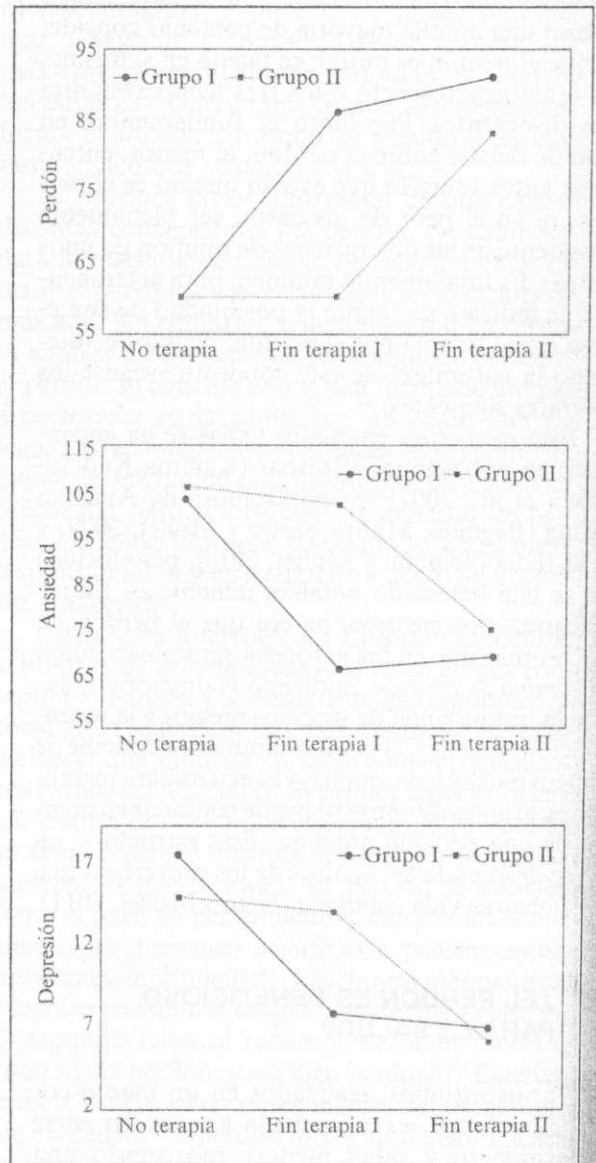


Figura 7.1.—Resultados ilustrativos extraídos de Freedman y Enright (1996).

La línea continua que se observa en la parte superior de la figura señala que, en el grupo I (primer grupo experimental), el nivel de perdón se incrementa desde la fase inicial (no terapia) hasta la fase fin de terapia I (14 meses después), y se mantiene al mismo nivel después de la terapia (fin de terapia II). La línea intermitente que se observa en la misma parte superior señala que en el grupo II (que sirve de grupo control en un primer momento y de segundo grupo experimental después) el nivel de perdón no se incrementa durante la primera fase (control), y se incrementa de la misma manera que en el grupo I, cuando, a su vez, este grupo II se beneficia de la terapia (fin terapia II). En las otras dos partes de la figura (central y inferior), los patrones de datos son, lógicamente, inversos. Los niveles de ansiedad y de depresión disminuyen a consecuencia del incremento del nivel de perdón.

Cuando a su vez se aplicó la intervención al grupo de referencia (lista de espera) durante los 14 meses siguientes, se obtuvieron resultados similares. Además, un seguimiento, 14 meses más tarde, permitió poner de manifiesto que el grupo experimental original había mantenido el mismo nivel de buena salud emocional que se constató al final de la terapia. De manera general, parece, según este estudio, que el perdón en psicoterapia da mejores resultados que ningún otro tipo de intervención, o da resultados similares a los obtenidos con otros tipos de intervenciones, como la «terapia de apoyo grupal (*support group therapy*)», que ya se ha puesto de manifiesto que se trata de un tratamiento eficaz.

Después del estudio inicial de Freedman y Enright, la eficacia de este tipo de terapia ha sido demostrada en diversas situaciones, entre las que se incluyen: *a*) el aborto (Coyle y Enright, 1997); *b*) los cuidados paliativos (Hansen, Enright, Baskin y Klatt, 2009); *c*) el abuso de ciertas sustancias (Lin, Mack, Enright, Krahn y Baskin, 2004); *d*) las enfermedades cardiovasculares (Waltman, Russel, Coyle, Enright, Holter y Swoboda, 2009), y *e*) la violencia de pareja (Reed y Enright, 2006).

19. ¿CÓMO SE DESARROLLA UNA TERAPIA POR EL PERDÓN?

Robert Enright y su equipo han desarrollado un modelo clásico de terapia en 20 pasos (Enright y Fitzgibbons, 2000). Los ocho primeros pasos de este modelo, que constituyen la fase de descubrimiento, implican reexaminar la ofensa cometida, así como las respuestas emotivas, cognitivas y comportamentales a esta ofensa. Los doce últimos pasos, que constituyen las fases de decisión, trabajo y profundización, incluyen la decisión personal de trabajar el proceso de perdón y el régimen terapéutico que implica el hecho de perdonar a alguien.

Durante el primer paso, la persona ofendida o herida examina los mecanismos de defensa psicológica que la protegían contra el dolor. Aunque estos mecanismos de defensa sean a menudo adaptativos de forma inmediata, impiden todo tipo de insight si se mantienen durante mucho tiempo. Cuando el cliente usa la negación, el desplazamiento o la proyección, por ejemplo, ha de reconocerse si éste quiere afrontar las emociones verdaderas.

El segundo paso se centra en la cólera. Muchas personas creen de manera equivocada que enfadarse no tiene cabida en el proceso de perdón. En realidad, es uno de los pasos más importantes. Antes de perdonar, es necesario expresar la cólera ante el hecho de ser, personalmente, injusta y profundamente ofendido. Separar lo justo de lo injusto es una señal de respeto por uno mismo.

El tercer paso trata de la vergüenza y la culpabilidad que se pueden sentir después de haber sido ofendido. Esto es especialmente real en el caso de abuso sexual. Los pasos cuarto y quinto se centran en el hecho de dedicar con demasiada frecuencia una cantidad excesiva de energía al evento doloroso (*cathesis*) y de pasar demasiado tiempo rememorando sin cesar los acontecimientos ofensivos (repetición cognitiva).

Los pasos sexto y séptimo van dirigidos a la comparación de uno mismo (víctima) con el ofensor y a la toma de conciencia, la constatación, de que el cambio que pudo efectuarse en el paciente

por obra del ofensor corre el riesgo de mantenerse de forma permanente. Esto puede conducir a la conclusión de que la vida es injusta, paso número ocho.

La fase de decisión (pasos noveno al undécimo) viene a continuación. Se trata de momentos decisivos en el proceso. El noveno paso corresponde al «cambio de corazón» descrito más arriba y que parece necesario para la recuperación emocional. La persona ofendida se da cuenta de que su o sus estrategias para afrontar (*coping*) la situación no funcionan y decide, en consecuencia, cambiar de estrategia.

El compromiso para perdonar comienza en el paso décimo y se realiza en el paso undécimo. Se trata de una decisión cognitiva de trabajar en el proceso de perdón aunque pueda no tener deseo de perdonar en ese momento.

Los pasos números doce a quince componen la fase de trabajo, es decir, la fase de los procesos terapéuticos activos de perdón. Redefinir, recontextualizar o reconsiderar la identidad del ofensor constituye el objetivo del duodécimo paso. El ofensor es considerado en su contexto, teniendo en cuenta su historia y su desarrollo, las pruebas que él también sufrió y su valor intrínseco como ser humano. Eso no se hace con el fin de amnistiar o disculpar, sino con el objetivo de intentar comprender al ofensor.

En el decimotercer paso se analizan los sentimientos de empatía y compasión hacia el ofensor y se fomenta su desarrollo. La empatía es el equivalente emocional de la redefinición (recontextualización). Permite que una persona se haga más sensible al sistema de referencia interno de la otra. La compasión es la voluntad «de sufrir» con el ofensor.

Esta voluntad de compartir el sufrimiento permite al ofendido aceptar el dolor de la ofensa (paso duodécimo) antes que transmitirlo a otra persona. La absorción y la aceptación del dolor previenen el desplazamiento sobre otros individuos y pueden detener el ciclo intergeneracional de los abusos (pasos números trece y catorce). El paso decimoquinto consiste en el ejercicio deliberado de un principio moral según el cual el ofen-

dido decide ofrecer piedad, generosidad e incluso amor a la otra persona.

Los cinco últimos pasos constituyen la fase de profundización. A medida que una persona perdona, encuentra un significado a lo que se ha sufrido. La toma de conciencia de que también tuvo anteriormente necesidad del perdón de los otros es el tema del paso número diecisiete, y permite al ofendido tener en consideración la naturaleza imperfecta de todo ser humano.

Sentirse apoyado (paso número dieciocho) y darse cuenta de que se tiene un nuevo objetivo en la vida (paso número diecinueve) puede hacer más profunda la convicción que se tiene de perdonar. El resultado del acto de perdonar es una sensación de distensión emocional y de mejora de la salud psicológica, experimentada por la persona ofendida (paso número veinte).

La experiencia pone de manifiesto que hay importantes diferencias individuales en la manera en que los individuos se desplazan a lo largo del proceso de perdón. Todas las personas no experimentan el perdón exactamente de la misma manera, y el proceso de cada persona es diferente, incluido el tiempo dedicado a perdonar (véase la tabla 7.1).

20. EN CONCLUSIÓN, Y PARA AMPLIAR NUESTRA VISIÓN DEL PERDÓN

Si se observa la realidad de frente, se debe constatar que la mayoría de las ofensas más graves son las colectivas y no las individuales. El genocidio de tutsis en Ruanda causó alrededor de un millón de víctimas en tres meses; fue un crimen colectivo (Mukashema y Mullet, 2010). En comparación, se cuentan alrededor de mil homicidios en España cada año.

En los conflictos armados, las guerras en particular, las ofensas se cometen no sólo contra individuos, sino también contra sociedades, contra estados. La responsabilidad de estas ofensas es compartida por múltiples personas. Hacer justicia ante estas ofensas es, la mayor parte de las veces, imposible. Para que el reconocimiento de est-

TABLA 7.1

*Procesos implicados en el hecho de perdonar a otra persona
(tomado de Enright, Mullet y Fitzgibbons, 2001)*

Fase de descubrimiento

1. Examen de las defensas psicológicas y los problemas implicados.
2. Confrontación de la cólera (se trata de expresar la cólera, no de guardársela para sí).
3. Admisión de la posible vergüenza.
4. Conciencia de un gasto de la energía emotiva agotador.
5. Conciencia de una repetición mental incesante de la ofensa.
6. Toma de conciencia del hecho de que él (el ofendido) se compara con el ofensor.
7. Constatación de que puede encontrarse alterado, de manera permanente, por la ofensa cometida.
8. Toma de conciencia de que la creencia previa en un mundo justo se encuentra perturbada.

Fase de decisión

9. «Cambio emocional» («cambio de corazón»). Conversión brutal a la idea de que las antiguas estrategias utilizadas no son eficaces.
10. Voluntad de considerar el perdón como una posible opción.
11. Compromiso para perdonar al ofensor.

Fase de trabajo

12. Redefinición, por medio de la adopción del rol del ofensor, generalmente ubicando a éste en su contexto.
13. Empatía y compasión hacia el ofensor.
14. Asunción y aceptación del dolor.
15. Regalo moral ofrecido al ofensor.

Fase de profundización

16. Encontrar un significado, para sí y para los otros, al sufrimiento y al proceso de perdón.
17. Toma de conciencia de que uno mismo tuvo necesidad del perdón de los otros en el pasado.
18. Toma de conciencia de que no está solo (universalidad del hombre, apoyo social).
19. Constatación de que se puede tener un nuevo objetivo en la vida debido a la herida recibida.
20. Toma de conciencia de la disminución de los afectos negativos y, quizá, del crecimiento de los afectos positivos, si éstos comienzan a surgir, hacia el ofensor. Conciencia de una determinada distensión emocional.

ofensas esté completo, debe hacerse colectivamente. Una posible reparación de las consecuencias de estas ofensas sólo puede llevarse a cabo a nivel global. En estas condiciones, ¿es posible el perdón?

Hay pocos estudios sobre el perdón de grupo a grupo, seguramente porque la idea misma de perdón puede percibirse como ofensiva cuando se asocia a un genocidio. Sin embargo, se han desarrollado varios estudios sobre las concepciones

del perdón de grupo a grupo en África y Asia, en poblaciones civiles que han sufrido conflictos (para una revisión, véase Mullet y Neto, 2009). Estos estudios tuvieron por objetivo esencialmente dar la palabra a las personas interrogadas. Los cuestionarios empleados en estos estudios se construyeron sobre la base de los análisis realizados por filósofos, teólogos y politólogos (e.g. Amztutz, 2004) y también basándose en la opinión de las personas implicadas. Posteriormente,

estos cuestionarios se aplicaron a grupos más extensos, que vivían en países que habían sufrido mucho, como Angola, Camboya, Guinea-Bissau, Mozambique y Timor Este.

A la cuestión «¿Es posible para un grupo de personas perdonar a otro grupo de personas?», más del 80 por 100 de los interrogados respondieron afirmativamente. En otras palabras, para la mayoría de las personas en estos países tiene sentido el concepto de perdón de grupo a grupo.

Las respuestas de las personas preguntadas se estructuran en factores independientes y que se pueden interpretar fácilmente, lo que significa que no se dieron aleatoriamente, a pesar de las condiciones, a menudo difíciles, en las que se realizaron las investigaciones. Para la mayoría de las personas el perdón intergrupo tiene un objetivo: la reconciliación con el enemigo previo. El proceso no está necesariamente condicionado por las reparaciones: el grupo que perdona no espera necesariamente que se haya juzgado previamente a los criminales del otro grupo.

El proceso debe, sobre todo, ser un proceso democrático: el perdón no debe ser decidido solamente por los políticos o las autoridades tradicionales o religiosas. Cuando el jefe de una institución pide perdón en nombre de esta institución sin consultar ampliamente (democráticamente) a sus miembros, su gesto corre el riesgo de ser percibido como un simulacro de demanda. El proceso debe hacerse público, no puede tratarse de una simple negociación entre élites y las reacciones de la comunidad internacional no deben tenerse en cuenta. El perdón debe anunciarse al conjunto de las comunidades en una lengua que sea comprendida por las implicadas. Debe englobar a todos los miembros de la comunidad que perdona, a todos los miembros de la comunidad a la que se perdona (excepto, en algunos casos, los miembros más gravemente responsables) y los actos negativos cometidos (véase también Mullet, Nann, Kadima Kadiangandu, Neto y Pinto, 2010).

REFERENCIAS

- Ahmed, R., Azar, F. y Mullet, É. (2007). Interpersonal forgiveness among Kuwaiti adolescents and adults. *Conflict Management and Peace Science*, 24, 1-12.
- Akl, M. y Mullet, É. (2010). Forgiveness: Relationship with conceptualizations of God's forgiveness and childhood memories. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 20, 187-200.
- Amstutz, M. R. (2004). *The healing of nations: The promise and limits of political forgiveness*. Lanham: Rowman y Littlefield.
- Azar, F. y Mullet, É. (2001). Interpersonal forgiveness among Lebanese: A six-confession study. *International Journal of Group Tensions*, 30, 161-181.
- Azar, F., Mullet, É. y Vinsonneau, G. (1999). The propensity to forgive: Findings from Lebanon. *Journal of Peace Research*, 36, 169-181.
- Bagnulo, A., Muñoz Sastre, M. T. y Mullet, É. (2009). Conceptualizations of forgiveness: A Latin-America West-Europe comparison. *Universitas Psychologica: A Pan-American Journal of Psychology*, 8, 665-674.
- Ballester, S., Chatri, F., Muñoz Sastre, M. T., Rivière, S. y Mullet, É. (2011). Forgiveness and unforgiveness: A systematic inventory of motives. *Social Science Information* (en prensa).
- Ballester, S., Muñoz Sastre, M. T. y Mullet, É. (2009). Forgiveness and lay conceptualizations of forgiveness. *Personality and Individual Differences*, 47, 605-609.
- Braithwaite, J. (2002). *Restorative justice and responsive regulation*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Carson, J. W., Keefe, F. J., Goli, V., Fras, A. M., Lynch, T. R., Thorp, S. R. y Buechler, J. L. (2005). Forgiveness and chronic low back pain. *Journal of Pain*, 6, 84-91.
- Chiaravello, S., Muñoz Sastre, M. T. y Mullet, É. (2008). Seeking forgiveness: Factor structure and relationships with personality and forgiveness. *Personality and Individual Differences*, 45, 383-388.
- Chiaravello, S., Mesnil, M., Muñoz Sastre, M. T. y Mullet, É. (2008). Dispositional forgiveness among adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 5, 326-337.

- Coyle, C. T. y Enright, R. D. (1997). Forgiveness intervention with postabortion men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 1042-1046.
- De Waal, F. B. M. y Pokorny, J. J. (2005). Primate conflict and its relation to human forgiveness. En E. L. Worthington, (ed.), *Handbook of forgiveness* (pp. 17-32). Nueva York: Routledge.
- Diener, E., Emmons, R. J., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D., Oishi, S. y Biswas-Diener, R. (en prensa). New measures of well-being: Flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*.
- Enright, R. D. y Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington: A.P.A.
- Enright, R. D., Mullet, É. y Fitzgibbons, R. P. (2001). Le pardon comme mode de régulation émotionnelle. *Journal des Thérapies Comportementales et Cognitives, 11*, 123-135.
- Exline, J. J., Baumeister, R. F., Bushman, B. J., Campbell, W. K. y Finkel, E. J. (2004). Too proud to let go: Narcissistic entitlement as a barrier to forgiveness. *Journal of Personality and Social Psychology, 87*, 894-912.
- Farrow, T. F. D., Zheng, Y., Wilkinson, I. D., Spence, S. A., Deakin, J. F. W., Tarrier, N., Griffiths, P. D. y Woodruff, W. R. (2001). Investigating the functional anatomy of empathy and forgiveness. *Neuro-Report, 12*, 2433-2438.
- Freedman, S. R. y Enright, R. D. (1996). Forgiveness as an intervention goal with incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 983-992.
- Gauché, M. y Mullet, É. (2008). Effect of context and personality on the forgiveness schema. *American Journal of Psychology, 121*, 607-617.
- Girard, M., Mullet, É. y Callahan, S. (2002). Mathematics of forgiveness. *American Journal of Psychology, 115*, 351-375.
- Hansen, M. J., Enright, R. D., Baskin, T. W. y Klatt, J. (2009). A palliative care intervention in forgiveness therapy for elderly terminally ill cancer patients. *Journal of Palliative Care, 25*, 51-60.
- Kadima Kadiangandu, J., Gauché, M., Vinsonneau, G. y Mullet, É. (2007). Conceptualizations of forgiveness: Collectivist-Congolese versus Individualist-French viewpoints. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 38*, 432-437.
- Kadima Kadiangandu, J., Mullet, É. y Vinsonneau, G. (2001). Forgiveness: A Congo-France comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 32*, 504-511.
- Kalayjian, A. y Paloutzian, R. F. (2009). *Forgiveness and reconciliation: Psychological pathways for conflict transformation and peace building*. Nueva York, NY: Springer.
- Lawler-Brown, K. A., Karremans, J. C., Scott, C., Edlis-Matayahou, M. y Edwards, L. (2008). Forgiveness, physiological reactivity and health: The role of anger. *International Journal of Psychophysiology, 68*, 51-58.
- Lawler, K. A., Younger, J. W., Piferi, R. L., Billington, E., Jobe, R., Edmondson, K. y Jones, W. A. (2003). A change of heart: Cardiovascular correlates of forgiveness in response to interpersonal conflict. *Journal of Behavioral Medicine, 26*, 373-393.
- Lin, W.-F., Mack, D., Enright, R. D., Krahn, D. y Baskin, T. W. (2004). Effects of Forgiveness Therapy on anger, mood, and vulnerability to substance use among inpatient substance-dependent clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 1114-1121.
- McCullough, M. E., Pargament, K. I. y Thoresen, C. E. (eds.) (2000). *Forgiveness: Theory, research and practice*. Nueva York: Guilford.
- Moucarry, C. (2004). *The search for forgiveness: Pardon and punishment in Islam and Christianity*. Leicester: Inter-Varsity Press.
- Mukashema, I. y Mullet, É. (2010). Reconciliation sentiment among victims of genocide in Rwanda: Conceptualizations, and relationships with mental health. *Social Indicators Research, 99*, 25-39.
- Mullet, É. y Azar, F. (2009). Apologies, repentance and forgiveness: A Muslim-Christian comparison. *The International Journal for the Psychology of Religion, 19*, 275-285.
- Mullet, É., Barros, J., Frongia, L., Usai, V., Neto F. y Rivière, S. (2003). Religious involvement and the forgiving personality. *Journal of Personality, 71*, 1-19.
- Mullet, É., Girard, M. y Bakshi, P. (2004). Conceptualizations of forgiveness. *European Psychologist, 9*, 78-86.
- Mullet, É., Nann, S., Kadima Kadiangandu, J., Neto, F. y Pinto, M. da C. (2010). The granting of forgiveness in an intergroup context: African and Asian social representations. *Social Science Information, 49*, 195-214.

- Mullet, É. y Neto, F. (2009). Lay people's views on intergroup forgiveness. *Peace Review*, 21, 457-463.
- Mullet, É., Neto, F. y Riviére, S. (2005). Personality and its effects on resentment, revenge, and forgiveness and on self-forgiveness. En E. L. Worthington (ed.), *Handbook of Forgiveness* (pp. 159-182). Nueva York: Routledge.
- Muñoz Sastre, M. T., Vinsonneau, G., Chabrol, H. y Mullet, É. (2005). Forgivingness and the paranoid personality style. *Personality and Individual Differences*, 38, 765-772.
- Neto, F. y Mullet, É. (2004). Personality, self-esteem, and self-construal as correlates of forgivingness. *European Journal of Personality*, 18, 15-30.
- Neto, F. y Mullet, É. (2011). Lay conceptualizations of forgiveness among Portuguese adults: A proverb endorsement approach. *Proverbium* (en prensa).
- Paz, R., Neto, F. y Mullet, É. (2007). Forgivingness: Similarities and differences between Buddhists and Christians living in China. *International Journal of Psychology of Religion*, 17, 289-301.
- Paz, R., Neto, F. y Mullet, É. (2008). Forgivingness: A China-Western Europe comparison. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 142, 147-157.
- Reed, G. L. y Enright, R. D. (2006). The effects of forgiveness therapy on depression, anxiety, and posttraumatic stress for women after spousal emotional abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 920-929.
- Rogé, B. y Mullet, É. (2011). Blame and forgiveness judgments among children adolescents and adults with autism. *Autism* (en prensa).
- Rye, M. S., Pargament, K. I., Ali, M. A., Beck, G. L., Dorff, E. N., Hallisey, C., Narayanan, V. y Williams, J. G. (2000). Religious perspectives on forgiveness (pp. 17-40). En M. McCullough, K. Pargament y C. Thorensen (eds.), *Frontiers of Forgiveness*. Nueva York: Guilford.
- Suwartono, C., Prawasti, C. Y. y Mullet, É. (2007). Effect of culture on forgivingness: A Southern-Asia-Western Europe comparison. *Personality and Individual Differences*, 42, 513-523.
- Toussaint, L. y Webb, J. R. (2005). Theoretical and empirical connections between forgiveness, mental health, and well-being (pp. 349-232). En Worthington (ed.), *Handbook of forgiveness*. Nueva York: Routledge.
- Toussaint, L. L., Williams, D. R., Musick, M. A. y Everson-Rose, S. A. (2008). Why forgiveness may protect against depression: Hopelessness as an explanatory mechanism. *Personality and Mental Health*, 2, 89-103.
- Tripathi, A. y Mullet, É. (2010). Conceptualizations of forgiveness and forgivingness among Hindus. *International Journal for the Psychology of Religion*, 20, 255-266.
- Tutu, D. M. (1999). *No future without forgiveness*. Nueva York: Doubleday.
- Waltman, M. A., Russell, D. C., Coyle, C. T., Enright, R. D., Holter, A. C. y Swoboda, C. M. (2009). The effects of a forgiveness intervention on patients with coronary artery disease. *Psychology y Health*, 24, 11-27.
- Worthington, E. L., Jr. (ed.) (2005). *Handbook of forgiveness*. Nueva York: Routledge.

Nuevos desarrollos terapéuticos y su fundamentación empírica

8

MIGUEL Á. VALLEJO

1. INTRODUCCIÓN

La terapia de conducta, más conocida en los últimos años como terapia cognitivo-conductual, es el resultado del desarrollo del conocimiento científico desde sus orígenes: tiempo que va desde los comienzos del siglo XX de la mano de John B. Watson, padre del conductismo, hasta momento actual, la segunda década del siglo XXI. Desde las aplicaciones pioneras de la modificación de conducta hasta el momento actual en el que se habla de las denominadas terapias de conducta de tercera generación, la terapia de conducta se ha visto enriquecida en sus fundamentos teóricos y empíricos. Cabe señalar que en mi opinión dicho enriquecimiento no tiene un carácter revolucionario. No ha habido en este tiempo aportaciones teóricas y/o empíricas que hayan cuestionado de forma radical los fundamentos de la terapia de conducta. Sí ha habido, por el contrario, aportaciones que han destacado algunos aspectos como más relevantes, en razón de puntos de vista singulares: por ejemplo, la importancia de lo cognitivo que Beck se encargó de hacer valer, aunque lo cognitivo, por así llamarlo, ya formaba parte de la terapia de conducta, o el modo en que con el tiempo el análisis funcional de la conducta y la referencia al individuo y su contexto particular fueron dejándose de lado en favor de la normalización y del grupo, volviendo en los momentos presentes a ser rescatados por acercamientos como la terapia de conducta dialéctica, por citar otro ejemplo.

El paso del tiempo que nos trae a la situación actual de la terapia de conducta es un ejemplo de diversas inconsistencias, propias de la condición humana a la que no es ajena el psicólogo y el científico. Sólo destacaré dos. La primera es la que confunde el descubrimiento individual con el científico. Algunos autores y personas consideraron un gran hallazgo que la terapia de conducta se fijara en lo cognitivo como elemento fundamental del ser humano. La terapia de conducta nunca dejó de fijarse en lo cognitivo. Forma parte del comportamiento como elemento de respuesta y del medio ambiente, como antecedente y/o consecuencia de la conducta, incluso desde el conductismo mediacional como constructo que media (esquemas) la relación concreta entre un determinado contexto (medio ambiente) y respuesta. Eysenck (1993) ya se encargó de reseñar que denominar a la terapia de conducta cognitivo-conductual era superfluo, pues lo cognitivo forma parte de la conducta. ¿Qué decir de formulaciones como terapia cognitivo-conductual-biológico-social, a la que sólo le falta añadir, en tono de broma, de la rama humanista de los santos de los últimos días? Por tanto, reclamar como revolucionario lo que forma parte de la propia naturaleza de la disciplina en cuestión sólo debe explicarse por desconocimiento de sus fundamentos. Si lo que viene a decirse es que lo cognitivo es tan importante como para constituir la causa del comportamiento, esto es aceptable sólo cuando haya datos que señalen que lo que precede a determinado comportamiento es un determinado

pensamiento o actividad cognitiva concreta. El genérico de que el pensamiento causa la acción sólo es cierto —la misma formulación lo señala— cuando se da esa condición antecedente. Confundir contenido cognitivo, con forma de respuesta, o elemento antecedente o consecuente, es salirse del marco y relacionar peras con balones.

El segundo aspecto que quiero exponer aquí es el que confunde la teoría con la práctica, o, mejor, el decir y el hacer. También pueden ponerse muchos ejemplos al respecto. Me referiré sólo a uno. Ningún terapeuta de conducta que se precie dirá que el miedo, la ansiedad o el estrés no tengan un valor adaptativo; sin embargo, y siendo así, los mensajes que se envían a los pacientes y a la sociedad son: técnicas de control del estrés, reducción del malestar, combatir la ansiedad, etc. Lo que decimos es que el estrés es malo, y también lo son la ansiedad, la angustia, el malestar y cualquier otra condición desagradable. Esto plantea una incongruencia obvia entre los fundamentos y la práctica de la terapia de conducta y altera de forma nada despreciable la intervención terapéutica, pues no es lo mismo decirle al paciente que debe adaptarse a una condición adversa y buscar medios para que afecte lo menos posible a su vida que decirle siquiera implícitamente que es posible controlarla y hacerla desaparecer. No es lo mismo convencerle de que puede ser capaz de sobrellevar el malestar que prometerle la felicidad.

2. LA FORTALEZA DE LA TCC

Las siglas TCC (terapia cognitivo-conductual), o CBT (*cognitive behavior therapy*), en inglés, son un referente de eficacia en ámbitos muy diversos de la salud. Así es reconocido no sólo por los psicólogos, sino por toda la comunidad científica: médicos de diversas especialidades y psiquiatras singularmente. Esto es debido al cúmulo de resultados que se sustentan en trabajos controlados con las convenientes garantías científicas. De hecho, es habitual señalar que es el abordaje de elección en trastornos de gran rele-

vancia e incidencia, como trastornos de ansiedad o depresión, así como en otros más indefinidos y complejos, como la fibromialgia. Además, la TCC no sólo se ha mostrado eficaz en el abordaje de los principales trastornos, sino que frecuentemente es más eficiente que los tratamientos alternativos farmacológicos, en razón tanto de las limitaciones de éstos como de sus efectos secundarios, agravados en ocasiones por las interacciones entre diversos fármacos.

Uno de los elementos que sustentan esta positiva condición de la TCC está en sus orígenes: el interés por el uso de una metodología experimental, por demostrar lo que se dice, por evaluar de forma rigurosa los efectos de la terapia, por establecer de forma clara y reproducible los programas de tratamiento, etc. En consecuencia, se cuenta con programas que establecen unos criterios de eficacia mensurables y que pueden ser aplicados de forma protocolizada. Es natural que dadas esas condiciones el progreso científico permita mejorar de modo progresivo y acumulativo las intervenciones haciéndolas más eficientes.

Un ejemplo de la eficacia y eficiencia de la TCC ha sido puesto de manifiesto en el Reino Unido (<http://cep.lse.ac.uk/research/mental-health/default.asp#members>), que ha establecido en el Sistema Nacional de Salud un programa que pretende ofrecer en 2013 tratamiento psicológico a los pacientes con ansiedad y depresión debido a las ventajas que éste aporta frente al tratamiento psicofarmacológico.

3. ÁREAS SUSCEPTIBLES DE MEJORA

Es evidente que toda actividad científica es susceptible de mejora. También la TCC tiene a pesar de lo señalado más arriba motivos para mejorar sus recursos terapéuticos. Es conocido que no todas las personas se benefician del mismo modo de las terapias bien establecidas. Adaptar los tratamientos a esos casos —problemas graves o crónicos, trastornos complejos, como los de personalidad, problemas con diverso grado de co-

orbilidad, etc.— es imprescindible y requiere un esfuerzo especial.

Otro aspecto clave es el fundamento teórico de los tratamientos y la justificación de éstos avanzando el proceso terapéutico. Dicho de forma más sencilla, conocer cómo trabajan los tratamientos. Para ello es preciso partir de modelos psicopatológicos que vengan ligados a tratamientos concretos y a cambios de los que se pueda decir que efectivamente ejercen su acción sobre lo que proponen. Veamos el caso de la terapia cognitiva de la depresión. Si el modelo de depresión parte de que los pensamientos distorsionados y los errores cognitivos son fundamentales en la génesis y mantenimiento de dicho trastorno, resultaría preciso constatar que dichos pensamientos deben cambiar durante el proceso terapéutico y que su cambio debe correlacionar con la mejora clínica, además de que sólo mediante terapia cognitiva se den esos cambios. Los datos que tenemos al respecto no son favorables a que la terapia cognitiva opere como se postula. Es más, parece que las distorsiones cognitivas son un síntoma más, de la depresión que el elemento central que prometía ser.

Hay un interés evidente por sustentar y fundamentar teóricamente los tratamientos, pero es ésta una tarea un tanto descuidada. No obstante, hay ámbitos en los que, por ejemplo, sí parece haber una relación entre cambios cognitivos y mejoras clínicas en la fobia social, aunque también se alcanzan esos cambios sin terapia cognitiva, mediante técnicas de exposición. Estos resultados muestran un desconocimiento sobre cómo operan los tratamientos, a pesar de que funcionan bien. Es necesario conocer qué variables del proceso terapéutico y del paciente influyen de forma efectiva en la eficacia de la terapia. Un ejemplo en este sentido son las investigaciones que ligan la interpretación errónea de las sensaciones corporales con el trastorno de pánico (Clark, 1999) y cómo esto se relaciona directamente con los resultados del uso de la exposición.

La obtención de datos que sustenten la eficacia de un tratamiento no es suficiente para que éste se integre de forma efectiva en el cuerpo de conoci-

miento científico, en nuestro caso de la TCC. Un ejemplo de tratamiento psicológico efectivo y sin fundamentación conocida es el EMDR. Puede decirse del mismo modo que una parte nada desdeñable de los psicofármacos tampoco se halla justificada teóricamente, sino por los efectos que tienen y que pueden ser beneficiosos a tenor de los síntomas del trastorno (González y Pérez, 2007). La experimentación y el pragmatismo pueden llevar a lugares insospechados, según reza el adagio del farmacólogo, que bien puede extenderse a cualquier otro clínico o científico: «Buscando una aguja en el pajar encontré a la hija del granjero».

3.1. ¿Cómo mejorar la TCC?

Desde finales del siglo pasado hasta la actualidad se han producido notables aportaciones que pueden contribuir a mejorar la TCC. Aunque dichas aportaciones no han surgido de forma organizada, sí tienen elementos en común que explican por qué a posteriori se les ha colgado la etiqueta de terapias de conducta de tercera generación (Hayes et al., 2006). Con independencia de lo acertado o no del término, sí es cierto que se da una coincidencia entre ellas en su planteamiento, fundamentación, técnicas terapéuticas e, incluso, el tipo de trastornos o problemas para el que son aplicadas. Dichos acercamientos forman parte de la TCC, se sustentan en los fundamentos teóricos y empíricos de la TCC y, como es natural, tienen más afinidad con ciertos planteamientos teóricos y modos de hacer que con otros. Por ejemplo, se encuentran más cercanos al uso de técnicas conductuales, por ejemplo la exposición, que al de técnicas cognitivas, sin que esto suponga un rechazo a ellas, como se verá más adelante. Los elementos característicos de estas terapias son:

1. Dar más importancia a la experimentación, a la práctica de la conducta, que a su interpretación y al uso de instrucciones. Un predominio del aprendizaje por contingencias frente al aprendizaje por reglas.

2. Considerar las funciones de las conductas por encima de las conductas en sí. Esto, como el resto de las características, no es nuevo en TCC, pero sí ha sido desatendido, por mor de establecer protocolos más basados en aspectos descriptivos (topográficos) que en funcionales. Naturalmente las conductas en concreto pueden ser accidentales; no, sin embargo, sus funciones. que permanecen y pueden ser logradas por una amplia variedad de ellas.
3. Dar importancia al contexto y en consecuencia al análisis funcional e individual. Aquí, de nuevo, se trata de incidir en algo que está en los fundamentos de la TCC pero que es parcialmente desatendido. Esto tiene su importancia a la hora de explicar por qué los tratamientos fracasan con determinadas personas o cómo los problemas crónicos o graves presentan más dificultades.
4. Buscar un sustento teórico general a los trastornos y a la intervención. Éste es el caso de la formación del trastorno experiencial por evitación, con independencia de nosologías y consensos.
5. Destacar el papel de las emociones y de su experimentación, reconociendo la importancia de que la persona viva de forma natural y normal sus sensaciones y emociones, con independencia de su valencia, y que no sea sustituida o hurtada esa experiencia por su reconceptualización o racionalización.
6. Relegar al lenguaje y a la racionalización a un segundo lugar, de modo que no se conviertan en el punto de referencia principal, al menos en lo que respecta a los procesos emocionales. Ser capaz de separar el lenguaje de su función simbólica para que no suponga una interferencia adicional.
7. Destacar la importancia de la relación terapéutica y considerarla un elemento clave de la terapia, partiendo de que la interacción con el paciente es un con-

texto más que está al servicio del tratamiento.

8. Adoptar una postura más educativa que correctiva en la terapia: un enfoque más permisivo que autoritario. No se trata de decirle al paciente qué tiene que hacer o pensar, sino entender el contexto en que se producen los problemas y procurar un cambio en ese aspecto.

Como queda señalado, los puntos que se recogen más arriba no tienen un sentido revolucionario, si por ello se considera el que sean ajenos a la tradición y fundamento de la TC; sin embargo, sí ocurre que han sido menos tenidos en cuenta y, ocasionalmente, ignorados, por lo que su reconsideración sí es un hecho novedoso.

Entre las diversas iniciativas que han retomado estas consideraciones y que pueden incluirse dentro de este grupo de las llamadas terapias de tercera generación están: la terapia de aceptación y compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; y Wilson y Luciano, 2002), la activación conductual (Jacobson, 1994), la terapia cognitiva de la depresión basada en el *mindfulness* (Segal, Williams y Teasdale, 2001), la terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993), la psicoterapia analítico-funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991), la terapia metacognitiva (Wells, 2000), el sistema de análisis cognitivo-conductual de psicoterapia (McCulloch, 2000), la terapia conductual integrada de pareja (Chistensen y Jacobson, 2000) y la terapia breve relacional (Safran y Muran, 2000). Aun cuando el criterio para incluir unas u otras terapias dentro de este grupo es variable (Hayes et al., 2006), compartirían en diversa medida los puntos señalados más arriba. Cabe precisar que alguna de ellas, ACT, por ejemplo, se considera distinta de la terapia cognitivo-conductual y reclama un lugar propio fundamentado en la investigación básica: la teoría del marco relacional y el análisis funcional de la conducta gobernada por reglas (Hayes et al., 1986). Sin embargo, este papel singular es cuestionado por quienes piensan que se trata de modificaciones sobre la terapia cognitivo-conductual (Hofmann y Asmundson,

2008). Posiblemente se trate de un aspecto más terminológico y que pretende una cierta notoriedad y diferenciación. Algo similar ya ocurrió con la terapia cognitiva en relación con la terapia de conducta. Algunos autores prefieren hablar de técnicas cognitivas o técnicas de reestructuración cognitiva frente a terapia cognitiva. Naturalmente Beck prefiere utilizar el término «terapia cognitiva», si bien su planteamiento encaja correctamente en la terapia de conducta, tanto desde la perspectiva teórica como desde la evaluación y el tratamiento.

3.2. Principales nuevos desarrollos terapéuticos

A continuación se repasarán brevemente los principales tipos de terapia, destacando aquellos que tienen mayor sustento empírico.

3.2.1. *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*

Fundamentos

La terapia de aceptación y compromiso entronca con la tradición skinneriana que prima un acercamiento descriptivo del comportamiento en su entorno, en lugar de la búsqueda, a menudo hipotética, de las causas de la conducta. Interesa identificar patrones de covariación, esto es, relaciones funcionales que ligan probabilísticamente cambios ambientales y comportamentales. Se asume que el comportamiento no puede ser explicado fuera de contexto, y son precisamente, como se ha señalado, los patrones de covariación con el contexto lo que permite predecir y modificar la conducta. Se trata más de un acercamiento correlacional que experimental, al menos en lo que se refiere a las relaciones entre medio ambiente (antecedentes o consecuentes) y conducta. Se trata de un acercamiento que puede ser definido como contextualismo funcional.

Toma como punto de partida una referencia psicopatológica concreta. En efecto, considera

que muchos de los trastornos y problemas psicológicos provienen del esfuerzo que las personas realizan por reducir la intensidad, frecuencia, duración o el modo en que se ven afectadas por sucesos privados desagradables (emociones, pensamientos). Este intento por atenuar o escapar de estas experiencias desagradables no sólo suele ser ineficaz, sino que se convierte en una fuente de problemas en sí mismo. Este fenómeno es considerado una clase de conducta denominada evitación experiencial (Hayes et al., 1996). De este modo, si hablar con mi jefe me produce malestar, haré lo posible por tratar de controlar (reducir) el malestar. Trabajaré de forma activa para eliminarlo. Resulta preciso aclarar, para que sea entendido el sentido del control, que no es posible acabar con el malestar. Cierta grado de malestar está presente en la vida y no por ello se dejan de hacer las cosas que uno se propone, por ejemplo hablar con el jefe; luego ese esfuerzo activo (evitación experiencial) es un problema, entre otras cosas, porque se convierte en un eje de actuación prioritario, a menudo exclusivo, del paciente.

La evitación experiencial suele ser persistente por dos razones principales (Boulanger, Hayes y Pistorello, 2010). La primera, porque al tratarse de una conducta reforzada negativamente, el más mínimo efecto de la persona para reducir el malestar refuerza la evitación. Así, si procuro distraerme, en lugar de ver cómo resuelvo el problema con mi pareja (porque me siento mal), la conducta de evitación se ve reforzada por la disminución transitoria del malestar. La segunda razón es de carácter sociocultural y en gran medida transmitida por el lenguaje. Sentirse bien, ser feliz, ser optimista, etc., se convierte prácticamente en una obligación, animada comercialmente. Así debe eliminarse el malestar, el sufrimiento, la ansiedad, el pesimismo, etc. En consonancia con ello deben buscarse los pensamientos positivos, las emociones positivas, de modo que desplacen a los pensamientos y afectos negativos. El lenguaje se hace cargo de estos valores socioculturales, de modo que «tienes que cambiar esos pensamientos por otros positivos», o «te encuentras tirado en el sofá porque estás deprimido». Lo que

las personas se dicen, en consonancia en gran medida con los valores socioculturales señalados, contribuyen a que la evitación experiencial persista.

El lenguaje, como se ha visto más arriba, tiene un notable papel como regulador de la conducta. Tomar el mundo simbólico del lenguaje como real, de tal modo que se convierta en el principal regulador del comportamiento, agrava notablemente los problemas psicológicos. La persona se hace más insensible al contexto real, al ambiente en que vive, y vive, por el contrario, en sus pensamientos, en su mundo. Las relaciones funcionales que implican el lenguaje son estudiadas dentro de la teoría del marco relacional (*Relational Frame Theory*; Blackledge, 2003; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001).

Componentes

Los componentes básicos de ACT son: la aceptación, la defusión cognitiva, el yo en perspectiva, el contacto con el momento presente, identificación de valores y compromiso de acción.

La aceptación supone reconocer como normales y propios del ser humano el malestar, las emociones negativas y cualesquiera otros pensamientos o emociones desagradables. Si bien sentirse triste por un fracaso no es agradable, es una experiencia tan natural y humana como sentirse contento. Se anima al paciente a que sienta esas emociones negativas como algo natural y que no huya de ellas o pretenda enmascararlas, ya sea psicológica o farmacológicamente. Huir de ellas sólo contribuye a fortalecer el malestar. Por el contrario, la experimentación natural de dichas emociones permite su autorregulación. La aceptación, como se ve, se refiere a las emociones y pensamientos asociados, y no supone conformidad o resignación con la situación. La aceptación de un fracaso supone no huir del malestar para que éste no se fortalezca e impida a la persona retomar su vida, analizar qué factores han propiciado el fracaso e implicarse en actividades que busquen un resultado valioso para la persona. Como queda claro en la forma natural de abordar

los problemas, debe, en primer lugar, aceptarse la existencia de éstos, también en términos emocionales, para, una vez «tocado fondo» y valorados los recursos e intereses, «volver a la vida» de forma efectiva.

La defusión cognitiva supone desactivar el poder del lenguaje. Éste puede atrapar a la persona en la propia literalidad. Así, el pensamiento «el trabajo es difícil» supone que el trabajo real quede «atrapado» por todo aquello que significa dificultad. Eliminar esa asociación, fusión, entre el lenguaje y la realidad es esencial y es un requisito imprescindible para que la persona recupere una flexibilidad necesaria para responder de forma adecuada en el medio ambiente natural. Hay formas diversas de abordar esta tarea. Una de ellas es hacer ver al paciente que las palabras (pensamientos) no son hechos. Esto supone una liberación y una forma de distanciamiento. «Pienso que el trabajo es difícil» es distinto de «el trabajo es difícil». Jugar con las palabras, como sonidos, como elementos de un puzzle, contribuye a no tomárselas en serio o, cuando menos, a que no ocupen un espacio preferente sin pedir permiso.

Poner al yo en perspectiva es otro de los componentes clave de ACT, es un caso particular de fusión cognitiva, en esta ocasión referida a la persona en sí. Cuando una persona se dice «soy un inútil», está identificándose de forma generalizada como ser inútil. El lenguaje tiene el poder de fijarlo y definirlo de modo literal con la frase. Algo similar cabe decir de frases como «yo ya no puedo soportarlo más». En estos casos, no sólo es necesario hacer ver a la persona que los pensamientos no son hechos, esto es, que no es lo mismo pensar «soy un inútil» que decir «tengo el pensamiento de que soy inútil»; además es preciso contextualizar el pensamiento, o sea, contextualizar el yo. De este modo pueden separarse contenidos fundidos en el yo, frente a relaciones precisas entre uno mismo y contextos concretos. «Soy un inútil» frente a «soy incapaz de resolver el problema de mi hijo». Identificación versus contextualización. «Me queda grande el papel de jefe» frente a «soy un jefe lamentable». De este modo, además, se evita la identificación con el

contenido de la conciencia. De modo que pueda decirse «tengo el cuerpo fuerte» en lugar de «soy fuerte». Esta reorientación del yo es bien aceptada por las personas, pues queda claro que es más asumible para nosotros considerar que «se tiene una torpeza» a «que se es torpe». De este modo, promoviendo una distinción del yo como contexto, hace posible una aceptación más genuina de la persona (Wilson y Luciano, 2002).

El contacto con el momento presente implica un esfuerzo por la experimentación de lo que acontece, frente a las limitaciones que el lenguaje establece (este componente es también denominado *mindfulness*). Los pensamientos, la literalidad del lenguaje, la atención a pensamientos concretos, valoraciones, etc., se comportan como barreras que impiden percibir e interaccionar en contextos concretos. Se pierden oportunidades para conseguir los objetivos y la persona se hace más rígida al cambio, menos sensible a las contingencias que regulan el intercambio con el medio ambiente, lugar en el que uno desarrolla sus proyectos. Ensimismado en sus pensamientos, reflexiones y rumiaciones, no atiende a la vida (personas, situaciones, etc.), que pasa por delante de ella. De este modo, se propone que la persona experimente y viva el momento presente como una condición necesaria para ser más efectiva en la consecución de los objetivos que pretende. Cabe señalar aquí que el momento presente puede ser también pensar o reflexionar, si así se ha decidido. Sobre lo que se alerta aquí es sobre una difusa actividad cognitiva, automática, desligada de la realidad, que dificulta el contacto con ella.

La identificación y clarificación de valores llaman la atención sobre un aspecto esencial de ACT. Nada de lo señalado hasta aquí tiene sentido en sí mismo, sólo lo tiene en tanto que permita a la persona dirigir su actividad, esfuerzo y determinación por lograr aquello que considere que merece la pena. Es preciso que el paciente identifique esos valores, pues serán los ejes de su actividad. Se trata de elementos abstractos no ligados que permiten cierta amplitud en su logro. Por ejemplo, «ser un buen padre». Esto significa trabajar por un amplio número de conductas y

situaciones: escuchar a los hijos, ayudarles en sus estudios, jugar con ellos, etc., de modo que estas u otras actividades vienen a conformar y a dar sentido a la vida. Esta actividad, tanto de identificación o definición de valores como de su materialización en actividades concretas, debe hacerse con cautela, evitando la deseabilidad social y cultural e inquiriendo al paciente sobre el verdadero valor personal de cada una de ellas. La identificación y clarificación de valores se benefician de los componentes previos descritos: conviene que la persona haya practicado la aceptación, como punto de partida y realidad y como prevención de la evitación experiencial, haya reducido las barreras del lenguaje a la experimentación y haya potenciado el contacto con el momento presente.

El compromiso de acción figura de forma simbólica en el mismo acrónimo de ACT (actúa) y es el que da sentido a toda la intervención. Se entiende que la persona que busca atención terapéutica lo hace porque ha perdido su capacidad para gobernar su vida, para lograr sus objetivos. El sentido de la terapia es que pueda volver a tomar las riendas de su vida y llevarla a donde desee, según sus objetivos y valores. Esto, además, se llevará a cabo de forma realista, esto es, contando con las dificultades, malestares y demás emociones y sensaciones desagradables que acontecen de forma natural y que, aunque afectan al propósito y actividad definida, no la comprometen («yo respondo a la llamada de mi amigo aunque tenga que ir a rastras»). Este compromiso de acción no sólo debe verse como el elemento final de la terapia sino que está presente desde el comienzo. En efecto, la aceptación, la desliteralización del lenguaje, la experimentación del momento presente, etc., requieren un compromiso de acción efectivo del paciente. Es preciso hacer notar que el único medio con que cuenta una persona para procurarse una vida mejor y más satisfactoria, de acuerdo con sus valores, es a través de su comportamiento, en interacción con el medio en que se encuentra inmerso. Sólo se tiene la propia conducta, que no puede dejarse de ejercer, y para que ese ejercicio sea efectivo debe ser lo

más flexible posible y abierto a las contingencias reales.

Características de la terapia

La terapia de aceptación y compromiso se aplica en un formato psicoeducativo en el que se va instruyendo a la persona en los componentes antes indicados. Incluye, además, explicaciones basadas en el uso de metáforas que permiten explicar, y sentir, de forma más adecuada lo que se pretende enseñar. También se realizan diversos ejercicios y actividades que van comprometiendo al paciente en la solución de su problema.

Los programas de tratamiento pueden tener un formato grupal o individual. Existen diversos protocolos de tratamiento. En español es de destacar el publicado por Wilson y Luciano en 2002 (Wilson y Luciano, 2002), que tiene una orientación general. Existen protocolos específicos que se ajustan a trastornos concretos, como el publicado para el tratamiento del dolor crónico (Dahl et al., 2005). Una referencia actualizada de protocolos y recursos puede encontrarse en www.contextualpsychology.org.

Evidencia empírica

El tratamiento de los trastornos de ansiedad ACT se ha mostrado eficaz cuando ha sido comparada con una aplicación convencional de TCC (Wetherell et al., 2011; Forman et al., 2007; Lappalainen et al., 2007). Ciertas ventajas frente a la TCC aparecen en algunos estudios. Por ejemplo, es mejor aceptada por los pacientes (Wetherell et al., 2011), obtiene mejores resultados (Lappalainen et al., 2007) o consigue que la mejoría sea mayor tras un seguimiento de un año (Páez, Luciano y Gutiérrez, 2007). También ha sido comparada con la desensibilización sistemática, encontrando que obtiene un resultado similar; sin embargo, en aquellos pacientes que puntúan alto como evitadores experienciales, ACT obtiene mejores resultados (Zettle, 2003). Se ha comparado también con procedimientos de supresión y de control emocional, siendo superior ACT (Cam-

pbell-Sills et al., 2006; Levite et al., 2004). Finalmente, comparada con un grupo de control de lista de espera, ACT obtiene resultados positivos frente al grupo control, y además se constata que dichos resultados positivos se dan en mayor magnitud en los pacientes que mejoran en evitación experiencial y en *mindfulness* (Roemer, Orsillo y Salters-Pedneault, 2008).

La depresión también ha sido tratada con ACT e investigada su eficacia. Los resultados son similares a los obtenidos en el caso de la ansiedad. La comparación con formas convencionales de TCC o con terapia cognitiva obtiene unos resultados similares (Forman et al., 2007) o cierta ventaja para ACT (Zettle y Hayes, 1986; Lappalainen et al., 2007). Esta ventaja parece también observarse más en el período de seguimiento (Zettle y Raines, 1989; Páez, Luciano y Gutiérrez, 2007). La comparación del efecto de ACT con el tratamiento médico habitual de la depresión obtiene datos más positivos para ACT (Petersen y Zettle, 2009). Por último, también hay estudios de mediadores que señalan que mejoran más con ACT aquellos pacientes que puntúan más alto en aceptación tras la terapia (Bohlmeijer et al., 2011).

Un caso de especial interés en la aplicación de ACT es el dolor crónico. Al tratarse de un trastorno crónico, posiblemente la aceptación de una condición crónica e intratable permitiría reducir el impacto del trastorno en la vida del paciente. Diversos estudios han constatado su eficacia, obteniendo mejores resultados que la TCC convencional (Vowles, McCracken y Eccleston, 2007) y que el tratamiento médico convencional (McCracken, MacKichan y Eccleston, 2007; Dahl, Wilson y Nilsson, 2004; Wicksell et al., 2008; Luciano et al., 2001).

Por último cabe reseñar que ACT ha sido aplicado también a otros trastornos obteniendo unos resultados positivos; éste es el caso del tratamiento de la sintomatología psicótica (Gaudio y Herbert, 2006; Bach y Hayes, 2002; García y Pérez, 2001), de las adicciones (Gifford et al., 2004; Brown et al., 2008; Twohig, Shoenberger y Hayes, 2007) y en diversos trastornos de conducta (Wo-

ods, Wetterneck y Flessner, 2006; Flessner et al., 2008; Twhig; Crosby, 2010).

Los estudios empíricos, como se ha visto, tratan de demostrar que ACT obtiene buenos resultados cuando es comparado con otros tratamientos que han demostrado su eficacia en estos trastornos. Éste es el caso de la aplicación llamémosle convencional de la TCC. Sin embargo, habida cuenta de que ACT comparte raíces y componentes con la TCC, resulta difícil averiguar qué elementos de la terapia son responsables del cambio. Por este motivo las investigaciones de ACT se han ocupado especialmente de averiguar qué variables son responsables del cambio terapéutico. Ya se han comentado algunos datos al respecto de esta cuestión. Sin embargo, merece la pena hacer un repaso más detenido de alguno de estos aspectos.

Proceso terapéutico

ACT compromete la credibilidad de los pensamientos disfuncionales o depresogénicos en lugar de afectar a la frecuencia de éstos. Esto supone un efecto de desactivación de la literalidad del lenguaje frente a su ocurrencia y es congruente con los procesos de cambio propuestos por ACT (Zettle y Hayes, 1986; Zettle y Rains, 1989). También en el caso de las alucinaciones en la psicosis, el éxito clínico es mediado por la pérdida de credibilidad de éstas (Gaudiano y Herbert, 2006). Otro ejemplo del modo de acción diferencial puede verse en el uso del entrenamiento en inoculación de estrés. En un trabajo sobre el estrés laboral (Flaxman y Bond, 2010), tanto ACT como el entrenamiento en inoculación de estrés fueron eficaces. No obstante, el éxito terapéutico de ACT fue mediado por las puntuaciones en flexibilidad psicológica, y no por cambios en el contenido de los pensamientos disfuncionales. Sorprendentemente, los resultados positivos del entrenamiento en inoculación de estrés no fueron mediados tampoco por cambios en los pensamientos disfuncionales. La flexibilidad psicológica, definida como la habilidad para estar abierto a las experiencias en el momento presente y adaptar la conducta a

las circunstancias presentes y a los objetivos y valores personales (Bond, Flaxman y Bunce, 2008; Hayes et al., 2006), se ha mostrado también como mediadora del éxito terapéutico de ACT en el dolor crónico (Vowles y McCracken, 2010). Este efecto también se ha observado en el tratamiento del tabaquismo (Gifford et al., 2004).

Finalmente, hay un amplio número de trabajos que muestran cómo la eficacia de ACT se ve afectada por cambios en sus componentes principales, como son los medidos por el AAQ (Acceptance and Action Questionnaire, Hayes et al., 2004), caso del tratamiento de la diabetes tipo 2 (Gregg et al., 2007), la ansiedad y depresión (Forman et al., 2007), la epilepsia (Lundgreen, Dahl y Hayes, 2008; Lundgren et al., 2006) y la obesidad (Lillis et al., 2009).

En consecuencia, hay un sustancial conjunto de datos que indican que la eficacia de ACT es debida a una mejora en la capacidad de adaptación de la persona en términos de flexibilidad psicológica y de mejora de aquellos factores responsables de la evitación experiencial.

3.2.2. Activación conductual

Fundamentos

La activación conductual o terapia de activación conductual está orientada principalmente al tratamiento de la depresión. Entronca con la tradición propia de la terapia de conducta, más concretamente con el condicionamiento operante. Efectivamente, tal y como Skinner (1974) resaltó, la falta de reforzamiento implica una reducción radical del comportamiento (extinción), suponiendo para la persona no sólo la reducción de su actividad sino además la pérdida de la confianza, de sensación de poder y de interés, lo que le aboca previsiblemente a una profunda depresión. Son los cambios en las contingencias de las conductas los responsables de los sentimientos y emociones. Este planteamiento lleva a Ferster (1973) y a Lewinshon, Weinstein y Shaw (1969) a optar por procedimientos de activación conductual como forma de tratamiento de la depresión. Se opta,

por tanto, por un enfoque centrado en el contexto: contingencias de la conducta, en lugar de centrarse en explicaciones internas del individuo.

El aumento de la actividad y la oportunidad de obtener mediante ella refuerzo son elementos que han quedado incrustado en la terapia cognitiva, más específicamente en la terapia cognitiva de Beck, cuya notoriedad e influencia son de sobra conocidas. De este modo, se ha señalado que dicha terapia es efectiva tanto más por la activación conductual que incluye que por sus componentes cognitivos. Esto ha quedado acreditado en algunos trabajos, en los que se ha comparado la activación conductual con la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico (Dimidjian et al., 2006).

La terapia de activación conductual fue reimpulsada al comienzo de los años noventa por Jacobson (Jacobson, 1994), cuyo trabajo provenía del desarrollo de la terapia comportamental marital (Jacobson y Margolin, 1979), que le permitió establecer un claro paralelismo entre problemas de interacción marital y depresión (Follette y Jacobson, 1988).

Componentes

Para la activación conductual es esencial el análisis funcional de la conducta, la aceptación y la puesta en marcha de planes de acción definidos de acuerdo con los intereses y valores del paciente, todo ello con cierta independencia del estado de ánimo y de otras condiciones emocionales presentes. El análisis funcional de la conducta es determinante porque se trata de identificar qué actividades pueden ser conductas de evitación. Este tipo de conductas (actividades) deben ser reducidas o eliminadas, con la aceptación y afrontamiento de la condición aversiva que las refuerza. En una persona que realiza una amplia y reforzante actividad laboral, tal conducta, más allá del posible refuerzo positivo, puede ser una conducta de evitación de problemas familiares, de modo que este tipo de actividad no debe ser considerada adecuada. Por el contrario, debe ser reducida a favor de actividades programadas en el contex-

to familiar. En suma, el aumento de la actividad por sí sola no es suficiente; es preciso saber qué funciones desempeña esa actividad.

Se insta al paciente a estar activo según un plan previamente establecido, con independencia de su estado de ánimo. Las cosas deben hacerse porque nos hemos propuesto hacerlas, aunque no nos apetezca y no tengamos el estado de ánimo «apropiado» para acometerlas. Se actúa, si es preciso, en contra de las emociones. Un plan de acción ajustado a los valores e intereses del paciente y construido acorde con el principio de aproximaciones sucesivas permite que el paciente recupere su actividad y, secundariamente, se encuentre satisfecho de sus logros. El compromiso con el paciente es que recupere las riendas de su vida, no que alcance la felicidad. El problema se encuentra en la interacción con el contexto, esto es, fuera y no dentro de la persona; por ello la intervención debe estar orientada hacia afuera.

Características de la terapia

La terapia de activación conductual es considerada un tratamiento individualizado, y así es recogido en los manuales publicados (Martell, Addis y Jacobson, 2001). De acuerdo con ellos el primer paso es restablecer una buena relación terapéutica con el paciente, presentándole y haciéndole partícipe de los fundamentos del tratamiento. Es esencial crear un ambiente terapéutico en el que el paciente sienta que sus problemas son comprendidos y sus puntos de vista y valores son reconocidos y respetados. En segundo lugar se aborda un análisis detallado de las actividades diarias realizadas por el paciente y la relación con su estado de ánimo. En tercer lugar se buscan y aplican nuevas estrategias de afrontamiento y finalmente se hace un repaso de las fases anteriores y se aborda la prevención de recaídas.

Se trata de un tratamiento individualizado, colaborativo, con una duración en torno a 15 sesiones. Utiliza varios acrónimos para orientar el proceso terapéutico. De ellos cabe destacar el denominado ACTION. Según él, el primer elemento es analizar los comportamientos en su con-

texto, en su función, de modo que puede ser determinada su utilidad (*Assess*, que utilidad tiene tal conducta para ti); el segundo es elegir qué conducta eliminar o activar (*Choose*); el tercero es poner en práctica (*Try*) la conducta elegida, cualquiera que sea; el cuarto, integrar (*Integrate*) dicha conducta en las actividades habituales, para, en quinto lugar, observar (*Observe*) los resultados, efectos o funciones de esa conducta, y finalmente nunca rendirse (*Never give up*), volviendo una y otra vez sobre los pasos anteriores.

Se han desarrollado también programas de intervención breves manualizados que permiten una aplicación más simplificada de la activación conductual. Este es el caso del presentado por Lejuez, Hopko y Hopko (2001).

Evidencia empírica

La División 12 de la American Psychological Association considera que la activación conductual para el tratamiento de la depresión es un tratamiento bien establecido, esto es, que tiene el máximo grado de evidencia o sustento empírico, de acuerdo con los criterios de evaluación de la eficacia de los tratamientos (Chambless y Hollon, 1998) (véase http://www.div12.org/Psychological-Treatments/treatments/depression_behavior.html).

En efecto, diversos trabajos han demostrado la utilidad de la activación conductual (Jacobson et al., 1996) en comparación con la terapia cognitiva. En un estudio llevado a cabo por Dimidjian y colaboradores (2006) quedó asimismo demostrado que la activación conductual es más eficaz que la terapia cognitiva cuando se trata de pacientes con depresión grave, siendo para estos pacientes tan eficaz como los fármacos antidepressivos (paroxetina). La activación conductual se ha mostrado más eficaz que los tratamientos convencionales de la depresión, y esta eficacia es independiente del estado cognitivo del paciente (Snrski et al., 2011), lo que confirma la predominancia de los aspectos comportamentales implicados. También se ha mostrado eficaz cuando es comparada con otros tratamientos psicológicos como la psicoterapia de apoyo (Hopko et al., 2003) o

cuando se han llevado a cabo estudios de caso (Hopko et al., 2008; Bottonari et al., 2008).

3.2.3. Terapia de conducta dialéctica (TCD)

Fundamentos

La terapia de conducta dialéctica fue desarrollada por Marsha Linehan en los años setenta del pasado siglo. Surge como una respuesta desde la terapia de conducta a los problemas derivados del tratamiento de personas con riesgo de suicidio. Destaca sobre todo los aspectos emocionales del problema, considerando que es el malestar emocional el foco de toda psicopatología. La incapacidad de la persona para manejar las emociones que siente es lo que, en último término, puede llevarle a poner fin a su vida. Debe atenderse, por tanto, de modo preferente a lo que la persona siente, más allá de las razones e interpretaciones sobre lo que siente. Linehan integró los conocimientos provenientes de la terapia de conducta con la aceptación emocional no valorativa propia del *mindfulness*, a la que llegó tanto desde el conocimiento de la práctica zen como de la meditación contemplativa del cristianismo. La terapia de conducta dialéctica parte de una aceptación radical y genuina del paciente que fue expuesta en parte por Carl Rogers.

Los trabajos iniciales de Linehan sobre el suicidio le llevaron al desarrollo de un programa de tratamiento para los trastornos de la personalidad, y más en concreto para el trastorno límite de la personalidad.

Componentes

Como se ha señalado, el elemento central de la TCD son las emociones. De modo que sólo si se abordan específicamente puede resolverse el problema. No se trata de cambiar el malestar por el bienestar, o razonar sobre el malestar, sino de actuar de forma efectiva sobre ese malestar emocional. Desde un punto de vista terapéutico lo primero que debe hacerse es reconocer el valor de ese malestar y su función adaptativa. No se trata

de negarlo, o dejarlo de lado (huir de él) dado su carácter desagradable y molesto. No resulta fácil estar con una persona (paciente) que experimenta emociones intensas desagradables e inmanejables.

La validación del sufrimiento del paciente es fundamental para normalizar (reconocer) el sentido de las emociones. El terapeuta debe hacerle ver que las emociones (malestar) que experimenta están justificadas por las condiciones concretas que lo desencadenan. ¿Cómo no va a ser razonable que la persona se sienta hundida y sin ánimo para continuar su vida si ha tenido un grave fracaso personal? Pues bien, debe transmitírsele al paciente ese sentido de normalidad y justificación. Ello permitirá no huir del malestar y sí buscar otras formas más adaptativas de regulación emocional.

El que el paciente tome contacto con sus emociones negativas, con su malestar, las reconozca como normales, en el sentido más humano del término, esto es, que acepte el malestar no tiene un fin en sí mismo. Es una condición que favorecerá que no huya (contribuyendo a reforzar el malestar y a cronificar y agravar el problema) y que la exposición a esas emociones las desactive en la medida precisa para que se reduzca el miedo, su evitación, y sean posibles otros comportamientos más útiles para la persona.

La predominancia de la emoción sobre la razón se hace evidente. No se trata de señalar que es un razonamiento inadecuado del paciente el que le lleva a sentirse mal. Pidiéndole al paciente que razone de otro modo no se va a desactivar la emoción, especialmente porque contribuye a huir de ella. Sólo mediante la exposición a ella ésta puede desactivarse. Los motivos que han llevado a la situación actual quedan desentrañados a través del análisis funcional de la conducta y se deja, por tanto, la puerta abierta a la intervención que resulte adecuada con respecto a él.

Señalar que no hay soluciones perfectas es otro de los componentes esenciales de la TCD. No hay una forma perfecta (que los psicólogos pueden enseñar) de pensar, sentir o hacer que permita hallarse a salvo de problemas y gozar de una

vida dichosa y feliz, al menos fuera de los cuentos de hadas. Esto se materializa en el término «dialéctico» incluido en la terapia. Véase el siguiente ejemplo: una persona señala que ha tenido una gran decepción con su pareja, y también en el trabajo, lo que la ha llevado a desconfiar de los demás y a no abrirse a nadie. Piensa, incluso, en «retirarse del mundo», aislarse y no dar ocasión para que nadie pueda herirle. La respuesta a esta situación, por parte del terapeuta, es comprender y validar la experiencia del paciente. Así, se le ha de decir que lo que siente es normal y natural, que cualquier persona, el terapeuta mismo, sentiría lo mismo y que nadie puede reprocharle que se aisle y se retire del mundo. No obstante, hay que añadir que si se retira del mundo se encontrará protegido de las agresiones externas, pero que también se verá privado de las satisfacciones que a veces dan las personas. Que considerando dos extremos en uno, con el aislamiento tendrá máxima protección y mínima posibilidad de recibir aspectos positivos de los demás, pero que con la apertura total tendrá máxima posibilidad de recibir cosas positivas pero también máxima labilidad al encontrarse plenamente expuesta al exterior. La cuestión es elegir en ese continuo entre los dos polos (aislamiento versus apertura) dónde se quiere ubicar, sabiendo que cualquiera de las dos opciones acarrea riesgos. Sólo tiene la posibilidad de elegir aquel lugar que maximice la probabilidad de los riesgos que desee asumir.

Características de la terapia

El tratamiento tiene un componente psicoeducativo que permite que los pacientes adquieran las habilidades relativas a los componentes de la terapia. Éste puede ser abordado en grupo. Incluye, además, terapia individual que permite ajustarse al análisis funcional específico del paciente.

Como características principales de la terapia, de acuerdo con sus componentes básicos, hay que destacar: a) la aceptación y validación del comportamiento actual del paciente, lo que supone dejarle patente que dicho comporta-

miento está justificado funcionalmente. Cualquier comportamiento, también los que podemos denominar anormales, es resultado de un contexto y contingencias concretas (análisis funcional) que lo explican y justifican. Una agresión, por ejemplo, es explicada en términos funcionales y tiene a su vez funciones concretas; queda por tanto justificada en términos funcionales, lo que no quiere decir que pueda ser aprobada y considerada un comportamiento adecuado. No lo es, aunque las condiciones en que se dio la hicieran posible. Esto tiene importancia porque el paciente debe entender que lo que siente o hace tiene sentido en un determinado contexto y es normal en relación con él, pero que puede también ser cambiado en busca de modos de respuesta más adaptativos; *b*) los comportamientos que interfieren en el tratamiento, tanto por parte del terapeuta como del paciente, en especial aquellos que impiden reconocer las emociones y exponerse a ellas; *c*) el papel fundamental de la relación terapéutica. El paciente debe percibir que el terapeuta está plenamente de su parte, entiende sus emociones, las justifica y está dispuesto a ayudarle en el manejo de éstas. Sin una buena relación terapéutica no es posible la terapia. No se trata de decir al paciente qué tiene que hacer, reprenderle y señalarle el camino adecuado, sino que sea él quien lo encuentre, y *d*) el planteamiento dialéctico como forma de concienciar a la persona de que sea ella la que tome sus decisiones considerando explícitamente el grado de riesgo que asume.

El tratamiento facilita al paciente la adquisición de diversas habilidades, a saber: *a*) desregulación y labilidad emocional, que desemboca en una regulación emocional adecuada que permite reducir el impacto que las emociones tienen en su vida ordinaria; *b*) interpersonales, que le permitan mejorar la interacción social y el intercambio de refuerzos; *c*) comportamentales, que permitan reducir el riesgo de lesiones, suicidio, etc., y *d*) del sentido del yo, que permitan distinguir entre problemas y contextos específicos y la percepción de uno mismo y de sus capacidades.

Evidencia empírica

La División 12 de la American Psychological Association considera que la terapia de conducta dialéctica para el tratamiento del trastorno de personalidad límite es un tratamiento bien establecido, esto es, que tiene el máximo grado de evidencia o sustento empírico, de acuerdo con los criterios de evaluación de la eficacia de los tratamientos (Chambless et al., 1998) (véase http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/bpd_dbt.html).

Hay un amplio número de estudios que constatan la eficacia de la TDC frente al tratamiento convencional (usual) del trastorno de personalidad límite (Linehan et al., 1991, 1999, 2002, 2006; Verheul et al., 2003; Koons et al., 2001). También se ha aplicado a otros trastornos, demostrando que es superior a la lista de espera en el tratamiento de la bulimia (Safer, Telch y Agras, 2001) o de la depresión, obteniendo mejor resultado que el tratamiento farmacológico por sí solo (Lynch et al., 2003 y 2007). Se ha observado, además, que produce un aumento del procesamiento emocional comparado con un grupo de lista de espera en el tratamiento de la depresión y que dicha depresión es reducida en función de este aumento del procesamiento emocional (Feldman et al., 2009). Finalmente, se ha comprobado que la adquisición de estrategias que produce la TCD es la variable responsable de que se reduzcan el suicidio y la depresión y se adquiere un control de la ira (Neacsiu, Rizvi y Linehan, 2010).

3.2.4. Conclusiones y perspectivas

Los nuevos desarrollos terapéuticos que han surgido con el objetivo de mejorar la terapia cognitivo-conductual no se agotan en los reseñados en este capítulo, si bien recogen los principales y los que mayor apoyo empírico tienen. No son, como se ha visto, nuevos ni en el sentido cronológico del tiempo, pues algunos se inician en los años setenta del pasado siglo, ni en sus fundamentos teóricos, tanto los provenientes de la terapia de conducta como los procedentes de otras psico-

terapias. Ha sido reconocido el papel de autores como Rogers en lo que respecta a la relación con el paciente, o cabría señalar a Perls, puesto que muchos de los aspectos característicos del *mindfulness* recuerdan los fundamentos y planteamientos de la Gestalt, amén de la fundamentación en el conductismo radical de Skinner. Sin embargo, es justo reconocer que suponen un cambio en el enfoque de los problemas, haciendo hincapié en aspectos frecuentemente olvidados, o tratados inadecuadamente.

Entre los puntos fuertes que se pueden señalar de estos nuevos enfoques, considerándolos conjuntamente, están los siguientes:

1. Se dirigen, preferentemente, a problemas graves y crónicos. Esto supone un cierto reconocimiento de que la terapia cognitivo-conductual no está bien pertrechada para el abordaje de problemas graves y que estos recursos terapéuticos pueden contribuir a resolver estos posibles déficit. El que la terapia de conducta dialéctica fuera desarrollada para el tratamiento del suicidio y sea el tratamiento de elección para el trastorno de personalidad límite es un buen ejemplo de ello, como lo es también que la activación conductual se muestre especialmente eficaz cuando la depresión es grave, como se ha comentado en el apartado correspondiente. Ello puede deberse a que cuando un problema es grave o prácticamente irresoluble (crónico), aceptar esa condición y potenciar una postura de flexibilidad psicológica basada en la realidad puede ser el modo más apropiado de abordarlo.
2. La insistencia en los aspectos emocionales (sensoriales) frente a los racionales es también característica de estos enfoques. Esto plantea de forma clara dónde se ubica la principal fuente de psicopatología, que corresponde con los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Supone un adecuado contrapunto del exceso de referencias al procesamiento controlado, el lenguaje, la predominancia de lo simbólico y del razonamiento.
3. La potenciación de la importancia en la comunicación con el paciente y el establecimiento de una buena relación terapéutica sostenida en unas competentes habilidades terapéuticas. Las claves de la comunicación humana son de corte emocional y contextual; sólo si se entiende así la terapia, ésta puede llegar a concertarse. No es suficiente seguir el guión estándar, a no ser que dicho guión incluya en primer lugar el establecimiento de esa relación.
4. Tomar una postura más colaborativa, más educativa que correctiva. Estas terapias no buscan decirle al paciente lo que tiene que hacer sino conseguir que sea él quien descubra y decida adónde desear ir. La imagen del psicólogo señalando al cliente sus pensamientos irracionales y diciéndole cómo tiene que pensar, decir o actuar, aun cuando fuera cierta en sus contenidos, no es aceptable, y no es extraño que sea el paciente el primero en no aceptarla.
5. Hay un interés destacado en la fundamentación teórica de las terapias, así como en conocer los motivos por los que son eficaces. La formulación del trastorno experiencial por evitación es un ejemplo de ello, pues aporta una referencia psicopatológica específica que puede ser además base de un amplio número de trastornos. El papel central de las emociones en todo este proceso supone un punto de partida y tronco común, tanto desde el punto de vista teórico como desde el aplicado. Este acercamiento es además complementario con el desarrollo de teorías que dan valor a la interacción entre las emociones, el lenguaje y la conducta, caso de la teoría de marcos relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) que forma parte de ACT.
6. El interés por el análisis individual, ideográfico, es rescatado también por estos

nuevos desarrollos terapéuticos. Las funciones de las conductas son únicas, pues dependen de contextos específicos. Es una vieja tradición de la terapia de conducta la referencia al análisis funcional y el estudio de casos. Ciertamente el predominio de los estudios de grupo, con grupo de control mediante asignación aleatoria, es el estándar para obtener la necesaria calificación como tratamiento empíricamente validado; sin embargo, deben ser compatibles con un abordaje plenamente justificado por los fundamentos de la terapia.

Entre los puntos débiles de estos acercamientos cabe señalar los siguientes:

1. La poca evidencia empírica de algunos de ellos. En efecto, el hecho de que sea relativamente recientes no ha permitido completar estudios que confirmen su eficacia. Este no es el caso de la activación conductual para el tratamiento de la depresión, ni el de la terapia de conducta dialéctica para el tratamiento del trastorno de personalidad límite; sin embargo, sí faltan estudios para confirmar o refutar la utilidad de otras terapias.
2. El hecho de que estén formados por tratamientos multicomponente en los que resulta difícil aislar y estudiar de forma diferenciada cada uno de ellos. Incluyen,

además, diversas técnicas de terapia de conducta, con lo que se dificulta conocer qué elementos resultan más eficaces. Este aspecto es resuelto en parte mediante los estudios de proceso, que, como se ha señalado en las terapias correspondientes, identifican variables mediadoras que orientan sobre los factores responsables del éxito terapéutico.

3. La difusión. Ciertamente, y aun cuando de la puesta en marcha de alguna de ellas han pasado más de cuarenta años, tienen una difusión limitada. Ello puede ser fruto de la resistencia al cambio de los propios terapeutas, junto con ciertos comportamientos irracionales, fruto de posturas extremas. Así, hay autores y profesionales que sostienen que no hay nada de nuevo en estas terapias (véanse la discusión planteada por Ost, 2008, y sus réplicas: Gaudiano, 2009 y Ost, 2009) y por tanto que no tiene sentido considerarlas; hay otros, por el contrario, que piensan que únicamente con estas terapias pueden abordarse los problemas, y sólo también si se siguen las indicaciones y la formación que proporcionan determinadas personas y lugares. En suma, de la negación al gueto o la secta. Estas posturas extremas no están fundamentadas, aunque configuran actitudes que requieren un abordaje más emocional que racional.

REFERENCIAS

- Bach, P. y Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1129-1139.
- Blackledge, J. T. (2003). An introduction to relational frame theory: Basics and applications. *The Behavior Analyst Today, 3*, 421-433.
- Bohlmeijer, E. T., Fledderus, M., Rokx, T. A. J. J. y Pieterse, M. E. (2011). Efficacy on an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: evaluation in a randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy* (en prensa).
- Bond, F. W., Flaxman, P. E. y Bunce, D. (2008). The influence of psychological flexibility on work redesign: mediated moderation of a work reorganization intervention. *Journal of Applied Psychology, 93*, 645-654.
- Bottonari, K. A., Roberts, J. E., Thomas, S. N. y Read, J. P. (2008). Stop thinking and start doing: switching from cognitive therapy to behavioral activation in a case of chronic treatment-resistant depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 376-386.

- Brown, R. A., Palm, K. M., Strong, D. R., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., Zvolensky, M. J., Hayes, S. C., Wilson, K. G. y Gifford, E. V. (2008). Distress tolerance treatment for early lapse smokers: rationales, program description and preliminary findings. *Behavior Modification, 32*, 302-332.
- Buolanger, J. L., Hayes, S. C. y Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. En A. M. Kring y D. M. Sloan (eds.), *Emotion regulation and psychopathology* (pp. 107-136). Nueva York: Guilford Press.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy, 44*, 1251-1263.
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Christensen, A. y Jacobson, N. S. (2000). *Reconcilable differences*. Nueva York: Guilford Press.
- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them. *Behavior Research and Therapy, 37*, S5-S27.
- Dahl, J., Wilson, K. G. y Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial. *Behavior Therapy, 35*, 785-801.
- Dahl, J. C., Wilson, K. G., Luciano, C. y Hayes, S. C. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno, Nevada: Context Press.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Marklye, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. y Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-670.
- Eysenck, H. J. (1993). Forty years on. The outcome problem in psychotherapy revisited. En T. R. Giles (ed.), *Handbook of effective psychotherapy*. Nueva York: Plenum.
- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M. y Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy, 47*, 316-321.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist, 28*, 857-870.
- Flaxman, P. E. y Bond, F. W. (2010). A randomized worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behavior Research and Therapy, 48*, 816-820.
- Flessner, C. A., Busch, A., Heidemann, P. y Woods, D. W. (2008). Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing. *Behavior Modification, 32*, 579-594.
- Follette, W. C. y Jacobson, N. S. (1988). Behavioral marital therapy in the treatment of depressive disorders. En I. H. R. Fallon (ed.), *Handbook of behavioral family therapy* (pp. 257-284). Nueva York: Guilford Press.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D. y Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification, 31*, 772-799.
- García Montes, J. M. y Pérez Álvarez, M. (2001). ACT como tratamiento de los síntomas psicóticos: el caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y Modificación de Conducta, 27*, 455-472.
- Gaudio, B. A. (2009). Methodological comparison of clinical trials of acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy: matching apples with oranges? *Behavior Research and Therapy, 47*, 1066-1070.
- Gaudio, B. A. y Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy. *Behavior Research and Therapy, 44*, 415-427.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L. y Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy, 35*, 689-705.
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C. y Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 336-343.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account*

- of human language and cognition. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Hayes, S. C., Brownstein, A. J., Haas, J. R. y Greenway, D. E. (1986). Instructions, multiple schedules, and extinction: Distinguishing rule-governed from schedule controlled behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 46, 137-147.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, process and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bisset, R., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifer, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P. y Karekla, M. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V. y Follette, V. M. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hofmann, S. G. y Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat. *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Arento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N. y Lejuez, C. W. (2008). Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting. *Behavior Therapy*, 39, 126-136.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D. y McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: a randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469.
- Jacobson, N. S. (1994). Contextualism is dead: Long live contextualism. *Family Process*, 33, 97-100.
- Jacobson, N. S. y Margolin, G. (1979). Marital therapy and spouse involvement in the treatment of depression, agoraphobia, and alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 5-10.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- Traducción española en el servicio de publicaciones de la Universidad de Málaga, 2007.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., González, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I. y Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M. y Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapist: a preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification*, 31, 488-511.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. y Hopko, S. D. (2001). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression. Treatment Manual. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. y Shaw, D. (1969). Depression: a clinical research approach. En R. D. Rubin y C. M. Franks (eds.), *Advances in behavior therapy* (pp. 231-240). Nueva York: Academic Press.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K. y Masuda, A. I. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: a preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 58-69.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suárez, A., Allmon, D. y Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Heard, H. L., Korlund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. y Lindenboim, N. (2006). Two year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Shaw-Welch, S., Heagerty, P. y Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.

- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimell, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. y Comtois, K. A. (1999). Dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8, 279-292.
- Luciano, M. C., Visdomine, J. C., Gutiérrez, O. M. y Montesinos, F. M. (2001). ACT y dolor crónico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 473-501.
- Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L. y Kies, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: a randomized controlled trial in South Africa – A pilot study. *Epilepsia*, 47, 2173-2179.
- Lundgren, T., Dahl, J. y Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 225-235.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T. y Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 33-45.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N. y Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205.
- Martell, C. R., Addis, M. E. y Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. Nueva York: Norton.
- McCracken, L. M., MacKichan, F. y Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: effectiveness and clinically meaningful change. *European Journal of Pain*, 11, 314-322.
- McCullough, J. P. (2000). *Treatment of chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L. y Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 48, 832-839.
- Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Öst, L.-G. (2009). Inventing the wheel once more or learning from the history of psychotherapy research methodology: reply to Gaudiano's comments on Öst's (2008). *Behavior Research and Therapy*, 47, 1071-1073.
- Paez, M. B., Luciano, M. C. y Gutiérrez, O. M. (2007). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama: estudio comparativo entre estrategias de aceptación y compromiso y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4, 75-95.
- Petersen, C. L. y Zettle, R. D. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: a comparison of acceptance and commitment therapy versus treatment as usual. *The Psychological Records*, 59, 521-536.
- Roemer, L., Orsillo, S. M. y Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1083-1089.
- Safer, D. L., Telch, C. F. y Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.
- Safran, J. D. y Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Nueva York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, D. y Teasdale, J. D. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press. Traducción española en Desclée de Brouer, 2006.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. Nueva York: Random House. Traducción española: Sobre el conductismo, Martínez Roca, 1987.
- Snarski, M., Scogin, F., DiNapoli, E., Presnell, A., McAlpine, J. y Marcink, J. (2011). The effect of behavioral activation therapy with inpatient geriatric psychiatry patients. *Behavior Therapy* (en prensa).
- Twohig, M. P. y Crosby, J. M. (2010). Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic internet pornography viewing. *Behavior Therapy*, 41, 285-295.
- Twohig, M. P., Shoenberger, D. y Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 619-632.
- Verheul, R., Van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. A. J., Stijnen, T. y Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomized clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Vowles, K. E. y McCracken, L. M. (2010). Comparing the role of psychological flexibility and traditional

- pain management coping strategies in chronic pain treatment outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 48, 141-146.
- Vowles, K. E., McCracken, L. M. y Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment of chronic pain: the contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11, 779-787.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, RU: Wiley.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Ayers, C., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Sorrell, J. T., Liu, L., Petkus, A. J., Thorp, S. R., Kraft, A. y Patterson, T. L. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: a preliminary report. *Behavior Therapy*, 42, 127-134.
- Wicksell, R. K., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L. y Olsson, G. L. (2008). Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)?: a randomized controlled trial. *Cognitive Behavior Therapy*, 37, 1-14.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Woods, D. W., Wetterneck, C. T. y Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behavior Research and Therapy*, 44, 639-656.
- Zettle, R. D. (2003). Acceptance and commitment therapy (ACT) vs. systematic desensitization in the treatment of mathematics anxiety. *Psychological Records*, 54, 197-215.
- Zettle, R. D. y Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: the context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.
- Zettle, R. D. y Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 436-445.

Competencia por búsqueda como mecanismo básico del cambio terapéutico

9

CHRIS R. BREWIN

1. INTRODUCCIÓN

Los síntomas de los trastornos de ansiedad y de la depresión son comunes. Las respuestas cotidianas a eventos vitales negativos tales como perder el trabajo o una ruptura sentimental, y los efectos más o menos transitorios de estos eventos, son habituales. Lo que diferencia los trastornos psiquiátricos de las reacciones normales al estrés cotidiano no es el tipo de síntomas, sino su intensidad y persistencia. En condiciones de estado de ánimo negativo prolongado, los pensamientos e imágenes negativos se convierten en dominantes y se hace más difícil recordar tiempos felices o evocar imágenes de un futuro positivo. La mayor accesibilidad en la memoria de la información negativa relativa a la supervivencia, las relaciones sociales y el propio yo llevan a una prolongación de los síntomas, en un círculo vicioso que ha sido descrito repetidamente (Ingram, 1984; Teasdale, 1983).

Como consecuencia de la mayor accesibilidad de la información negativa, la información positiva no se evoca tan fácilmente, y, en consecuencia, las percepciones sobre el yo, el mundo y el futuro presentan un sesgo negativo (Blaney, 1986; Watkins, 2002). La corrección de este sesgo de memoria es la clave del éxito de la psicoterapia. Pero ¿cuáles son los procesos básicos que determinan la forma de funcionar de la memoria? ¿Cómo pueden «cambiarse» el contenido o la estructura de la información negativa en la memoria a través de la intervención terapéutica?

Según el punto de vista cognitivo-conductual tradicional, desarrollado entre 1960 y 1980, las adversidades previas generan vulnerabilidad en forma de representaciones negativas abstractas o generalizadas del yo y del mundo (el término más utilizado para tales representaciones es el de «esquemas negativos»). Determinados acontecimientos precipitantes llevan no sólo a estados de ánimo negativos, sino también, en interacción con estas representaciones, a la presencia de pensamientos e imágenes negativos intrusivos y a una valoración distorsionada que prolongan el estado de ánimo negativo. Según este punto de vista, estos *esquemas negativos* pueden evocarse y examinarse deliberadamente, y pueden modificarse o hacerse más precisos o adecuados incorporando información más exacta (Brewin, 2006). ¿Es esto consistente con la evidencia actual? Para contestar a esta pregunta necesitamos considerar, en primer lugar, la investigación sobre codificación, almacenamiento y recuperación de la memoria.

2. CODIFICACIÓN DE LA MEMORIA

Lo que se codifica en la memoria está determinado por dos mecanismos independientes, uno consciente y otro no consciente (Brewin, 1996). El aprendizaje consciente depende de la atención selectiva a ciertas experiencias que son codificadas utilizando una serie de características abstractas comunes (tamaño, color...). Los diferentes elementos de estas experiencias se agrupan para formar

un episodio de memoria (o representación). La codificación en esas características comunes permite la manipulación de estas representaciones en la memoria de trabajo y su combinación con otras representaciones cuando sea preciso. Este sistema consciente tiene capacidad limitada y es vulnerable a las interferencias y al olvido, a menos que las representaciones (el recuerdo) se repitan.

El aprendizaje no consciente, por el contrario, depende de procesos automáticos asociativos. Estos procesos tienen una influencia especial sobre el proceso de codificación cuando los acontecimientos se repiten o son emocionalmente intensos. Cuando las experiencias se repiten (e.g. maltrato infantil), las regularidades en la información atendida y no atendida son automáticamente extraídas y almacenadas en el cerebro. Se piensa que las regularidades se almacenan en forma de red en la que las conexiones entre los nódulos (cada información) se van ajustando de forma gradual, pues esta red se actualiza con cada nueva experiencia relevante. Por el contrario, experiencias intensas (como un acontecimiento traumático) provocan una captación rápida de la información en forma de imágenes concretas. Estas imágenes contienen información sensorial detallada tal y como es vista a través de los ojos de la persona. Ambas, las experiencias repetidas y las intensas, generan representaciones estables en la memoria que no son vulnerables a la interferencia ni al olvido en ausencia de repetición. Estas representaciones no son directamente accesibles a la consciencia. Es decir, una persona no puede saber cuáles son las representaciones que ha almacenado automáticamente de un suceso (reiterado o intenso), aunque sí puede identificar los productos de estas representaciones (e.g. en la forma de pensamientos o imágenes intrusivos).

En resumen, el cerebro utiliza ambos mecanismos de aprendizaje, el rápido y el lento (Brewin, 2001). Hay dos sistemas de aprendizaje rápido: uno de atención consciente, que tiene baja capacidad pero almacena información de una forma que puede ser fácilmente accesible y modificable, y uno (sin atención consciente) que capta

imágenes y que tiene una alta capacidad pero no es fácilmente accesible o modificable de forma consciente. El cerebro también utiliza un sistema de aprendizaje lento que integra datos de múltiples episodios de aprendizaje en formas complejas. Estos datos no son directamente accesibles a la consciencia pero se expresan en forma de emociones y conductas. Los productos de este sistema lento, como los del sistema de captación de imágenes, no son fácilmente accesibles o modificables en la consciencia.

3. ALMACENAMIENTO DE MEMORIA

También es preciso considerar las formas en que se almacena la información. Como sugiere el modelo cognitivo-conductual, muchas de estas representaciones almacenadas son de naturaleza abstracta, sintetizando información de múltiples fuentes. Algunas de estas representaciones consisten en «guiones» (*script*), hacen referencia a resúmenes verbales de acontecimientos familiares, repetidos, similares, y reflejan la parte de información de estos acontecimientos que ha sido conscientemente atendida. El conocimiento esquemático es un resumen abstracto (guiones) de acontecimientos vividos, producidos automáticamente por mecanismos de aprendizaje lento. Consta de pensamientos, sensaciones, sentimientos e impulsos conductuales. Dado que no siempre podemos elegir a qué prestamos atención, el contenido de estos resúmenes de experiencias conscientes y no-conscientes (e.g. «mi infancia») puede ser inconsistente o contradictorio.

Algunas de las representaciones más importantes de la memoria hacen referencia al yo. Se ha reclamado que hay estrechos paralelismos entre la organización del conocimiento semántico (guiones) acerca del mundo y el conocimiento semántico sobre nosotros mismos (Markus y Wurf, 1987). Más que una única entidad, la información acerca del yo en la memoria se piensa que está organizada con un conjunto de registros de memoria múltiples y relacionados que captan episodios y relaciones importantes. Estos registros

solapados preservan algunas características consistentes del yo, pero también contienen información relativa al yo a diferentes edades y en el desempeño de diferentes roles. Abarcan todo el rango de éxito y fracaso, estabilidad y cambio, apego y pérdida, aceptación y rechazo.

Además de esto, también hay episodios específicos almacenados en la memoria. Las memorias autobiográficas específicas hacen referencia a acontecimientos que tuvieron lugar en un momento concreto y en un lugar específico, implicando a menudo una imagen visual incrustada en un contexto vital más detallado. Las representaciones basadas en imágenes captan elementos sensoriales de las escenas, bien toda la escena o una secuencia de escenas, bien una parte de la escena (e.g. imágenes intrusivas de la cara del atacante). Las características más relevantes pueden extraerse o exagerarse.

Hasta el momento se ha asumido que las representaciones captan acontecimientos reales que han sido experimentados. Sin embargo, es probable que muchas representaciones sean hipotéticas. El cerebro humano construye o crea posibles situaciones futuras para sostener la toma de decisiones y evaluar resultados (Barsalou, 2003). Las imágenes y las representaciones del yo pueden corresponder así, más que a realidades, a lo que se teme, por ejemplo, las peores situaciones, o un posible yo temido en el que la persona intenta evitar convertirse a toda costa. Otras representaciones del yo pueden corresponder a lo que se desea, por ejemplo, el tipo de persona que le gustaría ser o que debería ser (Carver, Lawrence y Scheier, 1999; Higgins, Klein y Strauman, 1985).

Además del contenido de la memoria, también han de tomarse en consideración las variaciones estructurales en el modo en que el yo es representado en la memoria. Las representaciones positivas y negativas del yo pueden diferir en el tipo, cantidad y facilidad de la accesibilidad. Habría un set de representaciones dominantes correspondientes al yo inflexible y grandioso. Alternativamente, habría un set de representaciones competidoras, contradictorias, correspondientes al yo fragmentado. Un yo fragmentado

es característico de trastornos postraumáticos y disociativos severos (Brewin y Patel, 2010; Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006). Si la persona elige restringir selectivamente su atención a una única faceta o a un número restringido de facetas del yo, esto podría llevar a una segmentación y una falta de integración entre las distintas partes del yo.

4. RECUPERACIÓN DE LA MEMORIA

Habitualmente se han descrito dos tipos de recuperación (Conway y Pleydell-Pearce, 2000). La recuperación *directa* implica una activación automática de representaciones abstractas, episódicas y dinámicas, vía un simple encaje de patrones. Las representaciones vienen a la mente sin esfuerzo, por ejemplo en la forma de intrusiones no deseadas. La recuperación *generativa* implica una evocación deliberada y con esfuerzo de las representaciones (incluyendo estadios de recuerdo, planes y objetivos), que pueden manipularse utilizando la memoria de trabajo. Ambos tipos de recuperación pueden darse simultáneamente. En las sesiones de psicoterapia es común que los pacientes recuperen de manera automática pensamientos e imágenes (*directa*) al mismo tiempo que dirigen sus esfuerzos de recuperación hacia contenidos de la memoria considerados relevantes por el terapeuta (*generativa*).

Cuando existen múltiples representaciones relacionadas con un concepto dado, competirán para ser evocadas directamente. Por ejemplo, en inglés hay palabras con la misma escritura pero diferente significado, tales como *bank* (un lugar que presta dinero y la orilla de un río). Escuchar la palabra *bank* lleva a una competición en la recuperación entre estos dos significados diferentes. Del mismo modo, en español hay palabras con el mismo sonido que tienen diferentes significados, como *asta* (cuerno) y *hasta* (preposición). Oír el mismo sonido lleva a la competencia entre los diferentes significados. Asimismo, cuando existen múltiples conjuntos de representaciones del yo

competirán para evocarse directamente. Las representaciones evocadas directamente pueden también competir con las representaciones de la evocación generativa por el control sobre los pensamientos, las imágenes, los sentimientos y las conductas.

Múltiples factores determinan cuál de las representaciones competidoras será evocada. Uno de ellos es la fuerza del recuerdo, que se ve afectada por la frecuencia con que se ha repetido y por el tiempo transcurrido desde que se accedió a él. Las representaciones que encajan bien con las pistas o claves situacionales también gozan de ventaja, ya que es más probable que se evoquen directamente. A estos factores hay que añadir las estrategias del individuo para manejar las evocaciones no deseadas, sus reacciones emocionales ante ellas y sus habilidades para generar evocaciones competidoras.

Entre las estrategias para manejar las representaciones no deseadas se encuentra la supresión directa. Cuanto más intenta una persona no pensar en algo y ponerlo fuera de su mente, más difícil es recordarlo después (Anderson y Green, 2001). Otra estrategia ha sido denominada por los psicólogos cognitivos «inhibición inducida por la recuperación» (Anderson, Bjork y Bjork, 1994). Según este principio, la evocación deliberada de un ítem de una categoría (e.g. categoría «fruta», ítems «manzana», «pera») inhibe la recuperación de competidores potenciales de esa misma categoría (e.g. «naranja», «plátano»). Un ejemplo clínico relevante sería una persona que repetidamente evoca recuerdos de sus éxitos para así impedir que el recuerdo de un importante fracaso venga a su mente. Si estos mecanismos de control de las representaciones fallan, se producirá una rápida alternancia entre recuerdos o autoesquemas diferentes e inconsistentes. Tales fallos son más probables cuando el estado de ánimo es bajo o cuando hay excesivas demandas cognitivas sobre la persona. Estas demandas pueden adoptar la forma de problemas económicos o de pareja, tan habituales en las personas que deciden buscar tratamiento por un trastorno psicológico.

5. CAMBIANDO EL IMPACTO DE LAS ESTRUCTURAS EN LA MEMORIA

Los psicoterapeutas muestran una gran confianza en el razonamiento humano para alcanzar cambios. Hay dos modos principales de razonamiento en los seres humanos, razonamiento experiencial o asociativo y razonamiento lógico (Evans, 2004; Sloman, 1996). El razonamiento experiencial/asociativo se basa en asociaciones automáticas entre eventos o experiencias, lo que hace posible tomar en consideración una gran cantidad de información. La persona ignora las bases de su razonamiento pero experimenta sus conclusiones en forma de impulsos o reacciones emocionales. Estas conclusiones no se modifican fácilmente. Clínicamente, esta forma de razonamiento podría estar implicada en el proceso por el que el paciente decide si su terapeuta es de fiar. Su conclusión estará probablemente basada en indicios sutiles y en asociaciones pasadas difíciles de explicar.

En el razonamiento racional o lógico la persona construye un modelo causal explícito de sus creencias e informaciones y de cómo llega a sus conclusiones. Esta forma de razonamiento está abierta a la introspección y es altamente flexible, y sus conclusiones se pueden expresar en palabras. Su principal limitación es que la cantidad de información que puede manejar es muy pequeña. Clínicamente esta forma de razonamiento podría estar implicada en el intento del paciente de decidir si su jefe ha intentado herirle con un comentario crítico sobre su trabajo. Es probable que su razonamiento tenga en cuenta lo que pueda recordar sobre el comportamiento pasado y las interacciones críticas, tanto entre ellos como con otros compañeros. Estos dos tipos de razonamiento interactúan con los mecanismos de aprendizaje rápido y lento expuestos anteriormente.

Terapia como aprendizaje lento. Los principios del aprendizaje lento pueden utilizarse para integrar recuerdos competidores inconsistentes, por ejemplo, puntos de vista competidores del yo como yo competente versus yo incompetente. Prestar atención deliberada a ambos sets de me-

morias, comparar y contrastar las diferentes situaciones y repetir el proceso muchas veces pueden llevar a las redes neuronales subyacentes, a través de su ajuste gradual, a una nueva representación que es más consistente con la totalidad de los datos. En la terapia se pueden necesitar métodos, tales como la reestructuración o la familiarización con contenidos disociados, que se centren en lo que se ha evitado y que lo integren con información más positiva. La nueva representación típicamente ha de ser revisada y repetida muchas veces, por ejemplo en las tareas para casa.

Pongamos por caso el de una paciente que presentaba niveles extremos de culpabilidad por no haber ayudado a otros supervivientes heridos en un accidente ferroviario y haber abandonado la escena del accidente cuando le pidieron que lo hiciera. La reestructuración cognitiva se utilizó para cuestionar si habría sido apropiado que ayudara en su estado de shock, o si podría haber interferido en el rescate y haber empeorado la situación. La paciente repitió sus recuerdos del accidente desde una nueva perspectiva, estableciendo un punto de vista competidor de su rol, en el que el sentimiento de culpa se reducía de manera considerable. El aprendizaje lento implicado en muchas terapias cognitivas puede verse como un proceso constructivo a largo plazo que: *a*) crea nuevos conocimientos semánticos y autoesquemas o *b*) fortalece representaciones positivas del yo previas, de modo que puedan competir de manera más efectiva en la evocación o recuperación de representaciones.

Al igual que la terapia cognitivo-conductual tradicional, otros tratamientos utilizan este mismo acercamiento básico. Un tratamiento relativamente nuevo es el entrenamiento en memoria competitiva (Korrelboom, Marissen y Van Assendelft, 2011), en el que memorias positivas que contradicen las autopercepciones negativas son selectivamente repetidas y fortalecidas. Del mismo modo, la terapia narrativa (White y Epston, 1990) implica la creación, repetición y fortalecimiento de historias vitales alternativas que enfatizan las cualidades y logros positivos del paciente y que pueden competir de manera efectiva con

historias vitales negativas que implican fallo y decepción.

Terapia como aprendizaje rápido. Un ejemplo de un tratamiento que utiliza el aprendizaje rápido es la reescritura de imágenes. Se basa en la evidencia de que imágenes altamente intrusivas o determinadas memorias autobiográficas mantienen estados de ánimo negativos. Dependiendo del número de tales imágenes, se pueden lograr cambios rápidos a lo largo de la sesión a través de ejercicios en imaginación que creen competidores (imágenes competidoras) efectivos combinando la imagen original negativa con elementos positivos y memorables. Hasta la fecha la reescritura de imágenes se ha aplicado en depresión y trastorno de estrés postraumático como tratamiento breve y en solitario, sin añadir otras técnicas (Brewin et al., 2009; Smucker y Dancu, 2005). En depresión, por ejemplo, los pacientes informan con frecuencia de vívidos recuerdos involuntarios que son multisensoriales, implicando vistas, sonidos, olores... (Patel et al., 2007). Estos recuerdos son a menudo perturbadores y absorbentes y están asociados a un intenso afecto negativo. El porcentaje de pacientes depresivos que informa de recuerdos intrusivos en los estudios realizados hasta el momento oscila entre el 44 por 100 y el 87 por 100.

El hecho de que los recuerdos o memorias intrusivas predigan resultados y aparezca como un importante factor de mantenimiento de los síntomas depresivos (Brewin, Reynolds y Tata, 1999) les convierte en un objetivo potencial para la reescritura de imágenes. Para crear competidores el terapeuta hace una serie de preguntas tales como: «¿Cómo necesitaría sentirse cuando tiene esos recuerdos visuales intrusivos? ¿Controlando la situación?, ¿Protegido?», «¿Qué necesita que suceda en la imagen para sentirse de ese modo?», «¿A qué lugar quiere ir?» «¿Qué le gustaría que ocurriera en ese momento? ¿Cómo tendría que ser la imagen para ser diferente?». Las respuestas del paciente a estas preguntas guían la construcción de las imágenes competidoras.

En un estudio reciente tratamos de esta forma a una serie de personas reclutadas a través de

atención primaria y secundaria (Brewin et al., 2009). No hubo grupo de control, pero se tomaron varias medidas para mejorar la validez. En primer lugar, se seleccionaron pacientes con depresión crónica de modo que fuera menos probable que presentaran remisión espontánea. En segundo lugar, se tomaron datos de línea base durante tres semanas para demostrar la estabilidad clínica de cada paciente. Finalmente, se recogieron datos hasta el seguimiento a un año para demostrar la estabilidad de los efectos del tratamiento. El estudio incluyó a diez pacientes que cumplían los criterios DSM-IV para trastorno depresivo mayor cuyo episodio actual había durado una media de 2,3 años. Seis de los pacientes habían tenido uno o dos episodios previos y cuatro habían tenido más de los que podían contar.

El tratamiento estaba basado en los estudios previos sobre reescritura de imágenes (Arntz y Weertman, 1999; Hackmann, 1998; Smucker y Dancu, 2005), con la diferencia de que se aplicaba únicamente en imaginación (las creencias no se debatían verbalmente en ningún momento, y todos los cambios se introducían a través de imágenes). El tratamiento se aplicó siguiendo el manual (Wheatley, Hackmann y Brewin, 2009) y los pacientes recibieron una media de 8,1 sesiones de terapia (rango 3-19, moda = 7). Las fases del tratamiento fueron las siguientes: 1) el recuerdo perturbador se traía, de forma completa a la consciencia; 2) se elicitaban las experiencias sensoriales, emociones y significados dados a los acontecimientos en el recuerdo; 3) se preguntaba a los pacientes qué necesitaban que ocurriera (en la imagen) para reducir el afecto tóxico; 4) se practicaban distintas versiones de la nueva imagen reescrita hasta que el afecto disminuía y las creencias cambiaban, y 5) se evaluaba a los pacientes para ver si emergían las nuevas memorias.

En la evaluación los pacientes presentaron una media de 2,0 memorias intrusivas (rango 1-3), correspondientes a acontecimientos de 4-48 años anteriores. Estos acontecimientos incluían abuso sexual en la infancia, violencia doméstica, pérdida de seres queridos y procedimientos mé-

dicos dolorosos. En el curso del tratamiento hubo una reducción en las puntuaciones del Inventario de depresión de Beck de 34,1 a 17,5, reflejando un tamaño del efecto pre-post de 1,92. Las puntuaciones se mantuvieron bajas (14,5) a los 12 meses de seguimiento. Al principio del tratamiento los pacientes describían un intenso efecto emocional al centrarse en esos recuerdos: «aunque sabía que hablaría del pasado, no tenía idea de lo potente que podía ser. El recuerdo simplemente me inundaba, me abrumaba y no podía pensar en otra cosa. Estoy de vuelta allí, en esa casa»; «cuando me miro al espejo me sorprende ver a un adulto». Pero al final, su experiencia era muy diferente: «es como si, durante años, me hubieran seguido, y yo intentara huir y esconderme; y entonces de repente me doy la vuelta, les miro y digo: ¿qué queréis de mí?»; «siento como si el fantasma se hubiera ido. Los recuerdos están aún allí, pero ahora se mantienen en el fondo y ya no me asustan».

En total siete de los diez pacientes mostraron una mejoría fiable, y seis, un cambio clínicamente significativo (Jacobson y Truax, 1991). Resulta particularmente interesante saber quiénes se beneficiaron y quiénes no se beneficiaron del tratamiento. A priori, nuestra predicción era que la reescritura tendría menos éxito con los pacientes cuyos recuerdos intrusivos ocurrieran con menos frecuencia. También detectamos durante el estudio que la respuesta al tratamiento era más pobre en los pacientes que experimentaban estresores concurrentes que se relacionaban estrechamente con el contenido de las intrusiones. Por ejemplo, un paciente que tenía recuerdos intrusivos acerca de un familiar enfermo y que informó de que ese familiar estaba nuevamente enfermo e ingresado en el hospital. Es probable que cuatro de los pacientes no se beneficiaran del tratamiento por alguna de estas causas, con una reducción en las puntuaciones de depresión de sólo 7,5 puntos como media. Los otros seis pacientes mostraron reducciones en las puntuaciones de depresión de unos 24 puntos como promedio, lo que indica un efecto del tratamiento extremadamente sustancial e importante.

CONCLUSIONES

De acuerdo con el punto de vista tradicional de la terapia cognitivo-conductual, los resúmenes o extractos de las experiencias pasadas en la memoria («autoesquemas negativos») distorsionan la valoración realista y tienen una influencia fundamental en los síntomas depresivos. Esos esquemas pueden ser evocados y examinados deliberadamente, y pueden cambiarse y hacerse más correctos o adecuados añadiendo información más precisa. Pero en la actualidad está claro que hay muchos tipos de representación en competencia para la recuperación, no sólo resúmenes de experiencias (imágenes, por ejemplo). En la actualidad, sabemos que las emociones negativas pueden reaparecer incluso después de una terapia exitosa, sugiriendo que las representaciones no se han modificado permanentemente. Finalmente, hemos aprendido que se pueden alcanzar resultados positivos incorporando información no realista y sin utilizar reestructuración cognitiva.

Lo que parece más plausible ahora es que la mayoría de terapias, incluyendo la terapia cognitivo-

conductual tradicional, son esencialmente reconstructivas e imaginativas más que racionalistas. Las representaciones problemáticas no son «procesadas» o «transformadas», sino que permanecen intactas. Como he defendido en otro sitio (Brewin, 2006), el «procesamiento emocional» de los recuerdos consiste en la construcción y fortalecimiento de recuerdos competidores que son lo suficientemente similares para ser recuperados por los recordatorios, pero lo bastante diferentes para preservar los sentimientos positivos. Según esta perspectiva, las técnicas de terapia cognitiva son muy efectivas, pero funcionan porque los nuevos recuerdos que generan se recuperan con facilidad, y no porque sean más racionales. Otras técnicas pueden ser tan efectivas como aquéllas, como por ejemplo la reescritura de imágenes, la cual utiliza el aprendizaje rápido para ayudar a las imágenes positivas a ganar en la competencia por la recuperación. Estas revelaciones implican que es probable que existan múltiples oportunidades para la innovación y la creación de nuevas y más efectivas intervenciones cognitivo-conductuales en el futuro.

REFERENCIAS

- Anderson, M. C., Bjork, R. A. y Bjork, E. L. (1994). Remembering can cause forgetting - retrieval dynamics in long-term-memory. *Journal of Experimental Psychology-Learning Memory and Cognition*, 20(5), 1063-1087.
- Anderson, M. C. y Green, C. (2001). Suppressing unwanted memories by executive control. *Nature*, 410(6826), 366-369.
- Arntz, A. y Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 715-740.
- Barsalou, L. W. (2003). Situated simulation in the human conceptual system. *Language and Cognitive Processes*, 18, 513-562.
- Balancy, P. H. (1986). Affect and memory - A review. *Psychological Bulletin*, 99(2), 229-246.
- Brewin, C. R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology*, 47, 33-57.
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 373-393.
- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44(6), 765-784.
- Brewin, C. R. y Patel, T. (2010). Auditory pseudohallucinations in United Kingdom war veterans and civilians with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(4), 419-425.
- Brewin, C. R., Reynolds, M. y Tata, P. (1999). Autobiographical memory processes and the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 511-517.
- Brewin, C. R., Wheatley, I., Patel, T., Fearon, P., Hackmann, A., Wells, A. et al. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 569-576.

- Carver, C. S., Lawrence, J. W. y Scheier, M. F. (1999). Self-discrepancies and affect: Incorporating the role of feared selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(7), 783-792.
- Conway, M. A. y Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107(2), 261-288.
- Evans, J. S. B. T. (2004). *If*. Oxford: Oxford University Press.
- Hackmann, A. (1998). Working with images in clinical psychology. En A. S. Bellack y M. Hersen (eds.), *Comprehensive clinical psychology* (vol. 6, pp. 301-318). Nueva York: Elsevier.
- Higgins, E. T., Klein, R. y Strauman, T. (1985). Self-concept discrepancy theory - a psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Social Cognition*, 3(1), 51-76.
- Ingram, R. E. (1984). Toward an information-processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 8(5), 443-477.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance - a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Korrelboom, K., Marissen, M. y Van Assendelft, T. (2011). Competitive Memory Training for low self-esteem in patients with personality disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 1-19.
- Markus, H. y Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept - A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.
- Patel, T., Brewin, C. R., Wheatley, J., Wells, A., Fisher, P. y Myers, S. (2007). Intrusive images and memories in major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2573-2580.
- Sloman, S. A. (1996). The empirical case for two systems of reasoning. *Psychological Bulletin*, 119(1), 3-22.
- Smucker, M. y Dancu, C. V. (2005). *Cognitive behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Imagery rescripting and reprocessing (2nd ed.)*. Nueva York: Jason Aronson.
- Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression - cause, effect, or reciprocal relationship. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5(1), 3-25.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Nueva York: W. W. Norton.
- Watkins, P. C. (2002). Implicit memory bias in depression. *Cognition y Emotion*, 16(3), 381-402.
- Wheatley, J., Hackmann, A. y Brewin, C. R. (2009). Imagery rescripting for intrusive sensory memories in major depression following traumatic experiences. En N. Grey (ed.), *A casebook of cognitive therapy for traumatic stress* (pp. 78-92). Hove: Routledge.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative means to the therapeutic ends*. Nueva York: W. W. Norton.

¿Es posible aplicar los tratamientos eficaces en la práctica cotidiana de una clínica privada?

10

JUAN SEVILLÁ GASCÓ

1. ¿ES POSIBLE APLICAR LOS TRATAMIENTOS EFICACES EN LA PRÁCTICA COTIDIANA?

A continuación trataremos de analizar con detalle qué puede significar esta pregunta para un terapeuta cognitivo-conductual. Teniendo en cuenta la terapia en un contexto privado, en el que los clientes pagan sesión por sesión, usar técnicas eficaces, empíricamente validada experimentalmente, ¿aumenta el nivel de efectividad? En otras palabras, usar este paradigma de trabajo, ¿hace que el número de clientes que superan sus problemas gracias a la terapia sea mayor?

Una vez más habrá que reflexionar. ¿Tenemos evidencias de que las técnicas eficaces, validadas en investigación, son más efectivas, producen mejores resultados en la práctica clínica real? Ante esta pregunta inferimos que es así, creemos que es así, deducimos, eso sí, con una lógica aplastante, que debe ser así. Pero o no tenemos o tenemos muy pocos estudios que vayan en esa línea. A destacar uno de los que se presenta en esta obra.

En este punto al profesional se le puede plantear una cierta intranquilidad y preocupación, y hacerse otra pregunta: ¿qué pasaría si le preguntáramos a un terapeuta que no comparta el modelo de técnicas empíricamente validadas, por ejemplo a un psicoanalista, si cree que su tratamiento es efectivo? Con seguridad la respuesta sería ¡sí! Esto nos indica que la respuesta de los profesionales que aplican diferentes terapias es la misma, y si preguntamos por qué esa seguridad

al dar la respuesta cada uno diría que la experiencia clínica se lo ratifica.

La conclusión inevitable sería pensar que se necesitan estudios que demuestren que, efectivamente, usar técnicas eficaces desemboca en que esas técnicas sean realmente más efectivas.

Cuando se investiga, se pone a prueba la eficacia de una técnica o protocolo de tratamiento. Y para ello tenemos un método de investigación potente, un diseño fiable que nos garantiza que podemos establecer relaciones de causalidad en los resultados. Se manualizan los tratamientos, se entrena a los experimentadores, se usan instrumentos de medida fiables, muestras del tamaño adecuado, grupos control y seguimientos lo suficientemente largos, entre otros. Todo ello es necesario para llegar a la conclusión acerca de si la técnica evaluada es eficaz o no para tratar un determinado problema psicológico.

Pero se nos olvida algo: la persona, el cliente. Al cliente sólo se le tiene en consideración para que cumpla unos requisitos de admisión y asignarlo aleatoriamente a un grupo experimental. En la práctica real esto no se puede hacer así. Por muchas evidencias que tengamos de que una determinada técnica sea eficaz para tratar un determinado problema, ésta no funcionará si no encaja con la persona que ha de recibir la terapia. Por ejemplo, imaginemos a una persona con un trastorno obsesivo compulsivo. La literatura científica es clara, la estrategia a aplicar es la exposición in vivo con prevención de respuesta. Si no tenemos en cuenta las características personales de

este individuo, cuando le proponemos la técnica, la respuesta puede ser negativa. Para usar con éxito la exposición in vivo, la persona tiene que cumplir unos prerrequisitos básicos, o dicho de otra forma, y usando terminología clásica conductual, tener unos haberes conductuales. En este caso, serían saber aguantar la aversión que, como efecto secundario, provoca la exposición. Si el cliente no poseyera esa habilidad, o no aceptará someterse a esta tecnología, o abandonara tras probarla, no se podría concluir la terapia.

La respuesta de terapeutas inteligentes y cualificados, como Paul Salkovskis, sería la de usar la ciencia clínica. La ciencia clínica se basa en el uso simultáneo de lo mejor de ambos mundos: la investigación y la práctica clínica.

La ciencia, los datos empíricos de investigación, nos dicen claramente cuáles son las técnicas más eficaces para tratar cada trastorno emocional. Pone límites, y frena el exceso de creatividad o intuición terapéutica. No se puede aplicar las técnicas que se creen más eficaces, sino las que está probado que lo son. Y esto no es sólo uno de los deberes de los clínicos, sino también es un imperativo ético.

La clínica, la práctica real, el trabajo con clientes reales, no con análogos experimentales, o con versiones descafeinadas de los problemas, impone un diseño $n = 1$. Cada persona es única, irrepetible, singular, genuina. Cuando sufre un problema cada persona es única, ella misma, y su organismo, también. Así se han de tener en cuenta las características peculiares de cada cliente como una variable importante para elegir el tratamiento más adecuado, partiendo obviamente, de los límites impuestos por el concepto de técnica eficaz. A veces se habla de cuestiones muy evidentes, como la edad o el estado físico de la persona, y otras un poco más complejas de apreciar como el grado de autocontrol, la motivación para el cambio, la habilidad para imaginar o la capacidad metacognitiva.

De esta forma el terapeuta se basa en las técnicas empíricamente validadas, pero adaptando los tratamientos a la medida del cliente y teniendo en cuenta sus singularidades. El objetivo será conseguir la mayor efectividad posible.

Antes de terminar este capítulo es bueno advertir y recordar tres mitos en terapia cognitivo-conductual que sorprendentemente muchos terapeutas siguen creyendo y por ello siguen realizando actuaciones terapéuticas en algunos casos incorrectas y en otros mejorables. El primero de ellos se refiere a la aplicación de la detención de pensamiento en trastorno obsesivo-compulsivo. El segundo, al uso indiscriminado del entrenamiento en relajación para los diferentes trastornos de ansiedad. Y el tercero, al uso también indiscriminado del entrenamiento de habilidades sociales para la fobia social.

La detención de pensamientos es una técnica clásica basada en el condicionamiento clásico aversivo que, sin ser los autores, Wolpe y Lazarus popularizaron en los años setenta. Publicaron estudios de caso en los que, al parecer, la técnica era efectiva. Y de ahí, la comunidad profesional infirió no sólo que era efectiva, sino eficaz. Se asumió que era la mejor opción terapéutica para los llamados obsesivos puros, es decir, los que tenían obsesiones pero no rituales. Concepto que también es rotundamente falso. No es una técnica adecuada porque, en primer lugar, es contraria al modelo psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo. ¿Qué diferencia hay entre el uso de la detención de pensamiento y un ritual encubierto? Ninguna. En los años ochenta el doctor Paul Emmelkamp demostró que esta técnica no era eficaz en absoluto.

Así que no hay excusa. La próxima vez que usted, como terapeuta, se plantee la posibilidad de usar detención de pensamiento con un cliente obsesivo, grítese a sí mismo stop y desista de semejante despropósito.

La relajación, probablemente por la influencia de Joseph Wolpe y su desensibilización sistemática, reina en el tratamiento de las fobias específicas, se aplicó durante varias décadas de forma invariable y parecía razonable. Qué mejor antídoto de la ansiedad, como decía un viejo libro, que

la relajación. Esta falacia lógica proviene de una forma de aplicar la terapia de conducta tomada prestada de la medicina: trabajar el síntoma. Es decir, si tiene ansiedad fisiológica, quitémosla con un ansiolítico natural: la relajación. Pero así no funciona la psicología humana. Un trastorno de ansiedad se mantiene porque la conducta operante produce el refuerzo negativo que instala toda la secuencia. Este elemento tiene que ser la conducta objetivo, no la fisiología alterada.

Además, los últimos estudios realizados en los ochenta demostraban que incluso en la mítica desensibilización sistemática, la relajación no era un ingrediente activo. David Barlow, en la primera mitad de los años noventa, demostró que la relajación tampoco era un ingrediente activo en su protocolo pionero del tratamiento del pánico.

El único trastorno de ansiedad en el que la investigación demuestra la eficacia de la relajación, es en el trastorno de ansiedad generalizada, y aun así son datos a revisar y vienen del trabajo de Tom Borkovec desde finales de los años ochenta.

Así pues, estimado lector, la próxima vez que esté tentado de usar relajación en un cliente con un trastorno de ansiedad, aplíquesela a usted mismo y sienta cómo su cuerpo se distiende, pero no la use con él o ella.

Finalmente, el uso indiscriminado del entrenamiento de habilidades sociales será el último mito que revisaremos. La idea viene de la gran

influencia del paradigma de la asertividad, enormemente popular en los años setenta y ochenta, con autores como Manuel J. Smith, los Galassi, o Flowers. Sin embargo, a principios de los años noventa Richard Heimberg demuestra que solo un 18% escaso de los fóbicos sociales poseen, en verdad, un repertorio insuficiente, un déficit real de habilidades sociales. Son hábiles, pero la ansiedad les impide usar su repertorio eficaz siempre que su nivel de activación esté fuera de control. Es como si a un cliente con fobia a los exámenes le enseñáramos técnicas de estudio. Ese no es el problema: sabe estudiar y de hecho lo hace, pero se pone tan ansioso que o evita presentarse, o si consigue presentarse, la ansiedad le impedirá usar los conocimientos acumulados durante el estudio. Por otra parte, no se puede negar que el entrenamiento de habilidades funciona, probablemente por el elemento de exposición que implica. El profesor Heimberg y otros investigadores han desarrollado tratamientos basados en la terapia cognitiva y la exposición mucho más directos que el entrenamiento de habilidades sociales. Obviamente en clientes con inhabilidad social, sí empezáramos con este entrenamiento.

Así pues, antes de incluir a un cliente con miedos sociales en un grupo de habilidades sociales, habrá que preguntarse si ese cliente no tiene las habilidades sociales, o si simplemente no las puede usar porque está muy ansioso.

La aplicación de los tratamientos eficaces en servicios públicos de salud mental

11

CONCEPCIÓN LÓPEZ SOLER, JULIO C. MARTÍN SANCHO
Y ASCENSIÓN GARRIGA PUERTO

1. SALUD MENTAL Y SU ATENCIÓN EN SERVICIOS PÚBLICOS

Reflexionar sobre la aplicación de tratamientos eficaces en salud mental comunitaria requiere analizar diferentes aspectos de estos servicios públicos, tales como demanda asistencial, tipos y número de profesionales y organización asistencial en cada comunidad autónoma, entre otros aspectos relevantes.

La salud mental en nuestra sociedad es un problema de primer nivel tanto por las altas tasas de prevalencia como por su importancia como causa de incapacidad en la población. A nivel mundial, un 10 por 100 de adultos tiene un problema de salud mental, y un 20 por 100 de menores presenta problemas emocionales, de conducta o de desarrollo (Ministerio Sanidad, 2009). Se estima que en 2020 las alteraciones neuropsicopatológicas serán responsables del 15 por 100 de las discapacidades a nivel mundial, y la depresión, del 5,7 por 100. En España un 15,5 por 100 de personas están en riesgo de sufrir problemas mentales, siendo superior el porcentaje de mujeres (19,9 por 100) que el de hombres (11 por 100), y estos datos son similares en las diferentes CCAA. El Observatorio para la Infancia indica que aproximadamente el 20 por 100 de menores de 16 años están en riesgo, de los cuales un 12 por 100 presentan algún trastorno clínicamente significativo, y un 11,5 por 100 afecta a mayores de esa edad, siendo superior en mujeres que en hombres (16,3 por 100, 6,6) (Ministerio de Sanidad, 2009).

En 2007 el número de ingresos hospitalarios por problemas de salud mental fue de 75.724, con mayor proporción de mujeres (41.550), y el número de suicidios fue superior a 3.200.

La Organización Mundial de la Salud realizó un estudio sobre salud mental a nivel mundial, y en el subproyecto europeo, denominado European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED/MEDHEA, 2000), con participación de seis países, entre ellos España, la prevalencia-vida encontrada para los trastornos mentales en el conjunto de Europa fue del 25 por 100, con una prevalencia-año del 9,8 por 100. En España el 20 por 100 de los participantes había tenido algún trastorno mental a lo largo de su vida, y en el último año se registró un 8,4 por 100. Los trastornos más frecuentes fueron los de ansiedad y los afectivos, con una alta comorbilidad entre ellos.

Las consecuencias de no establecer programas de diagnóstico y tratamiento eficaces en salud mental son muy graves y claramente injustificadas desde una perspectiva científica, ya que la validez empírica de los tratamientos psicológicos para cada trastorno psicopatológico es una realidad comprobada, y este libro expone el estado actual de esta cuestión.

Los datos respecto a los profesionales de los servicios públicos de salud son poco homogéneos y difíciles de obtener y contrastar, ya que no se corresponden las cifras que se pueden obtener a través del Ministerio de Sanidad con las obtenidas en las propias CCAA, y en diferentes documentos oficiales referidos al mismo período de tiempo. El

informe de la OMS de octubre de 2008 indicaba que España estaba por debajo de la media europea en número de psiquiatras y psicólogos: mientras que la ratio media de psiquiatras por 100.000 habitantes era de 9, en España se situaba en 6, y respecto a psicólogos, en 4, con una media europea de 9,5 por 100.000 habitantes. En Austria y Finlandia las ratios se situaban en 63 y 47 psicólogos por 100.000 habitantes respectivamente, destacando que en la mayor parte de países avanzados en materia de salud mental la ratio de psicólogos es bastante más alta que la de psiquiatras. La recogida de información en los documentos oficiales es poco sistemática, y en este sentido resulta interesante y desconcertante comprobar que no aparecen los especialistas en psicología clínica en el documento del Sistema Nacional de Salud de 2010, apartado Recursos y Actividad del Sistema Nacional de Salud, epígrafe Personal sanitario colegiado, en el que aparecen profesionales de la medicina, veterinaria, enfermería, farmacia, odontología y estomatología.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) establece que debe existir equidad en las prestaciones sanitarias que las personas reciben en todo el territorio español y por tanto en las diferentes comunidades autónomas. Sin embargo, la planificación sanitaria, la salud pública y la gestión de los servicios de salud son competencias propias de las CCAA, lo que dificulta que la realidad sea homogénea, a pesar de que se establece la coordinación de toda la política sanitaria a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aunque las propuestas que se realizan en este órgano no son de obligado cumplimiento. En este sentido el SNS establece dentro de la cartera de servicios la psicoterapia, aunque no todas las CCAA lo incluyen en el plan de salud concreto que elaboran en las diferentes consejerías de sanidad de cada autonomía (tabla 11.1), lo cual tampoco implica exactamente que no se realicen tratamientos psicológicos en los centros de salud mental (CSM) y otros dispositivos sanitarios y no sanitarios financiados con fondos públicos.

TABLA 11.1

Resumen de información por CCAA, documento de la Evaluación de la Estrategia en SM

PSICOTERAPIA EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES					
Comunidades Autónomas	Incluido plan salud	Incluido acuerdo gestión	Sistema medición	Evaluado	Resultado fuente
Andalucía/Cataluña	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Aragón/Baleares/Castilla y León	Sí	No	No	No	No
Asturias/Murcia/País Vasco	Sí	Sí	Sí	No	No
Canarias/Cantabria/Extremadura/Madrid	No	No	No	No	No
Ceuta y Melilla/Castilla-La Mancha	No	Sí	No	No	No
C. Valenciana/Galicia/La Rioja	Sí	Sí	No	No	No
Navarra	No	No	Sí	No	No
Total nacional (18)	Sí 11	Sí 10	Sí 6	Sí 2	Sí 2

Como informa el documento sobre Evaluación de la Estrategia en Salud Mental en el SNS (2010), en base a datos proporcionados por diferentes CCAA, once de ellas indican que la psicoterapia forma parte del plan regional de salud, aunque sólo dos han evaluado su desarrollo y han publicado la evaluación: Andalucía y Cataluña. En este mismo documento se recomienda que se llegue a una «definición consensuada de psicoterapia con unos criterios mínimos de calidad» (p. 65).

2. LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Una forma de conseguir que en diferentes zonas se apliquen los mismos procedimientos y enfoques terapéuticos es ofrecer a los dispositivos y profesionales guías sobre buenas prácticas clínicas en diferentes trastornos, que se sustentan en gran medida en investigaciones empíricas sobre eficacia de los diferentes tratamientos.

El SNS establece en la actualidad una serie de Guías de Prácticas Clínicas (GPC) que el Ministerio de Sanidad define como «un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica». Las guías tienen como fin homogeneizar y mejorar la atención clínica a las personas con problemas de salud. En 2006 se puso en marcha el Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el SNS, coordinado por GuíaSalud, que a su vez fue creado en 2003 por el Consejo Interterritorial del SNS. En la actualidad están publicadas trece GPC (tabla 11.2). En la breve referencia que hacemos de cada guía respecto a los tratamientos psicológicos, respetamos los términos y expresiones concretas que aparecen en ellas; así, psicoterapia, intervenciones psicológicas o tratamientos son los que emplea la propia guía. De la misma forma hemos recogido comen-

tarios o recomendaciones acerca de los profesionales responsables de aplicar los tratamientos cuando así aparece en la guía, ya que no en todas ellas se hace mención de este aspecto.

TABLA 11.2

Guías de Práctica Clínica del SNS (página web Ministerio, 2011)

- GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008).
- GPC para el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto (2008).
- GPC sobre Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2008).
- GPC sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2008).
- GPC de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009).
- GPC sobre la Depresión Mayor en Infancia y en la Adolescencia (2009).
- GPC para el Manejo de Pacientes con Trastorno del Espectro Autista en Atención Primaria (2009).
- GPC sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infanto-Juvenil (2009).
- Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Salud Mental (2009).
- GPC sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes (2010).
- GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2011).
- GPC sobre Trastorno Límite de la Personalidad (2011).
- GPC de Actuación en Salud Mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja (2011).

La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria tiene como objetivo proporcionar a los profesionales recomendaciones prácticas basadas en evidencia científica que permitan reconocer, evaluar y tratar de forma efectiva estos trastornos. Concretamente, la guía contempla los tratamientos más efectivos para la ansiedad generalizada, el trastorno de angustia y la crisis de angustia-pánico. En

el resumen de las recomendaciones indica como tratamiento psicológico de referencia la terapia cognitivo-conductual con una combinación de técnicas: reestructuración cognitiva, exposición, relajación y desensibilización sistemática, aplicadas en unas diez sesiones y durante aproximadamente unos seis meses como media. El tratamiento puede ser aplicado de forma individual o en grupo, ya que los efectos son similares, aunque indica que el tratamiento individual tiene una tasa de abandono menor que el tratamiento en grupo. En atención primaria, específicamente, se recomienda la aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales y talleres grupales de relajación. De la misma forma se recomienda terapia cognitivo-conductual para el trastorno de angustia con una media de ocho a dieciséis sesiones de periodicidad semanal, mientras que para las crisis de pánico se indica psicoeducación, entrenamiento en manejo de síntomas y ejercicios de relajación y respiración, junto a técnicas de exposición. También se describen detalladamente los tratamientos farmacológicos que pueden aplicarse en cada uno de estos trastornos, y por último se indica el posible tratamiento combinado, psicológico y farmacológico, indicándose que se recomienda o el tratamiento combinado o el tratamiento cognitivo-conductual solo frente a la utilización del psicofármaco por su ventaja en términos de gravedad y cambio global de los síntomas, aunque se debe respetar la preferencia del paciente. Sorprende que la Guía para Atención Primaria deje tan clara la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual incluso favoreciendo esta estrategia frente al psicofármaco por dos razones: la primera de ellas es la escasa presencia de psicólogos clínicos en atención primaria en muchas CCAA, y la segunda, que en estos dispositivos el tratamiento de elección para personas que debutan con trastornos de ansiedad es el farmacológico.

La **Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto** denomina el tratamiento psicológico concretamente «psicoterapia», y en el caso de la depresión leve y moderada indica que debería considerarse un tratamiento psicológico breve específico, tal como la terapia de solución de problemas, la terapia cognitivo-con-

ductual breve o el *counselling*, durante unas seis u ocho sesiones. Para la depresión grave o resistente se indica la terapia cognitivo-conductual como la más apropiada, aunque la terapia interpersonal puede considerarse una alternativa razonable. En esta depresión el número de sesiones adecuadas oscilaría entre dieciséis y veinte durante al menos cinco meses. También propone que las intervenciones psicológicas deberían ser realizadas por profesionales con experiencia en el manejo de la depresión y expertos en la terapia aplicada, lo que resulta desconcertante, ya que en la actualidad en el SNS son los especialistas en psicología clínica y psiquiatría quienes tienen competencia para este tipo de actividad, aunque en la práctica clínica las tareas psicoterapéuticas parecen estar peligrosamente distribuidas entre diferentes tipos de personal sanitario y no sanitario (personal de enfermería y trabajo social preferentemente).

La **Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente** introduce las intervenciones psicosociales refiriéndose a una serie de medidas encaminadas a minimizar la vulnerabilidad del paciente ante las situaciones de estrés, facilitar los procesos de recuperación, reforzar su adaptación y su funcionamiento familiar, social y laboral. Indica que también puede favorecer la modificación de estilos de funcionamiento poco adaptativos. En esta guía se indica que la elección de un determinado abordaje estará en función tanto del paciente como de la situación clínica y, entre otros aspectos, de los recursos existentes en un momento dado, igual que en la depresión se recomienda que las intervenciones psicosociales se realicen por profesionales con una formación específica y con suficiente experiencia y cualificación, y que exista disponibilidad y constancia por parte del profesional para mantener un vínculo a largo plazo. En cuanto al tipo de intervenciones psicosociales que propone son las siguientes, denominadas de la misma forma y orden que aparecen en el documento:

1. Terapia cognitivo-conductual.
2. Psicoterapia de apoyo.
3. Psicoterapia psicodinámica.
4. Psicoeducación.

5. Intervenciones familiares.
6. Rehabilitación cognitiva.
7. Entrenamiento en habilidades sociales.
8. Entrenamiento en actividades de la vida diaria.
9. Actividades expresivas (arteterapia, musicoterapia, etc.).
10. Apoyo a la inserción laboral.
11. Recursos de vivienda.

El propio documento indica que los tres primeros apartados son tratamientos psicoterapéuticos específicos, mientras que considera que la psicoeducación y las intervenciones familiares se pueden desarrollar también como tratamientos específicos o pueden estar incluidas en el marco de otras intervenciones. Sorprende que la psicoterapia psicodinámica aparezca como tratamiento de elección en procesos psicóticos y que la psicoeducación y la intervención familiar puedan realizarse fuera del marco de un tratamiento psicológico específico. Igualmente alarmante es considerar que el profesional que realice el tratamiento psicológico debe tener formación y experiencia adecuadas y no indica concretamente, ni en este caso ni en muchos otros trastornos mentales, que es necesario que sea realizado por especialistas en psicología clínica y psiquiatría.

La **Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria** indica como terapias psicológicas aquellas encaminadas a la reducción del riesgo, a lograr un aumento de peso en función de una alimentación saludable, una disminución de otros síntomas presentes y la facilitación de la recuperación física y psicológica. Concretamente las terapias psicológicas que se consideran adecuadas para la anorexia nerviosa son la terapia cognitivo-conductual, la terapia familiar sistémica, la terapia interpersonal, la terapia psicodinámica y la terapia conductual. En cualquier caso, el tratamiento psicológico debe ser de tres meses cuando se realiza de manera ambulatoria y de doce meses en pacientes que han requerido hospitalización. Específicamente para el trastorno alimentario tipo bulímico recomienda únicamente como terapia psicológica la terapia cognitivo-conductual adap-

tada, y de dieciséis a veinte sesiones, durante un período de cuatro o cinco meses de tratamiento.

La **Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave** indica que la terapia cognitivo-conductual es la intervención psicológica de elección. Valora que respecto a la psicoterapia psicodinámica y el abordaje psicoanalítico no se ha encontrado suficiente evidencia para efectuar su recomendación en las personas con trastorno mental grave. En la prevención de recaídas, y cuando el diagnóstico es de trastorno bipolar, sería recomendable valorar la terapia interpersonal en el tratamiento. Igualmente se considera que en todos los casos la intervención familiar es una parte del tratamiento psicológico. Además, se recomiendan sesiones psicoeducativas y rehabilitación cognitiva, y con relación a otras posibles intervenciones psicoterapéuticas, se indica que no se ha encontrado suficiente evidencia que apoye su recomendación.

La **Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia** indica que el tratamiento en infancia y adolescencia debe ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y/o psicosociales que mejoren el bienestar y funcionamiento de los menores. Se recomienda derivar inicialmente a salud mental infanto-juvenil aquellos casos que presenten depresión con ideación suicida o conductas autolesivas y/o con comorbilidades graves aunque el grado de depresión sea leve. En atención especializada en salud mental el tratamiento que se recomienda es de terapia psicológica de tipo cognitivo-conductual, familiar o interpersonal, durante un período de ocho a doce semanas con una sesión semanal. Con carácter general no se recomienda la utilización de fármacos antidepressivos en el tratamiento inicial de menores con depresión leve. En los casos de depresión mayor moderada y grave se derivará desde el inicio a salud mental infanto-juvenil, y la psicoterapia será como mínimo de ocho a doce semanas. Se indica que los tres tipos de terapia descrita anteriormente son las que han informado de mejores resultados. En la depresión grave en adolescentes se recomienda específicamente aplicar terapia cog-

nitivo-conductual junto con el tratamiento farmacológico (fluoxetina). El tratamiento combinado se recomienda especialmente en menores con historia personal y familiar de ideación y/o conductas suicidas. En menores de doce años se recomienda inicialmente la terapia cognitivo-conductual o familiar, y sólo ante la imposibilidad de su aplicación o de una mala evolución se recomienda el tratamiento farmacológico.

La **Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastorno del Espectro Autista en Atención Primaria** se centra fundamentalmente en la detección, el diagnóstico y el seguimiento de los trastornos del espectro autista y no incluye recomendaciones de tratamiento ni generales ni específicas.

La **Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infanto-Juvenil**, en el apartado de tratamiento, especifica que la terapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia tanto en tratamiento individual como grupal, aunque el nivel de eficacia es moderado. Las intervenciones combinadas han mostrado una efectividad más alta que los programas específicos; así la dieta (nutrición), el ejercicio físico y la modificación conductual parece el programa terapéutico más recomendable en obesidad infantil, lo que implica trabajar con el menor y su familia.

La **Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la Esquizofrenia en Salud Mental** propone que la intervención psicológica forme parte de los tratamientos en este trastorno, y sus objetivos son:

- Reducir la vulnerabilidad del paciente.
- Disminuir el impacto de las situaciones y eventos estresantes.
- Aumentar la adherencia al tratamiento.
- Disminuir el estrés y la discapacidad para minimizar los síntomas.
- Reducir el riesgo de recaídas.
- Mejorar la comunicación y las habilidades de afrontamiento.
- Acoger a la familia y atender las situaciones emocionales que se producen en el desarrollo de la enfermedad.

En la intervención psicológica se diferencia entre la terapia y la intervención en la familia. Res-

pecto a la primera, y para los síntomas positivos, se recomienda el tratamiento cognitivo-conductual, y especialmente en personas con síntomas positivos persistentes, indicando el riesgo de aplicar otras terapias. La duración temporal mínima es de seis meses con un mínimo de diez sesiones, indicándose expresamente que tratamientos de menos duración e intensidad no son eficaces. Se informa de que la terapia psicodinámica empeora las condiciones de la persona con esquizofrenia específicamente en las primeras fases. La guía va estableciendo recomendaciones de terapias o estrategias concretas en función del objetivo diana, a partir de estudios controlados o a partir de evidencia empírica.

La **Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes** indica, en el apartado de tratamiento psicológico, que la intervención psicológica que ha mostrado alguna evidencia científica de eficacia es la terapia cognitivo-conductual que incluye entrenamiento para padres. Esta guía va repasando los estudios empíricos controlados para analizar la eficacia de la intervención psicológica en distintos síntomas del TDAH, que es evaluada a partir de información proporcionada por diferentes informantes (padres y profesores). Sí indica la evidencia científica sobre la eficacia de la intervención psicológica para la edad escolar (seis-doce años). De la misma forma, en este rango de edad hay evidencia de efecto positivo de la intervención psicológica en sintomatología de problemas de comportamiento. Asimismo, en la edad escolar también se encuentra efecto positivo de la intervención psicológica en la mejoría de las habilidades sociales del menor. Las recomendaciones sobre el tratamiento psicológico se centran en la aplicación de un programa de entrenamiento conductual para padres como tratamiento inicial de niños y adolescentes diagnosticados de TDAH con o sin comorbilidad en las siguientes condiciones: cuando los síntomas son leves, el impacto del TDAH es bajo, hay discrepancias en la valoración entre distintos informantes, no es seguro el diagnóstico de TDAH, los padres rechazan la medicación y en niños menores de cinco

ños. Sin embargo, en el resumen de la evidencia empírica y en el primer párrafo, se indica que hay una fuerte evidencia científica sobre los efectos positivos de la intervención psicológica tanto en los síntomas TDAH como en los problemas de conducta percibidos por los padres a corto y medio plazo. En el segundo párrafo se informa de que la evidencia es limitada respecto a la variable autoeficacia en el seguimiento a corto plazo (tres-seis meses). Seguidamente, se indica que no hay evidencia científica de los efectos positivos del tratamiento a corto plazo en la percepción de los profesores de los síntomas TDAH y de los problemas de conducta. Respecto a la modalidad individual o grupal, la guía indica que hay evidencia de que el formato grupal es más efectivo que el individual. Se incluye en el resumen de la evidencia científica que la guía de la AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007) recomienda el tratamiento farmacológico y/o conductual como primera elección teniendo en cuenta los tratamientos que han demostrado efectividad y las preferencias familiares. También deben tenerse en cuenta la edad del paciente, la gravedad de los síntomas, su repercusión funcional y características familiares. En este caso se indica que el tratamiento farmacológico debe iniciarlo un médico adecuadamente cualificado y experto en el tratamiento del trastorno. No aparece ninguna indicación de la cualificación que debe tener el profesional de la psicología que atiende al menor y a la familia.

La **Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida**, en el resumen de la evidencia y respecto a las intervenciones psicoterapéuticas, indica que las terapias cognitivo-conductuales son efectivas en conductas suicidas al compararlas con grupos de no tratamiento o de tratamiento habitual. Este tipo de terapias son más efectivas en la reducción de aspectos concretos de la conducta suicida que en la mejoría del estado mental general. El formato individual es superior al grupal en adultos; sin embargo, en adolescentes la terapia grupal parece ser más eficaz que la individual. Cuando la conducta suicida se da en pacientes con trastornos límite de la personalidad, la

eficacia del tratamiento cognitivo-conductual es semejante a la obtenida mediante la terapia dialéctico-comportamental. En adolescentes suicidas con depresión mayor la mejoría es más rápida con la terapia combinada cognitivo-conductual y farmacológica (fluoxetina) que con cualquiera de los dos tipos de tratamiento aplicados individualmente. También se recomienda la terapia interpersonal en adolescentes con riesgo suicida en el ámbito escolar. Se recomienda en las terapias cognitivo-conductuales una frecuencia semanal.

La **Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)** hace un repaso de un gran número de intervenciones psicológicas, e informa de que se recomienda la terapia cognitiva basada en esquemas (TCE) para mejorar la sintomatología del TLP, así como la recuperación clínica y la calidad de vida. Asimismo se recomienda la terapia dialéctico-conductual (TDC) en pacientes con diagnóstico de TLP para reducir la frecuencia de intentos de suicidio, las ideas suicidas y los síntomas depresivos. Esta terapia disminuye la probabilidad de abandono del tratamiento y de ingreso hospitalario. Se informa de que la TDC ha mostrado suficiente evidencia empírica en adolescentes suicidas con trastorno límite.

Considera esta guía que la terapia basada en la mentalización es recomendable a nivel ambulatorio en hospital de día ya que aumenta la adherencia al tratamiento, mejora el curso del trastorno, disminuye los intentos de autolisis y actos autolesivos, reduce hospitalizaciones y mejora el funcionamiento interpersonal y social. Se indica la importancia de atender a familiares a través de actuaciones psicoeducativas y la rehabilitación funcional de las personas con TLP. La guía también ofrece recomendaciones para la gestión de crisis, así como itinerarios y recursos necesarios para la atención de estas personas.

La **Guía de Práctica Clínica Actuación en Salud Mental con Mujeres Maltratadas por su Pareja** indica que el psicólogo clínico, para situarse psicoterapéuticamente, tiene que conocer la relación de causalidad entre estrategias de abuso, coerción y dominación, el ciclo de la violencia y las consecuencias psicológicas que produce en las mujeres

maltratadas. El tratamiento psicológico debe considerar de forma transversal la perspectiva de género con temáticas como los roles, estereotipos, maltrato, machismo, etc. Confirmada la situación de violencia de género, se establecen unas pautas generales, tales como considerar la seguridad y los riesgos para la vida de la mujer (ya sea por asesinato, homicidio o suicidio) y el riesgo para sus hijos, trabajar para establecer una relación de confianza y hacer manifiesta a la mujer la relación de sus síntomas psicológicos con su situación de maltrato (culpabilidad, desvalorización, autoengaño, vergüenza...). Cuando sea posible, ayudarla a la exposición o relato de las situaciones traumáticas sufridas, informándola de los recursos externos que pueden ayudarle a recuperar su vida social.

El trastorno psicopatológico más frecuentemente asociado a la violencia de género es el TEPT. En la mayoría de los casos de violencia de género los eventos traumáticos han sido múltiples y prolongados en el tiempo. En estas circunstancias se recomienda la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y la terapia de movimientos oculares y reprocesamiento, que puede extenderse más de doce sesiones e integrarse en un plan global de cuidados. Se indica que el tratamiento farmacológico no debe ser la primera elección. La combinación de psicoterapia y psicofármacos estará indicada si la intensidad de los síntomas es elevada, después de que, de una manera conjunta con la paciente, se haya puesto de manifiesto la relación entre sus síntomas y el maltrato recibido. En el caso de depresión con ideación autolítica es recomendable utilizar con precaución los ansiolíticos y antidepresivos, ya que el uso de estos fármacos en mujeres maltratadas puede aumentar el riesgo de que la violencia se agrave. Otros enfoques terapéuticos sólo se aplicarán cuando la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma no haya producido cambios, habiendo sido bien aplicada. Este último aspecto es muy importante ya que a menudo las recomendaciones sobre el tratamiento y las especificaciones no son aplicadas correctamente: síntomas, procedimiento, número, secuencia y tiempo de las sesiones, y entonces es conveniente hacer una revisión de estos aspectos, cumplirlos y entonces valorar otras opciones.

Las guías, en su mayoría, no son encargadas por el Ministerio de Sanidad a un equipo concreto y con directrices específicas sobre su contenido, son propuestas por equipos concretos al Ministerio y la mayor parte de ellas son rechazadas (el 85 por 100). Todas indican el inicio de la vigencia y la caducidad de la guía, así como el grupo que lo ha realizado. Además de las señaladas, están disponibles dos más de interés en psicología clínica: la de dependencia a la cocaína y la del manejo de pacientes con insomnio en atención primaria. En paralelo a estas guías clínicas recomendadas por el Ministerio de Sanidad, cada comunidad autónoma ha elaborado su propio catálogo de guías que puede o no coincidir en número y contenido con las del Ministerio. Así encontramos que en alguna comunidad hay vigentes 13 guías, frente a ninguna en otras, según la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS, lo cual no implica necesariamente que en los CSM, en las comunidades con muchas guías, se siga el mismo proceder en la atención de las personas con trastornos mentales, ni que en las que no aparece ninguna guía según esta fuente no realicen tratamientos basados en otras guías. Lo que sí es claro hasta este momento es la variabilidad en la aplicación de guías clínicas basadas en la evidencia, pues no es una práctica obligatoria que garantice a los usuarios los mejores tratamientos psicológicos, y que la información respecto a lo que se hace e incluye a las guías es muy complicada y poco sistematizada.

Si podemos decir que ha habido en los últimos años un gran esfuerzo y avance en la elaboración y propuesta de guías clínicas que mejoren y establezcan los enfoques clínicos, aunque no todas ellas se basan en la misma medida en las evidencias empíricas y en estudios controlados. En este sentido se detecta en alguna de ellas que ha primado el consenso entre profesionales de diferentes paradigmas psicológicos. El problema es que estas guías están disponibles para aquellos profesionales que quieran realizar intervenciones avaladas científicamente, pero no son ni de cumplimiento ni de conocimiento obligados.

ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La responsable del Ministerio de Sanidad en 2004 informó en su comparecencia en el Congreso que promover la salud mental era una prioridad y que se iba a adoptar una iniciativa estratégica para impulsar acciones de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación e inserción social. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, diferenciando las prestaciones específicas que se deben ofertar en atención primaria y en servicios especializados en materia de salud mental (tabla 11.3).

TABLA 11.3

Cartera de servicios en salud mental del Sistema Nacional de Salud

Atención primaria

Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada

Incluye:

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación, en su caso, al servicio especializado correspondiente.
5. Seguimiento, de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales, de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Atención especializada

Atención a la salud mental

Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

1. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
2. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
3. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
4. Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
5. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
6. Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
7. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

Es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el instrumento básico de toda la coordinación de las prestaciones sanitarias, y se debe realizar mediante «potentes dispositivos científicos que informen, analicen, evalúen, en definitiva, den cobertura técnica y social a las principales decisiones que se deban tomar y que

afecten a toda la ciudadanía» (Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, p. 69). El documento plantea que compete tanto al Ministerio de Sanidad como a las CCAA proponer y formular estrategias globales y comunes de promoción del bienestar personal, la prevención de los trastornos mentales en todas las etapas de la vida, así como la educación en salud mental.

En 2006 se publica un importante documento: Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, en el que se plantean seis líneas estratégicas y diez objetivos generales (tabla 11.4).

TABLA 11.4

Líneas estratégicas en salud mental

<ul style="list-style-type: none"> — Línea estratégica 1: promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental. — Línea estratégica 2: atención a los trastornos mentales. — Línea estratégica 3: coordinación interinstitucional e intrainstitucional. — Línea estratégica 4: formación del personal sanitario. — Línea estratégica 5: investigación en salud mental. — Línea estratégica 6: sistema de información en salud mental.

Las líneas estratégicas se desarrollan en una serie de objetivos generales, y cada uno de éstos en otros más específicos. Los diez objetivos generales planteados son los siguientes:

- Objetivo general 1. Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos, que se desarrolla en tres objetivos específicos.
- Objetivo general 2. Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general; se desarrolla en seis objetivos específicos.
- Objetivo general 3. Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas

con trastornos mentales, a desarrollar siguiendo cinco objetivos específicos.

- Objetivo general 4. Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental, con 16 objetivos específicos.
- Objetivo general 5. Implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los pacientes; plantea tres objetivos específicos.
- Objetivo general 6. Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental, con tres objetivos específicos.
- Objetivo general 7. Potenciar la participación de las personas que padecen trastornos mentales y de sus familiares y profesionales en el sistema sanitario público de su comunidad autónoma; plantea tres objetivos específicos.
- Objetivo general 8. Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental, que se desarrolla en un objetivo específico.
- Objetivo general 9. Potenciar la investigación en salud mental, que plantea dos objetivos específicos.
- Objetivo general 10. Mejorar el conocimiento sobre la salud mental y la atención prestada por el Sistema Nacional de Salud, con tres objetivos específicos.

El objetivo 4 es de especial interés para nosotros ya que hace referencia explícita a la mejora de la calidad de las prestaciones en salud mental, así como a asegurar la igualdad de recursos y servicios a los usuarios. Los objetivos específicos relacionados con las prestaciones de calidad en las intervenciones son los siguientes:

- 4.1. Desarrollo e implantación de forma efectiva por las comunidades autóno-

mas de las prestaciones que se incluyen en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la atención especializada.

- 4.4. Aumentar la proporción de personas (pacientes en el texto) con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles.
- 4.9. Adecuación de los servicios con programas específicos para dar respuesta a las necesidades de niños, niñas y adolescentes en materia de salud mental.
- 4.14. Definir e implantar, en el ámbito de cada comunidad autónoma, los protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes y/o de mayor complejidad asistencial en las diferentes etapas de la vida. Se tendrán en cuenta tanto la perspectiva de género como la problemática específica de determinados colectivos de riesgo.

- 4.15. Elaborar, adaptar o adoptar, y posteriormente implantar, en el ámbito de las comunidades autónomas el uso de guías integradas de práctica clínica, de acuerdo con las prioridades y los criterios de calidad establecidos por el Sistema Nacional de Salud.

4. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN LAS DIFERENTES AUTONOMÍAS

En cada estrategia se describe el estado actual de la cuestión, indicadores para su evaluación (que se ha realizado en 2009, y publicado en el documento Evaluación y Actualización de la Estrategia en Salud Mental), recomendaciones para su consecución y ejemplos de buenas prácticas clínicas. Concretamente, y respecto al objetivo específico 4.15, y ya en el documento de evaluación publicado en 2010, se recogen las guías recomendadas en cada autonomía y expuestas en la tabla 11.5, de forma literal.

TABLA 11.5

Guías de práctica clínica implantadas en las diferentes comunidades autónomas

Andalucía (16)

1. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión para la aplicación en la práctica clínica.
2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia.
3. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of Psychiatric Disorders.
4. Clinical Guidelines for the treatment of Depressive Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2001, 46, Supplement 1.
5. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Treatment of Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2005.
6. Fountoulakis, K. N., Vieta, E. et al. Treatment Guidelines for Bipolar Disorders: a critical review. *Journal of Affective Disorders*, 2005, 86: 1-10.
7. Gunderson, J. G. *Trastornos límites de la personalidad. Guía clínica*. Edit. Ars Médica. Barcelona, 2002.
8. Mezzich J. E., Berganza, C. E. et al. Essentials of the World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic assessment (IGDA). *British Journal of Psychiatry*, 2003, 182, Supplement 45.
9. Mueser, K. T., Torrey, W. C. et al. Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness. *Behavior Modification*, 2003, 27, 3: 387-341.
10. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression: management of depression in primary and secondary care. *Clinical Guideline 23*, 2004.

TABLA 11.5 (continuación)

11. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. *Clinical Guideline 1*, 2002.
12. Perona, S., Cuevas, C., Vallina, Ó. y Lemos, S. *Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. Guía clínica*. Madrid, Minerva, 2003, 52(6), 771-779.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network Bipolar Affective Disorder. A national clinical guideline. Mayo, 2005.
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Psychosocial interventions in management of schizophrenia: a national clinical guideline. Edimburgo, SIGN, 1998.
15. Fornés Vives, J. y Carballal Balsa, M. C. *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Editorial Médica Panamericana, 2001, Madrid.
16. American Psychiatric Association. *Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario*. Ars Médica, 2.ª Edición. APA, 2001.

Aragón (0)**Asturias (Principado de) (5)**

1. Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) Demencia.
2. Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) Ansiedad.
3. Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) Depresión.
4. Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) Alcoholismo.
5. Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) Dolor crónico musculoesquelético.

Baleares (Islas) (0)**Canarias (1)**

1. Guía de práctica clínica de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.

Cantabria (0)**Castilla y León (4)**

1. Guía Básica de Funcionamiento del Hospital de Día Psiquiátrico.
2. Guía Básica de Funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica.
3. Guía Básica de Funcionamiento del Centro de Rehabilitación Psicosocial.
4. Guía de Apoyo para la Atención de los Trastornos Mentales en Atención Primaria.

Castilla-La Mancha (0)**Cataluña (4)**

1. Guía de esquizofrenia y trastorno psicótico incipiente.
2. Guía de trastornos de la conducta alimentaria.
3. Guía de juego patológico y otras socioadicciones.
4. Programa de mantenimiento con metadona.

Comunidad Valenciana (15)

1. GPC para el abordaje de trastornos depresivos desde atención primaria.
2. GPC para el abordaje de primeros episodios.
3. Guía de psicofármacos.
4. GPC de delirium.

TABLA 11.5 (continuación)

5. Abordaje multidisciplinar de psicogeriatría.
6. Intervención patología dual grave.
7. GPC de actuación integral en el paciente alcohólico grave.
8. GPC de prevención del s. metabólico.
9. Atención integral de paciente oncológico.
10. GPC de actuación del paciente agitado.
11. Atención integral del paciente distímico.
12. GPC clínica de tratamiento de depresión refractaria.
13. GPC del paciente impulsivo.
14. Atención integral del TDAH.
15. Abordaje integral de TGD

Extremadura (0)

Galicia (6)

1. GPC Alcoholismo.
2. GPC Trastornos bipolares.
3. GPC Esquizofrenia.
4. GPC Depresión mayor.
5. GPC Depresión y ansiedad en la mujer.
6. GPC de Cuidado de cuidadoras.

Madrid (Comunidad de) (2)

1. Guía de Actuación de Atención Especializada: Violencia de pareja hacia las mujeres.
2. GPC para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria.

Murcia (Región de) (2)

1. GPC de los trastornos de la conducta alimentaria.
2. GPC de los trastornos depresivos.

Navarra (Comunidad Foral) (0)

País Vasco (0)

La Rioja (0)

Ceuta y Melilla (0)

Conviene recordar que la información expuesta en la tabla 11.2 ha sido tomada del documento sobre Evaluación de la Estrategia en Salud Mental en el SMS, a partir de los datos suministrados por las CCAA, pero puede no reflejar con exactitud los protocolos activos en cada autonomía.

Podemos observar el interés en mejorar la atención en los tratamientos psicológicos basados en investigaciones empíricamente válidas y en que

los profesionales reciban la formación necesaria para poder implementar prácticas clínicas acordes con la evidencia científica. De hecho los planes de formación que se realizan en las diferentes CCAA indican que este punto se cumple. Sin embargo, el paso de conocer los protocolos empíricamente validados a su aplicación en la actividad clínica cotidiana sigue siendo un reto, y las prácticas terapéuticas sobreaprendidas por los profe-

sionales siguen siendo la intervención habitual. Es difícil abandonar las rutinas clínicas mediante la asistencia a un curso de formación específica. Es todo un reto establecer procedimientos que faciliten el paso del conocimiento teórico a la aplicación de los tratamientos empíricamente validados. En el siguiente apartado describimos un ejemplo de cómo poder conseguir este objetivo.

5. LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS EFICACES EN SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD MENTAL: UNA EXPERIENCIA EN LA RED DE SALUD MENTAL DE LA REGIÓN DE MURCIA

La Subdirección General de Salud Mental (SGSM) del Servicio Murciano de Salud (SMS) es la organización sanitaria pública responsable de la atención de la salud mental de la Región de Murcia que tiene como misión, entre otras, «promover el máximo compromiso de los profesionales integrados en equipos multidisciplinares, con una cultura asistencial de servicio e innovación continuada de la cartera de servicios, el desarrollo personal y profesional del equipo humano y su implicación en la docencia, formación continuada y la investigación en Salud Mental» (PSM10-13).

En el Plan Regional de SM 1999-2001 se adoptó la gestión del conocimiento (GC) como un pilar estratégico para mejorar la calidad asistencial, la equidad en la provisión de servicios y la eficiencia de la gestión, teniendo como objetivo final aumentar la salud de los ciudadanos (Bravo, 2002), contando con un capital humano especializado para realizar las acciones que le son asignadas y con actitud para aprender y adaptarse a los continuos avances y nuevas demandas de salud (Martín-Fernández, 2003).

Los recursos asistenciales que componen la red de salud mental se distribuyen actualmente en nueve áreas de salud con un total de 16 centros de salud mental (CSM), cinco centros de atención a drogodependientes, cuatro unidades de rehabilitación, dos centros de día, cinco unidades de hospitalización, una unidad de trastornos de la alimen-

tación y un hospital psiquiátrico con un total de aproximadamente 400 profesionales de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, enfermería de salud mental, trabajo social y terapia ocupacional, además de auxiliares de enfermería, administrativos y celadores. Además, cuenta con la unidad de docencia, investigación y formación de salud mental de ámbito regional, responsable de la formación continuada de los profesionales, la formación sanitaria especializada de los residentes (psiquiatría, psicología clínica y enfermería de SM) y el apoyo y fomento de la investigación en salud mental.

La realidad cambiante de los trastornos mentales —con avances científicos continuos—, unida al aumento exponencial de las publicaciones sanitarias, genera una necesidad en los clínicos, o en los propios pacientes, de tener a su disposición información válida sobre los tratamientos más eficaces (Hinojosa y Cañedo, 2001).

En este contexto, la SGSM considera prioritario mantener actualizados a sus profesionales, acercándoles la información a su lugar de trabajo. En un entorno de alta demanda asistencial y de escasez de tiempo, conviene que la información sea accesible, se presente en un formato estructurado y esté diseñada específicamente para cada tipo de recurso. En otras palabras, en ciencias de la salud es necesario seleccionar, sintetizar, codificar y clasificar la información para que satisfaga las necesidades de información del profesional (Bravo, 2002). Para ello, la SGSM apostó por la salud mental basada en la evidencia (SMBE) como base de la gestión del conocimiento en el ámbito sanitario de salud mental (Casas et al., 2008).

Por otro lado, los planes de formación se han elaborado teniendo en cuenta las líneas estratégicas diseñadas por la SGSM. Esto implica formar a los profesionales en áreas de conocimiento con evidencia científica contrastada siguiendo itinerarios formativos diseñados ex profeso (anexo I). Un acercamiento largamente ensayado es la elaboración y puesta en marcha de GPC.

Sin embargo, las acciones formativas o las GPC, por sí solas, puede que no generen ningún cambio en la organización. Con el fin de aumen-

tar el impacto de estas iniciativas, el servicio de programas asistenciales diseña una estrategia que implica a los propios profesionales de la red, ya sea como alumnos y/o docentes de cursos de formación, miembros de grupos de trabajo, participantes en la elaboración de protocolos y GPC de alta calidad, protagonistas de su puesta en marcha e, incluso, evaluadores de su implantación.

El capital humano con conocimientos tácitos previos y formados en modelos eficaces permite que más de 60 profesionales distintos, de todos los centros y de las distintas profesiones que conforman los equipos de la red de salud mental, hayan participado en alguna de las guías o protocolos elaborados hasta la fecha. El hecho de repetir este procedimiento complejo a lo largo de los años ha contribuido a crear una cultura dentro de la organización. El proceso culmina difundiendo las guías mediante acciones formativas tipo taller que promueven la elaboración de un proceso para transferir las recomendaciones a la práctica clínica habitual y/o supervisar y facilitar el seguimiento de las iniciativas que ya estén realizándose. El último apoyo a la implantación de guías es la elaboración por cada centro de un proceso asistencial que ponga en marcha las principales recomendaciones de la GPC (gestión por procesos, dentro del Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, propuesto por la Fundación Europea para la Gestión de Calidad [EFQM], por el que ha apostado la Consejería de Sanidad de Murcia).

Como ayuda en la toma de decisiones clínicas, las recomendaciones son implementadas en la historia clínica informatizada, con recordatorios de actuaciones a llevar a cabo, cuando así se considere.

En los últimos años han proliferado muchas GPC. Como vemos, alguna comunidad ha implantado hasta siete guías nacionales e internacionales para un mismo trastorno (tabla 11.5). Nuestras guías han sido concebidas como adaptaciones locales de GPC de alta calidad y elaboradas para nuestra red, como un traje a medida. El hecho de que hayan sido aceptadas por GuíaSalud (www.guiasalud.es) demuestra su calidad metodológica,

ya que GuíaSalud rechaza más del 85 por 100 de las guías que se remiten para su valoración.

En la SGSM se han establecido desde 1999 varias estrategias que, aunque se presentan por separado, están íntimamente interrelacionadas. En la figura 11.1 resumimos los pasos que se llevan a cabo en nuestra organización para poner en marcha GPC y/o modelos de tratamiento empíricamente validados:

6. IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA BASADA EN LA EVIDENCIA: GPC DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

Conviene recordar que en los últimos años se han elaborado muchas GPC, pero en pocos casos se ha evaluado su implantación (Basinsky, 1995). También se sabe que elaborar una buena guía, publicarla y difundirla tampoco garantiza su aplicación en la práctica (Feder, Eccles, Grol, Griffiths y Grimshaw, 1999). Existen dos revisiones bastante completas en el campo de la salud mental sobre la implantación de guías, en las que no aparece ningún estudio llevado a cabo en España (Bauer, 2002; Weinmann, Koesters y Becker, 2007).

Como ya se ha mencionado, el servicio de programas asistenciales de la SGSM de Murcia ha elaborado varias GPC dentro de una política de coordinación entre centros. Desde el principio se fomenta la participación interdisciplinar y multicéntrica en la elaboración de la guía. De este modo participan en la implantación los mismos profesionales que la han confeccionado. De las tres guías aceptadas por GuíaSalud, la primera fue la de trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

La difusión habitual de una GPC consiste en hacer llegar un ejemplar a cada profesional diana con la esperanza de que sea leída y de que sus recomendaciones fueran puestas en práctica. Este método ofrece pobres resultados. Para mejorar su difusión y conocimiento, nuestra guía fue presentada centro por centro por una parte del equipo elaborador. La presentación, diseñada como un

taller de trabajo, se realizaba con la colaboración de alguno de los profesionales de ese centro en concreto que habían participado en la elaboración, creándose las condiciones para que apareciera un cierto liderazgo.

Posteriormente se planificó una evaluación en la que participaron de forma voluntaria cuatro centros de cuatro áreas sanitarias, que nombramos por sus siglas «CA», «LO», «SA» e «IN». El objetivo de esta evaluación era comprobar el efec-

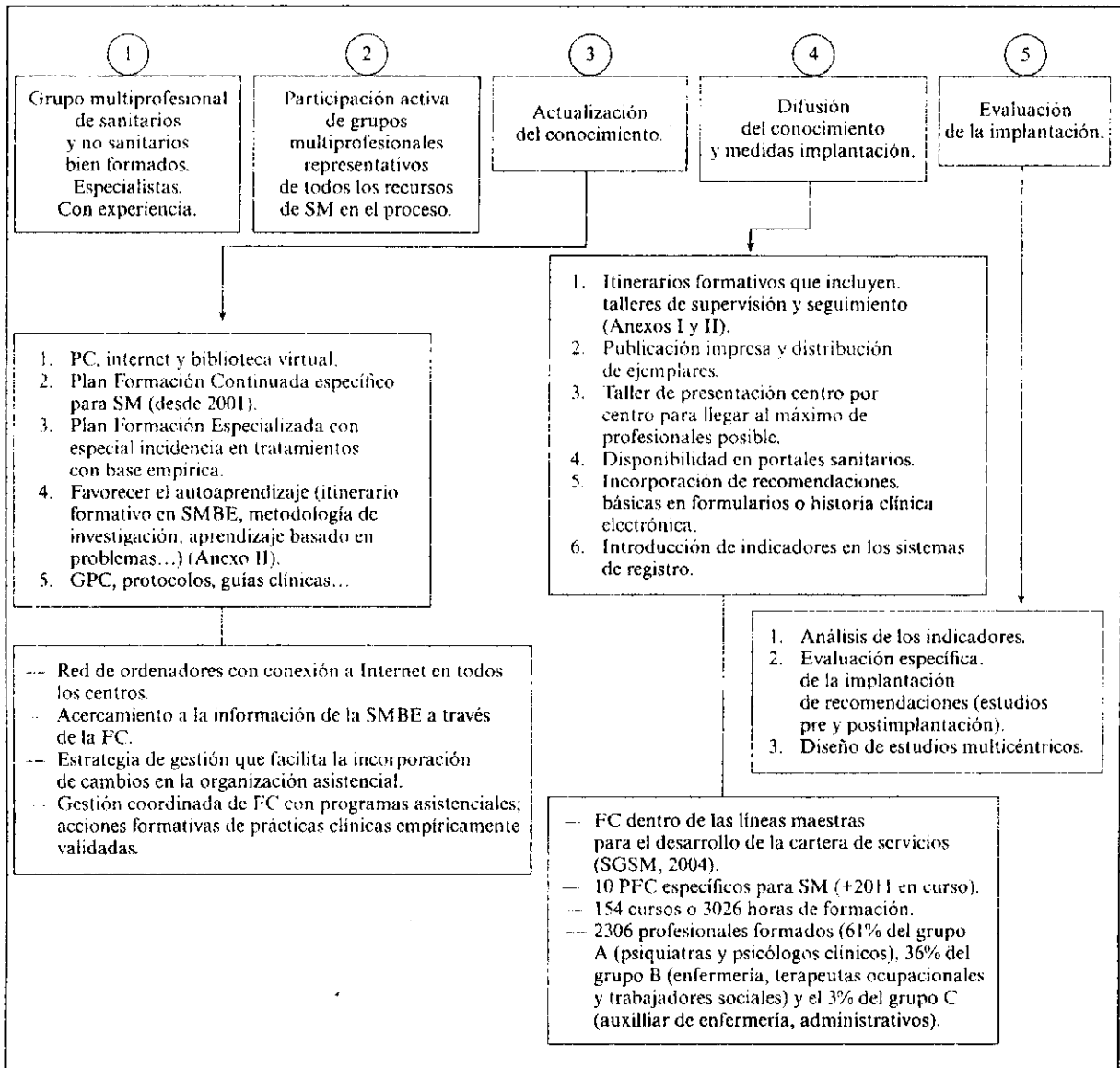


Figura 11.1.—Componentes del modelo de gestión del conocimiento en la SGSM.

o de las recomendaciones de la guía en la práctica clínica habitual antes y después de la implantación.

Una parte del equipo elaborador se convierte sí en equipo de investigación. El seguimiento de las principales recomendaciones de la guía se evaluará por medio de unos indicadores de proceso (intervención de enfermería, introducción de registros de peso y alimentación, administración de pruebas de evaluación específicas, psicoeducación...) y de resultado (mayor adherencia al tratamiento, menos abandonos...). Estas recomendaciones tienen base empírica (evidencia de tipo A o B) y, aunque no son exactamente la implantación de protocolos de tratamiento empíricamente validados, sí suponen una aproximación hacia éstos, ya que implican mejoras en la atención sanitaria de la población. De los resultados vamos a destacar el análisis intercentros: aunque todos habían mejorado a la hora de aplicar las recomendaciones de la guía (de evaluación y tratamiento de los TCA), los mejores resultados en

adherencia al tratamiento los lograba precisamente el centro que más se había destacado en el seguimiento de las recomendaciones, y los peores, aquel que menos había conseguido implantarlas. Debajo aparecen los gráficos de aplicación de un cuestionario específico de los TCA por centros (mejora en la evaluación de los trastornos), de la utilización de registros de alimentación, peso y aplicación de información nutricional siguiendo las pautas de la guía (mejora en intervención) y, como medida de resultado, la adherencia (pacientes que acuden a una sesión y abandonan frente a los que acuden a tres o más sesiones) (figuras 11.2, 11.3 y 11.4).

Si bien no se llevó a cabo una evaluación exhaustiva de los resultados de tratamientos específicos sobre trastornos concretos (bulimia, anorexia...), está claro que los tratamientos necesitan que las personas se adhieran al centro y acudan a las sesiones. Si un centro pierde el 45 por 100 de los pacientes con TCA tras la primera sesión y otro el 4,6 por 100, y si uno consigue que superen

Uso de cuestionario específico por centros

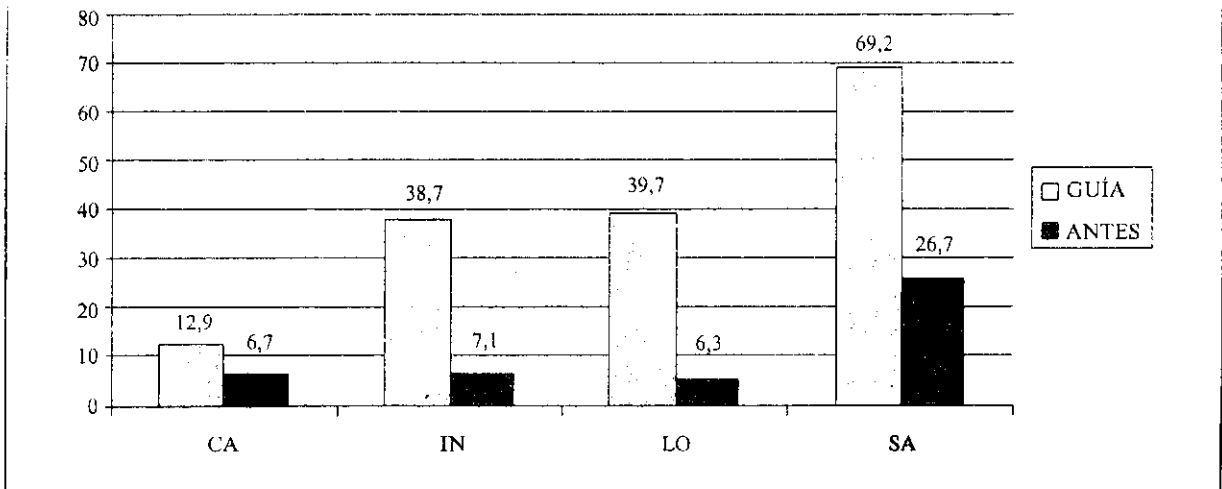


Figura 11.2.

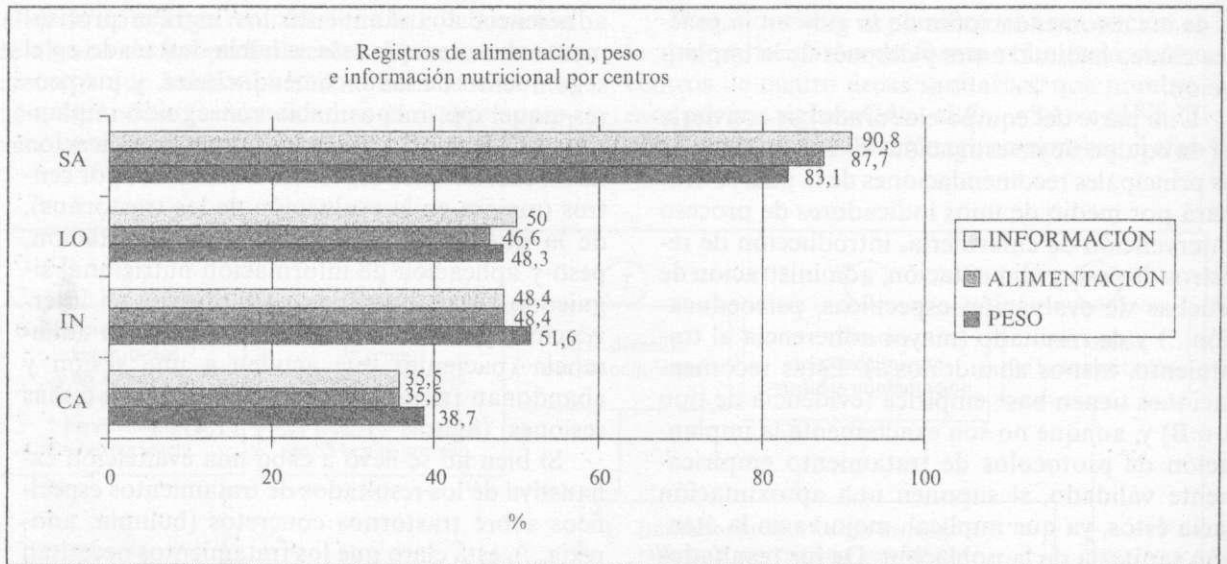
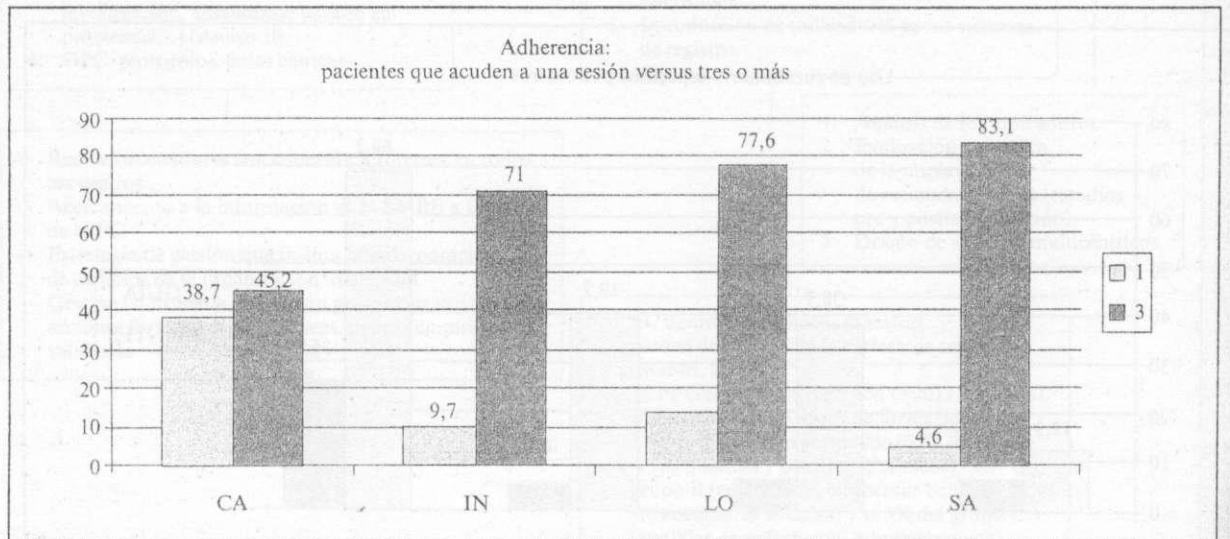


Figura 11.3.

las tres sesiones sólo el 39 por 100 de los pacientes frente al 83 por 100 del segundo, creemos que la aplicación de las recomendaciones de la guía es

un prerequisite para la aplicación de tratamientos con base empírica, y su base lógica se sustenta en los mismos principios.



FUENTE: Martín y Garriga, 2010. Comunicación presentada en las XXIII Jornadas de la AEN. Palma de Mallorca.

Figura 11.4.

Los resultados se presentaron de nuevo en todos los centros participantes como realimentación de su práctica. También ilustraron el efecto de seguir las recomendaciones de una GPC antes de presentar la siguiente guía (esquizofrenia) en todos los centros.

7. IMPLANTACIÓN DE UN TRATAMIENTO EMPÍRICAMENTE VALIDADO EN CENTROS DE SALUD MENTAL: LA TERAPIA DE CONTROL DEL PÁNICO (TCP)

Partiendo del objetivo 4.14 de la estrategia en salud mental 2009-2013, «definir e implantar, en el ámbito de cada comunidad autónoma, los protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes...», podemos señalar el esfuerzo realizado en la CCAA de Murcia para implantar un tratamiento con base empírica: el tratamiento del trastorno de pánico (TP) con o sin agorafobia.

En la Región de Murcia los trastornos por ansiedad suponen alrededor del 45 por 100 del total de derivaciones de atención primaria a los CSM de adultos (Martín et al., 2010). El TP es una causa de consulta muy frecuente, con una prevalencia anual entre el 1,5 por 100 y el 3,5 por 100 (American Psychiatric Association, 2000). La base empírica que apoya la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) para el TP con o sin agorafobia es cada vez mayor (Meulenbeek et al., 2008; Smit et al., 2009; Sánchez-Meca et al., 2010). Las guías clínicas de alta calidad como la del NICE (NICE 2007) lo consideran tratamiento de elección. Por tanto, se plantea como objetivo generalizar el uso de este tratamiento en los CSM.

Muchas veces, algún profesional en el ámbito de su práctica clínica ha puesto en marcha tratamientos con base empírica, como la terapia de control de pánico de Barlow (TCP) utilizando un «protocolo» basado en algún manual. ¿Qué diferencia esto del objetivo 4.14 de la estrategia? Que en este segundo caso se plantea un diseño estratégico desde un órgano planificador que trata de

abarcar diferentes CSM de la comunidad autónoma. El objetivo de generalizar un tratamiento se apoya en un plan de formación continuada (PFC) que permite entrenar a los profesionales en la aplicación de un protocolo específico. Esta interfase entre planificación y formación ha permitido, como veremos, extender un tratamiento manualizado, más allá de la iniciativa individual.

Partíamos de la aplicación de un protocolo empíricamente validado a título individual (TCP de Barlow) por parte de un profesional de la red de salud mental, que tradujo un manual para el tratamiento con permiso de Barlow (Craske y Barlow, 1989) y lo aplicó en formato grupal (Martín, 2007). Fruto de la experiencia de muchos años son un nuevo manual en castellano para el paciente y otro para el terapeuta, aprobados por Barlow, donde se explicitan la técnica y el contenido de las sesiones (Moreno y Martín, 2004, 2007).

La primera línea de formación se establece con especialistas en formación de psicología clínica (PIR) en su rotación por el CSM de adultos con el citado profesional. Uno de sus cometidos es la participación en un grupo de pánico y luego la aplicación del mismo tratamiento en formato grupal, con la supervisión del tutor. Esto va desarrollando un grupo de profesionales formados en este tratamiento específico. Hasta aquí, no pasaríamos de una iniciativa individual, que puede o no extenderse en función de la voluntad de los participantes y de circunstancias particulares (p.e. que se les contratase al final de la formación PIR) que estuviesen en el programa adecuado: adultos (y no infantil, rehabilitación o drogodependencias, donde el protocolo no es directamente aplicable).

En una segunda fase, y ya desde la SGSM, se diseña un curso dirigido a psicólogos clínicos de distintos CSM de adultos dentro del PFC. El tratamiento de un grupo de pacientes de un CSM es seguido por vídeo. Los participantes en el curso observan las sesiones en tiempo real y se discute después la correcta aplicación del protocolo. Esta doble vertiente formativa (PIR, profesionales) va conformando una «masa crítica» capaz de llevar a cabo la TCP en distintos CSM.

Al final, con el objetivo de valorar la experiencia, se diseña también un protocolo específico de evaluación, ya que es poco frecuente que los profesionales evalúen su práctica clínica. Esto incluye cuestionarios estandarizados y otros realizados ad hoc para evaluar los resultados del tratamiento grupal o controlar variables como la medicación.

Los resultados de estos trabajos se comparan, mediante *benchmarking* (análisis comparativo de

las mejores prácticas), con los de ensayos clínicos o estudios de efectividad a nivel nacional e internacional (Garriga, Martín y López-Soler, 2009). En la tabla 11.6 reproducimos parte de la tabla de *benchmarking* donde aparecen los resultados del primer estudio realizado en Murcia (San Andrés) separados de los del resto de centros que posteriormente participaron. La muestra total fue de 167 pacientes.

TABLA 11.6

Benchmarking: resultados comparados con medidas de resultado en Murcia con los estudios de eficacia

	San Andrés (Murcia)		Resto de centros (Murcia)		Telch et al.*		Clark et al.*	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
AGF	19,14	10,59	18,80	10,75	12,18	5,06	13,4	8,3
SANGRE	13,62	7,93	13,56	10,61			12,6	10,0
FSOCIAL	16,34	12,00	14,26	8,83			11,1	8,2
BSQ	35,45	24,28	34,67	24,66	33,74*	13,94*	38,64	22,5
ACQ	23,03	13,28	19,43	11,89			27,9	19,4
STAI-E	69,79	38,69	62,62	53,48				
STAI-R	86,52	55,03	67,07	58,49				
BDI	18,72	8,86	17,53	12,33	16,85	7,68	17,0	6,3

FUENTE: adaptado de Garriga, Martín y López Soler, 2009.

En este estudio participaron cinco terapeutas de cuatro CSM diferentes. En la actualidad se sigue extendiendo a otros CSM (Lorca, Caravaca, Molina...) tanto en el ámbito de atención especializada como primaria (actualmente en proceso de datos). Por tanto, el proyecto se concibe desde el inicio a medio plazo e implicando actuaciones en distintos niveles asistenciales.

El hecho de poder tratar de forma simultánea a una media de diez pacientes durante 12 semanas (en 12 sesiones, incluyendo las de eva-

luación) permite acercar un tratamiento empíricamente validado a los servicios públicos, donde la demanda de tratamiento psicológico es tan alta que resulta imposible ofrecer una frecuencia de tratamiento óptima (semanal, en este caso) a los pacientes individuales. El hecho de poder contar en el centro con más de un profesional formado o con la colaboración del PIR permite intercalar grupos, lo que reduce la espera para el tratamiento a un máximo de cuatro a seis semanas.

Esto ha de suponer necesariamente una estrategia regional, apoyada en reuniones de coordinación y fomentada por los coordinadores o jefes de sección o servicio de los CSM. Todo ello requiere reuniones periódicas de coordinación, que se lleven a cabo desde la subdirección de salud mental. La actual división de la región en nueve áreas de salud centradas en nueve hospitales supone un riesgo de fragmentación.

Frente a ello, un modelo de gestión del conocimiento aplicado por un órgano planificador que coordina las actuaciones en materia de salud mental (subdirección / servicio de programas asistenciales) puede conseguir que iniciativas individuales de tratamientos con base empírica se extiendan a un conjunto de centros. La gestión por procesos puede afianzar estas intervenciones y hacerlas más independientes de las personas. Esto, al contar con herramientas quizá más poderosas, como la gestión clínica, por el manejo de incentivos en función de objetivos.

Esta experiencia no ha recibido ningún incentivo económico por la puesta en marcha de un tratamiento basado en pruebas, de frecuencia semanal, que resiste la comparación con ensayos clínicos y estudios de efectividad nacionales e internacionales y que ha sido convenientemente evaluado y publicado.

3. CONSIDERACIÓN FINAL

No obstante, nos enfrentamos a un problema importante ante el objetivo de aplicar tratamientos eficaces empíricamente validados en salud mental: las rutinas terapéuticas de los profesionales que realizan las terapias y la adscripción a una determinada escuela o paradigma psicológico. Aquellos especialistas que quieren aplicar técnicas eficaces, diferentes a las que anteriormente empleaban, se encuentran con dificultades debido a la alta demanda asistencial y amplitud de tareas sanitarias (docencia a especialistas en formación, prácticum de pre y posgrado, informes clínicos, colaboración en investigación aportando datos, gestión de personal

y/o de la información). La diversidad de problemas psicopatológicos y las diferentes edades y contextos hacen necesario ampliar el número de especialidades sanitarias en psicología clínica. Esta ampliación ordenaría la oferta asistencial, ya que no contar en la actualidad con especialidades tales como psicología clínica de la infancia y adolescencia, psiconeurología, psicología de la salud y drogodependencias, entre otras, potencia que los especialistas tengan que atender problemas cuyo tratamiento de elección es muy diferente. En este sentido, el esfuerzo personal necesario es, a menudo, excesivo. De esta forma caminan cerca, pero en paralelo, el avance científico y su implementación en los servicios de salud mental. La separación se explica por la ausencia de profesionales que trabajen de forma normalizada en los dos ámbitos, al no existir plazas vinculadas clínicas para los profesores universitarios de las facultades de psicología. De hecho en la actualidad sólo hay una plaza de este tipo en España. Esto hace que muchos de los profesores pertenecientes al área de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos, y también de otras áreas, aun teniendo el requisito necesario, ser especialistas en psicología clínica, no tengan acceso regular al sistema sanitario. Por otro lado, los profesionales de salud mental especialistas en psicología clínica podrían disponer de plazas de asociados clínicos en las facultades de psicología. Estos tipos de profesionales serían el puente natural que permitiría un fácil y continuo trasvase de información en ambas direcciones. El mero contacto a través de los prácticum no garantiza la transmisión de información, conocimiento y objetivos relevantes de cada campo. Se hace necesario, al igual que en el modelo médico, formar parte de ambas instituciones: sanitaria y universitaria, y esto también mejoraría la calidad docente.

Por otra parte, conviene recordar que la información expuesta en la tabla 11.5, ha sido tomada del documento sobre Evaluación de la Estrategia en Salud Mental en el SMS, a partir de los datos suministrados por las CCAA, pero puede no reflejar con exactitud los protocolos

activos en cada autonomía. ¿Realmente se aplica esa guía en todos los centros o sólo en algunos? ¿Cómo y cuándo se ha evaluado su implementación? ¿O es que, como sucede en muchos casos, se han limitado los órganos gestores a recomendar su aplicación?

Como el documento pone de manifiesto, un objetivo por consolidar creemos que es establecer mecanismos y plataformas informativas de fácil

acceso para profesionales y gestores. Sin una información transparente, sin una formación eficaz y sin gestores comprometidos en establecer tratamientos validados científicamente —añadiendo la escasez de profesionales que, además, pueden estar poco motivados a aplicar tratamientos eficientes—, difícilmente podremos mejorar los servicios públicos hasta conseguir un nivel óptimo en los tratamientos aplicados en salud mental.

REFERENCIAS

- Bauer, M. S. (2002). A review of quantitative studies of adherence to mental health clinical practice guidelines. *Harvard Review of Psychiatry*, 10(3), 138-153.
- Barlow, D. H. y Craske, M. G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, NY: Graywind.
- Basinski, A. (1995). Evaluation of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 153(11), 1575-1581.
- Bravo, R. (2002). La gestión del conocimiento en medicina: a la búsqueda de la información perdida. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 255-272.
- Casas Valdés, A., Oramas Díaz, J., Presno Quesada, I., López Espinosa, J. A. y Cañedo Andalia, R. (2008). Aspectos teóricos en torno a la gestión del conocimiento en la medicina basada en evidencias. *Acimed*, 17(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol17_2_08/aci03208.htm.
- Chacón, F. (2010). Análisis de las líneas estratégicas 3, 4, 5 y 6 del primer informe de evaluación de la estrategia en salud mental. *Infocop*, 48, 22-26.
- Feder, G., Eccles, M., Grol, R., Griffiths, C. y Grimshaw, J. (1999). Using clinical guidelines. *British Medical Journal*, 318(7185), 728-730.
- Francke, A. L., Smit, M. C., De Veer, A. J. y Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8(38).
- Garriga, A., Martín, J. C. y López Soler, C. (2009). Efectividad del tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por pánico con o sin agorafobia en centros de salud mental. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 14(2), 79-93.
- Hinojosa Álvarez, M. y Cañedo Andalia, R. (2001). Medicina basada en la evidencia: un nuevo reto al profesional de la información en salud. *Acimed*, 9(1). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol9_1_01/aci011001.htm.
- López-Espuela, F. y Jiménez-Gracia, M. A. (2009). La gestión del conocimiento en las organizaciones sanitarias. *Evidentia*, 6(27). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n27/ev6997.php>.
- Martín Fernández, J., Beamud Lagos, M. y Ferrándiz Santos, J. (2003). ¿Es posible medir el impacto de la formación continuada en atención primaria?: una aproximación a la evaluación de resultados de un plan de formación. *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 1(2), 219-233.
- Martín, J. C. (2007). Guía para el tratamiento grupal del trastorno de pánico. En P. Moreno y J. C. Martín, *Tratamiento psicológico del trastorno del pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Martín, J. C. y Garriga, A. (2010). *Implantación de la guía de práctica clínica de trastornos de la alimentación en cuatro centros de Salud mental*. Comunicación presentada en las XXIII Jornadas de la AEN, Palma de Mallorca.
- Martín, J. C., Garriga, A., Pujalte, M. L., Balanza, P., Guijarro, A., Hurtado, A., Martínez-Artero, M. C., Martínez-Moya, A. y San Llorente, C. (2009). Generalización y efectividad de la aplicación del modelo de control de pánico en centros de salud mental. Una estrategia de benchmarking. *Psicología.com*, 13(2). Accesible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/articlevew/674/649/>.
- Meulenbeek, P. et al. (2008). Early intervention in panic: randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Trials*, 9, 67.

- Loreno, P. y Martín, J. C. (2004). *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Loreno, P. y Martín, J. C. (2007). *Tratamiento psicológico del trastorno del pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- National Institute for Clinical Guideline (2007). *Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. NICE clinical guideline 22 (2007). Disponible en www.nice.org.uk/CG022.
- Ruiz Sánchez-Meca, J. et al. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 37-50.
- Sistema Nacional de Salud (2011). www.guiasalud.es.
- Sistema Nacional de Salud (2004). Estrategia en Salud Mental en el SNS.
- Sistema Nacional de Salud (2010). Evaluación de la Estrategia en Salud Mental en el SNS.
- Smit, F. et al. (2009). Preventing panic disorder: cost-effectiveness analysis alongside a pragmatic randomised trial. *Cost Effectiveness and Resource Allocation: CIE*, 7, p. 8.
- Subdirección de Salud Mental. Servicio de Programas Asistenciales (1994). *Lineas maestras para el desarrollo de la cartera de servicios*. Murcia: Servicio Murciano de Salud.
- Weinmann, S., Koesters, M. y Becker, T. (2007). Effects of implementation of psychiatric guidelines on provider performance and patient outcome: systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(6), 420-33.
-

ANEXO I. ALGUNOS ITINERARIOS FORMATIVOS CON IMPACTO EN LA ORGANIZACIÓN

Nombre itinerario	2001	2002	2003	2004
Abordaje trastornos mentales graves	- Programas psico-educativos en el tratamiento de las psicosis funcionales.	- Programas psico-educativos en el tratamiento de las psicosis funcionales.	- Implantación de programa de psico-educación de psicóticos en centros de salud mental.	- Programa de supervisión del proyecto de intervención familiar en esquizofrenia.
Tratamientos grupales	- Psicoterapia grupal en los centros de SM.	- Psicoterapia grupal en los centros de SM. - Taller de terapia grupal de la bulimia. - Taller de terapia grupal de relajación.	- Programas de tratamiento grupal en salud mental.	
Trastornos de alimentación	Trastornos de alimentación.	- Trastornos de alimentación. - Taller de terapia grupal de la bulimia.		- Programas de tratamiento grupal en la bulimia nerviosa.
Violencia de género				

2005	2006	2007	2008	2009	2010
<ul style="list-style-type: none"> - Introducción al programa de intervención familiar en la esquizofrenia. - Supervisión de la intervención familiar en la esquizofrenia. - Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. 		<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento integrado de base familiar en la esquizofrenia. 			Terapia cognitivo-conductual para la esquizofrenia.
<ul style="list-style-type: none"> - Intervención grupal en niños y adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en relajación. 		Intervención psicoterapéutica grupal para padres en SM I-J. Maltrato infancia: evaluación y tratamiento. Aplica nuevas tecnologías.		Abordaje grupal en salud mental infanto-juvenil.
	<ul style="list-style-type: none"> - Educación en dietética y nutrición en trastornos de la conducta alimentaria. 				
		<ul style="list-style-type: none"> - Detección y tratamiento de violencia de género en SM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Detección y tratamiento de violencia de género en SM. 	Tratamiento de la violencia género.	La violencia de género: abordaje en salud mental.

ANEXO II. ITINERARIOS FORMATIVOS EN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y GESTIÓN POR PROCESOS

Nombre itinerario	2001	2002	2003	2004
Metodología de investigación	<ul style="list-style-type: none"> - Salud mental basada en evidencias. Introducción a las presentaciones científicas (power-point). 	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción a la salud mental basada en evidencias. - ¿Se puede practicar la salud mental basada en evidencias? Avanzado. - Introducción a las presentaciones científicas (power-point). 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Se puede practicar la salud mental basada en evidencias? - Introducción al análisis de datos con SPSS. - Introducción a las presentaciones científicas. - Introducción a la salud mental basada en evidencias. - Taller de salud mental basada en evidencias. - Curso de bases de datos. Una orientación práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación práctica de la salud mental basada en evidencias. - ¿Cómo se hace una investigación? - Diseño de bases de datos: una orientación práctica.
Gestión por procesos				

2005	2006	2007	2008	2009	2010
<ul style="list-style-type: none"> - Taller de lectura crítica de literatura científica. - Introducción a la estadística y al SPSS. - Diseño de base de datos: una orientación práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Herramientas de investigación: gestores personales de bases bibliográficas. - Diseño de bases de datos. Una orientación práctica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción a las habilidades de lectura crítica para tutores de la unidad docente de salud mental. - Avanzado de aprendizaje basado en problemas (ABP) para tutores de residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Curso avanzado aprendizaje basado en problemas (ABP) para tutores residentes. - Lectura crítica para tutores de la unidad docente de SM. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción en habilidades de lectura crítica. - Taller de iniciación a la investigación. - ABP tutores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión de datos y SPSS. - Taller iniciación a la investigación para tutores.
	<ul style="list-style-type: none"> - Nuevas herramientas de gestión en salud mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión para profesionales de la salud: desarrollo e implantación de la gestión por procesos en salud mental y drogodependencias. - Gestión por procesos en salud mental y drogodependencias. 		<ul style="list-style-type: none"> - Diseño e implantación de la gestión por procesos. 	

Presente y retos de los tratamientos psicológicos

12

FRANCISCO JAVIER LABRADOR

1. INTRODUCCIÓN: LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

1.1. La psicología clínica y los tratamientos psicológicos

La psicología clínica es, ante todo, una profesión cuyo objetivo es mejorar la vida de las personas que solicitan este tipo de ayuda. Dado que es una profesión, aunque ha tenido un recorrido teórico muy importante en los últimos cincuenta años, priman los resultados sobre las teorías o las corrientes de opinión. Lógicamente lo primero es cambiar/mejorar la vida de sus clientes; después se podrán precisar las causas o el proceso de cambio. Sería estúpido estudiar primero las causas de un cambio sin constatar si éste realmente se produce, o investigar el proceso implicado en la actuación de un tratamiento sin saber si realmente éste tiene algún efecto. Aunque también es necesario que, para considerar un tratamiento y probar su eficacia, éste tenga un suficiente apoyo teórico previo; no todo vale.

Por eso no tiene sentido hablar de distintas teorías o corrientes en la psicología clínica como profesión. En mi opinión, sólo debe considerarse una psicología clínica, aquella que incluye los tratamientos que han demostrado, con una adecuada evidencia empírica, su eficacia para cumplir los objetivos de esta profesión. Desde el punto de vista profesional, ninguna teoría puede justificar la utilización de tratamientos, en el ámbito aplicado, que o no se sabe si son eficaces o se sabe que no lo son.

Es lógico que todo profesional de la psicología clínica, tanto por razones técnicas como éticas, sólo utilice los tratamientos que hayan mostrado su eficacia, efectividad y eficiencia. Además, en la actualidad, la psicología clínica dispone de tratamientos que han mostrado ser eficaces y efectivos para un número importante de los trastornos o problemas de «salud mental». A estos tratamientos, que han mostrado empíricamente su eficacia, se los denomina tratamientos (psicológicos) empíricamente apoyados (TEA).

Por otra parte, la actuación profesional del psicólogo clínico se considera que es útil y eficaz, demandándose cada vez más su labor profesional. Especialmente cuando se pregunta a sus clientes, éstos se muestran satisfechos con la actuación profesional de los psicólogos clínicos (Berenguer y Quintanilla, 1994; Buela et al., 2005; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Seligman, 1995). Sin embargo, también es habitual constatar que los clientes o los posibles usuarios tienen una escasa información sobre cómo es o en qué consiste la práctica de la psicología clínica. Es curioso que los usuarios tengan una buena opinión de la actuación del psicólogo clínico, que consideren que éste funciona bien, pero no sepan qué es lo que hace.

1.2. La psicología clínica en el ámbito de la investigación y en el ámbito asistencial

En la actualidad hay mucha información sobre lo que hacen los psicólogos clínicos y el nivel de

eficacia de sus actuaciones en el ámbito de la investigación. Pero la información es mucho más escasa en el contexto asistencial habitual (efectividad). Los psicólogos que trabajan en el campo asistencial parecen dedicar, o disponer de, menos tiempo para investigar sobre su actuación profesional e informar al respecto. Eso sí, a pesar de esta falta de información, se asume y se defiende que son realidades muy diferentes y que no será fácil o factible generalizar los desarrollos de un ámbito al otro. Es verdad que hay razones para suponer que hay diferencias importantes entre la psicología clínica en el ámbito de la investigación y en el contexto asistencial, tanto por lo que respecta al tipo de personas atendidas como en lo referente a la propia actuación de los psicólogos clínicos (véase la tabla 12.1).

Estas diferencias, junto a la escasa información disponible sobre la actuación en el ámbito asistencial, facilitan que con frecuencia surjan dudas sobre la similitud de sus actuaciones, y sobre la posibilidad de generalizar a la práctica cotidiana los resultados de la investigación. En concreto, se pone en duda la idoneidad de los TEA desarrollados en el ámbito de la investigación (eficacia) en el contexto asistencial (efectividad). Además, apenas hay referencias a la relación costes/beneficios de los tratamientos (eficiencia).

Estas consideraciones, que con frecuencia apenas cuentan con otro respaldo que opiniones, se han tomado como verdad incuestionable y han facilitado la existencia de un foso entre ambas realidades. Pero esto no parece una alternativa seria. Por el contrario, es necesario constatar hasta qué punto estas diferencias exigen o justifican formas de actuación diferentes. Esta constatación sólo puede venir de la mano de los resultados empíricos obtenidos al aplicar la psicología clínica en estos diferentes ámbitos. Dado que es muy conocida la actuación en el ámbito investigador, se hace necesario la investigación sobre la actuación en el ámbito asistencial. Primero porque, para una profesión como la psicología clínica, es determinante constatar que sus tratamientos son eficaces, y además efectivos y eficientes. Segundo, porque si la realidad es similar, pueden generali-

zarse los resultados del ámbito de la investigación al asistencial, y, si no, habrá que desarrollar otro tipo de investigación que permita esta generalización. Además, habrá que cuestionarse la investigación que no pueda aportar nada a la profesión.

1.3. Presente de los tratamientos psicológicos en el ámbito asistencial

En este momento parece pues de gran relevancia conocer la realidad asistencial de la psicología clínica. A fin de colaborar en esta tarea trataré de dar unas pinceladas para caracterizar el quehacer habitual de los psicólogos clínicos en el ámbito asistencial. Para ello se considerarán las demandas de atención, el tipo de pacientes, las características de la evaluación y tratamiento, los resultados obtenidos, el valor de utilizar los TEA y otros problemas específicos.

Como ejemplo de atención asistencial se expondrá la labor profesional realizada en una clínica psicológica, la Clínica Universitaria de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (CUP). La CUP, reconocida como centro sanitario por la Comunidad Autónoma de Madrid (CS 1334) desde 1998, tiene entre sus objetivos: *a*) prestar servicios psicológicos asistenciales de calidad; *b*) desarrollar la formación continuada de profesionales de psicología clínica y de la salud, y *c*) facilitar un entorno para la atención e investigación en psicología clínica. Es un centro abierto al público general que acepta a todo tipo de pacientes a demanda de éstos, sin criterios de exclusión salvo el requerir hospitalización. Los terapeutas son psicólogos con al menos una formación correspondiente a un título de posgrado de nivel magister en Psicología Clínica y de la Salud, tienen una formación específica en los TEA y entre uno y tres años de práctica clínica supervisada en el momento de incorporarse a la CUP. Los servicios de la CUP son de pago (hasta 2009 las tarifas mínimas establecidas por el COP). Una descripción más completa puede verse en Labrador, Estupiñá y García-Vera (2010). En la tabla 12.1 se exponen las características de la atención psicológica en la CUP en comparación con los ámbitos asistencial y de investigación (véase la tabla 12.1).

TABLA 12.1

Caracterización de la psicología clínica en el ámbito investigador, asistencial y en la CUP-UCM

Ámbito investigación	Ámbito asistencial	CUP (UCM)
<ul style="list-style-type: none"> — Pacientes de gravedad moderada a importante. — Tratamiento ofertado. — Asignación aleatoria. — En contexto académico. — Intervención limitada en el tiempo. — Objetivos discretos (síntomas y diagnóstico). — Tratados por investigadores/asistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> — Pacientes de gravedad leve a importante. — Seleccionan tratamiento. — Asignación no aleatoria. — En clínicas u hospitales. — Intervención autocorrectiva y de duración variable. — Objetivos amplios (funcionamiento general). — Tratados por psicólogas jóvenes-maduras. 	<ul style="list-style-type: none"> — Pacientes de gravedad leve a importante. — Seleccionan tratamiento. — Asignación no aleatoria. — En clínica. — Intervención autocorrectiva y de duración variable. — Objetivos amplios (funcionamiento general). — Tratados por psicólogas jóvenes.

1.3.1. Características de la demanda

Del total de los pacientes que demandaron atención en la CUP-UCM (N = 1325) desde junio de 1999 hasta febrero de 2008, excluyendo a los que acceden para programas de investigación, la

TABLA 12.2

Características sociodemográficas de los pacientes (N = 856)

Sexo	<ul style="list-style-type: none"> — Varones, 34,8% (n = 298). — Mujeres, 65,2% (n = 558).
Edad (años)	— Media, 29,74 (DT = 13,25; rango 3-77).
Estado civil (declarado)	<ul style="list-style-type: none"> — Solteros, 67,3% (n = 576). — Con pareja estable, 25,2% (n = 216). — Separados o divorciados y viudos, 10,1% (n = 64).
Situación laboral	<ul style="list-style-type: none"> — Empleados, 46,8%. — Estudiantes, 45,8%.
Nivel de estudios	<ul style="list-style-type: none"> — Universitarios, 50,35%. — Estudios secundarios, 30,26%.

muestra de trabajo utilizada se redujo a 856, al retirar los siguientes casos: a) se demanda atención pero no se inicia un tratamiento (N = 266); b) intervenciones en situación de crisis (N = 27), y c) actualmente en evaluación, tratamiento o seguimiento (N = 176). Las características sociodemográficas de los pacientes pueden verse en la tabla 12.2.

En la tabla 12.3 pueden verse las distribuciones de los pacientes según categorías diagnósticas (DSM-IV y DSM-IV-TR). Conviene señalar que, del total de la muestra estudiada, el 85,06 por 100 (N = 729) cumple criterios para la asignación de un diagnóstico según criterios DSM, mientras que el 14,84 por 100 (N = 127) no cumple criterios para asignar un diagnóstico específico (ejes I o II). También que el 17,7 por 100 (N = 152) de los pacientes cumple criterios para la asignación de más de un diagnóstico, o, si se prefiere, un diagnóstico comórbido.

Aproximadamente la mitad de los pacientes (el 49,30 por 100) habían recibido algún tratamiento anterior para el problema por el que pedían ayuda. El 30,96 por 100 sólo un tratamiento, y el 18,34 por 100, entre dos y diez tratamientos. De los tratamientos recibidos el más frecuente fue el tratamiento farmacológico, 41,3 por 100 (26,1 por 100 sólo y 15,2 por 100 combinado con otros tratamientos).

TABLA 12.3

Distribución de la muestra de pacientes según categorías diagnósticas que al menos incluyen al 5 por 100 de los pacientes

Categorías diagnósticas DSM-IV-TR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trastornos de ansiedad.	273	31,89	31,89
Sin diagnóstico.	127	14,84	46,73
Trastornos del estado de ánimo.	81	9,46	56,54
Problemas de relación.	84	9,81	66,04
Trastornos adaptativos.	63	7,36	73,36
Trastornos de la personalidad.	47	5,49	78,85
Otros problemas que puedan ser objeto de atención clínica.	34	3,97	82,82
Trastornos de la conducta alimentaria.	25	2,92	85,74
Trastornos del control de los impulsos.	19	2,22	87,96
Trastornos por déficit de atención y conducta perturbadora.	16	1,87	89,83
Trastornos somatomorfos.	15	1,75	91,57
Trastornos sexuales.	13	1,52	93,10
Otros problemas.	59	6,90	100
TOTAL	856	100	

1.3.2. *Consideraciones a la demanda de atención psicológica*

En primer lugar señalar que la muestra utilizada es posible que sea una muestra sesgada dado que se trata de una clínica universitaria. Pero en realidad toda muestra que se estudie será sesgada, pues todas las clínicas tendrán características especiales y diferenciadoras. El problema no es éste, sino si los datos obtenidos pueden ser representativos de la demanda de atención psicológica. Los datos de comparación con otros trabajos en España parecen apoyar una importante similitud, incluso centros de salud públicos (Belloso y Espín, 2007; Valero y Ruiz, 2003; Ser-

vicio Nacional de Salud, 2006), lo que posibilita apuntar conclusiones «generales» y «válidas». La presentación de datos provenientes de otras clínicas ayudará a concretar esta información (véase la tabla 12.4).

Destaca que dos tercios de los pacientes sean mujeres, datos similares a los de otros trabajos (Labrador et al., 2010; Sistema Nacional de Salud, 2006; Valero y Ruiz 2003; Vallejo et al., 2008). También que la mayoría son adultos jóvenes y solteros, y que aproximadamente la mitad recibió un tratamiento previo, en su mayor parte de tipo farmacológico. El paciente tipo sería una mujer de unos 30 años, soltera, empleada o estudiante, con al menos estudios secundarios.

TABLA 12.4

Similitudes y diferencias entre las muestras de la CUP-UCM y la de la Estrategia de Salud Mental (S.N. Salud, 2006)

	CUP	Estrategia Salud Mental (SNS, 2006)
Relación mujer/hombre	2:1	2:1
Mediá de edad	Población joven (< 30 años)	Población joven (< 30 años)
Estado civil	Mayor porcentaje de solteros o divorciados	Mayor porcentaje de solteros o divorciados
Diagnósticos más frecuentes	Categoría de los trastornos de ansiedad	Categoría de los trastornos de ansiedad
Trastorno de ansiedad más frecuente	Fobia social	Fobia social
Diagnóstico más frecuente	Fobia social	Trastorno depresivo
Factores asociados a trastorno mental	Ser mujer Ser estudiante Estar separado	Ser mujer Haber estado casado Desempleado, baja laboral o incapacitado
Nivel de estudios	Estudios universitarios (50,35%)	Sin diferencia entre las categorías de estudios

Con respecto a los problemas, destaca que se demanda atención psicológica por muy pocos problemas. Más de la mitad de los casos (51 por 100) corresponden a sólo tres categorías de diagnóstico: trastornos de ansiedad (32 por 100), problemas de relación (9,8 por 100) y trastornos del estado de ánimo (9,5 por 100). Alternativamente casi la mitad de los casos (46,7 por 100) son problemas de ansiedad o problemas que no cumplen criterios para un diagnóstico DSM. Estos datos parecen señalar o bien que no se asocia el tratamiento psicológico con otros problemas, como disfunciones sexuales, trastornos del sueño, consumo de sustancias, juego patológico..., problemas con una alta incidencia según los estudios epidemiológicos, o, quizá, peor aún, que no se considere que los tratamientos psicológicos sean eficaces o estén indicados para estos problemas. Se requiere, pues, una urgente labor para informar (*publicitar*) a la población en general, y a los responsables de los servicios de salud en especial,

de la disponibilidad de tratamientos psicológicos y su eficacia, efectividad y eficiencia en estos ámbitos, refrendados por un importante apoyo empírico (Chambless y Ollendick, 2001; Fisher y O'Donahue, 2006; Nathan y Gorman, 2007; Pérez, Fernández-Hermida, Fernández y Amigo, 2003; Roth y Fonagy, 2005).

También es necesario destacar la gravedad de los problemas, puesta de relieve tanto por la duración media del problema antes de acudir a tratamiento (media = 38,3 meses; DT = 55,1; menos de 1 año = 28 por 100) como por el elevado porcentaje de personas que acuden después del fracaso de tratamientos anteriores (49,7 por 100). Quizá la postura habitual sea esperar a que el problema desaparezca espontáneamente y, sólo tras constatar que no es así, se busque ayuda profesional. También es posible que el elevado porcentaje de fracasos, en especial de los tratamientos farmacológicos, no anime mucho a acudir a los profesionales de la salud, y esto

afecte también a psicólogos clínicos. Nuevamente se pone de relieve la importancia de dar a conocer la realidad de los tratamientos psicológicos.

Finalmente, en contra de lo habitualmente señalado, la comorbilidad es bastante reducida (17,7 por 100). Esto pone de relieve que la realidad asistencial, al menos en lo que se refiere a diagnósticos, no es tan diferente de la del ámbito de la investigación. También que los TEA que se han mostrado eficaces en la investigación, habitualmente en pacientes con diagnóstico de un solo trastorno, pueden ser generalizables con frecuencia a la práctica clínica asistencial. Por otro lado el elevado porcentaje de pacientes sin diagnóstico (14,87 por 100) apunta de una demanda de atención psicológica distinta de la presencia de «trastornos psicopatológicos». Una demanda más dirigida a mejorar las habilidades y condiciones de vida habituales que probablemente implique, en algunos casos, una actuación más próxima a la orientación o al consejo psicológico (Norcross, 2002).

Esta realidad puede llevar a formular algunas cuestiones: dado el escaso tipo de problemas que suele atender el psicólogo, ¿no sería más adecuado centrar la preparación profesional de éste en esos problemas, lo que supondría una reducción en el tiempo de entrenamiento? Dado que la demanda mayoritaria (2/3) proviene de las mujeres, ¿por qué muchas de las intervenciones se han desarrollado especialmente para o con hombres? ¿Hay desconfianza de las posibilidades de la psicología o desconocimiento?

1.3.3. Características de la evaluación y tratamiento

1.3.3.1. Evaluación

El número de sesiones de evaluación osciló entre 0-14, siendo la media 3, y la mediana y la moda, 4. El 83,0 por 100 ($n = 713$) tuvo cuatro o menos sesiones de evaluación, y sólo el 3 por 100 ($n = 25$), más de seis sesiones (véase la figura 12.1).

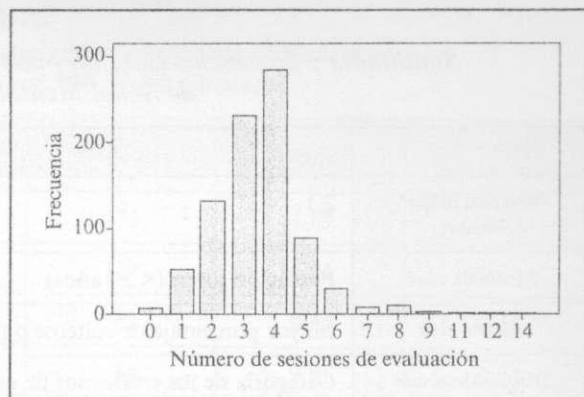


Figura 12.1.—Distribución de la muestra según número de sesiones de evaluación (Labrador et al., 2010).

1.3.3.2. Tratamiento

Número de sesiones de tratamiento. Se incluyeron en este análisis sólo los casos que habían finalizado el tratamiento, ya se encontraran en alta o en seguimiento ($n = 489$). El número de sesiones osciló entre 0 y 66, siendo la mediana 11 (media, 13,9, y desviación típica, 10,83; rango, 0 a 66). El 75,3 por 100 ($n = 368$) de los sujetos recibió 18 o menos sesiones de tratamiento (véase la figura 12.2). Con respecto a los pacientes que abandonaron el tratamiento antes de su término (el 24,3 por 100; $n = 208$), el número de sesiones recibidas osciló entre 1 y 47, siendo la mediana 8 (media, 9,71; desviación típica, 7,75; rango, 1-47).

Resultados del tratamiento. Se consideró sólo a los pacientes que habían finalizado todo contacto con el centro, un 76,83 por 100 ($n = 657$). De ellos, un 68,34 por 100 ($n = 449$) habían finalizado el tratamiento como altas, y un 31,66 por 100 ($n = 208$), como abandonos.

Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio. Cuando se preguntó a los pacientes de forma directa: ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?, en general las opiniones fueron muy positivas: la mayoría puntuó como excelente, muy escasas personas, regular, y nadie, malo (véase la figura 12.3).

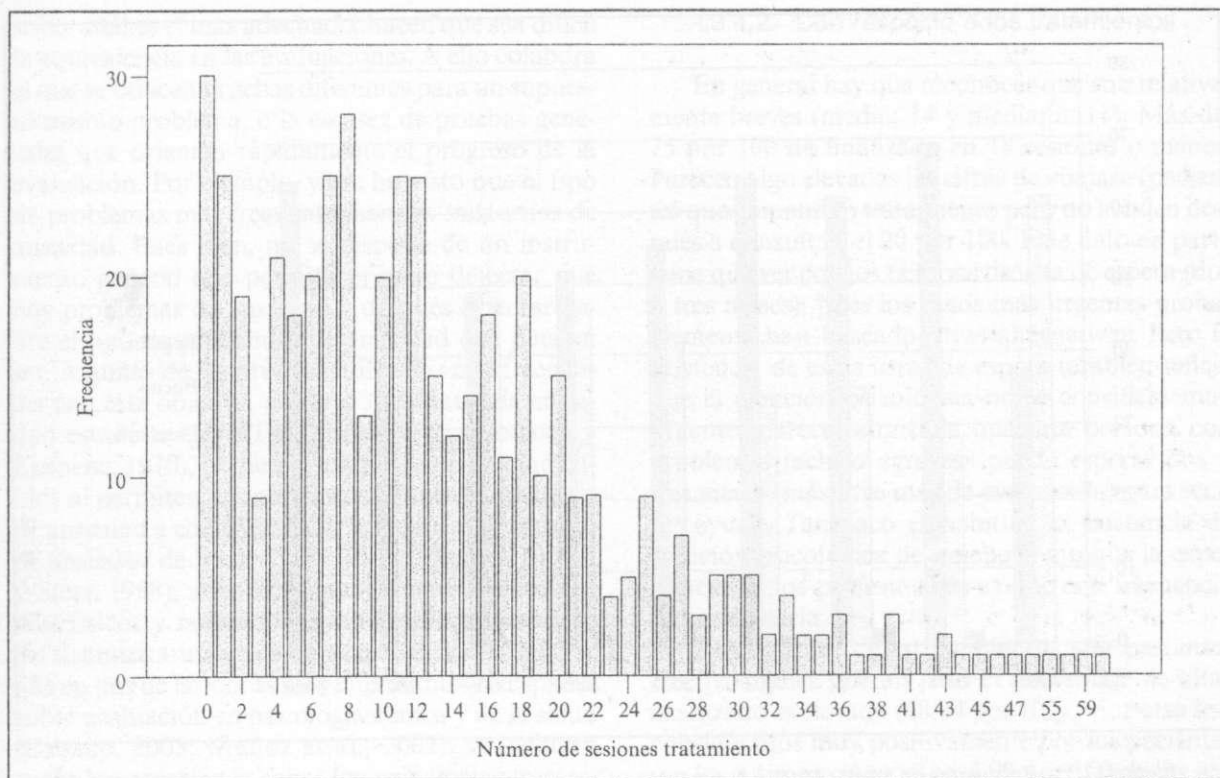


Figura 12.2.—Distribución de la muestra según número de sesiones de tratamiento (Labrador et al., 2010).

Un resumen, con respecto a las variables de tratamiento, puede verse en la tabla 12.5.

TABLA 12.5

Resumen variables terapéuticas de los pacientes (N = 856)

Evaluación	Mediana = 4 sesiones. Media = 3 sesiones. Rango = 0-14 sesiones.
Tratamiento hasta el alta	Mediana = 11 sesiones (0-66). Media = 14 sesiones.
Tratamiento hasta el abandono	Mediana = 8 sesiones (1-47).
Seguimiento	Mediana = 1 sesión (0-12).
Estado de los casos	76,8 por 100 finalizados.
Resultados de casos finalizados	68,3 por 100 alta. 31,7 por 100 baja/abandono.

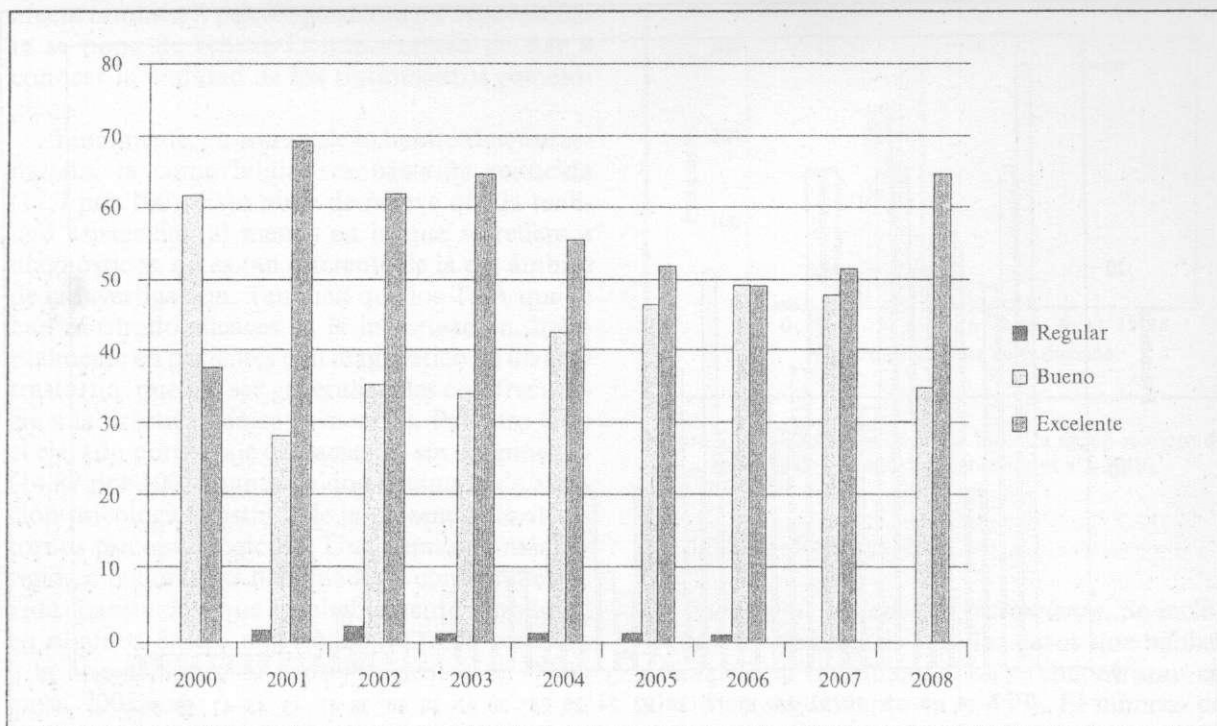


Figura 12.3.—Respuestas de los pacientes a la pregunta: ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?

1.3.4. Consideraciones a la evaluación y tratamiento

1.3.4.1. Con respecto a la evaluación

El promedio de tres sesiones (aunque la moda es cuatro) no es muy elevado para la práctica habitual de la psicología clínica. Sin embargo, apunta un problema importante en la labor profesional del psicólogo clínico, pues tres sesiones supone alargar en un 21,5 por 100 el tiempo de tratamiento. Además, conlleva retrasar tres semanas (si se utiliza la práctica más habitual de una sesión semanal) el inicio de la intervención, en unas circunstancias especialmente problemáticas para los pacientes, pues suelen demandar ayuda en los momentos de mayor gravedad. Se hace necesaria una evaluación más breve y precisa para hacer más competitiva y eficaz la labor del psicólogo clínico, por un lado con respecto a la ayuda demandada

por los clientes, y por otro con respecto a la actuación de otros profesionales. Para ello parece importante el desarrollo de protocolos o guías de evaluación empíricamente apoyados que faciliten una actuación más precisa y ágil en esta labor de evaluación. Como ejemplo se puede señalar el protocolo de evaluación para víctimas de violencia doméstica de Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco (2004) en dos sesiones. En esta dirección resultan de especial interés trabajos como los expuestos en la obra de Hunsley y Mash (2008).

Otras consideraciones al respecto de la evaluación tienen que ver con la precisión de ésta. A pesar de su prolongada duración, se constata una menor precisión de la deseada. La variedad de posibilidades, en especial instrumentos, de que dispone un psicólogo clínico para llevar a cabo la evaluación de un mismo problema, y las escasas precisiones

sobre cuál es el más adecuado, hacen que sea difícil la equivalencia en las evaluaciones. A ello colabora el que se utilicen pruebas diferentes para un supuesto mismo problema, o la escasez de pruebas generales que orienten rápidamente el progreso de la evaluación. Por ejemplo, ya se ha visto que el tipo de problemas más frecuentes son los trastornos de ansiedad. Pues bien, no se dispone de un instrumento general que permita primero detectar que hay problemas de ansiedad y después orientar sobre el tipo de problemas de ansiedad que puedan ser. Algunas de las pruebas utilizadas con frecuencia con este objetivo, como el Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), no tienen ninguna sensibilidad clínica ni permiten orientar sobre el tipo de trastorno de ansiedad a considerar. Otras, como el Inventario de ansiedad de Beck (BAI) (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), atienden especialmente a los síntomas físicos y tampoco permiten diferenciar entre los distintos trastornos de ansiedad. Es de señalar que en dos de las obras más interesantes en español sobre evaluación en psicología clínica y de la salud (Caballo, 2003; Muñoz et al., 2002), se incluyen capítulos específicos sobre los principales trastornos de ansiedad, pero no un capítulo general que los englobe y señale un forma de actuación inicial en todos estos casos. Lo mismo puede decirse de la obra ya citada de Hunsley y Mash (2008). También colaboran a esta falta de precisión y criterios comunes la no existencia de «guías o protocolos» de evaluación o el escaso valor de las categorías diagnósticas (DSM o CIE) para orientar el tratamiento.

Finalmente, considero que en el momento actual todavía queda por demostrar que la evaluación individualizada es más eficiente para orientar el tratamiento que simplemente asignar a categorías diagnósticas. De hecho, los TEA hacen referencia a eficacia de tratamientos por tipo de diagnóstico según DSM. Tradicionalmente se ha defendido la idea de que es mejor el diagnóstico individualizado, y yo creo que es cierto, pero no basta con creerlo o desearlo, hay que demostrarlo, y a mi entender es un reto todavía pendiente, en especial si se considera que no sólo debe ser más eficaz, sino también más efectivo y eficiente.

1.3.4.2. Con respecto a los tratamientos

En general hay que reconocer que son relativamente breves (media: 14 y mediana: 11). Más del 75 por 100 ha finalizado en 18 sesiones o menos. Parecen algo elevadas las cifras de «bajas» (pacientes que demandan tratamiento pero no acuden después a consulta), el 20 por 100. Este dato en parte tiene que ver con los tiempos de lista de espera (dos o tres meses), pues los casos más urgentes probablemente han buscado otras alternativas. Pero la existencia de estas listas de espera también refleja que la atención psicológica no se considera muy urgente; parece admisible que una persona con problemas incluso «graves» pueda esperar dos o tres meses (más otro más de evaluación) para recibir ayuda. Tampoco es habitual la existencia de atención psicológica de urgencia, aunque la experiencia de los profesionales es que con frecuencia sería necesaria.

Por otro lado los tratamientos son bastantes efectivos, pues por un lado el porcentaje de altas alcanzado es elevado (68,34 por 100) y por otro son considerados muy positivamente por los pacientes (en los últimos cinco años el 99 por 100 de los pacientes los consideran: bueno o excelente). Sin duda los datos son muy positivos. Este porcentaje se obtiene aunque los terapeutas no tengan una larga experiencia práctica (media de tres o cuatro años) y aunque el 50 por 100 de los pacientes venía de un tratamiento previo fracasado. Los datos resaltan la eficacia de los tratamientos utilizados, en concreto el valor de utilizar los TEA en la práctica asistencial de la psicología clínica. Los psicólogos disponemos de tratamientos eficaces que pueden dominarse con un período de formación, aunque intensa, no muy largo (dos o tres años), tras finalizar la licenciatura. Se constata empíricamente que el tratamiento psicológico no es un tratamiento sin fin, o con un fin incierto. Ciertamente hay mucha variación en la duración en función de los diagnósticos y otras variables como comorbilidad, número de técnicas utilizadas, apoyo social... (Labrador, Bernaldo de Quirós y Estupiñá, 2011; Labrador, Fernández y Ballesteros, 2011), pero el promedio no es elevado, 14 sesiones de tratamiento (alrede-

dor de tres meses y medio), para lograr el alta en el 68 por 100 de los casos. En resumen, los tratamientos psicológicos tienen un final en poco más de tres meses, y un final feliz en la mayoría de los casos. Por otro lado no son intervenciones muy costosas. Si se consideran los precios mínimos fijados por el COP en 2009 (última vez que se hizo), 48 € por sesión, precios que han sido los utilizados por la CUP, el coste total del tratamiento es de 672 €; si se incluyen las sesiones de evaluación, 816 €.

Sería conveniente comparar la eficiencia de estos tratamientos con la de los farmacológicos. Sin duda la variable más importante será la calidad de vida de los pacientes y/o el alivio de sus problemas, aspectos algo más difíciles de precisar. Pero incluso considerando exclusivamente los costes económicos directos, los tratamientos psicológicos son muy competitivos. Los precios totales son o bien similares o claramente inferiores. En poco más de tres meses la mayoría puede obtener un cambio sustancial en sus problemas y en su calidad de vida. Ofertar estos datos a las autoridades sanitarias, así como a los usuarios y a los propios profesionales de la salud, psicólogos clínicos incluidos, es fundamental.

No obstante, queda camino por recorrer. Hay escasa información sobre qué pasa con los pacientes al año o en seguimientos más largos, se busca ayuda psicológica por pocos problemas, hay es-

casos trabajos en los que se intenten tratamientos combinados psicológicos/farmacológicos, etc.

2. EFECTIVIDAD DE LOS TEA: TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

2.1. Resultado de los tratamientos

Se ha constado la eficacia de los TEA en varios estudios: Wolitzky-Taylor et al. (2008) para las fobias específicas; Heimberg et al. (1990) o Moreno Gil et al. (2000) para la fobia social; Clarks et al. (2003) para los problemas de pánico y agorafobia. Sin embargo, se sospecha que los resultados de efectividad son peores; por ejemplo Chambless y Ollendick (2001), comparando estudios eficacia/efectividad, señalan que «desciende la validez interna [...] y los pacientes no mejoran tanto como en los estudios de eficacia». Pero cuando se han realizado estudios de efectividad, los resultados aparecidos con frecuencia son equivalentes a los de los estudios de eficacia. Así Stuart, Treat y Wade (2000), para trastornos de pánico; Hahlweg et al. (2001), para agorafobias moderadas; Gaston et al. (2006), Labrador y Ballesteros (2011) o Lincoln et al. (2003), para fobia social.

TABLA 12.6

Características descriptivas de los pacientes de ansiedad de la muestra de la CUP considerada (N = 352)

	Muestra total ansiedad	T. pánico con agorafobia	T. pánico sin agorafobia	F. específica	F. social	T. agorafobia sin pánico
Número	352	50	39	26	71	6
Edad	Media: 29,9 años	Media: 29,22 años	Media: 32,72 años	Media: 33,35 años	Media: 27,82 años	Media: 46,83 años
Sexo	Varones: 28,1% Mujeres: 71,9%	Varones: 20% Mujeres: 80%	Varones: 28,2% Mujeres: 71,8%	Varones: 23,1% Mujeres: 76,9%	Varones: 36,6% Mujeres: 63,4%	Varones: 16,7% Mujeres: 83,3
Estado civil	Soltero: 71% En pareja: 24,7%	Solteros: 74% En pareja: 22%	Solteros: 53,8% En pareja: 43,6%	Solteros: 57,7% En pareja: 34,6%	Solteros: 80,3% En pareja: 18,3%	Soltero: 33,3% En pareja: 50%

Expondré a continuación los datos obtenidos en el trabajo de nuestro grupo de investigación en la Clínica de Psicología (CUP) de la UCM, con una muestra de 352 pacientes, des-

crita en la tabla 12.6. Debe tenerse en cuenta el escaso número de paciente de agorafobia sin pánico y la no inclusión de los trastornos obsesivo-compulsivos.

TABLA 12.7

Resultados de los tratamientos de los problemas de ansiedad realizados en la CUP y comparación del tamaño del efecto con muestras de referencia

Trastorno	Número sesiones evaluación Media (Mdn)	Número sesiones tratamiento Media (Mdn)	Alcanza objetivos Porcentaje	Abandono/baja Porcentaje	TE este estudio (<i>d</i>)	TE estudios de eficacia (<i>d</i>)
Pánico con agorafobia	3,1 (3)	15 (13)	60	12	1,07-3,57	0,75-1,32 De Buer y et al. (1995)
Pánico sin agorafobia	2,96 (3)	12,79 (11,5)	64,1	20,5	1,55-2,10	0,75 De Buer et al. (1995)
Fobia específica	3,27 (3)	12,36 (12)	42,3	30,8	0,96-1,7	1,58 Orgilés et al. (2002) 2,80 Méndez et al. (2005)
Fobia social	3,77 (4)	16,09 (13)	49,3	26,8	1,78-1,96	1,10 Feske y Chambless (1995) 1,06 Taylor (1996) 0,45-1,62 Rosa et al. (2002)
Agorafobia sin pánico	4 (4)	19 (19)	---	---	0,73-6,6	0,99-1,32 De Buer et al. (1995)

Como puede verse en la tabla 12.7, los resultados son muy esperanzadores. Hay que tener en cuenta que una parte de los sujetos aún está en tratamiento, con lo que no se incluye ni como éxito ni como abandono/baja. Los datos de abandono/baja no superan en ningún caso el 31 por 100, lo que supone cifras elevadas de efectividad. Por otro lado se han obtenido los tamaños del efecto, utilizando la *d* (Cohen), a partir de las puntuaciones en los cuestionarios específicos para cada uno de los problemas de ansiedad. Como puede constatar, los valores no son inferiores a los obtenidos en estudios de eficacia de referencia, lo que nuevamente apoya el valor de utilizar los TEA en el ámbito aplicado.

2.2. Costes de los tratamientos psicológicos de los trastornos de ansiedad frente a los farmacológicos

Se ha visto que los tratamientos psicológicos de los trastornos de ansiedad son eficaces y efectivos, pero ¿qué pasa con los costes? ¿Son más costosos que otras alternativas? Las alternativas fundamentalmente se restringen a los tratamientos farmacológicos, por lo que parece importante comparar los costes del tratamiento psicológico de los TEA con los de los farmacológicos.

Identificar los costes de los tratamientos psicológicos, considerando los llevados a cabo en la CUP, es muy sencillo: multiplicamos el número

de sesiones por el precio y ya conocemos ambos datos. Se ha comentado el coste promedio para los TEA, pero también es interesante precisar el precio en función de cada tipo de problema. Los resultados aparecen en la tabla 12.8.

No se dispone de datos similares para los tratamientos farmacológicos, por lo que deberán hacerse estimaciones al respecto. Para realizar estas estimaciones se recogen las recomendaciones de la British Association for Psychopharmacology (2005) sobre qué tipo de tratamiento farmacológico es el más indicado para cada trastorno. También las dosis mínimas eficaces señaladas por Bravo (2002) en su guía para los tratamientos y las indicaciones de la Delegación General de Farmacia España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010). Las estimaciones realizadas se pueden ver en la tabla 12.8.

Los costes farmacológicos están estimados teniendo en cuenta los precios de medicamentos genéricos y tomando como referencia el número de sesiones y dosis óptimas (que pueden o no reflejar la práctica real) señalados por Bravo (2002). Sólo se incluye el coste estimado en fármacos. No se computa el coste de terapeutas, servicios, locales, otro personal, etc. Los datos referidos al tratamiento psicológico en la CUP incluyen todos los costes (terapeutas, personal auxiliar, mantenimiento, locales...) y tienen en cuenta las sesiones reales que se llevaron a cabo, no estimaciones. Finalmente, aunque se estiman los costes de diferentes fármacos, el valor relevante es el que corresponde al tratamiento más indicado según la British Association for Psychopharmacology (2005), pues el objetivo es que el paciente mejore, no simplemente que esté medicado.

Sería interesante disponer de los datos de duración real del tratamiento farmacológico hasta la superación del problema, pero no los he encontrado, así como porcentajes precisos de bajas, abandonos y altas, lo que permitiría una información más precisa sobre eficiencia de los tratamientos.

Además deben hacerse algunas consideraciones adicionales a la utilización de los tratamientos farmacológicos, entre ellas: *a)* importancia de los

efectos secundarios: sequedad de boca, estreñimiento, dificultades en la micción, disfunción eréctil, náuseas, diarreas, insomnio, agitación, cefaleas, hipertensión, sedación, fatiga, disartria, depresiones respiratorias, etc.; *b)* algunos de estos fármacos producen **síndromes de discontinuación** (vértigos, ansiedad, insomnio, bajo humor, parestesias...; Bravo, 2002); *c)* con frecuencia se tratan estos efectos secundarios y síndromes de discontinuación con otros fármacos, prolongando el tratamiento y los costes, y *d)* obviamente con el tratamiento farmacológico no hay **aprendizaje** de nuevas estrategias de afrontamiento, lo que favorece la recaída.

Incluso algunas consideraciones más precisas, en concreto la British Association for Psychopharmacology (BAT-2005) señala al respecto: «... es difícil determinar el beneficio de un tratamiento farmacológico, frente a uno placebo, en los trastornos de ansiedad medios».

Se pueden señalar algunos datos más al respecto de los costes de los tratamientos de los trastornos de ansiedad. Así, Otto (2000), en su estudio sobre coste-eficacia para el tratamiento del trastorno de pánico sin agorafobia, en pacientes externos en el ámbito asistencial (no ligados a investigación), señala:

- El tratamiento cognitivo-conductual es al menos tan eficaz como el tratamiento con antidepresivos o con altas dosis de benzodiazepinas en tratamientos cortos.
- Es necesario continuar el tratamiento farmacológico para mantener los beneficios y evitar efectos de discontinuación.
- El tratamiento farmacológico está asociado a altos porcentajes de recaídas (54-70 por 100).
- El coste medio, para un año de tratamiento, es:
 - Terapia farmacológica: 2305 \$
 - Terapia cognitivo-conductual 1357 \$
 - Terapia cognitivo-conductual grupal ... 523 \$

TABLA 12.8

Gastos en fármacos y costes de los tratamientos psicológicos para los trastornos de ansiedad. Para el gasto en fármacos se toma como referencia el valor medio de la dosis y sesiones según Bravo (2002). En sombreado: tratamiento de primera elección para ese problema según la British Association for Psychopharmacology (2005)

	Gasto en fármacos con tratamiento farmacológico de TA						Gasto con tratamiento psicológico
	Venlafaxina	Diazepam	Fluoxamina	Fluoxetina	Paroxetina	Clorimipramina	Pacientes CUP
Fobia simple		69,12 €			157 €		750 €
Fobia social	487,2 €	69,12 €	202,36 €	100,3 €			953 €
Agorafobia sin pánico		69,12 €	202,36 €	100,3 €		870 €	1.152 €
Trastorno de pánico		69,12 €	202,36 €	100,3 €		870 €	756 €
Trastorno de pánico con agorafobia		69,12 €	202,36 €	100,3 €		870 €	864 €

2.3. Consideraciones y conclusiones

Retomando los datos disponibles, y entendiendo que los obtenidos en la CUP son sólo una muestra, pero una muestra que no presenta resultados discordantes con otras disponibles como ya se expuso, las conclusiones son claras:

- El uso de los TEA en trastornos de ansiedad consigue unos índices de efectividad elevados, aunque sería interesante reducir el número de «bajas» antes de iniciar el tratamiento.
- El tamaño del efecto (valores *d*) obtenido con los TEA en el ámbito asistencial (efectividad) no es inferior al obtenido en el ámbito investigador (eficacia).
- Esta efectividad se consigue en un período de tiempo relativamente breve (alrededor

de cuatro meses incluyendo evaluación y tratamiento).

- Los costes no son elevados, oscilando alrededor de unos 850 € en total.

Si se comparan los tratamientos psicológicos con los farmacológicos, también se pueden extraer conclusiones claras. En los tratamientos psicológicos:

- Probablemente es mayor el número de altas.
- Probablemente es menor el tiempo desde el inicio de la intervención hasta la recuperación.
- Los efectos secundarios y de discontinuación son mucho menores.
- Los costes directos son muy inferiores a los de los tratamientos farmacológicos.

Los costes indirectos sin duda presentarán diferencias en la misma dirección, pero aún más acusadas.

En consecuencia, los resultados apoyan de forma incuestionable la posibilidad, más aún, la conveniencia, de aplicar los TEA en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

3. RETOS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

El camino recorrido por la psicología clínica en poco tiempo ha sido largo y fructífero. Apenas medio siglo después del informe de Eysenck (1952), en el que se reclamaba la necesidad de una evaluación de la eficacia de la psicoterapia, esta evaluación ha sido puesta en marcha y con resultados muy positivos. Se ha puesto de relieve que la psicología clínica dispone en la actualidad de tratamientos psicológicos de contrastada eficacia para el abordaje de un número muy importante de problemas, tradicionalmente considerados «trastornos mentales». Se ha consolidado un cuerpo de tratamientos eficaces y efectivos, los TEA. Esto también señala la necesidad de excluir de entre los tratamientos psicológicos los que no han demostrado un apoyo empírico suficiente. Dado que el objetivo es alterar o cambiar la vida de las personas, parece conveniente ser prudentes y sólo utilizar aquellos que hayan demostrado su eficacia, precisando el tipo de problemas para el que lo son.

Pero, como toda ciencia, la psicología clínica debe continuar evolucionando y progresando. Debe ir consiguiendo superar las dificultades o «retos» que van surgiendo conforme se van superando obstáculos o dificultades anteriores. Es más, identificar los retos a los que se debe hacer frente es un importante primer paso en dirección a su solución. Dedicaré esta parte a identificar algunos de estos retos a mi parecer relevantes, considerando siete áreas de especial interés: formación, evaluación y diagnóstico, tratamientos, investigación sobre eficacia y efectividad, mode-

los psicopatológicos y procesos subyacentes, publicidad y presión social y política

3.1. Formación

Es necesaria una formación especializada en psicología clínica más completa y práctica que la que se puede obtener con los estudios de grado y máster oficial en los planes de estudio actuales, formación que debe incluir necesariamente entrenamiento (desarrollo de competencias) en práctica asistencial supervisada por profesionales de la psicología clínica.

La formación debe centrarse en el entrenamiento y uso de los tratamientos y procedimientos que han demostrado empíricamente su eficacia, efectividad y eficiencia, los TEA. No parece ético ni profesional entrenar o utilizar procedimientos terapéuticos que no han demostrado ser útiles, o al menos tan útiles como tratamientos alternativos.

Es determinante la conexión entre docencia-investigación-práctica profesional. No es de recibo la separación actual entre la docencia e investigación, por un lado, y la práctica profesional, por otro. Se hace necesario, lo mismo que en otras profesiones sanitarias, la vinculación entre puestos docentes y asistenciales (plazas de profesorado universitario vinculadas a centros sanitarios), la creación de departamentos de psicología clínica y de la salud en centros sanitarios y programas de formación profesional en psicología clínica desarrollados por estos departamentos de psicología y no adscritos departamentos de otras disciplinas o ámbitos del conocimiento como la psiquiatría. En esta dirección el actual programa de psicólogos internos residentes (PIR), aunque supone un cierto avance sobre la realidad anterior, es una solución pobre y lastrada. Por un lado está el problema del escaso número de plazas. Por otro, y más importante, la responsabilidad de la formación de unos profesionales descansa en profesionales y departamentos ajenos a esta disciplina, que incluso a veces ven a los psicólogos como competidores. No parece insensato pedir que la responsabilidad

de la formación de los PIR descansa en departamentos de psicología, vinculados a la docencia universitaria correspondiente, y sea realizada fundamentalmente por psicólogos clínicos.

¿En qué debe consistir esta formación, quién debe llevarla a cabo y cómo. Entiendo que es un debate importante en el que deben tener una voz más relevante tanto las facultades de psicología como las asociaciones profesionales, en especial el Colegio Oficial de Psicólogos, algo que no sucede en la actualidad. En estas condiciones no es impensable que la preparación profesional de algunos PIR sea cuestionable.

No es el momento de hacer una propuesta específica de formación del PIR, ni creo que deba ser tarea de una persona. Pero como punto de referencia o de partida puede señalarse la propuesta de la European Federation of Psychological Organizations (EFPA) para la formación de un psicólogo especialista en psicoterapia¹. La propuesta implica los siguientes criterios cuantitativos (el desarrollo completo puede verse en la página web del CGCOP <http://www.cop.es/index.php?page=certificado-psicoterapia>):

- Cinco años de formación universitaria más uno de práctica profesional supervisada (*Euro-psy*).
- Formación adicional en psicoterapia.
 - Teoría, metodología terapéutica y técnica, 400 horas.
 - Horas de supervisión, 150.
 - Horas de práctica supervisada, 500 (mínimo, diez casos).
 - Horas formación personal, 100 (control de la implicación personal y aportación al tratamiento).

3.2. Evaluación y diagnóstico

En este apartado se exponen algunas reflexiones adicionales a lo ya comentado anteriormente.

¹ El término psicoterapia en la EFPA abarca una realidad bastante próxima a lo que abarca psicología clínica en España.

Desde los inicios de la terapia de conducta hubo un rechazo frontal al diagnóstico categorial y a los sistemas nosológicos como el DSM y el CIE, pero no se llegaron a desarrollar propuestas alternativas suficientemente interesantes y finalmente se ha impuesto el uso de esos sistemas de clasificación (DSM y CIE). Aunque notablemente mejorados con respecto a los iniciales, los sistemas clasificatorios sólo hacen eso, clasificar. Pero no basta con clasificar para una adecuada evaluación: es importante explicar el porqué de los problemas y orientar el tratamiento.

La evaluación psicológica, muy apoyada en el análisis funcional de la conducta, intenta esta explicación de las conductas reconociendo posibles determinantes y, en consecuencia, señalando también las directrices de actuación. Pero también se han indicado una serie de limitaciones importantes, entre ellas:

- Es larga, costosa y no siempre muy precisa.
- En su realización se utilizan métodos y técnicas no siempre validados.
- Está más orientada a establecer (o seleccionar) el tratamiento que a la explicación del comportamiento(s) o problema(s).
- Dispone de muchos procedimientos e instrumentos, pero de escasa indicación de cuáles, cómo y cuándo utilizarlos.
- Apenas dispone de protocolos o guías de actuación, de forma que en cada caso el psicólogo debe decidir su forma de actuar, como mucho siguiendo referencias relativamente generales.
- Tampoco está claro cómo deben organizarse esos protocolos o guías. ¿En función de los diferentes trastornos (volviendo de nuevo a los sistemas nosológicos, como en el caso de los TEA)? Alternativamente podría hacerse a partir de conductas específicas o de la función que tienen las conductas específicas en cuestión.

La controversia entre diagnósticos individualizados largos, costosos y poco precisos versus asignación a categorías clínicas, ya señalada entre otros por Emmelkamp (1992), sigue en pie. La solución no puede venir de consideraciones teóricas, sino de datos empíricos sobre su eficacia, y esto dista de estar claro.

Algunas indicaciones quizá puedan ayudar a la mejora de la evaluación psicológica. Es necesario un mayor apoyo en los modelos psicopatológicos específicos a la hora de explicar los comportamientos y orientar la actuación terapéutica. Esto a su vez remite a los desarrollos de investigación, por ejemplo, la importancia diferencial de procesos automáticos y controlados en problemas de ansiedad o depresión (véanse Labrador, 2008; Mathews y McLeod, 1994, 2005, o el capítulo del profesor Brewin en esta obra).

También es preciso dar una mayor relevancia a la formulación de hipótesis explicativas (procesos y causas), y su contraste empírico. Esto permitirá aprovechar los conocimientos de los modelos explicativos generales en cada caso clínico específico, y ayudará a la identificación de los factores que favorecen o causan la presencia de las conductas anormales. De esta forma la investigación de los procesos psicopatológicos puede ayudar al desarrollo aplicado.

Por lo demás, ya se ha señalado la necesidad de una evaluación más competitiva, lo que implica más breve, precisa y eficaz. Es decir, que con menos costes oriente mejor la intervención a desarrollar, permitiendo que se incremente la relación entre costes y explicación y actuación más eficaz. Un paso importante en esta dirección será el desarrollo de sistemas expertos de evaluación con apoyo empírico (protocolos y guías), un ejemplo de los cuales puede verse en Hunsley y Mash (2008).

3.3. Tratamientos

Ente los retos más importantes siempre está y estará el desarrollo de tratamientos más eficaces y efectivos. La preocupación por contrastar de forma empírica la eficacia de las intervencio-

nes ha supuesto una ayuda excepcional en esta dirección. Sin descuidar estos aspectos, en el momento actual parece tener especial relevancia conseguir, además de tratamientos más eficientes, tratamientos que presenten una buena relación coste-eficacia. Quizá en esta dirección se ha trabajado menos, pero la demanda actual, así como el objetivo de llegar a más personas, obliga a tenerlo en cuenta. Tradicionalmente se ha considerado, al menos de forma implícita, que los tratamientos psicológicos debían ser largos, que debían durar lo que «fuera necesario». Hoy la corriente economicista está imponiendo criterios. Por un lado, en nuestro sistema sanitario, la escasa dotación de psicólogos clínicos obliga en muchos casos a actuaciones especialmente breves (¿apresuradas?). Por otro lado, los seguros sanitarios privados suelen incluir el tratamiento psicológico pero con limitaciones en el número de sesiones, habitualmente alrededor de 12-14. La respuesta de los psicólogos no puede ser negarse a trabajar en estas condiciones, sino adaptarse a la realidad, considerando estas restricciones materiales pero también las necesidades técnicas. Más aún, tratar de conseguir actuaciones muy eficaces en estas condiciones. La referencia al final va a venir marcada en gran parte por el número de sesiones, de forma que habrá que trabajar con este marco de referencia de 12 sesiones. De hecho ya muchos protocolos de actuación se inscriben en este marco (véase Barlow, 2008).

Sin duda el desarrollo de protocolos de actuación profesional es muy beneficioso a la hora de ayudar al psicólogo en su quehacer profesional. Pero los protocolos de actuación hasta la fecha se han desarrollado a partir de los diagnósticos categoriales (fundamentalmente del DSM), con los conocidos problemas (un mismo diagnóstico puede aplicarse a personas con conductas muy diferentes, los diagnósticos no aclaran la causa o determinantes de la conductas, etc.). Quizá va siendo hora de que, además de continuar con este trabajo, se comiencen a desarrollar protocolos más bien dirigidos a modificar conductas específicas (con independencia de los diagnósticos) y atendiendo también a la función de las conductas,

formas de actuación que parecen más adecuadas al quehacer del psicólogo.

También habrá que trabajar, superado ya este primer paso de demostrar que algunos tratamientos son eficaces, en identificar los procesos que subyacen a la eficacia de las terapias, o al cambio que se produce en el paciente. Identificar los procesos de cambio terapéutico permitirá actuaciones más precisas y específicas, lo que llevará a procedimientos más eficaces y también más breves.

Dado lo importante del cambio de los comportamientos de nuestros pacientes en su medio habitual, será importante el desarrollo de programas de autoayuda y de ayuda a los profesionales.

Desde luego siempre es un reto el desarrollo de nuevos tratamientos y nuevas tecnologías para la mejora de las intervenciones. Me detendré en considerar brevemente dos aspectos que considero de especial relevancia: por un lado, el desarrollo de nuevos procedimientos de intervención, y,

por otro, la reducción de los tratamientos que se prolongan excesivamente.

Respecto a los nuevos procedimientos, en las últimas décadas han aparecido unos tratamientos que se han denominado (autodenominado) terapias de conducta de tercera generación. No voy a discutir sobre lo poco adecuado de esta etiqueta, simplemente señalaré algunas de las terapias que se consideran como tales. En la tabla 12.9 se recogen aquellas consideradas más importantes y su ámbito de actuación.

Como puede verse, los objetivos de estas terapias son muy dispares. En algunos casos se han desarrollado para hacer frente a un problema específico (terapia de activación, terapia de conducta dialéctica y terapia integral de pareja); en otros casos, como una técnica de uso general. Por fin, en otros casos el objetivo es un cambio general en la persona (cambio nuclear u orientación general).

TABLA 12.9

Algunas de las denominadas terapias de conducta de tercera generación

Tipo de terapia	Ámbito de aplicación
Terapia de activación conductual (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001).	Trastorno específico Depresión
Terapia de conducta dialéctica (Linehan, 1993).	Trastorno específico Trastorno límite personalidad
Terapia integral de pareja (Jacobson y Christensen, 1996).	Trastorno específico Problemas pareja
Mindfulness (Jon Kabat-Zinn, 1982, 1994).	Técnica uso general
Terapia aceptación y compromiso (Hayes, 1987).	Cambio nuclear
Psicoterapia analítica funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991).	Orientación general

¿Qué aportan de nuevo estas terapias? Además de aspectos específicos para la intervención en algunos problemas, caso de la terapia de acti-

vacación conductual y de la terapia integral de pareja, se han señalado algunos elementos comunes, entre ellos:

- Insistencia teórica en el contexto.
- Insistencia teórica en la función de la conducta.
- Insistencia teórica en la flexibilidad individual de la intervención.
- Normalización de conductas problema.
- Reiteración de críticas a explicaciones cognitivas (mentalista).

Ciertamente algunas de ellas tienen un adecuado apoyo empírico y suponen una alternativa actual a determinados problemas. En otros casos es más difícil ver el valor real, en especial de las que tienen objetivos más generales, quizá por la menor precisión de las propuestas de actuación. Pero bienvenido todo nuevo procedimiento, a condición de que demuestre de forma empírica su capacidad para mejorar a los clientes. Un análisis más detallado y completo puede verse en el capítulo del profesor Vallejo en esta misma obra.

El segundo aspecto hace referencia al hecho de que, aunque la intervención psicológica en líneas generales es breve (14 sesiones, según Labrador et al., 2010; 13,6 según Bados, Balaguer y Saldaña, 2007), sin embargo en algunos casos se prolongan o se «atascan», llegando a ocupar más de 50, o llegándose a una situación en la que parece que no es posible avanzar. Sería interesante identificar las variables que puedan estar presentes en esta prolongación o ser responsables de ella. Parece un reto especial para los clínicos conseguir identificar por qué se alargan los tratamientos.

En los trabajos realizados por nuestro equipo de investigación hemos identificado algunas de estas variables (Labrador, Bernaldo de Quirós y Estupiña, 2011; Labrador, Fernández y Ballesteros, 2011). Algunas de ellas son modificables, y otras, menos modificables. Entre las identificadas se pueden señalar:

a) *Factores relacionados con el paciente:*

- Modificables:
 - Negación del problema o incapacidad de entenderlo.

- Rechazo del tratamiento o sospecha al respecto.
- Escasa percepción de responsabilidad en el desarrollo o mantenimiento del problema.
- Creencias disfuncionales sobre su problema (locus control externo/no responsabilidad).

— No modificables:

- Importancia de problemas del eje III (provocan la interrupción de la terapia o la realización de las tareas por el paciente).
- Bajos recursos cognitivos o déficit intelectual.

b) *Factores relacionados con el terapeuta:*

— Modificables:

- Inexperiencia de terapeutas.
- Metas irreales y déficit en el reconocimiento de logros.

— No modificables:

- Autocorrección del tratamiento (inclusión progresiva de nuevos objetivos o problemas en el curso del tratamiento).

c) *Factores relacionados con la terapia:*

— Modificables:

- Falta de adhesión (irregularidad en acudir a las sesiones).
- Falta de cumplimiento de tareas.
- Metas irreales y déficit en el reconocimiento de logros.

— No modificables:

- Añadido progresivo de objetivos conforme avanza la terapia.
- Doble o triple diagnóstico.
- Tipo de diagnóstico.
- Número de técnicas utilizadas en el tratamiento.

d) *Factores relacionados con el entorno:*

— Modificables:

- Falta de apoyo social.
- No modificables:
 - Situaciones de estrés intenso durante la terapia.
 - Problemas del eje IV: en especial problemas con el grupo primario de apoyo.

A partir de estas consideraciones se pueden hacer las siguientes recomendaciones para tratar de controlar la prolongación excesiva de los tratamientos:

- Motivar al cambio antes de iniciar la intervención.
- Resaltar la importancia de la implicación del paciente.
- Dar más relevancia al proceso de devolución de información.
- Incrementar la adhesión a terapia.
- Incrementar la realización de las tareas por parte del paciente.
- Precisión y realismo en los objetivos y progreso sistemático sin vacilaciones.
- Implicar a otras personas en el tratamiento.
- Desarrollo de red social.
- La más importante de todas: uso de tratamientos empíricamente apoyados.

3.4. Identificación de procesos terapéuticos

La terapia de conducta, como acercamiento científico en la psicología clínica, en su inicio suponía el desarrollo aplicado de la «ciencia de la conducta». Su aparición supuso una ruptura con lo que se estaba haciendo en esos momentos y un despegue de procedimientos eficaces para los objetivos profesionales.

Pero el éxito en los campos abordados, que eran escasos y para los que se disponía de una explicación relativamente consistente, provocó el acercamiento a otros campos o demandas clínicas, para los que el marco de referencia teórico no tenía explicaciones o, si las tenía, éstas eran

poco precisas. Primaba el objetivo de la utilidad práctica: conseguir mejorar las conductas anómalas o desadaptadas, con los procedimientos disponibles, aunque no se supiera por qué aparecían o el proceso a través del cual se conseguía el cambio. Esto supuso el abandono, al menos parcial, del marco teórico de referencia.

Es evidente que en una profesión aplicada, como la psicología clínica, lo primero es conseguir resultados prácticos; luego se podrán dirigir los esfuerzos a explicar por qué se consiguen, e integrar estos conocimientos en un marco teórico explicativo. Por eso se ha trabajado en especial en los desarrollos empíricos sin mirar a fundamentos teóricos o marco de referencia, ciertamente con avances importantes, pero también con actuaciones cuestionables y con la pérdida de algunos criterios de referencia. Apareció el peligro de la vuelta a lo «interno» y también la desconexión entre práctica y teoría-investigación.

Después de más de cuatro décadas de avance «práctico», culminadas en los últimos 15 años por la evaluación de la eficacia a través de los resultados empíricos, se ha conseguido algo muy importante: disponer de un amplio elenco de procedimientos, que orienten la actuación del psicólogo en su quehacer profesional, respaldado por un apoyo empírico incuestionable. Pero el avance quedará limitado si no se dedican esfuerzos, y esfuerzos importantes, a tratar de identificar los procesos que subyacen tanto al desarrollo de los problemas o conductas desadaptadas como a los cambios que se producen a través de las intervenciones. Al final se hace evidente que no hay nada más práctico que una buena teoría. Identificar estos procesos permitirá actuar con más precisión y mejores resultados. Dado que todo tratamiento psicológico no es sino un proceso educativo, será más fácil llevar a cabo este proceso si se conoce qué es lo que hay que aprender que si simplemente se aplica un procedimiento que se constata empíricamente que lo consigue.

Lo cierto es que en los últimos años se ha trabajado ya mucho en esta dirección, esencialmente en el campo de la investigación. Sería importante continuar y hacer que lleguen estos desarrollos al campo aplicado (Brewin, Dagleish y

Joseph, 1996; Fairburn, 2008; Heimberg y Becker, 2002; Sharpe, 2002).

Algunas de las direcciones que considero relevantes en este desarrollo son:

- Integrar los conocimientos de otras áreas de la psicología experimental (procesos básicos, neuropsicología, psicología social, etc.).
- Búsqueda de modelos específicos para explicar los trastornos.
- Fundamentar las técnicas de intervención identificando los procesos a través de los que actúan.

3.5. Publicidad

No basta con que el psicólogo clínico sea un buen profesional y disponga de procedimientos eficaces, efectivos y eficientes para sus clientes, si éstos no lo saben. Quizá un aspecto que ha tenido un menor desarrollo de lo debido, o incluso que ha fallado, es una adecuada publicidad de lo que los psicólogos clínicos son capaces de hacer.

Es necesario hacer esfuerzos para informar a la sociedad, en realidad hacer publicidad, de la eficacia profesional del psicólogo. Hacer llegar a los usuarios, tanto a los posibles pacientes como especialmente a los responsables de la atención sanitaria, gobiernos, compañías de seguros, otros profesionales, lo que el psicólogo hace y los resultados que obtiene. Nadie va a ayudar al psicólogo en esta tarea, de forma que son las sociedades de psicólogos, en nuestro caso en especial el COP, las que han de llevar a cabo esta labor.

Se echan de menos informes contundentes, claros y precisos que señalen qué funciona y también qué no funciona. No vale ya una postura de «café para todos», que en realidad perjudica a todos, pues impedirá confiar en unos profesionales que a veces funcionan y a veces no. Entiendo que el COP es la sociedad de «tódos» los psicólogos españoles, pero flaco favor hará a la psicología clínica como profesión si acepta cualquier práctica profesional de los psicólogos acogidos en su seno. Por tanto el COP tiene que ser el principal

implicado en «controlar profesionalmente» la actuación de los psicólogos clínicos, exigiéndosele que defienda a los psicólogos como profesionales y a los usuarios como beneficiarios de esta labor.

Es muy importante desarrollar campañas de publicidad de cara a los usuarios señalando con precisión qué sabe hacer el psicólogo clínico, qué resultados obtiene con su actuación y a qué coste. Asimismo es importante desarrollar guías dirigidas a los posibles usuarios que les orienten en su búsqueda de ayuda. También el desarrollo de guías técnicas dirigidas a los propios profesionales señalando qué formas de proceder son las más adecuadas y cuáles menos.

Especialmente importante es la publicidad de cara a los gestores de sanidad, públicos y privados, destacando las posibilidades de actuación, la efectividad de los tratamientos y la relación coste/eficacia. Además, en aquellos ámbitos o áreas en que no se disponga de estos datos sería muy deseable que se fomentara o patrocinara su obtención. También sería muy deseable la comparación de las actuaciones del psicólogo con las de otros profesionales, haciendo hincapié en la eficacia y la efectividad, pero también en la eficiencia.

A modo de ejemplos, se puede considerar un ámbito de actuación: la intervención en trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Según la comisión de la APA (sección 12), los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para el TEPT son: terapia de exposición, entrenamiento en inoculación de estrés y terapia de reprocesamiento y D.S. por movimientos oculares (DSMOR).

Alternativamente, los tratamientos farmacológicos considerados eficaces son, como primera elección, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), en especial sertralina y fluoxetina; como alternativas pueden considerarse paroxetina y fluvoxamina.

En algunos casos pueden resultar útiles los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), como la imipramina y amitriptilina, en especial en los TEPT asociados a ambientes bélicos. También en algunos casos, menos precisos, puede ser útil el uso de antidepresivos tricíclicos (ATC).

¿Cuál de estos tratamientos escoger? Lo lógico será escoger en función de los resultados obtenidos en su aplicación, del apoyo empírico.

Datos de la investigación: uno de los trabajos más completos al respecto es el metaanálisis realizado por Van Etten y Taylor (1998) en el que se comparan los tratamientos psicológicos y farmacológicos, teniendo en cuenta además gru-

pos de control. Los resultados de este metaanálisis pueden verse resumidos en tabla 12.10. Como puede verse, los tratamientos psicológicos tienen menos de la mitad de abandonos que los farmacológicos y consiguen mejores efectos que éstos, tanto en las medidas del TEPT como en los síntomas de ansiedad y depresión asociados.

TABLA 12.10

Resultados de los tratamientos del estrés postraumático en los valores de TEPT global, ansiedad y depresión asociados (Van Etten y Taylor, 1998)

Tratamiento	N.º ensayos	% de abandonos	Tamaño del efecto TEP		Tamaño del efecto ansiedad		Tamaño del efecto depresión	
			Autoinforme	Observación	Autoinforme	Observación	Autoinforme	Observación
Farmacológico	19	31,9	0,69	1,05	0,61	0,64	0,65	0,72
Psicológico	27	14,0	1,17	1,51	1,04	1,47	1,00	—
Control	14	16,6	0,43	0,81	0,17	0,38	0,23	0,36

Alternativamente, en un metaanálisis más actual (Powers et al., 2010), se estudia la eficacia de la exposición prolongada (entre 9-12 sesiones de 90 minutos de media) a través de 13 estudios con 675 pacientes (rango 7-345). Los resultados obtenidos apoyan el valor de la terapia de exposición prolon-

gada, tanto para reducir los síntomas del TEPT como en el malestar subjetivo informado por el paciente (véase la tabla 12.11). Nuevamente los resultados son muy positivos para los tratamientos psicológicos, en este caso la técnica de exposición, uno de los TEA ya señalados para el TEPT.

TABLA 12.11

Resultados del metaanálisis de Powers et al. (2010) sobre la eficacia de la exposición prolongada. EP (exposición prolongada); GC (grupo de control); LE (lista de espera); TPP (tratamiento psicológico placebo); GE (grupo experimental)

	Post EP-GC	Post GE-LE	Post GE-TPP	Seguimiento GE-GC
Síntomas TEPT g de Hedges (media y rango) Porcentaje pacientes recuperados	1,08 (0,69-1,46) 86%	1,51 (1,12-1,90)	0,65 (0,29-1,01)	0,68 (0,27-1,01) 76%
Malestar subjetivo general g de Hedges (media y rango) Porcentaje pacientes recuperados	0,77 (0,53-1,01) 79%			0,41 (0,03-0,78) 66%

Un dato más en esta dirección de publicar los tratamientos psicológicos del TEPT. En 1999, en el volumen 60 de la revista *The Journal of Clinical Psychiatry*, el suplemento 16 lleva por título: «The experts consensus guideline series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorders». Este monográfico tiene como objetivo establecer las directrices técnicas para el tratamiento del TEPT. Para su elaboración se ha contado con los expertos más relevantes a nivel mundial sobre TEPT, tanto del campo de la psiquiatría como de la psicología clínica. Estos expertos han llegado a un consenso sobre cuál debe ser el tratamiento en problemas de TEPT. El acuerdo se recoge en la tabla 12.12. Como puede ver en to-

dos los casos y tipos de TEPT, así como para todo paciente, la recomendación es que se use en primer lugar siempre psicoterapia. En algunos casos sólo psicoterapia y en otros psicoterapia en combinación con medicación. Dudo que esta propuesta tan clara y precisa por parte de los mayores expertos mundiales en TEPT sea la que manejan las personas que buscan ayuda por problemas de TEPT, los profesionales o los gestores de la sanidad pública o de compañías privadas e incluso muchos psicólogos clínicos. Sin duda, y con urgencia, las sociedades de psicología (en España el COP) han de trabajar, y duro, para que estos datos sean conocidos por todos, en especial por los más directamente implicados.

TABLA 12.12

Inicio-secuencia del tratamiento del TEPT según la guía de expertos de The Journal of Clinical Psychiatry (1999)

Edad	Severidad	TEPT agudo	TEPT crónico
Niños y adolescentes	Moderada	1.º Psicoterapia	1.º Psicoterapia
	Más intensa	1.º Psicoterapia o combinación de medicación y psicoterapia	1.º Psicoterapia o combinación de medicación y psicoterapia
Jóvenes y adultos	Moderada	1.º Psicoterapia	1.º Psicoterapia o combinación de medicación y psicoterapia
	Más intensa	1.º Psicoterapia o combinación de medicación y psicoterapia	1.º Psicoterapia o combinación de medicación y psicoterapia
Personas mayores	Moderada	1.º Psicoterapia	1.º Psicoterapia
	Más intensa	1.º Psicoterapia o combinación de medicación y psicoterapia	1.º Psicoterapia o combinación de medicación y psicoterapia

3.6. Presión social y política

Pero no basta con los datos y la publicidad de éstos. Probablemente no sea azaroso o inocente el

que no se utilicen o se conozcan estos datos. Es necesario, una vez que se dispone de ellos, conseguir que lleguen a las personas que deben tomar decisiones para que estos datos sean tenidos en

cuenta. En ese sentido parece muy relevante algo que hemos hecho poco los psicólogos: trabajar con y en los órganos políticos, en especial los más próximos a la política sanitaria. La realidad no se va a imponer per se, es necesario trabajar para conseguirlo.

En esta dirección podría ser importante una comisión profesional de psicólogos, que de manera permanente esté trabajando en la identificación de los resultados obtenidos sobre la actuación profesional del psicólogo clínico. Que permita identificar los resultados allí donde aparecen y seleccionar lo más adecuados para publicitarlos y presentarlos a las autoridades competentes. Esta comisión no puede estar formada por aficionados o «voluntarios», debe estar constituida por profesionales de prestigio a fin de que sus opiniones tengan un mayor peso e influencia.

Esto probablemente suponga también que los propios dirigentes de las sociedades de psicología (o de psicología clínica) se dediquen de forma profesional a estas tareas de publicidad y presión social y política. No tiene sentido un trabajo a medio tiempo o a ratos libres. La tarea debe ser permanente, pues llevamos gran retraso y nuestro competidor, en muchas ocasiones, son compañías inmensamente potentes como las farmacéuticas. Las diferencias en las campañas de publicidad y de presión política y social son evidentes. Es una situación muy desequilibrada que exige un esfuerzo excepcional pero que es imprescindible para el futuro de la psicología clínica como profesión.

Habrà que trabajar también con las administraciones para incrementar la incorporación de psicólogos clínicos a la red asistencial. La experiencia de Gran Bretaña es una referencia muy importante: psicólogos clínicos en las consultas de atención primaria, dado que mucha de la demanda tiene que ver con problemas psicológicos, en especial ansiedad y depresión. Una oportunidad excepcional para que los psicólogos clínicos sean capaces de mostrarse efectivos y eficientes. Pero incluso para que esta actuación positiva valga para algo, será imprescindible una información permanente a la opinión pública.

De hecho si se ordenaran por la importancia que para la psicología clínica, como profesión, tienen en el momento actual estos retos, sin duda el primero sería la publicidad de lo que se hace y obtiene, y el segundo, la presencia a nivel político e institucional. Más adelante vendrían los retos más estrictamente técnicos, que ya tienen un amplio camino desarrollado.

4. CONCLUSIONES

- Se demanda ayuda psicológica por pocos problemas, y mayoritariamente por parte de mujeres jóvenes.
- La evaluación debería mejorar, haciéndose más breve y precisa. Se echan de menos protocolos y guías de evaluación.
- Los tratamientos psicológicos, en concreto los TEA, son eficaces y efectivos, y logran porcentajes de altas de alrededor del 70 por 100 de las personas que los inician.
- Su duración es limitada, pudiendo estimarse como media alrededor de cuatro meses.
- También son limitados los costes, estimándose como media alrededor de 816 €.
- Los resultados obtenidos por los TEA en el ámbito asistencial, al menos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, son similares a los conseguidos en el ámbito de la investigación.
- Aunque los datos son escasos, también parece poner de relieve que los TEA son más eficientes (mejor relación beneficios/costes) que tratamientos alternativos, en concreto que los tratamientos farmacológicos, al menos en los trastornos de ansiedad.
- Se hace imprescindible que la formación de los psicólogos clínicos descansa fundamentalmente sobre los profesionales de la psicología clínica. También son importantes la vinculación de plazas docentes y asistenciales y el desarrollo de departamentos de psicología clínica autónomos, en el ámbito sanitario.

— Es vital y urgente dar a conocer (publicitar) la realidad de la psicología clínica (recursos y resultados) a la opinión pública, en especial usuarios y responsables de los servicios de salud públicos y privados.

También establecer vías de presión social y política al respecto.

— Es importante seguir identificando y superando retos.

REFERENCIAS

- Bados, A., Balaguer, G. y Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63(6), 585-592.
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step manual*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Belloso, J. J. y Espín, J. C. (2007). Un año de pacientes nuevos en un Servicio de Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25, 39-58.
- Bravo, M.^a F. (2002). *Psicofarmacología para psicólogos*. Madrid: Síntesis.
- Brewin, C., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670-686.
- British Association for Psychopharmacology (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 19(6), 567-596.
- Bucla-Casal, G., Teva, I., Sierra, J. C., Bretón-López, J., Agudelo, D., Bermúdez, M. P. y Gil, J. (2005). Imagen de la psicología como profesión sanitaria entre la población general. *Papeles del Psicólogo*, 26(91), 1-38.
- Caballo, V. E. (2003). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Clark, D., Ehler, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C. y Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1058-1067.
- Emmelkamp, P. M. G. (1992). Behaviour therapy in the «fin de siècle». En J. Cottraux, P. Legeron y E. Mollard, *Which psychotherapies in year 2000?* (pp. 151-163). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Eysenck, H. J. (1952). The effect of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive-behavior therapy and eating disorders*. Nueva York: Guilford.
- Fisher, J. E. y O'Donohue, W. T. (2006). *Practitioner's Guide to Evidence Based Psychotherapy*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M. y Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practise? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B. y Von Witzleben, I. (2001). Short and long term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 375-382.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. Jacobson (ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford.
- Heimberg, R. G. y Becker, R. E. (2002). *Cognitive behavioural group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. Nueva York: Guilford.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R. y Zollo, J. L. (1990). Cognitive behavioural group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1), 1-23.

- Hunsley, J. y Mash, E. J. (2008). *Assessments that work*. Nueva York: Oxford.
- Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Acceptance and change in couple therapy*. Nueva York: Norton.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. y Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: mindfulness meditation in everyday life*. Nueva York: Hyperion.
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum.
- Labrador, F. J. (2008). Introducción y marco conceptual. En F. J. Labrador (ed.), *Técnicas de Modificación de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Labrador, F. J. y Ballesteros, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*, 23, 560-565.
- Labrador, F. J., Bernaldo de Quirós, M. y Estupiñá, F. J. (2011). ¿Por qué se alargan los tratamientos? Predictores de una mayor duración del tratamiento y diferencias entre los de corta y larga duración. *Psicothema*, 23, 573-579.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Dykinson.
- Labrador, F. J., Estupiñá, F. J. y García Vera, M. P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22, 619-626.
- Labrador, F. J., Fernández, P. y Ballesteros, F. (2011). Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana. *Anales de Psicología* 27, 319-326.
- Labrador, F. J., Rincón, P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres Víctimas de la Violencia Doméstica*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lincoln, T., Winfried, R., Hahlweg, K., Frank, M., Von Witzleben, I., Schroeder, B. y Friegbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251-1269.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Mathews, A. y MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45, 25-50.
- Mathews, A. y MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 167-195.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Propuesta de estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Consumo, Centro de publicaciones.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2010, marzo). Delegación General de Farmacia. Consultado el 12 de marzo de 2010, en la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo: www.msc.es/profesionales/farmacia/fmNomenclator.jsp.
- Moreno Gil, P., J., Méndez, X. y Sánchez-Meca, J. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12, 346-352.
- Muñoz, M., Pérez, E., Roa, A., Santos-Olmos, A. B. y Viente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Nathan, P. E. y Gorman, J. (2007). *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. En J. C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Nueva York: Oxford University Press.
- Otto, M. W. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 556-563.
- Pérez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández, C. y Amigo, I. (dirs.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J. y Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635-641.
- Roth, A. y Fonagy, P. (2005). *What Works for whom?* Nueva York: Guilford.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22, 1-25.

- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stuart, G. L., Treta, T. A. y Wade, W. A. (2000). Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting 1-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 506-512.
- Valero, M. y Ruiz, M. A. (2003). Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis*, 2, 11-18.
- Vallejo, M. A., Jordán, C. M., Díaz, M. I., Comeche, M. I., Ortega, J. Amor, P. y Zubeidat, I. (2008). Perfil sociodemográfico de los usuarios de un servicio de asistencia psicológica online. *Psicothema*, 20, 610-615.
- Van Etten, M. L. y Taylor, S. (1998). Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Wolizky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B. y Telch, M. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1021-1037.