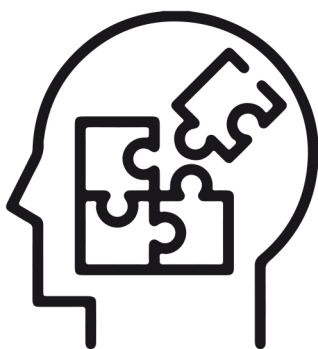


PSICOLOGÍA

FRANCISCO JOSÉ EIROÁ OROSA
MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ GÓMEZ
RUBÉN NIETO LUNA

FORMULACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL SIGLO XXI



EDITORIAL UOC



17 h

Formulación y tratamiento psicológico en el siglo XXI

Segunda edición revisada

Francisco José Eiroá Orosa
María José Fernández Gómez
Rubén Nieto Luna

Diseño de la colección: Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya

Diseño de la cubierta: Natàlia Serrano

Pictograma de cubierta creado por Freepik de www.flaticon.es

Segunda edición en lengua castellana: noviembre 2021

Segunda edición en formato digital (PDF): noviembre 2021

© Francisco José Eiroá Orosa, María José Fernández Gómez, Rubén Nieto Luna, del texto

© Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya, de esta edición, 2021

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Marca comercial: Editorial UOC

www.editorialuoc.com

Realización editorial: FUOC

ISBN: 978-84-9180-869-5

La UOC queda facultada expresamente por el/la autor/a para digitalizar y publicar la Obra en un repositorio en línea que será accesible al público bajo licencias Creative Commons, incluyendo la licencia ReconocimientoNoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND), v.4.0 Internacional (jurisdicción internacional), que permitirá copiar, distribuir y transmitir públicamente la Obra siempre citando la autoría y la fuente, sin hacer un uso comercial y sin hacer obra derivada. Si la Obra es transformada, la obra generada estará sometida a una licencia Creative Commons similar o compatible con la licencia mencionada.

Francisco José Eiroá Orosa

Doctor europeo en Psicología Clínica y Psiquiatría por las universidades de Hamburgo y Autónoma de Barcelona. Después de estancias en Dresde y Montevideo, ha ocupado puestos docentes en las universidades de Edimburgo y Este de Londres. Tras ser investigador Marie Skłodowska-Curie en las universidades de Yale y Barcelona, actualmente es investigador Ramón y Cajal en esta última, además de colaborar con la Universitat Oberta de Catalunya. Sus intereses de investigación están enfocados en el análisis de estrategias de concienciación de personas usuarias y profesionales del ámbito de la salud mental para mejorar la comunicación entre ellas, potenciando la participación en los servicios de las primeras, y la reflexión crítica y el autocuidado de los segundos.

María José Fernández Gómez

Psicóloga especialista en Psicología Clínica, fue psicóloga interna residente (PIR) en el Hospital Universitario Vall d'Hebron. Máster en Terapia Cognitivo Social por la Universidad de Barcelona. Profesora colaboradora en la asignatura de Técnicas de intervención y tratamiento psicológico en la Universitat Oberta de Catalunya. Después de trabajar en diversos dispositivos, actualmente ejerce como psicóloga clínica en el Servicio de Salud Mental del Hospital Sant Rafael de Barcelona. Sus principales intereses giran alrededor de la psicología clínica aplicada y la investigación basada en la clínica.

Rubén Nieto Luna

Doctor en Psicología Clínica y de la Salud por la Universitat de Barcelona. Profesor responsable en la Universitat Oberta de Catalunya, donde coordina asignaturas del área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Sus principales intereses en relación con la investigación son la psicología de la salud, más concretamente el dolor crónico y la aplicación de las nuevas tecnologías en psicología clínica y de la salud.

Índice

Prólogo	11
1. La influencia de las tecnologías de la información.....	12
2. La transformación de la literatura especializada	13
3. Hacia un tratamiento psicológico crítico y transformador.....	16
Referencias bibliográficas	21
 Introducción. Los tratamientos psicológicos en el contexto de la psicología contemporánea.....	 23
1. Modelos de formación	23
2. Contexto actual de las orientaciones teóricas.....	27
2.1. Enfoque psicodinámico.....	28
2.2. Enfoque cognitivo-conductual.....	30
2.3. Enfoque constructivista.....	31
2.4. Psicología positiva	32
2.5. Integración en psicoterapia	34
2.6. Tensiones con el biologicismo	35
3. La evidencia sobre los tratamientos psicológicos y su uso	38
3.1. Constructivismo frente a positivismo	39
3.2. Eficacia y efectividad.....	40
3.3. Paradigmas epistemológicos en el contexto de la historia de la psicología.....	41
4. Aspectos socioculturales	47
4.1. Justicia social y tratamiento psicológico.....	48
4.2. Aspectos culturales	50
4.3. Estigma.....	52
4.4. El movimiento de la recuperación.....	56
Referencias bibliográficas	59

Capítulo I. Formulación y primeros pasos	69
1. Análisis de la demanda terapéutica o motivo de consulta.....	69
1.1. Demandante de ayuda.....	70
1.2. Variables a analizar	71
2. Establecimiento de la relación terapéutica.....	80
3. Formulación clínica.....	83
4. Diagnóstico en la práctica clínica: de las taxonomías a las perspectivas dimensionales y críticas	89
5. El proceso de diagnóstico diferencial.....	95
6. Instrumentos de evaluación.....	99
7. Aspectos éticos con relación a la evaluación y la confidencialidad	104
8. Devolución y establecimiento de objetivos	106
Referencias bibliográficas	112
 Capítulo II. Selección e implementación de tratamientos psicológicos: de la evidencia a la práctica.....	 117
1. Selección de tratamientos ¿en función de evidencia o de experiencia?	117
2. Las bases de datos de ensayos clínicos y las guías de práctica clínica	121
2.1. La Biblioteca Cochrane.....	121
2.2. Instituto Nacional (británico) para la Salud y la Excelencia en la Atención (NICE).....	123
2.3. Centro de Recursos de Prácticas Basadas en Evidencia (EBPRC, Estados Unidos).....	124
2.4. Directrices de la Asociación Americana de Psicología (APA).....	124
2.5. Guías de práctica clínica (GPC) en el Sistema Nacional de Salud español.....	126
3. Implementación de tratamientos psicológicos	128
3.1. Psicoeducación y autogestión del bienestar	131
3.2. Tratamiento de la ansiedad, obsesiones y estrés.....	136
3.3. Tratamiento del estado de ánimo alterado: depresión y trastorno bipolar.....	156

3.4. Tratamiento de la psicosis	167
3.5. Tratamiento de los trastornos de personalidad	171
3.6. Tratamiento de los trastornos alimentarios	174
3.7. Tratamiento de las adicciones	177
3.8. Tratamiento de las disfunciones sexuales	185
Referencias bibliográficas	188
Capítulo III. Retos del siglo XXI	205
1. Trabajo con tecnologías de la información y la comunicación	205
1.1. Consulta psicológica remota (utilizando las TIC)	206
1.2. Programas de tratamiento en línea multicomponente...	208
1.3. Intervención psicológica con teléfonos inteligentes....	209
1.4. Realidad virtual	210
1.5. Inteligencia artificial	213
1.6. Puntos comunes y ventajas	214
2. Trabajo con personas culturalmente diversas: minorías étnicas, migrantes y refugiados	216
2.1. Sesgos e imperfecciones de la psicometría y soluciones desde una perspectiva cultural	218
2.2. Los límites del conocimiento cultural del profesional...	221
2.3. ¿Superando el prejuicio o aceptando las propias limitaciones?	222
2.4. Desigualdades sociales y de género	223
2.5. El trabajo en salud mental y derechos humanos	225
Referencias bibliográficas	227

Prólogo

A continuación realizamos la contextualización de la creación de este volumen con el fin de ofrecer algo de luz al lector sobre las necesidades que se pretenden cubrir y cómo se ha estructurado. La escritura del presente trabajo nace de la necesidad de un texto para articular el estudio de la asignatura de Técnicas de intervención y tratamiento psicológico de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), que tiene como objetivo ofrecer a los alumnos herramientas y criterios que le permitan formular los casos y elegir las técnicas de intervención que mejor se adapten a diversos problemas psicológicos en el ámbito de intervención de adultos. El que veníamos utilizando, basado en la evidencia desde de un punto de vista clásico, se había quedado (lógicamente) desactualizado con el paso del tiempo. Sin embargo, la búsqueda de un nuevo manual, que en principio no debería haber ocupado más que unas horas, sirvió para reflexionar sobre cómo había cambiado la recopilación de evidencia sobre tratamientos psicológicos y la necesidad de un material distinto. Por ello, este libro, además de intentar cubrir unas determinadas necesidades formativas, nace como un proyecto con la vocación de actualizar la idea de manual de tratamiento psicológico en el contexto de los actuales retos sociales y lo que hace tiempo fue bautizado como «era de la información».

El objetivo principal de este libro es servir de puente entre manuales y fuentes de información de aspectos básicos como la psicopatología, la evaluación psicológica o las técnicas concretas de intervención y el aprendizaje práctico que incluye la formulación de casos e implementación de un tratamiento. Esperamos que después de la lectura y estudio de este manual, se disponga de criterios que puedan ayudar a seleccionar intervenciones específicas para casos concretos y se sea capaz de analizar críticamente textos en los que se describe de manera práctica la implementación de tratamientos psicológicos.

Es muy importante destacar que este libro estará en constante evolución, de manera que, a través de nuestro trabajo profesional, práctica docente y los comentarios que recibamos iremos actualizando y mejorando los contenidos. Para esta finalidad, hemos creado una encuesta en línea que cualquier lector puede utilizar para hacernos llegar sus opiniones o sugerencias de lo que le gustaría encontrar en el futuro en un manual como el que presentamos. Pueden acceder a través de: <http://goo.gl/vtNIuk>

1. La influencia de las tecnologías de la información

El desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) durante el final del siglo XX y el principio del XXI está transformando la vida de los seres humanos y también, aunque de manera más lenta que en otros aspectos vitales, los tratamientos psicológicos. Mientras que hace no mucho la primera consulta ante un episodio de malestar psicológico iba dirigida a una persona de confianza, que podía ser por ejemplo un familiar, sacerdote o médico de cabecera, hoy en día esa responsabilidad recae frecuentemente sobre buscadores de Internet. Esto es así hasta el punto de hacer posible estudios sobre la estacionalidad de ciertos síntomas usando búsquedas extraídas de las bases de datos de estos buscadores (p. ej., Ayers y otros, 2013). La búsqueda en línea de servicios psicológicos, la administración total o parcial de las terapias a través de videoconferencias o el uso de dispositivos de realidad virtual para la administración de técnicas de exposición, son otros ejemplos del uso de las TIC en el tratamiento psicológico. Profundizaremos en todos estos aspectos con algo más de detalle en el manual.

Por otro lado, la búsqueda de evidencia e ideas a través de la red para realizar tratamientos por parte de los profesionales, aunque parece evidente que se debe estar dando, no ha recibido una especial atención

ni por parte de medios de comunicación de masas, ni académicos. A pesar de que no exista un gran debate sobre ello, los profesionales usamos con mucha frecuencia la red para contrastar lo que hacemos y buscar innovaciones, aunque probablemente lo hacemos de maneras muy diversas. Mientras los profesionales dedicados a la investigación buscan casi exclusivamente en bases de datos de revistas indexadas (generalmente revisadas por pares), priorizando el factor de impacto¹ y el prestigio, los profesionales dedicados a la atención usan también otro tipo de documentos normalmente compartidos de forma abierta: guías clínicas, manuales específicos, materiales audiovisuales para presentaciones, casos compartidos por otros profesionales, etc. En este sentido, uno de los objetivos secundarios de este libro es orientar sobre las vías disponibles para la búsqueda de información a través de la red, cómo valorar su calidad, las maneras de seleccionar la información y usarla críticamente.

2. La transformación de la literatura especializada

Hasta principios del presente siglo se editaban con frecuencia grandes volúmenes dedicados a la elección de tratamientos psicológicos. En el contexto español, ejemplos como los «Manuales para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos» (Caballo, 1997, 1998), la «Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos» (Labrador y otros, 2000), el volumen 13, número 3 de la revista *Psicothema*, posteriormente convertido en tres manuales titulados «Guía de tratamientos psicológicos eficaces» (Pérez Álvarez y otros, 2003), o

1 El factor de impacto es una medida de la importancia relativa de una publicación científica. Se calcula dividiendo el número de veces que los artículos publicados en una revista han sido citados por el número de artículos publicados en un periodo de dos años. Así, el factor de impacto de una revista en un año concreto sería el cociente entre citas y artículos publicados, teniendo en cuenta solo las citas a los artículos publicados en los dos años anteriores.

«Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico: Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento» (Haynes y otros, 2011), han sido durante años textos de referencia para el aprendizaje de la aplicación de tratamientos psicológicos. Sin embargo, en los últimos veinte años hemos visto cómo este modelo de gran manual, compuesto por capítulos escritos por expertos en los grandes grupos de patologías, iba perdiendo vigencia. De hecho, el citado manual de Haynes y otros (2011), estaba estructurado de forma procesual, invitando a una lectura más centrada en la práctica. A la vez, las instituciones locales e internacionales del ámbito de la salud mental pública que se dedican a evaluar la eficacia y efectividad de los distintos tipos de intervenciones psicológicas, empezaban a ofrecer sus informes de manera abierta y gratuita. Ejemplos de estas instituciones son la Biblioteca Cochrane,² el Instituto Nacional (británico) para la Salud y la Excelencia en la Atención,³ la Asociación Americana (estadounidense) de Psicología,⁴ el Registro Nacional (estadounidense) de Programas y Prácticas Basadas en la Evidencia de la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental⁵ y en España, la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud (SNS). Por otra parte, la disminución de la importancia de la producción de manuales en el currículum académico frente a las publicaciones en revistas de impacto, también ha ejercido cierta influencia sobre el parón de producción de manuales generalistas de tratamiento psicológico.

Ambos fenómenos atienden probablemente a un proceso de especialización. Mientras antes eran los académicos universitarios los que se encargaban de hacer tanto los trabajos de investigación como los de

2 Organización internacional sin ánimo de lucro, <http://es.cochrane.org/>

3 NICE, acrónimo de National Institute for Clinical Excellence. En 2005 se unió a la Health Development Agency convirtiéndose en el National Institute for Health and Care Excellence, aunque conservando el acrónimo, <http://www.nice.org.uk/>

4 APA, acrónimo de American Psychological Association, <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/>

5 SAMSHA's NREPP, acrónimo de Substance Abuse and Mental Health Services Administration's National Registry of Evidence-based Programs and Practices, <http://www.samhsa.gov/>

revisión, ahora se ven obligados a invertir más energía en lo primero, mientras que lo segundo es realizado cada vez más frecuentemente por parte de agencias relacionadas con los sistemas estatales de salud u organizaciones sanitarias internacionales, que se encargan de velar por la eficiencia en el uso de recursos. En este contexto cambiante, entendemos que existe una necesidad creciente de saber utilizar estas nuevas herramientas abiertas. Creemos que contar con extensos volúmenes que incluyan recopilaciones exhaustivas irá en detrimento, ya que estas pierden vigencia en pocos meses. Por eso hemos concebido este manual como una herramienta para el aprendizaje procedimental más que como una recopilación o selección de información. Es decir, perseguimos que se adquiriera un método que permita al lector recopilar y valorar la información que le pueda ser de utilidad para la formulación y abordaje de casos clínicos, asumiendo que deberá ser ella o él el que se haga responsable de comprobar la vigencia de algunos contenidos.

Este volumen, a diferencia de sus predecesores, no estará estructurado en virtud de una clasificación de patologías, escuelas de psicoterapia o tipo de técnicas, sino que intentará proponer un procedimiento de razonamiento crítico sobre los casos clínicos que se puede ajustar a cualquier tipo de malestar y diferentes escuelas. Sin embargo, para facilitar la consulta rápida, hemos decidido incluir una pequeña recopilación de tratamientos clasificados por grupo de trastornos en la parte sobre implementación de tratamientos concretos. Adicionalmente, para facilitar la comprensión de determinados procesos y conceptos, presentamos viñetas que pueden acercar al lector a la realidad clínica.

Asimismo, debemos recalcar que este volumen está diseñado sobre todo para estudiantes o profesionales con conocimientos previos sobre psicopatología, evaluación psicológica y técnicas de intervención. Aunque intentaremos explicar una buena parte de los conceptos que iremos usando a lo largo del texto, este no es un manual recomendado para personas sin ningún conocimiento previo de psicología clínica. Por ello, recomendamos este libro como manual para asignaturas en las que se espera que, usando el conocimiento previamente adquirido, las y los estudiantes puedan empezar a for-

mular y diseñar planes de intervención para casos concretos. Por otra parte, este trabajo también pretende ser una vía de actualización para terapeutas que quieran actualizar su visión del campo o empezar a explorar el uso de las herramientas digitales y bases de datos sobre tratamiento psicológico.

3. Hacia un tratamiento psicológico crítico y transformador

Existen desafíos en el campo de la salud mental no directamente relacionados con el cambio social impuesto por las nuevas tecnologías y la especialización de los profesionales, que también intentamos abordar en este trabajo. Quizá el más importante es el de las dificultades de los servicios de salud mental y sus profesionales para fomentar la autonomía y el empoderamiento de las personas usuarias, incluso en algunos casos divulgando mensajes sociales que, aunque tal vez sea de forma involuntaria, producen estigma y discriminación. En este sentido, son cada vez más numerosos los grupos de activistas en primera persona acompañados por familiares y profesionales, y las campañas contra el estigma en salud mental que operan a nivel local e internacional.

El uso de términos como «psicología anormal» o «psicopatología» refleja un modo de entender la salud mental centrada, sobre todo, en los aspectos negativos y estableciendo fronteras entre lo normal y lo anormal que, a pesar de seguir vigente hoy en día, algunos profesionales creemos que es necesario transformar. Por otro lado, la manera en que nos referimos a las personas que reciben un tratamiento psicológico también está en entredicho. La palabra «paciente» implica recibir o padecer la acción de un agente y ha sido criticada por diversas organizaciones. Por ello, se han propuesto términos alternativos

como «cliente»,⁶ «usuaria o usuario», «consumidora o consumidor»⁷ e incluso «superviviente» y «víctima». Otros prefieren no hacer referencia a la relación con el sistema de atención y hablan de «persona con experiencia» (en salud mental) o «afectada».⁸ En este libro hemos escogido hablar de «personas usuarias» ya que, aunque es un nombre que actualmente quizá está más establecido en el sector de servicios sociales (McLaughlin, 2009), es el que los movimientos en primera persona fomentan de forma más consensuada con los profesionales (Barker y Peck, 1996; Storm y Edwards, 2013; Tait, 2005) y no implica necesariamente un mal funcionamiento del sistema, como es el caso del término «consumidor», o la existencia de malas experiencias previas como «superviviente» o «víctima». Nuestra intención tampoco es ocultar que haya deficiencias o malas experiencias, sino intentar usar un término optimista, que invite a entender que cuando aplicamos un tratamiento psicológico estamos ante una persona (o personas) autónoma(s), con los mismos derechos que cualquier otra y que consultan solicitando ayuda para afrontar dificultades determinadas. Esto no implica que sean receptores pasivos de nuestra intervención o que nuestros conocimientos o experiencia justifiquen el uso de ningún tipo de autoridad. Creemos que es importante que la persona que solicita ayuda participe de forma activa en su recuperación, en función de sus posibilidades y voluntad.

Por eso, este trabajo intenta ofrecer herramientas para la formación de terapeutas dispuestos a trabajar con personas usuarias de servicios de salud mental desde el respeto, la colaboración y el empoderamiento. Esto se concreta de diferentes modos. En primer lugar proponemos, como medida de respeto, evitar usar el diagnóstico como una sinécdoque: las personas usuarias de servicios de salud mental no son diagnósticos, son personas que pueden cumplir

6 El término «cliente» es usado más habitualmente en el contexto anglosajón que «paciente».

7 El movimiento de consumidores emergió en Estados Unidos en la década de los años setenta para exigir mejoras en los servicios de Salud Mental.

8 Del alemán «Erfahren» y «Betroffene».

o no criterios para tener un diagnóstico. En segundo lugar, creemos que existe una necesidad cada vez más acuciante de aplicar técnicas de intervención psicológica desde una perspectiva colaborativa. En este sentido, proponemos reconocer que son las personas usuarias las expertas en sí mismas y que los profesionales no tenemos soluciones automáticas o mágicas, sino que nos formamos para facilitar procesos en los que las personas usuarias son las protagonistas. En tercer y último lugar, conectando con el tema de la colaboración, a lo largo del volumen iremos proponiendo la necesidad de combinar técnicas que ayuden a aliviar síntomas con una aproximación empoderadora. Esto solo es posible si fomentamos la autonomía, la cohesión comunitaria, fortalecemos la colaboración entre diferentes servicios y entendemos, como reza el lema de la OMS, que el empoderamiento no es un destino, sino un camino (Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, 2010).

Los modelos alternativos al de la «psicología anormal», en los que profundizaremos en la sección dedicada al diagnóstico, nos pueden dar herramientas para poder analizar críticamente toda la literatura de tratamientos psicológicos y trabajar de forma colaborativa. En este sentido, la literatura parece caminar a confirmar que el sufrimiento psíquico es una variable dimensional, es decir, se da en diferente medida en diferentes personas y diferentes momentos. En este contexto los puntos de corte, aunque pueden ser prácticos, son simplemente convenciones tomadas en reuniones de expertos con fuertes influencias de grupos de presión empresarial (industria farmacéutica, aseguradoras médicas, etc.). La comprensión dimensional del sufrimiento psicológico desafía en buena medida la posición categorial representada por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)⁹ y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (acortado como Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

9 De sus siglas en inglés: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

que inevitablemente separan la población entre personas enfermas y sanas. Por otro lado, algunas campañas¹⁰ nos recuerdan que casi todos vamos a tener momentos en los que experimentaremos tristeza extrema, ansiedad e incluso niveles variables de sintomatología psicótica o disociativa. Se calcula que una de cada cuatro personas llegaremos a experimentar este malestar de manera tan intensa y duradera que impedirá el transcurso normal de nuestras vidas, aunque los puntos de corte para considerar este malestar «diagnosticable» es un espacio bastante más gris de lo que pudiésemos pensar a priori. Por ejemplo, los estudios de campo del DSM 5 (Freedman y otros, 2013) evidenciaron que algunos diagnósticos como la depresión mayor, tienen una fiabilidad interjueces muy baja. Es decir, si otro profesional realiza el diagnóstico de nuevo, es más probable que adjudique otro diagnóstico (o ninguno) que el mismo.

Por otra parte, aproximaciones recientes, como la psicología positiva, sugieren que se debería prestar atención a las fortalezas y no solo a los déficits. Un paso más allá, diversos proyectos de fomento de los derechos humanos en el ámbito de la salud mental proponen tratamientos codiseñados con las personas usuarias desde la comprensión de la experiencia personal y el soporte comunitario.

En general, como ya hemos anticipado, en este libro intentamos dotar de herramientas a terapeutas de distinta condición para que sean capaces de entender distintos tipos de literatura sobre tratamiento psicológico. Esperamos que al finalizar la lectura de este trabajo se hayan adquirido habilidades para analizar de forma crítica tanto artículos de investigación publicados en revistas revisadas por pares como revisiones, manuales, webs de instituciones, etc. Para esto cabe combinar conocimientos previos y otros que se obtendrán a través del estudio de este texto.

Cuando hablamos de un «análisis crítico» nos referimos a un análisis que no acepte dogmas, que entienda el contexto en el que se han

10 «Una de cada cuatro» es una campaña montada sobre el principio de que una de cada cuatro personas padecerá algún trastorno mental a lo largo de su vida. <http://www.1decada4.es/>

elaborado las teorías, que nos ayude a entender las limitaciones de los métodos de investigación, dudando siempre de sus contenidos y conclusiones, para ser capaces de aplicarlo en la práctica, conscientes de sus ventajas pero también de sus limitaciones y posibles efectos perjudiciales. Aunque cueste imaginarse que un terapeuta bien formado y con buena voluntad pueda perjudicar a una persona usuaria, distintas técnicas de intervención psicológica pueden estar contraindicadas en diversas situaciones. En general, la intervención psicológica debe ser aplicada teniendo en cuenta los factores que hacen que la palabra pueda suponer un elemento de recuperación para otros seres humanos. Esta es la razón por la que hemos dedicado nuestros esfuerzos en la elaboración de este manual.

Los autores

Primera edición, abril de 2016.

Segunda edición, noviembre de 2021.

Referencias bibliográficas

- Ayers, J. W., Althouse, B. M., Allem, J.-P., Rosenquist, J. N., y Ford, D. E. (2013). Seasonality in Seeking Mental Health Information on Google. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(5), 520-525. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.01.012>
- Barker, I., y Peck, E. (1996). User Empowerment – A Decade of Experience. *Mental Health Review Journal*, 1(4), 5-13. <https://doi.org/10.1108/13619322199600036>
- Caballo, V. E. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Siglo XXI.*
- Caballo, V. E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 2: Formulación clínica, medicina Conductual y trastornos de relación. Siglo XXI.*
- Freedman, R., Lewis, D. A., Michels, R., Pine, D. S., Schultz, S. K., Tamminga, C. A., Gabbard, G. O., Gau, S. S.-F., Javitt, D. C., Oquendo, M. A., Shrout, P. E., Vieta, E., y Yager, J. (2013). The Initial Field Trials of DSM-5: New Blooms and Old Thorns. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 1-5. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12091189>
- Haynes, S. N., Lázaro, A. G., y Godoy, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico: Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Ediciones Pirámide.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E., y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Dykinson.
- McLaughlin, H. (2009). What's in a Name: «Client», «Patient», «Customer», «Consumer», «Expert by Experience», «Service User» – What's Next? *British Journal of Social Work*, 39(6), 1101-1117. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm155>

- Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud. (2010). *Empoderamiento del usuario de salud mental – declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS*. Publicaciones de la OMS.
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C., y Amigo Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces: Adultos*. Pirámide.
- Storm, M., y Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313-327. <https://doi.org/10.1007/s11126-012-9247-x>
- Tait, L. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(3), 168-175. <https://doi.org/10.1192/apt.11.3.168>

Introducción. Los tratamientos psicológicos en el contexto de la psicología contemporánea

1. Modelos de formación

En primer lugar queremos situar este manual en el contexto actual de la formación en tratamientos psicológicos. Aunque a escala internacional las formaciones en psicología clínica y psicoterapia son muy heterogéneas, en las últimas décadas se han ido generalizando las formaciones de posgrado que combinan teoría, práctica y, en algunos casos, investigación doctoral.

En el momento de redacción de este manual, en el contexto español existen de manera paralela tres formaciones: 1) La **especialidad en psicología clínica** vía residencia hospitalaria (psicóloga o psicólogo interno residente, PIR), adaptada al sistema de formación médica especializada, de cuatro años de duración. Esta formación se realiza y habilita para ejercer dentro del Sistema Nacional de Salud, referido habitualmente como «público», ya que para acceder se necesita tan solo disponer de una tarjeta sanitaria, aunque en algunas comunidades autónomas, como Cataluña, muchos servicios son provistos por entidades privadas. 2) El **máster oficial en Psicología General Sanitaria** (PGS), de menor duración (dos años), que habilita para el ejercicio privado y dentro de instituciones públicas o sin ánimo de lucro no pertenecientes al SNS (atención precoz infantil, ayuntamientos, asociaciones de atención a víctimas, etc.). 3) **Acreditaciones de psicoterapia** otorgadas por entidades sin ánimo de lucro como la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF) y

la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA)¹ a través del Consejo General de la Psicología de España. Actualmente no existe ninguna formación oficial que cumpla con todos los requisitos de estas asociaciones, aunque algunos títulos propios cubren la parte formativa de algunas de las asociaciones federadas en FEAP o FEATF. Por ello, el proceso de acreditación suele consistir en demostrar un proceso formativo y práctico adecuado. Las acreditaciones de la AEN, FEAP y FEATF son accesibles tanto para graduadas y graduados en medicina como en psicología (suponiendo un plus estar en posesión de la especialidad en psiquiatría o psicología clínica), mientras que para la obtención del certificado de psicoterapeuta europeo es indispensable colegiarse como psicólogo o psicóloga. En este libro, destinado a las tres especializaciones mencionadas (psicólogas y psicólogos clínicos, sanitarias y sanitarios y psicoterapeutas) en el contexto español y a los profesionales hispanohablantes en general, nos referiremos siempre en general a los y las profesionales con potestad para implementar un tratamiento psicológico.

A pesar de los grandes esfuerzos tanto dentro del SNS para crear plazas PIR, como a nivel universitario para la acreditación del PGS, la existencia simultánea de estos dos procesos formativos no está exenta de polémica. Mientras que la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes, sectores colegiales y del SNS reclaman que el máster sea un paso intermedio entre el grado y el PIR (González-Blanch, 2015), la Conferencia de Decanos de Psicología y algunos sectores profesionales defienden que sean dos formaciones independientes y complementarias (Carrobbles, 2012). Por último, a pesar de que el sistema de acreditación en psicoterapia es más antiguo que el sistema PIR y el Máster en PGS, actualmente ninguna administración lo considera suficiente para trabajar dentro del SNS (para lo que se requiere la especialización vía residencia), y no existe una reglamentación clara para hacerlo en el contexto de otras administraciones públicas, aso-

1 Siglas en inglés de European Federation of Psychologists' Associations.

ciaciones o consultas privadas (para lo que los psicólogos deben estar en posesión del PGS o la especialidad). Sin embargo, la acreditación europea ha nacido con la vocación de ser un instrumento de libre circulación de profesionales dedicados al tratamiento psicológico dentro de la Unión Europea. Si esto se produce, se debería reconocer su validez dentro del territorio español. Sin embargo, en los últimos diez años apenas se han producido avances en este sentido.

Por otro lado, la formación en investigación sobre tratamientos psicológicos en España se hace sobre todo en el ámbito universitario. Aunque existe una cooperación necesaria con instituciones asistenciales, ambas apenas mantienen estructuras comunes. Mientras que a muchos docentes e investigadores universitarios se les exige dedicación exclusiva a las tareas académicas y científicas, en psicología apenas empiezan a crearse plazas vinculadas a instituciones clínicas, donde profesionales de prestigio puedan combinar tareas asistenciales con otras de investigación y docencia, hecho muy común en las especialidades médicas.

El sistema español contrasta con el del resto de los países, al ser el único que tiene una formación en tratamiento psicológico totalmente equiparada a la formación médica especializada. No obstante, la heterogeneidad es muy grande. Vamos a describir con más detalle los sistemas anglosajón y germánico que han tenido mayor influencia en España y América Latina, dando también algunas pinceladas sobre el resto del planeta.

En el mundo anglosajón (Reino Unido, Irlanda, Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda y Sudáfrica) aunque la formación no es idéntica, la práctica de la psicología clínica con plenas potestades está sujeta a la posesión de un título de doctor o doctora. Para su consecución se realiza tanto formación práctica como académica, que siempre culmina con un proyecto de investigación. En algunos casos, este proyecto tiene una exigencia algo menor que los doctorados de investigación. La parte práctica tiene una organización similar al sistema PIR, aunque con la diferencia de que los estudiantes tienen que solicitar por separado cada estancia práctica, teniendo mayor libertad de elección, pero a la vez posibles dificultades para conseguir plaza en

alguna de las estancias. Los profesionales con menor nivel académico (grado o máster) tienen menores atribuciones, aunque también pueden realizar tareas asistenciales en los sistemas sanitarios de estos países.

Los países germanoparlantes (Alemania, Austria y Suiza) cuentan con una formación en psicoterapia de tradición común. En estos tres países la formación está explícitamente adscrita a la corriente de la escuela donde se lleva a cabo la formación. Las escuelas comúnmente reconocidas son la psicodinámica, la cognitivo-conductual, las llamadas «profundas» (incluye corrientes cercanas al humanismo y Gestalt) y la escuela sistémica. En el caso de Austria, la formación en psicoterapia (realizada casi exclusivamente en institutos privados de gran coste) tiene mayores atribuciones que la formación de posgrado en psicología clínica, de menor duración. En el caso de Alemania el término «psicología clínica» se usa casi exclusivamente en referencia a la investigación y formación teórica sobre trastornos y tratamientos psicológicos, mientras que la formación en psicoterapia, posible para personas en posesión de títulos de medicina y psicología,² es la única que está reconocida por las aseguradoras médicas que gestionan el sistema de salud. La situación en Suiza es algo más compleja, puesto que se regula a nivel de cantón. Las personas en posesión de la especialidad en psiquiatría deben tener formación en psicoterapia de tres años de duración, mientras que las personas formadas en psicología con formación clínica deben hacer un posgrado y un año de práctica.

En otros países europeos como Chequia, Eslovaquia, Italia, Países Bajos y Suecia también existe la exigencia de formarse en psicología clínica o psicoterapia a través de posgrados universitarios o escuelas especializadas adscritas explícitamente a alguna corriente teórica, con sistemas relativamente similares al PIR en los casos concretos de Holanda y Suecia. Por otro lado, existen formaciones específicas, aunque el grado en que se exigen para la práctica es variable en Bulgaria, Croacia, Chequia, Francia (donde conviven sistemas públicos y privados

2 Trabajadores y pedagogos sociales pueden formarse, pero solo en terapia sistémica.

de formación de complejo encaje), Grecia, Hungría y Noruega. En el resto de los países de la Europa occidental, o no existe formación especializada, o el propio grado ofrece un itinerario especializado que se considera suficiente (Berdullas y otros, 2006). En casi todos los países de América Latina existen formaciones, sistemas de posgrado, o itinerarios especializados que conjugan la formación teórica con prácticas supervisadas (con sistemas tipo PIR de implantación parcial en Argentina y Uruguay). Sin embargo, la posesión de la licenciatura o grado en Psicología suele considerarse suficiente para ejercer tareas de evaluación y tratamiento incluso en el ámbito de los sistemas públicos de atención.

Países de la Europa Oriental y asiáticos como Corea del Sur, China, Japón, o la mayoría de los antiguos miembros de la Unión Soviética exigen formaciones especializadas y/o acreditaciones para ejercer la psicoterapia y algunos países árabes como Egipto, Irán, Marruecos o Túnez tienen posgrados e institutos de formación en psicoterapia. Por último, en el África subsahariana, muy influenciada por la psicología de las metrópolis francesa y británica, cuenta con algunas facultades de psicología, aunque la formación se suele dar en el marco de carreras de filosofía o humanidades y los posgrados son prácticamente inexistentes (Moodley y otros, 2013). Una síntesis de los modelos de formación a nivel internacional se puede apreciar en la figura 1.

2. Contexto actual de las orientaciones teóricas

Aunque las controversias y debates entre escuelas de psicoterapia es un tema que ha hecho correr ríos de tinta (para profundizar sobre este tema véase Dryden, 1996; Feixas Viaplana y Miró, 1993; Hadfield, 1967; Martorell y Ypiens, 1996) y en este manual no podemos incluir una revisión exhaustiva, creemos importante dar una idea general del contexto internacional en que nos basamos en este manual para exponer

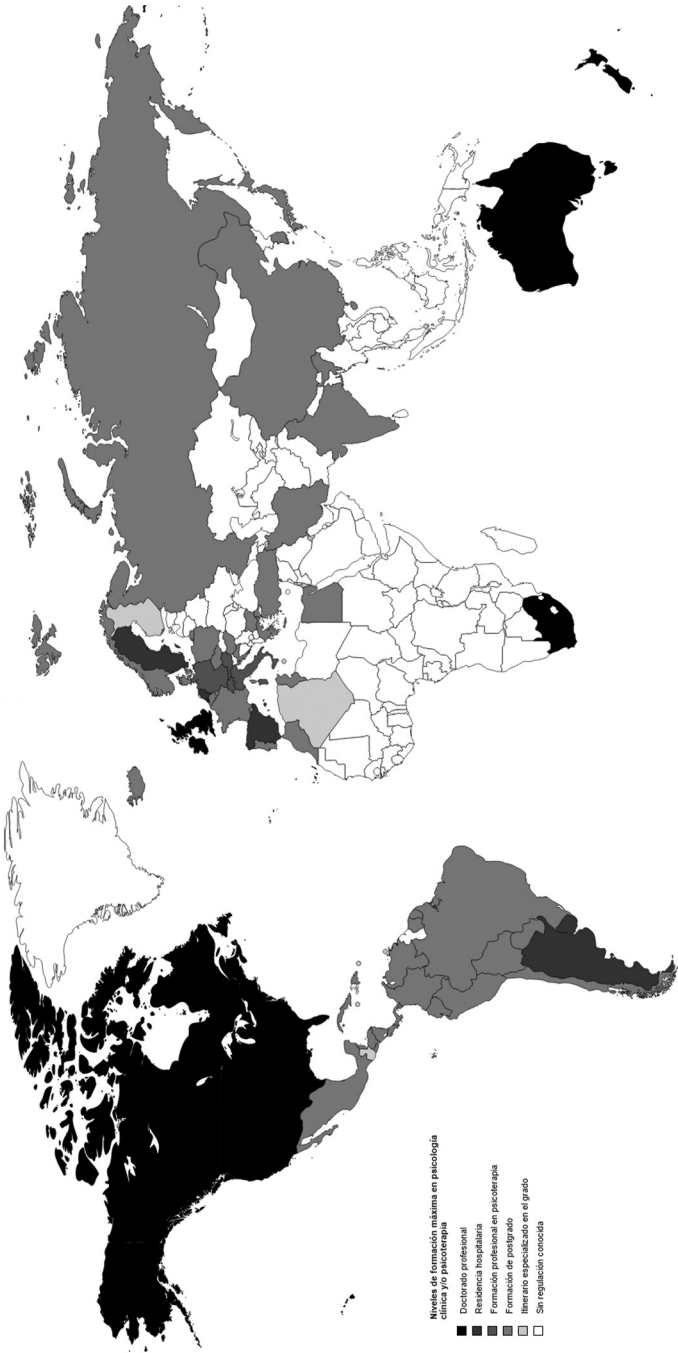
diferentes tratamientos psicológicos. Dentro de la psicología y la psicoterapia nos encontramos ante un momento histórico peculiar. Mientras que las tensiones entre las diferentes escuelas psicodinámicas y las cognitivo-conductuales parecen haberse estabilizado en una separación más o menos amistosa, surgen diversos intentos integradores y se agudizan las tensiones con la psiquiatría biologicista.

2.1. Enfoque psicodinámico

En el campo psicodinámico, mientras que escuelas como la lacaniana mantienen viva la tradición freudiana, el psicoanálisis relacional ha supuesto el cambio de paradigma probablemente más significativo en décadas. Relacionado con la tradición kleiniana y el psicoanálisis interpersonal de Harry Stack Sullivan (Mills, 2005), su aportación más importante es la de proponer el establecimiento de una relación «curativa» o «reparadora» con las personas usuarias. Otras aproximaciones psicoanalíticas modernas proponen conceptualizar la terapia como un proceso de comprensión cognitiva y emocional de los síntomas (Luborsky, 1984). Los estudios empíricos aplicados al psicoanálisis breve³ en el tratamiento de trastornos mentales comunes muestran una buena eficacia de estas terapias (Abbass y otros, 2014) a poca distancia de terapias cognitivo-conductuales (Leichsenring y otros, 2009). Hay que tener en cuenta que, aunque estas últimas muestren un tamaño del efecto comparativamente mayor, desde el psicoanálisis se reivindica que se destinen menos recursos a medir la eficacia de los tratamientos (que, argumentan, se suele dar en ámbitos de poca validez externa, es decir, poco generalizables a las situaciones clínicas reales), y más al estudio de los procesos, que consideran igual de importantes. Mientras que los ensayos aleatorizados se centran en la reducción sintomática,

3 Sería bastante complicado someter a diseños experimentales formas más clásicas de psicoanálisis y, por consiguiente, los estudios de evidencia se centran casi en exclusiva en formas breves adaptadas a necesidades de servicios públicos de atención.

Figura 1. Modelos de formación en el mundo según el nivel máximo ofrecido



los estudios de proceso analizan el cambio global experimentado por la persona usuaria. Precisamente a estos aspectos se le prestan gran atención en los foros de investigación psicodinámica. Aunque el psicoanálisis y las diferentes tendencias psicodinámicas han perdido peso en contextos como España, Gran Bretaña o Estados Unidos, no es así en el mundo germanoparlante, Francia, Italia o Argentina y, en general, cuenta con medios de divulgación y formación sólidos y con un flujo estable de financiación y seguidores en todo el mundo.

2.2. Enfoque cognitivo-conductual

En el campo cognitivo-conductual, la aparición de la teoría de los marcos relacionales (Hayes, 1991) ha supuesto una nueva mirada al conductismo radical, a la vez que ha abierto puertas al uso de nuevos elementos en las terapias. La teoría de los marcos relacionales trata el lenguaje y la cognición; y se considera un desarrollo de las teorías de Skinner, suponiendo una de las bases fundamentales de lo que se ha bautizado como «terapias de tercera generación» frente a la primera (exclusivamente conductual) y la segunda (centrada en la cognición y el aprendizaje social). En términos muy sencillos, considera que los seres humanos adquieren el lenguaje y establecen relaciones entre conceptos a través de interacciones con su ambiente (esta perspectiva es denominada «contextualismo funcional» y por ello con frecuencia podemos encontrar referencia a estas terapias como «contextuales»). A nivel terapéutico ha dado pie a la terapia de aceptación y compromiso (a menudo citada como ACT, por las siglas de Acceptance and Commitment Therapy en inglés) centrada sobre todo en dos mecanismos que considera «ubíquos» (Hayes, 2004), esto es, transversales a muchos malestares psicológicos: la fusión cognitiva y la evitación experiencial. El primero se refiere a basar la percepción de la realidad en pensamientos, memorias o asunciones, en lugar de en función de nuestra percepción actual de la realidad. El segundo se refiere a la incapacidad para ponerse en contacto con experiencias (sensaciones, emociones, pensamientos o

recuerdos) y la puesta en práctica de estrategias de evitación de esas experiencias. La terapia basada en atención plena (MBCT,⁴ Segal y otros, 2002), la terapia dialéctico-conductual (DBT,⁵ Linehan, 1993) especialmente indicada para el trastorno límite de personalidad (TLP), la psicoterapia analítico-funcional (Kohlenberg y Tsai, 1994) o la terapia de pareja integrativa (Jacobson y otros, 2000) son otros ejemplos de terapias de tercera generación que, en menor o mayor medida, toman como punto de partida los modelos conductuales del comportamiento verbal (Pérez Álvarez, 2012). La evidencia apunta a que la ACT tendría una eficacia similar a las terapias de segunda generación (Powers y otros, 2009) y la DBT, aunque se ha mostrado efectiva, no ha reunido suficiente evidencia como para ser considerada más eficaz que otros tratamientos del TLP (Kliem y otros, 2010).

2.3. Enfoque constructivista

La reivindicación por parte de los teóricos de las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación de tener un espíritu integrador ha generado cierta controversia con la tradición sociocognitiva y constructivista que durante décadas han dedicado esfuerzos a la integración desde la coherencia epistemológica.⁶ Desde una postura ontológica⁷ más relativista, critican que desde un planteamiento conductista radical se intente absorber orientaciones terapéuticas de muy distinto origen teórico, sin abordar su diversidad epistemológica de raíz. Es decir, argumentan que

4 Acrónimo en inglés de Mindfulness-Based Cognitive Therapy.

5 Acrónimo en inglés de Dialectical Behavior Therapy.

6 La epistemología se encarga de los principios, fundamentos y métodos del conocimiento. Poniendo ejemplos extremos, en la psicología contemporánea el conductismo radical tendría una postura epistemológica puramente positivista, basada en la búsqueda del conocimiento objetivo, mientras que las terapias narrativas tendrían una postura puramente constructivista o interpretativista, basada en la búsqueda del conocimiento subjetivo.

7 La ontología va un paso más atrás que la epistemología y se encarga del estudio del ser. Si la epistemología se interesa por **cómo** conocemos, la ontología lo hace por el **qué** nos es posible llegar a conocer. Las posturas epistemológicas positivistas se podrían considerar realistas, mientras que las constructivistas-interpretativistas serían relativistas.

la tercera generación cognitivo- conductual intenta recopilar de manera acrítica técnicas derivadas de planteamientos enfrentados del modo como los seres humanos construimos significados.

Independientemente de esta polémica, las posiciones socio-cognitivas, con raíces en el humanismo, han tenido impacto en el tratamiento del trauma psicológico a través de los trabajos, entre otros, de Janoff-Bulman (1992) sobre el impacto de las experiencias extremas en las asunciones básicas de benevolencia, significado y dignidad. En cuanto a otras orientaciones de origen humanista, dentro del constructivismo, los trabajos de Feixas enmarcados en la terapia de los constructos personales (TCP, Villegas Besora y Feixas Viaplana, 2000) y el trabajo con dilemas implicativos (Feixas Viaplana y Compañ Felipe, 2015) continúan profundizando en el tratamiento basado en el modelo de constructos personales de George Kelly (1955). A pesar de que el volumen (que no la calidad) de evidencia es menor, las terapias basadas en la TCP muestran una efectividad similar a las terapias psicodinámicas y cognitivo-conductuales (Metcalfe y otros, 2007). En el campo narrativo, tras el legado de Michael White (White y Epston, 1993), estas tendencias centradas en lo teórico en la identidad y la construcción de significados y en lo práctico en las prácticas colaborativas, cuentan con una excelente salud. La escuela estratégica encarnada en Giorgio Nardone y Paul Watzlawick (1990), también desde el constructivismo, ha desarrollado un modelo de tratamiento breve orientado al cambio. Por otro lado, las escuelas sistémicas, entre las que destacamos la estructural de Minuchin (1974), la estratégica de Selvini-Palazzoli (Selvini Palazzoli y otros, 1989) y las tendencias posmodernistas (Boston, 2000) o constructivistas (Reid y otros, 2008), en auge desde la década de los años ochenta, ofrecen una manera de entender e intervenir a nivel familiar.

2.4. Psicología positiva

La psicología positiva está sin duda siendo uno de los fenómenos más sonados en la psicología del inicio del tercer milenio. Desde que

Seligman y Csikszentmihalyi (2000) publicasen su artículo seminal, el estudio de las características que permiten a las personas desarrollar y mantener un estado de bienestar psicológico ha tenido un aumento exponencial. Vázquez, Hervás y Ho (2006) proponen explorar procesos como flujo, perdón, gratitud, asombro, curiosidad o humor en el ámbito clínico. No obstante, el impacto en psicología clínica es aún muy modesto. Wood y Tarrier (2010) proponen una adaptación de la psicología positiva al ámbito clínico sin suponer un cambio radical que no sería aceptado por profesionales cuyo día a día implica enfrentarse al sufrimiento. Además, destacan que en un contexto donde existen corrientes de pensamiento no siempre compatibles entre sí, la utilidad de un movimiento transversal como la psicología positiva podría fomentar la reflexión y la innovación dentro de las corrientes de pensamiento ya afianzadas. Esto se materializa en cuatro propuestas: a) que los psicólogos y psicólogas clínicos aprovechen las innovaciones en psicología positiva como medio de reconceptualización de la relación entre bienestar y malestar, b) el desarrollo de una actitud de colaboración hacia otros campos que tienen experiencia en el estudio y el fomento de funcionamiento positivo, como la salud pública, c) que las intervenciones positivas sean sometidas al mismo nivel de rigor que el resto de las intervenciones psicológicas y d) que los psicólogos y psicólogas clínicos consideren cuánto quieren comprometerse con la demanda pública de intervenciones para mejorar el bienestar de la población que, a pesar de no tener un diagnóstico, se podrían beneficiar a nivel de promoción o prevención.

Aunque la psicología positiva ha supuesto la oportunidad de explorar múltiples espacios hasta ahora ignorados, también ha sido criticada por ser demasiado «occidental» en su perspectiva conceptual, «de clase media» en sus valores (Christopher y Hickinbottom, 2008), ignorar las circunstancias sociales y políticas de la gente que desean ayudar (Held, 2004), tener bases filosóficas difusas (Pérez-Álvarez, 2016) y estar basada en conclusiones científicas prematuras (Brown y otros, 2013, 2014; Lazarus, 2003). Teniendo en cuenta estas críticas, recientes movimientos dentro de la psicología positiva están desarrollando

perspectivas críticas que ayuden a tener un campo de producción de conocimiento del bienestar humano que camine hacia la justicia social y la interculturalidad (Brown y otros, 2017).

2.5. Integración en psicoterapia

Al comienzo de la tendencia constructivista hemos hablado de la vocación integradora de estos y de la tercera generación cognitivo-conductual. En realidad, la tradición integradora es un movimiento complejo que se ha desarrollado desde diferentes espacios, no siempre «remando» en la misma dirección. Arkowitz (1991) en su escrito inaugural del *Journal of Psychotherapy Integration* apunta que el movimiento integrador aglutina esfuerzos en tres grandes áreas de trabajo: los factores comunes, la integración técnica (o eclecticismo técnico) y la integración teórica (o eclecticismo sintético).

A continuación describiremos estas tres áreas de trabajo a partir de los trabajos de Feixas y Miró (1993) y Corbella y Botella (2004).

El estudio de los factores comunes, que es un elemento transversal en diferentes capítulos de este libro, se refiere a la identificación de los factores que comparten la mayoría de las intervenciones psicológicas y que pueden explicar, al menos en parte, sus efectos. La *integración técnica (eclecticismo técnico)*, por su parte, consiste en la selección de técnicas y procedimientos terapéuticos con independencia del enfoque teórico originario. Se distinguen estos subtipos:

- La integración (o eclecticismo) técnica o intuitiva. La selección se basa en el criterio del terapeuta.
- La integración (o eclecticismo) técnica pragmática. Selecciona las técnicas en función de la eficacia empírica demostrada.
- La integración (o eclecticismo) técnica teórica o de orientación. Selecciona técnicas de distintos orígenes en función de una teoría concreta. Como en la terapia cognitiva de Beck (1976).

- La integración (o eclecticismo) técnica sistemática. Se escogen los procedimientos o técnicas en función de unas características establecidas de las personas usuarias. Un representante sería el enfoque transteórico de Prochaska y DiClemente (1982).
- Por último, en la integración teórica (eclecticismo sintético) se combinan los conceptos teóricos de dos o más enfoques psicoterapéuticos, con la finalidad de obtener un enfoque más completo. Engloba:
 - La integración teórica híbrida: Intenta fusionar dos enfoques ya establecidos y que se consideran complementarios. Por ejemplo, la terapia cognitivo-analítica (Mirapeix, 1994).
 - La integración teórica amplia; se articulan distintos aspectos del funcionamiento humano (cognitivos, emocionales, conductuales e interpersonales) y se nutren de las aportaciones de distintos enfoques psicoterapéuticos. Un ejemplo sería la propuesta de Fernández-Álvarez (1992).
 - La integración metateórica: se articulan diferentes teorías psicoterapéuticas bajo un marco común metateórico. Un ejemplo sería el integracionismo teórico progresivo (ITP) de Neymeyer y Feixas (1990).

2.6. Tensiones con el biologicismo

A pesar de la introducción del modelo biopsicosocial (Engel, 1977) a finales de la década de los años setenta como paradigma de trabajo en salud, la evidencia de la falta de contextualización de la salud mental sigue siendo una fuente de críticas, especialmente en el contexto de la polémica que ha acompañado la publicación de la quinta edición del DSM (Whooley, 2014).

Si bien diagnósticos intrínsecamente polémicos como el de atención por déficit de atención e hiperactividad han acaparado buena parte de los debates (en este caso sobre su existencia y la pertinencia del tratamiento farmacológico frente a las posibilidades de intervención psicosocial), la escasez de recursos durante la crisis económica del final de la primera

década del milenio ha evidenciado los desacuerdos entre los profesionales más proclives al tratamiento farmacológico, frente a los que abogan por las intervenciones psicosociales en diversos ámbitos de la salud mental y las adicciones. Aunque existen una gran cantidad de intereses económicos que influyen en este debate, con peso específico tanto de la industria farmacéutica como de las aseguradoras en países con sistemas de salud privados o semiprivados,⁸ el debate académico se suele centrar en la evidencia utilizada para justificar en qué casos son más adecuados unos u otros métodos o la integración de ambos.

En ambas disciplinas se utilizan metodologías experimentales (ensayos clínicos) para probar la eficacia de nuevos tratamientos. En estos estudios se aleatoriza la asignación de participantes, generalmente y de forma simplificada, a dos grupos. A uno de ellos, el grupo experimental, se le ofrece el tratamiento que se quiere probar. Al otro grupo, denominado «control», se le ofrece el tratamiento que ya se proporciona de forma habitual para la problemática en cuestión, un placebo,⁹ permanece en lista de espera, o no recibe tratamiento. Se hipotetiza que el grupo experimental debe presentar mejores resultados que el control después de la implementación del tratamiento.

En este contexto, la psicofarmacología se reivindica como productora de evidencia de mayor calidad, ya que puede aplicar más control en la experimentación, reduciendo la variabilidad. Así, puede aplicar lo que se llama «doble ciego», esto es, estudios donde ni participante ni profesional saben qué fármaco se está estudiando (se administran pastillas con cubiertas genéricas) e incluso a veces se distribuyen placebos (el grupo control no recibe fármaco, sino una pastilla sin efecto alguno). Estas metodologías son imposibles de implementar en el campo

8 Los intereses de ambas industrias a veces están enfrentados, ya que mientras la industria farmacéutica gana dinero proporcionalmente al número de personas usuarias diagnosticadas y tratadas con fármacos, las aseguradoras son las que tienen que pagar en muchos casos el tratamiento. No obstante, ambas industrias tienen un conflicto claro con el interés común (Brezis, 2008).

9 Intervención no terapéutica o sustancia inerte usada en ensayos clínicos para ser administrado al grupo control. El llamado «efecto placebo» consiste en el efecto terapéutico que se produce dadas las expectativas de recibir una intervención o fármaco real.

del tratamiento psicológico. Mientras que al participante se le puede «ocultar» qué tipo de tratamiento está siguiendo (aunque por motivos éticos se le debe informar que ha sido asignado aleatoriamente a una de varias posibilidades), es imposible que un terapeuta administre una terapia sin saber que lo está haciendo. Pese a esta limitación lógica, los investigadores de tratamientos psicológicos se defienden aduciendo que la investigación psicofarmacológica también tiene muchas limitaciones. Por ejemplo, es muy difícil ocultar el efecto de ciertos fármacos, haciendo absurdo aplicar control por placebo ante medicaciones con un efecto muy acusado, como los tranquilizantes o los antipsicóticos.

Antes de pasar a la siguiente sección, os proponemos un ejercicio de reflexión utilizando una metáfora, que esperamos os ayude a entender el uso diferencial de la evidencia científica por distintas disciplinas y corrientes.

Imaginemos que necesitamos encargarle los planos de una construcción a un arquitecto. Aunque no somos especialistas en el tema podemos imaginar que hay tres variables importantes que se deben tener en cuenta: la estructura, los materiales y el tipo de clima que tendrá que soportar la construcción. Imaginemos que conocemos a un profesional que nos dice que lo más importante es la estructura y que, además, existe evidencia de mejor calidad sobre las estructuras que sobre los materiales, ya que la física (que estudia las estructuras), se considera una ciencia más exacta que la química (que estudia los materiales). Pero, por sentido común, podemos llegar a la conclusión de que un edificio construido con materiales enfebles, por muy buena estructura que tenga, no podrá en ningún caso ofrecer la seguridad suficiente para ser habitado.

Imaginemos que contactamos posteriormente con un experto en materiales. Este experto nos habla de un material sintético muy eficiente, que por un bajo coste nos ofrece grandes prestaciones y seguridad. No obstante, al visitar una construcción hecha con este material no sentimos conexión, no nos sentimos viviendo o trabajando dentro de un edificio construido con este material. Sin embargo, la madera nos hace sentir bien y, aunque sabemos que no es tan eficiente, podemos imaginarnos desarrollando actividades dentro de un edificio de madera sintiéndonos cómodos.

Por último, imaginemos que el edificio va a estar construido en un lugar donde hay riesgo de terremotos. No obstante, los expertos que hemos contactado antes pertenecen a una región geográfica donde hay humedad y viento intenso, pero nunca ha habido terremotos y las edificaciones no están preparadas para estos fenómenos sísmicos. Por ello contactamos a un tercer experto que nos clarifica lo apropiado de diferentes estructuras y materiales en el contexto de una zona con regulares movimientos de placas tectónicas.

Ejercicios:

1. Intenta establecer paralelismos entre el estudio de estructuras, materiales y clima en arquitectura con los factores etiológicos de naturaleza biológica, psicológica y social.
2. De forma similar, establece paralelismos entre la profesión de arquitecto y la de psiquiatra, psicólogo, trabajador y educador social.
3. En el ejemplo del edificio, si tuvieses que elegir a uno, ¿con qué profesional te quedarías?
4. ¿Cuáles crees que son las razones que impiden la integración del conocimiento biológico, psicológico y social en salud mental?

3. La evidencia sobre los tratamientos psicológicos y su uso

Acabamos de describir como las diferencias en los métodos de obtención de evidencia científica sobre la adecuación de los tratamientos afecta a las relaciones entre los profesionales de orientación biomédica y psicosocial. Por otra parte, entre las diferentes escuelas de tratamiento psicológico, aparte de las diferencias de foco y conceptualización

del sufrimiento humano, también existen diferencias en la manera en que creen que debe crearse y usarse el conocimiento sobre tratamiento psicológico. En este sentido, como ya vimos, existen posiciones epistemológicas enfrentadas como son las constructivistas-interpretativistas y las positivistas.

3.1. Constructivismo frente a positivismo

- Las posturas epistemológicas positivistas están fuertemente arraigadas en una posición ontológica realista y una axiológica que rechaza los sesgos y exige trabajar para eliminarlos en la medida de lo posible. La aproximación metodológica de los académicos positivistas se caracteriza por el uso de diseños experimentales y análisis estadísticos para el análisis de las variables.
- En contraste, las perspectivas constructivistas-interpretativistas son compatibles en mayor o menor medida con una posición ontológica relativista y una axiológica que acepta los sesgos (es decir, asume que la objetividad perfecta es imposible y apela a que cada cual haga explícitos sus prejuicios para poder trabajarlos). Los métodos de investigación cualitativos tienen mayor protagonismo bajo esta perspectiva, aunque en los últimos tiempos también se ha desarrollado un fuerte movimiento en apoyo al uso de metodologías mixtas (combinando cualitativas y cuantitativas).

Como podemos imaginar, estas dos posturas producen maneras muy diferentes de entender el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales: mientras que los enfoques constructivistas dan importancia a la experiencia clínica y aceptan metodologías más flexibles que permitan explorar los procesos terapéuticos, los enfoques positivistas solo aceptan como cierto lo que se pueda probar de forma estandarizada dando preferencia a los ensayos clínicos aleatorizados,

posteriormente sometidos a metaanálisis.¹⁰ Más recientemente ha habido esfuerzos integradores en los que se han diseñado ensayos clínicos de método mixto en los que a la vez se explora el proceso a través de metodologías cualitativas y se comprueba la eficacia de la intervención con metodologías de análisis cuantitativo.

3.2. Eficacia y efectividad

Otros autores recuerdan las implicaciones clínicas de las diferencias entre eficacia y efectividad. Mientras que la eficacia hace referencia a la capacidad que tiene un tratamiento de producir cambios psicológicos superiores a los de la no intervención o a los de otros tratamientos estándares disponibles y por ello se comprueba a través de métodos experimentales, es decir, priorizando la validez interna; la efectividad se refiere a la existencia de efectos en sí mismos, comprobados bajo condiciones habituales, priorizando, por tanto, la validez externa (Ferro García y Vives Montero, 2004). Teniendo esto en cuenta, se han hecho llamadas a estudiar la efectividad de las intervenciones ya que a veces se encuentran distancias importantes entre la eficacia de un tratamiento y su efectividad, esto es, entre los resultados en las condiciones controladas de los ensayos clínicos y la aplicación de estos tratamientos en contextos reales. El movimiento ha tomado el nombre de evidencia basada en la práctica en contraposición con el de práctica basada en la evidencia (Barkham y Mellor-Clark, 2000). Algunas de las explicaciones son que las muestras de los ensayos clínicos no son representativas de las personas que acuden a los servicios de salud mental, la influencia de variables socioeconómicas y culturales que no están suficientemente contempladas en los ensayos y la escasez de recursos en los servicios de salud mental, lo que impide incorporar en la práctica las innovaciones propuestas.¹¹

10 Análisis ponderados que sirven para sintetizar los datos de un conjunto de estudios.

11 En muchos ensayos clínicos, tanto de tratamiento psicológico como farmacológico, se hacen grandes inversiones de dinero y se cuenta con profesionales muy experimentados, ya

3.3. Paradigmas epistemológicos en el contexto de la historia de la psicología

La dicotomía constructivismo-positivismo no es un fenómeno nuevo en el campo de la psicología. En los inicios de la disciplina hubo un enfrentamiento si cabe más radical, cuando se pasó del predominio de las ideas psicoanalíticas (paradigma interpretivista) al surgimiento de la primera generación de tratamientos conductuales (paradigma positivista). Posteriormente, el paso a la suma de lo cognitivo con el modelo conductual supuso un esfuerzo de integración de diferentes posiciones epistemológicas y teóricas ya que lo conductual, arraigado en un empirismo heredero del movimiento británico del siglo XVII (encarnado en Locke y Hume), tuvo que aceptar una cierta dosis de racionalismo (movimiento opuesto de tradición indoeuropea encarnado en Descartes y Kant). La influencia del cognitivismo, también de corte epistemológico positivista, no afectó a la manera de evaluar los tratamientos psicológicos. Mientras que el empirismo aportó la idea del diseño experimental, el racionalismo aportó instrumentos de medida para cuantificar las variables dependientes.¹² De hecho fue durante el auge de la segunda generación de tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales cuando se generalizó el estudio sistemático a través de metodologías experimentales. En este sentido, desde la década de los años cincuenta del pasado siglo se ha desarrollado una creciente actividad de análisis sobre la eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos (iniciada por el psicólogo alemán afincado en Reino Unido Hans Eysenck, también famoso por sus trabajos en personalidad).

que se suelen hacer en hospitales universitarios. Una vez se ha demostrado la eficacia de la intervención, esta pasa a ser implementada en otros servicios que, por lo general, tienen menos recursos y más carga asistencial, como atención primaria o centros de especialidades.

12 En un diseño experimental la variable independiente es la que el investigador manipula, como, por ejemplo, la asignación al grupo experimental o control, mientras que la dependiente es la que esperamos que se modifique como resultado de la asignación, como, por ejemplo, los niveles de depresión o ansiedad.

Como vimos más atrás, la teoría de marcos relacionales ha devuelto una dosis de empirismo al entendimiento del lenguaje y la cognición.

Actualmente, los tratamientos propuestos desde el modelo cognitivo-conductual, cuentan con mayor número de estudios destinados a analizar el grado de evidencia que el resto de las corrientes en su conjunto. Este fenómeno, enmarcado dentro del movimiento de medicina y psicología basada en la evidencia (PBE, ver Vázquez y Nieto, 2003), se relaciona con el hecho de que son intervenciones para las cuales es más fácil crear un protocolo, es decir, pueden manualizarse y administrarse homogéneamente, facilitando su estudio. Los críticos de esta perspectiva argumentan que la homogeneización de los tratamientos psicológicos es un mero intento por emular de algún modo la «inocuidad» e «imparcialidad» de la administración de fármacos. Según estos autores, esto no tiene por qué ser algo positivo. Si bien aplicar un «mismo tratamiento» a muchos sujetos sin duda facilita su evaluación, también dificulta personalizarlos, simplificando la situación de las personas usuarias e ignorando parte de su diversidad e idiosincrasia. Los defensores de la PBE reconocen que no hay una manera sencilla de crear y sistematizar la evidencia, pero señalan que no evaluar empíricamente las terapias podría poner en peligro la salud de muchas personas. Por otro lado, cabe destacar que a nivel de la práctica real, aunque la mayoría de los terapeutas dicen aplicar terapias cognitivo-conductuales, debido a su popularidad y la evidencia recabada en condiciones experimentales, a la hora de la verdad se aplican intervenciones diversas que a veces distan mucho de lo que dictan las guías de tratamiento (Waller y otros, 2012).

La priorización de la investigación experimental por parte de la PBE tiene también un efecto sobre las prioridades de los profesionales, especialmente de los que combinan carreras clínicas y de investigación. El estatus dominante durante décadas de escuelas positivistas ha hecho que muchos psicólogos y psicólogas prioricen la validez interna (el diseño de los ensayos clínicos o el análisis estadístico), ignorando en mayor o menor medida la evaluación de la calidad del proceso terapéutico y el contexto sociocultural donde se realizan las intervenciones. Ya que las

instituciones de control de calidad entienden nuestra profesión como práctica basada en la evidencia, es decir en investigación y los que la practicamos tenemos el derecho y el deber de evaluar nuestros resultados, una aproximación exclusivamente experimental podría fomentar una falta de atención a la efectividad en condiciones habituales. En este contexto los componentes narrativos o identitarios de las terapias son los que en último término posibilitan que el proceso terapéutico se lleve a cabo.¹³ Aunque la investigación cualitativa y mixta ha experimentado un gran impulso en los últimos años (quizá más acusado en el contexto anglosajón), la presencia de estas metodologías en las revistas de mayor impacto en psicología clínica y psiquiatría sigue siendo minoritario. Esto supone un gran obstáculo para la consecución de plazas y subvenciones para aquellos que optan por estas metodologías. Esto es, la investigación experimental y en general la cuantitativa sigue siendo un camino más rápido al éxito académico que la cualitativa o mixta.

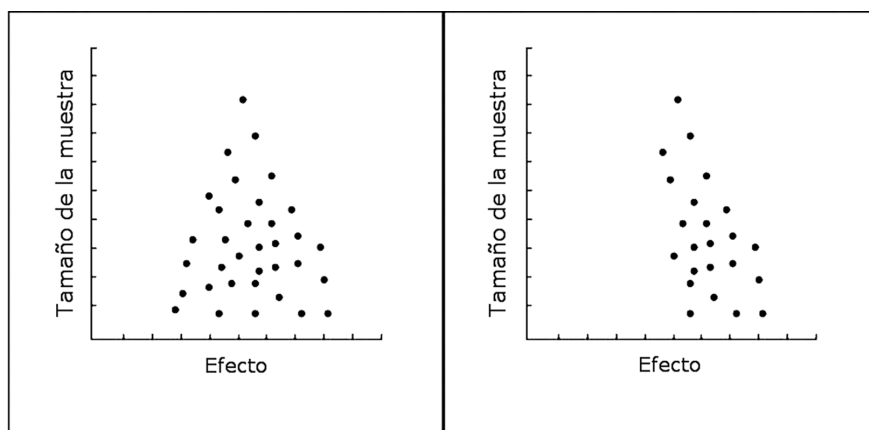
En consonancia con la necesidad de hacer investigación para la consecución de puestos de alto nivel en el sistema sanitario, también se ha visto que muchos investigadores e investigadoras tienden a publicar los resultados de los ensayos clínicos en mayor medida cuando estos han tenido resultados positivos, es decir, cuando el tratamiento no tiene el efecto esperado se tiende a no publicar estos resultados. Para prevenir o al menos visibilizar este fenómeno, se ha generalizado la inclusión del análisis de estos sesgos en los metaanálisis. Una manera sencilla de ver si existe un sesgo de publicación, es decir, si los estudios negativos se guardan en un cajón, son los gráficos de embudo.¹⁴ Teóricamente, los estudios con más participantes tenderán a estar más cerca de la media

13 Un ejemplo para entender esto serían los casos en los que existe una diferencia de formas de ver el mundo entre persona usuaria y terapeuta (Eiroá-Orosa y Fernández Gómez, 2012). Aunque las técnicas utilizadas hayan demostrado una gran eficacia, hay situaciones donde una persona usuaria puede percibir como una traición que el terapeuta tenga una manera muy distinta de ver las cosas, ya sea por temas ideológicos, de género, sexuales, raciales, etc. Un modo de evitar esto es hacer explícita la posición del terapeuta antes de que la persona usuaria se pueda sentir molesta. Algunos países como Estados Unidos tienen registros de terapeutas donde se pueden consultar datos como su orientación sexual o color de piel.

14 En castellano se utiliza la traducción literal «Funnel Plot» del inglés.

ponderada de un gran número de estudios, mientras que los que tienen pocos participantes es más probable que se desvíen, dado que son más vulnerables al azar (dentro de lo poco común, es más probable obtener cinco caras seguidas tirando una moneda, que obtener cien seguidas). Representando el tamaño del efecto de los estudios en una gráfica donde el eje vertical sea el número de participantes y el horizontal sea el efecto de la intervención, la forma del gráfico debería ser un embudo o una pirámide. Como se puede ver en la figura 2, si el lado izquierdo de la parte ancha del embudo presenta muchos huecos, es probable que se deba a que algunos estudios con resultados negativos no se han llegado a publicar.

Figura 2. Gráficos de embudo de metaanálisis sin sesgo (izquierda) y con sesgo (derecha) de publicación.



Paralelamente, las tradiciones psicodinámicas y las herederas de las humanistas (las de corte socio-cognitivo y constructivista), aunque guardan una cierta distancia epistemológica hacia el uso de metodologías experimentales (recordemos que entienden que lo importante es la interpretación o la construcción compartida del conocimiento), han aceptado el uso de estas, sobre todo para poder ofrecer sus servicios en el contexto de sistemas de salud dominados por el paradigma de

la PBE. En este sentido, existen metaanálisis que reportan resultados positivos de terapias psicodinámicas, sistémicas o narrativas.

Adicionalmente, se han intentado someter a análisis empírico intervenciones más personalizadas. Aunque ha habido resultados positivos, este tipo de estudios tienen dificultades añadidas, dado que se modifican variables clave como, por ejemplo, el número de sesiones (haciendo que persista la duda de que si lo que funciona es el método o la posibilidad de desarrollar mejor la relación, independientemente del modelo teórico). Además, la inclusión de diversas condiciones, grupos o personalizaciones del tratamiento en un ensayo clínico dispara el número de sujetos necesarios para llevar a cabo un estudio. Valga como ejemplo el proyecto MATCH (Project MATCH Research Group, 1997), en el que se compararon tres tipos de tratamientos para personas con problemas de alcohol. Los participantes podían ser asignados a tres tipos de tratamientos (cognitivo-conductual, motivacional o modelo de doce pasos) al azar o ser destinados al tratamiento que se suponía mejor respecto a sus características clínicas y sociodemográficas (es decir, un total de seis condiciones posibles), de ahí el acrónimo MATCH, de «emparejar» en inglés. Este proyecto costó 27 millones de dólares, incluyó a más de mil quinientos participantes y no llegó a proporcionar resultados concluyentes sobre las diferencias entre los tratamientos, ni entre la asignación aleatoria o según características concretas de los participantes.

Posteriormente, en el ámbito de la práctica basada en la evidencia en general, se está extendiendo el estudio de las preferencias de las personas usuarias, con gran evidencia de los beneficios que tiene sobre el efecto del tratamiento (Preference Collaborative Review Group, 2008). En el ámbito de la salud mental, un metaanálisis evidencia la preferencia de las personas usuarias por tratamientos psicológicos por encima de los farmacológicos (McHugh y otros, 2013), y dos metaanálisis (Lindhiem y otros, 2014; Swift y otros, 2018) muestran como respetar las preferencias de las personas usuarias recibiendo tratamiento psicológico mejora los resultados y disminuye los abandonos independientemente de la dirección de la elección.

Por otra parte, se ha demostrado que la orientación o el tipo de técnicas escogidas es menos determinante para los resultados que algunos de los llamados «factores comunes» (Rosenzweig, 1936), como son, por ejemplo, los rasgos de personalidad de persona usuaria y terapeuta, la calidad de la relación terapéutica entre ambas o la existencia de experiencias relacionales correctivas o de catarsis en el contexto de la psicoterapia (Uribe Restrepo, 2008). Lambert y Barley (2001) afirman que los factores comunes son el segundo elemento con mayor poder predictivo de cambio (30%) por detrás de los factores de cambio extraterapéutico (40%)¹⁵ y por delante de las técnicas (15%) y las expectativas previas de la persona (15%, entendidas como placebo por estos autores).¹⁶ No obstante, aunque los factores comunes desempeñan un papel indiscutible, todo terapeuta al fin y al cabo se basa en algún modelo, ya que lo necesita para formular sus casos. Por ello, aunque la diferencia entre la efectividad de estos modelos no sea grande, hay que tener en cuenta que siempre que se trabaja con uno es muy importante reconocerlo y ser conscientes de las presuposiciones que tenemos cuando partimos de una manera específica de ver las cosas.

Algunas orientaciones dan instrucciones más o menos concretas sobre el estilo que debe adoptar el terapeuta. De acuerdo con la conceptualización original de McNair y Lorr (1964) hay tres factores que parecen definir la conducta terapéutica: uso de técnicas (psicoanalíticas en su caso) y los niveles de impersonalidad y de directividad. Más recientemente, Fernández-Álvarez y otros (2003) han desarrollado un sistema de evaluación que incluye cinco dimensiones bipolares que pueden interaccionar con el curso de un proceso terapéutico: instruccional (flexible vs. rígido), atencional (abierto vs. focalizado), expresiva (próximo vs. distante), operacional (espontáneo vs. pautado) e involucrativa (muy vs. poco comprometidos). La idea de estos modelos no tiene que ver con encontrar «buenos» o «malos» terapeutas, sino

15 Cambios que se dan en la vida de las personas usuarias independientemente de la terapia, como conseguir un trabajo o tener un hijo.

16 Otros autores conceptualizan de manera distinta las expectativas de las personas usuarias, sobre todo cuando no se refieren a las expectativas previas, sino como elemento dinámico que influye en la relación terapéutica, la capacidad de llegar a catarsis, y otros factores comunes.

con entender cómo los estilos terapéuticos interaccionan con las características de las personas usuarias, y dan lugar a relaciones únicas. Aprovechamos para señalar que también es importante tener siempre presentes las limitaciones propias y del modelo desde el que trabajamos, ser honestos, reconocer cuando no podemos hacernos cargo de determinadas situaciones y necesitamos la colaboración de otros profesionales o incluso derivar.

4. Aspectos socioculturales

Un grupo de profesionales británicos de la salud mental, críticos con las conceptualizaciones dominantes sobre el malestar emocional (Cromby y otros, 2013; Johnstone y Boyle, 2018) nos recuerdan que, aparte de los viejos aunque vigentes debates sobre las diferentes visiones en relación con la producción de conocimiento, la dimensión social de la salud mental reclama que las y los terapeutas tengamos conciencia de temas como el contexto de exclusión social en el que se desarrollan buena parte de los malestares psíquicos o la estigmatización que llevan a cabo los medios de comunicación de manera sistemática y que, a la postre, contribuye al miedo y al rechazo que causan los problemas de salud mental en la población. Estos autores también nos recuerdan que el sufrimiento psíquico (posible traducción de «distress» en inglés, término que va ganando reconocimiento) se interpreta desde el marco cultural de referencia y, por tanto, el grado en el que las acciones de una persona se juzgan como disfuncionales dependerá del contexto normativo y de relaciones de poder, y tendrá que ver con su significado cultural y el grado en el que esas acciones son inusuales.

4.1. Justicia social y tratamiento psicológico

Al considerar la intervención de factores relacionados con la justicia social en el tratamiento psicológico podemos pensar en el posible efecto de la pobreza y la exclusión social a dos niveles: la posible influencia etiológica (en la génesis del problema que desencadena la demanda a un profesional) y los especiales problemas de acceso y cumplimiento de los requerimientos del tratamiento por parte de personas con problemas socioeconómicos.

En relación con el primer aspecto (la influencia etiológica) se ha estudiado el papel de las desigualdades sociales (tanto las cronicadas, como las que se producen a consecuencia de un vuelco político o una crisis económica que cambia drásticamente la vida de las personas). Este campo tiene una gran tradición de investigación que se remonta a las revoluciones francesa y americana —encarnada en los trabajos de Philippe Pinel y Benjamin Rush, respectivamente (Rosen, 1968)— y ha llegado hasta la reciente crisis financiera que afectó especialmente a los países mediterráneos (Economou y otros, 2013; Gili y otros, 2013). A nivel psicológico, los mecanismos concretos por los que opera el proceso de deterioro de la salud mental ante las adversidades económicas, producidas por desigualdades sociales, parece que tiene que ver con la evaluación subjetiva de nuestros propios recursos, la opinión sobre el clima social y las creencias previas sobre eficacia (Eiroa-Orosa, 2013). Ante estos factores y para afrontar una situación difícil como puede ser perder el empleo, las personas elaboramos un plan de acción de manera más o menos consciente. Dependiendo del éxito que tenga el plan podemos caer en la indefensión aprendida (Seligman, 1972) y la percepción de que no tenemos capacidad predictiva alguna sobre los acontecimientos que nos rodean (Botella y Feixas, 1998). Todo ello puede acabar produciendo angustia, estrés y depresión. Según esta conceptualización del afrontamiento a dificultades de origen socioeconómico, mientras que las personas que han tenido un adecuado desarrollo con oportunidades tienden a tener un mayor nivel de autoeficacia, locus de control interno y estrategias de afrontamiento más

flexibles, las que no han disfrutado de estas oportunidades tienden a des-implicarse socialmente, ya que en estos casos la implicación causa frustración y desánimo. En este sentido Tomasik y otros (2010) encontraron que los jóvenes menos implicados socialmente en áreas de Alemania con problemas económicos y elevadas tasas de paro disfrutaban de mayor satisfacción vital que aquellos más implicados, mientras que esta relación era inversa en las regiones con mejor situación económica. Es decir, la implicación social y el emprendimiento que se les pide a los jóvenes en forma de búsqueda activa de formación continuada y ocupación solo aumentan la satisfacción vital y, por consiguiente el bienestar psicológico, cuando las oportunidades de crecimiento son reales.

Por otro lado, recientes estudios han evidenciado que, a nivel de bienestar psicológico y salud, los recursos materiales con los que se cuentan objetivamente no son tan determinantes, sino que la percepción subjetiva de justicia y de que obtenemos lo que nos corresponde sería lo que realmente afecta a nuestro bienestar. La percepción subjetiva de injusticia está relacionada con una peor salud mental (Kivimäki y otros, 2003), psicósomática (Schmitt y Dörfel, 1999), física (De Vogli y otros, 2007) y el aumento de bajas laborales (Elovainio y otros, 2004). Prilleltensky (2012) se pregunta por qué las ciencias comportamentales y la psicología aplicada le prestan tan poca atención a las condiciones de justicia social, como sí ocurre en las disciplinas relacionadas con la salud pública. Este autor propone un modelo para contextualizar el malestar y la capacidad de bienestar psicológico de cada persona en función de su situación objetiva y subjetiva de justicia, muy útil para tener en cuenta estos factores en un tratamiento. Mientras que en condiciones óptimas de justicia podemos ayudar a la gente a prosperar o florecer,¹⁷ si las condiciones son subóptimas deberíamos contextualizar la intervención en el afrontamiento. En situaciones de vulnerabilidad, Prilleltensky habla de confrontación y finalmente en situaciones donde la injusticia es persistente, de sufrimiento. Esto nos

17 Del original «*thrive*» en inglés, podría también entenderse como «*flourish*» utilizado por otros autores anglosajones.

lleva a pensar que a veces el sistema de atención en salud mental y en específico sus profesionales, deberían adaptar partes de su intervención a las necesidades de las personas usuarias con más dificultades de acceso a los servicios (por no disponer de seguro de salud, tener horarios laborales incompatibles con los horarios de atención, etc.) y mayores dificultades para seguir el tratamiento (por tener menor nivel cultural, por no poder pagar servicios privados, etc.). Esto es así en general en colectivos sometidos a mayor estrés psicosocial y, como veremos en el siguiente apartado, específicamente en colectivos de migrantes y refugiados.

4.2. Aspectos culturales

El aumento de los flujos migratorios y el éxodo de refugiados desde zonas en constante conflicto ha empujado a la creación de un extenso campo de estudio sobre las diferencias culturales en la etiología y expresión de los malestares mentales, así como las distintas necesidades terapéuticas de personas de origen no occidental, encarnadas en la psicología y psiquiatría transcultural. A nivel etiológico es importante considerar la diferente importancia que damos a los síntomas según nuestro origen cultural. Por ejemplo, en Occidente solemos ser bastante más tolerantes con una persona de rasgos obsesivos que con una que muestre sintomatología psicótica. Esto puede ser debido a que mientras el orden es juzgado como algo positivo, un momento «de locura» o «brote» es juzgado como peligroso. Sin embargo, esto no es algo universal, ya que hay lugares donde la psicosis es tolerada e incluso integrada en prácticas religiosas.

Adicionalmente existen lo que se ha denominado «síndromes culturales» o «síndromes ligados a la cultura». Un ejemplo clásico es el síndrome de Koro o de retracción genital que se define como una creencia abrumadora de que los genitales masculinos se están reduciendo y desaparecerán, a pesar de la falta de verdaderos cambios (al menos de larga duración) en los genitales. Este síndrome se da de manera casi exclusiva en personas originarias de India, China, Japón y algunas regiones de África.

Qureshi y Eiroa-Orosa (2012) ponen de manifiesto que la capacidad de ser sensible a las diferentes necesidades que personas usuarias de origen distinto tienen, y más específicamente a la propia relación entre el clínico y la persona usuaria –denominada «competencia cultural»–, parece ser uno de los ingredientes principales implicados en la desigualdad en la atención sanitaria a grupos étnicos minoritarios. La competencia cultural hunde sus raíces teóricas en dos conceptos muy debatibles: la «cultura» y la «raza». La cultura hace referencia a una construcción social compartida, dinámica, en constante transformación y sujeta a múltiples interpretaciones. La cultura, pues, surge de la interacción entre seres humanos y no es un concepto fijo ni estable. Además no todas las personas cumplimos con los estereotipos de una cultura en el mismo grado. No todas las personas de origen andaluz bailan sevillanas (pero quizá sí es más probable que usen aceite de oliva que de girasol para freír) ni todas las personas de origen árabe llevan velo o son musulmanes practicantes (aunque sí es poco probable que coman carne de cerdo por costumbre).

Por otro lado, la raza, concepto denostado y rechazado por el cuerpo científico, no puede ser ignorada como problema social real. Smedley y Smedley (2005) titulan precisamente un artículo sobre el concepto de raza «la raza como biología es una ficción, pero el racismo como un problema social es real». Omi y Winant (1993), en la misma línea, rompen con la vieja dicotomía de la raza como constructo objetivo vs. ideológico, dirigiéndose hacia una comprensión crítica del uso del concepto de «raza» basado en el contexto sociohistórico donde se usa. En definitiva, independientemente de si las razas son o no un concepto biológico válido, los terapeutas, como cualquier persona, tendemos a estereotipar a personas de grupos sociales y étnicos diferentes, lo que causa que su experiencia al recibir tratamiento psicológico pueda ser distinta si no lo tenemos en cuenta.

Existen diferencias objetivas de las diversas capacidades de acceso al sistema sanitario y en concreto al acceso a tratamiento psicológico de minorías étnicas, migrantes y refugiados. Estas diferencias ocurren no solo por una diferente capacidad económica para costear los tratamientos, sino

por la incomprensión por parte de algunas personas (no solo pertenecientes a minorías, pero sí más frecuentemente) de la utilidad de las terapias psicológicas y la percepción de racismo. Esto nos puede llevar a pensar que la efectividad de los tratamientos puede ser variable dependiendo de factores socioculturales o incluso ser irrelevante, dado que muchas personas no pueden permitirse recibir un tratamiento psicológico (ya sea porque no se lo pueden permitir o porque los niveles de estrés psicosocial interfieren con el proceso) o no sienten que les pueda ayudar en el problema que tienen. Para superar esta falta de efectividad existen sobre todo dos tendencias en competencia cultural. En primer lugar, las denominadas «culturalistas» centran su atención sobre la compatibilización de los códigos culturales del profesional y el paciente, de intentar objetivar los diferentes modos de entender la expresión y dar sentido a la explicación del sufrimiento. En segundo lugar figuran las basadas en la superación de los prejuicios raciales del personal especializado a través del trabajo con los prejuicios, estereotipos y preconcepciones.

En general, los modelos de competencia cultural, como casi todos los modelos de competencia, consisten en tres ámbitos: conocimientos o competencia cognitiva, habilidades o competencias procedimentales y actitudes o competencias actitudinales (Sue y otros, 2009). Mientras que los conocimientos sería un ámbito especialmente afín a la perspectiva culturalista, la atención a los prejuicios y a la contratransferencia racial sería propia de la perspectiva basada en los prejuicios raciales.

4.3. Estigma

Aunque el tema del estigma en el contexto clínico será tratado sobre todo en la sección de diagnóstico, ya que buena parte de este fenómeno está relacionado con el uso de etiquetas nosológicas, creemos conveniente llamar la atención del lector sobre ello como elemento preliminar y tema relevante en el estudio contemporáneo de la salud mental. Goffman (1963) definió por primera vez el estigma como un «fenómeno por el cual un individuo con un atributo profundamente

desacreditado por su sociedad es rechazado como resultado de ese atributo». El estigma, añade, es un proceso por el que la reacción de los demás deteriora la identidad. En el campo de la salud mental se define actualmente el estigma como la «atribución de cualidades negativas y despectivas sobre un colectivo de personas, que pasan a ser vistas, pensadas y tratadas a través de un prisma construido sobre prejuicios» (Obertament, 2016). Es decir, el estigma deriva de la atribución de causalidad entre la pertenencia a un grupo social y ciertas características personales que, si se encuentran en una persona no perteneciente a un colectivo estigmatizado, se suelen atribuir a características internas. Un modo de entenderlo sencillamente es equiparándolo al racismo frente a la inmigración: «Un emigrante roba porque es de fuera/de XXX país» (pertenencia étnica), mientras que un blanco «roba porque es malo/egoísta/impulsivo» (característica interna).

Como ya hablamos en el apartado anterior, aunque las razas no sean un constructo científico válido, el racismo existe y estructura de diversas maneras nuestra sociedad. Del mismo modo, aunque las personas que han tenido o atraviesan actualmente un periodo sintomático no son esencialmente diferentes al resto de la población, el estigma es un problema real que impide la recuperación completa de muchas personas. Así, existen suposiciones como «un hombre con esquizofrenia delinque porque las personas con estos problemas son peligrosas (calificación por pertenecer a un grupo)», «un hombre sin diagnóstico delinque porque es malo (característica interna)».

López y otros (2008) analizan el proceso de estigmatización que supone el encadenamiento del etiquetado, la asociación de características desagradables a los miembros del grupo, el acotamiento grupal («ellos» y «nosotros»), las repercusiones emocionales tanto en el grupo estigmatizado (sobre todo vergüenza) como en los que estigmatizan (sobre todo miedo y compasión), que llevan a una pérdida de estatus del grupo estigmatizado y a su pérdida de poder social. Esta reflexión se relaciona con la necesidad buscar una explicación para las personas que cometen actos poco aceptables, anómalos o distintos al resto: por ejemplo, «mató a su mujer porque se volvió loco».

Como vemos, un ejemplo de característica desagradable atribuida frecuentemente a las personas con un diagnóstico de salud mental es la peligrosidad, esto es, probabilidad de que desarrollen actos violentos en mayor medida que las personas sin diagnóstico. Por desgracia casos como los del piloto de German Wings,¹⁸ o el alumno del Instituto Joan Fuster en Barcelona,¹⁹ han ayudado a relacionar de manera acrítica diagnóstico de trastorno mental con violencia, pero los datos reales no avalan esta relación. Por ejemplo, según los principales metaanálisis llevados a cabo, los problemas de salud mental en general (Lam, 2014), la psicosis (Witt y otros, 2013), e incluso el diagnóstico concreto de esquizofrenia (Fazel y otros, 2009), que es el que más a menudo se relaciona con peligrosidad por la pérdida de contacto con la realidad que implica, no tienen relación directa con la comisión de actos violentos, sino que la diferencia absoluta de actos violentos cometidos por personas con este diagnóstico en comparación con el resto de la población se explica por la exposición a situaciones de riesgo (como el consumo de sustancias), muy vinculada con la exclusión social que sufren muchas de estas personas. Esto es, experimentar sintomatología psicótica no aumentaría la probabilidad de cometer actos violentos. No obstante, las personas con psicosis se ven envueltas en mayor proporción que la gente sin este diagnóstico en situaciones que implican conductas de riesgo, como el consumo de sustancias, que sí guarda una relación directa con la comisión de actos violentos. ¿Debemos entonces preocuparnos por el problema de salud mental en sí, o por el consumo irresponsable de alcohol y otras drogas, ya sea en personas con o sin diagnóstico? Sin embargo, las personas con problemas de salud mental tienen una probabilidad mucho mayor de ser víctimas de

18 Avión estrellado en los Alpes franceses. La principal hipótesis de la causa de la caída de la aeronave es que el copiloto Andreas Lubitz, recientemente diagnosticado de depresión, provocó que se estrellara deliberadamente: https://es.wikipedia.org/wiki/Vuelo_9525_de_Germanwings

19 Un estudiante armado con una ballesta disparó en una clase con el resultado de un profesor fallecido y cuatro estudiantes heridos. La consejera catalana de educación se apresuró a afirmar que el alumno había sufrido un «brote psicótico», expresión sin validez técnica: https://es.wikipedia.org/wiki/Asalto_al_IES_Joan_Fuster_en_Barcelona

actos violentos que el resto de la población (Trevillion y otros, 2012) o hacerse daño a ellos mismos (Swanson y otros, 2015).

Aparte de la peligrosidad, los prejuicios que se suelen tener en relación con las personas con diagnóstico son (Sheehan y otros, 2017):

- La presencia de disminución psíquica, que se da en algunos casos concretos pero no es una característica representativa.
- La impredecibilidad, asociada a un alto nivel de impulsividad, independientemente del tipo de diagnóstico o las características personales.
- La infantilización, o atribución de características infantiles e inmadurez.
- La culpabilización, entendiendo que algunas personas tienen un malestar «porque quieren» o por no «tener voluntad». Por ejemplo, una adicción estaría relacionada con la falta de voluntad para dejarlo, o sufrir depresión con «ser vago» o no tener voluntad suficiente para superarlo.
- La atribución de cualidades graciosas y susceptibles de generar burla. Especialmente en el cine, se caracteriza a personas diagnosticadas de un trastorno mental como especialmente cómicas.
- La genialidad. De forma inversa, en algunas ocasiones se atribuyen a personas diagnosticadas de un trastorno mental cualidades intelectuales y artísticas superiores a personas sin esta característica.

Existe evidencia científica que demuestra que todas estas atribuciones son falsas o cuando menos no representativas del colectivo de personas con trastorno mental. Sin embargo, las campañas de sensibilización enfocadas de una manera racional, basadas en dar datos y explicar la etiología de los malestares mentales, no han tenido éxito para la población general (aunque las intervenciones educativas sí son eficaces para reducir el autoestigma de las personas con un diagnóstico; Griffiths y otros, 2014), mientras que parece que la normalización a través de testimonios en primera persona sería una de las estrategias de sensibilización más eficaces (Mehta y otros, 2015).

4.4. El movimiento de la recuperación

Como ya comentamos más arriba, los distintos movimientos sociales de las personas usuarias de servicios de salud mental han ido ganando protagonismo, sobre todo desde la década de los años setenta. Aparte de su lucha por la adquisición y recuperación de derechos y contra la estigmatización de las personas diagnosticadas de un trastorno mental, es importante destacar que muchas de estas organizaciones han promovido un cambio profundo en el sistema de atención a las personas con experiencias de sufrimiento psíquico.

A raíz de las sinergias creadas entre las reivindicaciones de estas personas, sus familiares y profesionales del ámbito de la rehabilitación psicosocial, nace a principios de los años noventa el movimiento de la recuperación (Anthony, 1993), que defiende el paso de la visión de los tratamientos que buscan, ante todo, la remisión sintomática hacia una visión que entienda la recuperación como un proceso personal e idiosincrático basado en la esperanza (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2012). Además de la integración de personas con experiencia propia como profesionales como característica identitaria (Davidson, 2016), este movimiento se diferencia de las tendencias de rehabilitación psicosocial, por proponer una nueva reforma total del sistema de salud mental, también en dispositivos hospitalarios (Singh y otros, 2016), a través sobre todo del aumento del protagonismo de las personas usuarias y sus familiares en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

Algunas de las estrategias de los profesionales de la salud mental a la hora de trabajar desde el modelo de la recuperación han sido la separación de la persona del diagnóstico, la exploración de las necesidades de la persona, la atención a su estilo de autonomía, la negociación de planes personalizados de recuperación, la exploración de las dinámicas de poder que se dan entre profesionales y personas usuarias, la reducción de las coerciones y el trabajo en equipo, entendiendo a la persona en recuperación como parte de este, e incluso la incorporación de personas con experiencia de sufrimiento psíquico como profesionales espe-

cialistas en apoyo entre iguales (Davidson y otros, 2016). Estos nuevos profesionales, cuya principal herramienta es compartir la experiencia, realizan tareas de acompañamiento, fomento y organización de grupos de ayuda mutua, y asesoramiento a otros profesionales.

El enfoque del modelo de la recuperación es un paso importante en el proceso de mejora de la asistencia en salud mental. Supone una excelente justificación teórico-práctica para alejar la atención en salud mental del enfoque exclusivamente basado en diagnósticos que deben conducir, unívocamente, a tratamientos enfocados a la remisión sintomática. Sin embargo, las críticas planteadas por muchos movimientos de personas usuarias (Thomas, 2016) enfatizan la necesidad de estructurar ideas menos vulnerables a la «colonización». Esto es, el concepto de recuperación ha sido adoptado por muchos proveedores de servicios que desean renovar su imagen adoptando un lenguaje políticamente correcto. Sin embargo, en algunos casos, esta adopción no ha ido más allá del uso de algunos términos y no ha servido realmente para cambiar la práctica cotidiana. Muchos profesionales han dejado de decir «enfermo» para decir «no recuperado» (del mismo modo que en discapacidad se pasó del uso del concepto de *idiocia* al de *subnormalidad* sin que hubiese un cambio real de fondo), pero ello no ha llevado a reducir el paternalismo y la coerción de manera significativa. De hecho, el término *recuperación* se utilizó en las campañas para la implementación del tratamiento ambulatorio involuntario, una medida claramente contraria a una atención respetuosa con los derechos de las personas usuarias. Por ello, otras alternativas más recientes han propuesto el paso de la concepción de la atención en salud mental desde la perspectiva que concibe a las personas usuarias como objeto de cuidado y política asistencial, a la perspectiva de un modelo que conciba a las personas como sujetos de derechos.

Un ejemplo de modelo basado en derechos se ha dado en el contexto del fracaso de modelos de integración social basados en objetivos cuantificables. La aplicación de estos modelos, a pesar de tener éxito en términos materiales (consecución de vivienda, trabajo...), no conseguían que las personas se sintiesen parte de la comunidad en la que

se «integraban» e incluso, en algunos casos, volvían a situaciones de exclusión social extrema. A través de diversos procesos de reflexión se han redefinido viejos planteamientos y se ha formulado el nuevo concepto de ciudadanía (Rowe y otros, 2001; Rowe y Pelletier, 2012). La propuesta del modelo de ciudadanía propone el trabajo sobre cinco dimensiones principales, que en inglés son cinco erres (una «d» y cuatro «r», en castellano): derechos, responsabilidades, roles, recursos y relaciones. Este modelo se ha utilizado recientemente en procesos de empoderamiento como marco para abrir oportunidades de participación social a miembros de grupos estigmatizados (Rowe y otros, 2009), a través de intervenciones que han mostrado eficacia en diversos contextos (Clayton y otros, 2013). Lejos de suponer una alternativa al movimiento de la recuperación, el modelo de ciudadanía se ha propuesto como un fortalecimiento para superar sus limitaciones. (Rowe y Davidson, 2016). En los programas de intervención basados en ciudadanía, en lugar de concebir a las personas diagnosticadas de trastornos mentales como problemas que deben abordarse mediante la intervención de otros, se les considera expertas en estos problemas y dificultades y, en consecuencia, las principales responsables en la identificación de soluciones. La tarea central de los profesionales que trabajan desde este modelo es involucrar a personas con malestar psíquico y riesgo de exclusión social en la redefinición de sus desafíos en sus propios términos.

Referencias bibliográficas

- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., y Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Arkowitz, H. (1991). Introductory statement: Psychotherapy integration comes of age. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(1), 1-3. <https://doi.org/10.1037/h0101205>
- Barkham, M., y Mellor-Clark, J. (2000). Rigour and relevance Practice-based evidence in the psychological therapies. En *Evidence-based counselling and psychological therapies: Research and applications* (pp. 127-144). Routledge.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Berdullas Temes, M., y Fernández Hermida, J. R. (2006). La psicología y la psicología clínica en Europa. *Infocop*, 27, 16-21.
- Boston, P. (2000). Systemic family therapy and the influence of post-modernism. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(6), 450-457. <https://doi.org/10.1192/apt.6.6.450>
- Botella, L., y Feixas, G. (1998). *Teoría de los Constructos Personales. Aplicaciones a la Práctica Psicológica*. Celesa.
- Brezis, M. (2008). Big pharma and health care: unsolvable conflict of interests between private enterprise and public health. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 45(2), 83-89; discussion 90-94.
- Brown, N. J. L., Lomas, T., y Eiroa-Orosa, F. J. (2017). *The Routledge International Handbook of Critical Positive Psychology*. Routledge.

- Brown, N. J. L., Sokal, A. D., y Friedman, H. L. (2013). The complex dynamics of wishful thinking: the critical positivity ratio. *The American Psychologist*, 68(9), 801-813. <https://doi.org/10.1037/a0032850>
- Brown, N. J. L., Sokal, A. D., y Friedman, H. L. (2014). The persistence of wishful thinking. *American Psychologist*, 69(6), 629-632. <https://doi.org/10.1037/a0037050>
- Carrobbles, J. A. (2012). Psicólogo clínico y/o psicólogo general sanitario. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20, 449-470.
- Christopher, J. C., y Hickinbottom, S. (2008). Positive Psychology, Ethnocentrism, and the Disguised Ideology of Individualism. *Theory & Psychology*, 18(5), 563-89. <https://doi.org/10.1177/0959354308093396>
- Clayton, A., O'Connell, M. J., Bellamy, C., Benedict, P., y Rowe, M. (2013). The Citizenship Project part II: impact of a citizenship intervention on clinical and community outcomes for persons with mental illness and criminal justice involvement. *American Journal of Community Psychology*, 51(1-2), 114-122. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9549-z>
- Corbella, S., y Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Editorial Visión Libros.
- Cromby, J., Harper, D., y Reavey, P. (2013). From disorder to experience. En J. Cromby, D. Harper y P. Reavey (Eds.), *Psychology, Mental Health and Distress* (pp. 3-18). Palgrave Macmillan.
- Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091-1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- Davidson, L., Carr, E., Bellamy, C., Tondora, J., Fossey, E., Styron, T., Davidson, M., y Elsamra, S. (2016). Principles for Recovery-Oriented Inpatient Care. En N. N. Singh, J. W. Barber, y S. Van Sant (Eds.), *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry* (pp. 39-58). https://doi.org/10.1007/978-3-319-40537-7_2
- De Vogli, R., Brunner, E., y Marmot, M. G. (2007). Unfairness and the social gradient of metabolic syndrome in the Whitehall II Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 413-419. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.04.006>
- Dryden, W. (1996). *Developments in Psychotherapy: Historical Perspectives*. SAGE.

- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A., y Stefanis, C. N. (2013). Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 308-314. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.008>
- Eiroa-Orosa, F. J. (2013). Cambio sociocultural y bienestar psicosocial: una propuesta para la investigación y la acción. *Psicología Política*, 47, 39-53.
- Eiroa-Orosa, F. J., y Fernández Gómez, M. J. (2012). Can psychotherapeutic interventions overcome epistemic difference? En Kamaldeep Bhui (Ed.), *Elements of culture and mental health: Critical questions for clinicians*. The Royal College of Psychiatrists.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., Steen, N., y Vahtera, J. (2004). Job decision latitude, organizational justice and health: multilevel covariance structure analysis. *Social Science y Medicine*, 58(9), 1659-1669. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00366-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00366-6)
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., y Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- Feixas Viaplana, G., y Compañ Felipe, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Desclee de Brouwer.
- Feixas Viaplana, G., y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós.
- Fernández-Alvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Paidós.
- Fernández-Álvarez, H., García, F., Lo Bianco, J., y Corbella Santomá, S. (2003). Assessment questionnaire on the personal style of the therapist PST-Q. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 10(2), 116-125. <https://doi.org/10.1002/cpp.358>
- Ferro García, R., y Vives Montero, C. M. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace@*, 5(16), 97-99.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care cen-

- tres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- González-Blanch, C. (2015). La psicología clínica después de la psicología general sanitaria en España: Una propuesta razonada. *Papeles Del Psicólogo*, 36(1), 9-18.
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., y Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders. A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13(2), 161-175. <https://doi.org/10.1002/wps.20129>
- Hadfield, J. A. (1967). *Introduction to Psychotherapy: Its History and Modern Schools*. Routledge.
- Hayes, S. C. (1991). A relational control theory of stimulus equivalence. En L. J. Hayes, P. N. Chase (Eds.), *Dialogues on verbal behavior* (pp. 19-40). Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Held, B. S. (2004). *The Negative Side of Positive Psychology*. *Journal of Humanistic Psychology*, 44, 9-46. <https://doi.org/10.1177/0022167803259645>
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., y Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 351-355. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.351>
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- Johnstone, L., y Boyle, M. (2018). The Power Threat Meaning Framework: An Alternative Nondiagnostic Conceptual System. *Journal of Humanistic Psychology*. <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. W. W. Norton.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Virtanen, M., y Stansfeld, S. A. (2003). Association between organizational inequity and incidence of psychiatric disorders in female employees. *Psychological Medicine*, 33(2), 319-326.

- Kliem, S., Kröger, C., y Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936-951. <https://doi.org/10.1037/a0021015>
- Kohlenberg, R. J., y Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 175-201.
- Lam, H. P. (2014). *A meta-analysis of the prediction of violence among adults with mental disorders*. CUNY Academic Works.
- Lambert, M., y Barley, D. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 38(4), 357-361. <https://doi.org/10.1037//0033-3204.38.4.357>
- Lazarus, R. S. (2003). Does the Positive Psychology Movement Have Legs? *Psychological Inquiry*, 14(2), 93-109. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1402_02
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kachele, H., Kreische, R., Leweke, F., y Leibing, E. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 166(8), 875-881. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09030441>
- Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J., & McLear, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 506-517. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.002>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 43-83.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatments*. Basic Books.
- Martorell, J. L., y Ypiens, J. L. M. (1996). *Psicoterapias: escuelas y conceptos básicos*. Ediciones Pirámide.

- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., y Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595-602. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
- McNair, D. M., y Lorr, M. (1964). An analysis of professed psychotherapeutic techniques. *Journal of Consulting Psychology*, 28(3), 265-271. <https://doi.org/10.1037/h0041210>
- Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A. C., Bezborodovs, N., EvansLacko, S., y Thornicroft, G. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental Healthrelated stigma and discrimination in the medium and long term: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 207(5), 377-384. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151944>
- Metcalf, C., Winter, D., y Viney, L. (2007). The effectiveness of personal construct psychotherapy in clinical practice: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(4), 431-442. <https://doi.org/10.1080/10503300600755115>
- Mills, J. (2005). A Critique of Relational Psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 22(2), 155-188. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.22.2.155>
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press.
- Mirapeix, C. (1994). Psicoterapia cognitivo analítica: un paradigma de integración en psicoterapia. Antecedentes, justificación epistemológica, aspectos teóricos y técnicos. *Revista de Psicoterapia*, 5(20), 5-44.
- Moodley, R., Gielen, U. P., y Wu, R. (2013). *Handbook of Counseling and Psychotherapy in an International Context*. Routledge.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (1990). *L'arte del cambiamento*. Ponte alle Grazie.
- Neimeyer, R. A., y Feixas, G. (1990). Constructivist contributions to psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 9(1), 4-20.
- Obertament. (2016). *La percepció de la salut mental a Catalunya, 2016*. Obertament.
- Omi, M., y Winant, H. (1993). On the Theoretical Status of the Concept of Race. En C. McCarthy; W. Crichlow (Eds.), *Race, identity, and representation in education*. Routledge.
- Pérez Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 291-310.

- Pérez-Álvarez, M. (2016). The science of happiness: As felicitous as it is fallacious. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 36(1), 1-19. <http://dx.doi.org/10.1037/teo0000030>
- Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., y Emmelkamp, P. M. G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73-80. <https://doi.org/10.1159/000190790>
- Preference Collaborative Review Group. (2008). Patients' preferences within randomised trials: systematic review and patient level meta-analysis. *BMJ*, 337, a1864-a1864. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1864>
- Prilleltensky, I. (2012). Wellness as fairness. *American Journal of Community Psychology*, 49(1-2), 1-21. <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9448-8>
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7-29. <https://doi.org/10.15288/jsa.1997.58.7>
- Qureshi, A., y Eiroa-Orosa, F. J. (2012). Training for overcoming health disparities in mental health care: Interpretive-relational cultural competence. En S. Barnow y N. Balkir (Eds.), *Cultural Variations in Psychopathology. From Research to Practice* (pp. 248-269). Hogrefe Publishing.
- Reid, D. W., Doell, F. K., Dalton, E. J., y Ahmad, S. (2008). Systemic-constructivist couple therapy (SCCT): Description of approach, theoretical advances, and published longitudinal evidence. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(4), 477-490. <https://doi.org/10.1037/a0014334>
- Rosen, G. (1968). *Madness in Society: Chapters in the historical sociology of mental illness*. University of Chicago Press.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>

- Rowe, M., Benedict, P., Sells, D., Dinzeo, T., Garvin, C., Schwab, L., Baranoski, M., Girard, V., y Bellamy, C. (2009). Citizenship, Community, and Recovery: A Group- and Peer-Based Intervention for Persons With Co-Occurring Disorders and Criminal Justice Histories. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4(4), 224-244. <https://doi.org/10.1080/15560350903340874>
- Rowe, M., y Davidson, L. (2016). Recovering Citizenship. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 53(1), 14-20.
- Rowe, M., Kloos, B., Chinman, M., Davidson, L., y Cross, A. B. (2001). Homelessness, Mental Illness and Citizenship. *Social Policy and Administration*, 35(1), 14-31. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00217>
- Rowe, M., y Pelletier, J.-F. (2012). Citizenship: A Response to the Marginalization of People with Mental Illnesses. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12(4), 366-381. <https://doi.org/10.1080/15228932.2012.697423>
- Schmitt, M., y Dörfel, M. (1999). Procedural injustice at work, justice sensitivity, job satisfaction and psychosomatic well-being. *European Journal of Social Psychology*, 29(4), 443-453. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0992\(199906\)29:4<443::AID-EJSP935>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0992(199906)29:4<443::AID-EJSP935>3.0.CO;2-C)
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1165>
- Seligman, M. E. P. (1972). Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23(1), 407-412. <https://doi.org/10.1146/annurev.me.23.020172.002203>
- Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. F., y Prata, G. (1989). *Paradoja y contraparadoja*. Paidós.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., y Corrigan, P. W. (2017). Structures and Types of Stigma. En *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (pp. 43-66). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_3

- Singh, N. N., Barber, J. W., y Sant, S. Van. (2016). *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-40537-7>
- Smedley, A., y Smedley, B. D. (2005). Race as Biology Is Fiction, Racism as a Social Problem Is Real: Anthropological and Historical Perspectives on the Social Construction of Race. *American Psychologist*, 60(1), 16-26. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.60.1.16>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *SAMHSA's Working Definition of Recovery*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Sue, S., Zane, N., Nagayama Hall, G. C., y Berger, L. K. (2009). The Case for Cultural Competency in Psychotherapeutic Interventions. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 525-548. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163651>
- Swanson, J. W., McGinty, E. E., Fazel, S., y Mays, V. M. (2015). Mental illness and reduction of gun violence and suicide: bringing epidemiologic research to policy. *Annals of Epidemiology*, 25(5), 366-376. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.03.004>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., y Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1924-1937. <https://doi.org/10.1002/jclp.22680>
- Thomas, P. (2016). Psycho politics, neoliberal governmentality and austerity. *Self & Society*, 44(4), 382-393. <https://doi.org/10.1080/03060497.2016.1192905>
- Tomasik, M. J., Silbereisen, R. K., y Heckhausen, J. (2010). Is it adaptive to disengage from demands of social change? Adjustment to developmental barriers in opportunity-deprived regions. *Motivation and Emotion*, 34(4), 384-398. <https://doi.org/10.1007/s11031-010-9177-6>
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., y Howard, L. M. (2012). Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 7(12), e51740. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0051740>
- Uribe Restrepo, M. (2008). Factores comunes e integración de las psicoterapias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 14-28.

- Vázquez, C., Hervás, G., y Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14, 401-432.
- Vázquez, C., y Nieto, M. (2003). Psicología (clínica) basada en la evidencia (PBE): una revisión conceptual y metodológica. En J. L. Romero Cuadra; R. Álvaro Vázquez (Eds.), *Psicópolis: paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea*. Editorial Kairós.
- Villegas Besora, M., y Feixas Viaplana, G. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Desclee de Brouwer.
- Waller, G., Stringer, H., y Meyer, C. (2012). What cognitive behavioral techniques do therapists report using when delivering cognitive behavioral therapy for the eating disorders? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 171-175. <https://doi.org/10.1037/a0026559>
- White, M., y Epstein, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- Whooley, O. (2014). Nosological Reflections: The Failure of DSM-5, the Emergence of RDoC, and the Decontextualization of Mental Distress. *Society and Mental Health*, 4, 92-110. <https://doi.org/10.1177/2156869313519114>
- Witt, K., van Dorn, R., y Fazel, S. (2013). Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies. *PLoS ONE*, 8(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942>
- Wood, A. M., y Tarrier, N. (2010). Positive Clinical Psychology: a new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 819-829. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.003>

Capítulo I

Formulación y primeros pasos

Es importante recordar que las intervenciones psicológicas son un conjunto de técnicas destinadas a promover situaciones de cambio personal. Antes de comenzar el proceso de intervención, es necesario analizar el motivo de consulta, estimar si está indicado el inicio de un proceso psicoterapéutico y, si nosotros podemos darlo, diseñar una formulación sobre el caso y un plan de acción y hacer una devolución (Fernández-Álvarez, 1992).

1. Análisis de la demanda terapéutica o motivo de consulta

El análisis de la demanda resulta imprescindible para poder sentar las bases de la alianza terapéutica. En este sentido, es un paso necesario para comprender qué espera la persona que consulta, poder aclarar expectativas, dar respuestas a los interrogantes de la persona e iniciar un proceso de colaboración para poder iniciar un proceso de cambio terapéutico.

Hay autores que diferencian entre motivo de consulta y demanda. Definen el primero como típico del modelo biomédico, basado en la descripción de signos y síntomas o problemas objetivos y el segundo, la demanda, como la petición explícita de ayuda (Martínez Farrero, 2006). No obstante, en este manual usaremos los términos indistintamente, entendiendo la demanda o motivo de consulta como el malestar que lleva a la persona a solicitar ayuda profesional.

Hay distintos modelos de análisis de la demanda terapéutica, en este manual haremos referencia a aspectos generales y comunes a varios enfoques.

1.1. Demandante de ayuda

El primer aspecto que analizaremos es de quién parte el motivo de consulta y quién es la persona usuaria de nuestros servicios. Atendiendo a estas preguntas podemos encontrarnos con diversas situaciones:

- Una persona detecta malestar propio, genera un motivo de consulta y hace una petición de ayuda para sí misma. Esta es la situación ideal para iniciar un proceso terapéutico.
- Una persona genera un motivo de consulta porque detecta dificultades en otra persona. Puede ocurrir que un familiar o profesional hayan detectado el problema y hayan sugerido una consulta a un centro de salud mental. Estas sugerencias pueden provenir desde el consejo de una persona allegada, a la obligación por parte de algunos servicios sociales de acudir bajo amenaza de perder un beneficio social o incluso la custodia de un hijo o hija. Un ejemplo habitual es el de las personas con abuso de sustancias que acuden a realizar tratamiento psicológico como alternativa a cumplir condena en un centro penitenciario. Estos casos son bastante delicados debido a que, como veremos más adelante, un factor importante en psicoterapia es la motivación para el cambio. En efecto y lógicamente, una persona que llegue a consulta por imperativo legal probablemente tendrá un nivel de motivación e implicación muy inferior a una persona que llegue por su propio pie, al darse cuenta de la necesidad de intervención. Cuando nos hallemos en estas situaciones cobrará mucha importancia generar una demanda terapéutica propia en la persona que vaya a recibir ayuda.
- Otros casos son aquellos en los que consulta una persona porque un tercero no tiene la capacidad en el momento para determinar la

necesidad de ayuda. Podría ser el caso de los menores de edad o de personas que se encuentran incapacitadas por algún tipo de malestar en ese momento (por ejemplo, en casos en los que haya sintomatología psicótica aguda). En estas situaciones desempeñarán un papel clave las personas que formulan la demanda. Muy a menudo las intervenciones irán dirigidas a éstas esperando promover mejoras de manera indirecta en la persona identificada como usuaria. Por otro lado, si se trabaja directamente con esta, al igual que en la situación anterior, se buscará generar una demanda propia.

- Una persona genera un motivo de consulta porque recibe las consecuencias de situaciones determinadas. Por ejemplo, en los casos en que las personas están sometidas a situaciones sociales difíciles, cómo puede ser un desahucio. En estas situaciones es necesario valorar si, aparte de los componentes externos, hay alguna intervención de la que se pueda beneficiar la persona, si es el momento adecuado y sobre todo dirigirla a realizar una valoración por parte de profesionales de trabajo social.

1.2. Variables a analizar

Es importante que consideremos otros factores que influirán en la formulación clínica, el diseño del tratamiento y en fomentar la adherencia y participación activa de la persona en el proceso terapéutico. Hablamos de estos elementos aquí, antes de abordar la intervención, pues es esencial tenerlos en cuenta ya desde el inicio del contacto con la persona. De hecho, un elevado porcentaje de personas acuden solo a las primeras consultas. En un trabajo pionero sobre el tema (Reis y Brown, 1999), a partir de la revisión de diferentes estudios, los autores mostraron que entre un 20 y un 57% abandonaba antes de la tercera consulta. Comentaremos, por tanto, en este apartado algunos aspectos, de forma muy resumida, que han recibido atención y creemos que puede ser importante tener en cuenta para fomentar la adherencia en el proceso psicoterapéutico.

1.2.1. Tiempo entre la aparición del problema y la consulta

Acudir a un servicio de atención psicológica suele ser una decisión más compleja que la de acudir a otro tipo de servicios sanitarios. Las personas que acuden a estos servicios probablemente han hecho un proceso previo que puede variar mucho, desde intentar diferentes mecanismos para gestionar o tapar el malestar, a consultar diversas fuentes (de calidad variable).

Los casos en los que transcurre poco tiempo entre el inicio del malestar y la formulación de la demanda de ayuda suelen darse porque la situación desborda a la persona y hace que pida ayuda de forma rápida, con cierto grado de urgencia. En este caso, las personas suelen buscar soluciones rápidas.

En otras ocasiones, el malestar va incrementándose de forma insidiosa hasta que se llega al punto de generar un motivo de consulta. En estos casos, es importante explorar si hay nuevas exigencias en el entorno que hayan actuado de disparador del motivo de consulta.

1.2.2. Teoría del problema y soluciones intentadas

En el tiempo que transcurre entre el inicio del malestar y la formulación de la demanda de ayuda, las personas suelen generar una explicación de aquello que les ocurre, es decir, una teoría del problema. Además, con toda probabilidad, han intentado diversas soluciones para gestionar su malestar. Conceptualizamos las soluciones intentadas como todo aquello que la persona hace para intentar resolver su problema (no siempre conscientemente), independientemente de que sean cosas que solucionen el problema o no, o incluso lo empeoren.

En esta línea, hay que tener en cuenta que las personas pueden haber consultado diversas fuentes como amigos, familiares o médicos de cabecera. Pero también, en la sociedad del siglo XXI y como decíamos al inicio, es muy probable que hayan buscado información en

Internet en relación con los síntomas que perciben, e incluso es muy probable que con la búsqueda hayan llegado a un diagnóstico, más o menos acertado de su situación. También pueden haber ido más allá de la búsqueda de información y haber contactado con personas en situaciones similares y/o aplicado estrategias que hayan encontrado en páginas web. Evidentemente, la calidad de los recursos e información es muy variable, al igual que la exactitud y sistematicidad de la búsqueda que pueda haber realizado la persona.

La teoría del problema y las soluciones intentadas son áreas importantes a explorar, debido a que nos aportan información sobre posibles variables de mantenimiento, los recursos con los que cuenta la persona, y qué cree que le puede ayudar. Esto es imprescindible para realizar la formulación clínica, valorar lo dispuesta que está la persona para iniciar un proceso psicoterapéutico, y proponer un plan de acción que acepte como válido y sea capaz de llevar a cabo.

Dentro de la teoría o conceptualización del problema, es importante prestar especial atención a la atribución que realiza la persona. Es decir, si lo que le pasa lo atribuye a factores internos o externos y, por tanto, la posición de su locus de control (Rotter, 1966). Se remarca este punto debido a que, para iniciar un proceso terapéutico, es recomendable un mínimo de atribución interna, esto es, que la persona perciba que parte de lo que le pasa tiene que ver con algo que está en su mano cambiar. Si la atribución es totalmente externa, se explorará la posibilidad de «desplazar» esta atribución. En caso contrario, se dificulta que la persona tome un papel proactivo en su proceso de recuperación. Por ejemplo, si la persona tiene la idea de que lo que le ocurre es una alteración orgánica que escapa totalmente a su control y no se ve influido por sus acciones, difícilmente se adherirá a un tratamiento psicológico.

Respecto a las soluciones intentadas, un ejemplo ilustrativo sería el caso de una persona que ha quedado con sus amistades para no sentirse tan triste y le funciona. En este caso sabríamos que es una persona que cuenta con red social, que este es un recurso válido que puede usar en ocasiones y que podremos utilizar en la intervención. Sin embargo, si ha intentado hacerlo y no le ha funcionado, difícilmente

lo aceptará como propuesta. En otras ocasiones, las soluciones intentadas pueden ayudar a sostener el problema, es decir, actuar como variables de mantenimiento o incluso pueden empeorar la situación; encontramos un ejemplo paradigmático en la evitación en los casos de fobias específicas.

1.2.3. Expectativas y consultas anteriores

Las personas que acuden a consulta tienen unas ideas determinadas sobre qué es una terapia psicológica, como trabaja un terapeuta y una estimación sobre los esfuerzos personales necesarios para resolver la situación que les ha llevado a consultar. Estas ideas pueden estar influidas por conocimientos propios, consultas a diversas fuentes (amigos, familiares, redes...) o experiencias anteriores. La presencia de expectativas positivas sobre la profesionalidad del o la terapeuta, esperar tener que involucrarse de forma activa en el tratamiento y haber tenido experiencias anteriores positivas suelen ser factores de buen pronóstico. Al contrario, pensar que el terapeuta y/o la terapia psicológica no serán de ayuda o haber tenido varios intentos de tratamiento con mal resultado son factores de mal pronóstico. Así, un trabajo a realizar en las primeras consultas para favorecer la adherencia terapéutica es explorar y ajustar las expectativas de la persona e infundir esperanzas sin alejarse de la realidad.

1.2.4. Características personales

Hay características inherentes a las personas que pueden influir en su receptividad hacia las propuestas terapéuticas.

El tipo de apego de la persona influye en cómo esta se relaciona y comunica, de manera que influye en el establecimiento de la relación terapéutica. Hay abundante literatura que analiza esta influencia. Como conclusiones comunes destaca que las personas con apego seguro for-

man una alianza terapéutica caracterizada por altos niveles de alianza global, con acuerdo en metas y tareas. Sin embargo, las personas con apego inseguro tienden a responder con más dificultades a la creación de la alianza con el terapeuta (Castonguay y Beutler 2006). Podemos hipotetizar que estas dificultades pueden darse por tener problemas para acordar o cumplir objetivos, y también por no obtener resultados tan rápidos como querrían. Por ello, cabe tener en cuenta estos aspectos en la relación con quien demanda ayuda.

También encontramos personas que muestran una actitud de oposición o rigidez ante las preguntas, los comentarios y las indicaciones de las y los terapeutas de modo que son menos permeables y están menos dispuestas al cambio. En estos casos, también hallamos obstáculos para una buena alianza terapéutica. En estas situaciones es recomendable usar técnicas más indirectas, para no activar actitudes oposicionistas.

1.2.5. Casos ilustrativos

En las siguientes viñetas exponemos dos ejemplos resumidos de motivos de consulta, donde la terapeuta explora los puntos que hemos expuesto en este apartado.

Viñeta 1

Terapeuta: M, cuéntame qué te trae hasta aquí.

Persona usuaria: Vengo porque estoy bastante bloqueada... Hace un mes tuve problemas en el trabajo, no supe cómo llevarlo y me hundí. De hecho llevo tres semanas de baja. Es pensar en volver al trabajo y me pongo de los nervios.

T: ¿Qué pasó en el trabajo?

PU: Me cargaron con muchas horas extra y no me las pagaban... bueno, no me daban ni las gracias, me hablaban bastante mal, cada vez me pedían más y yo no

daba abasto. No dormía, iba muy estresada, se me caía el pelo, todo me molestaba, cualquier cosa me hacía llorar, perdí un montón de peso... hasta que fui al médico y cuando me vio, me dio la baja.

T: Ha tenido que ser duro.

PU: Sí, encima me sentía tratada muy injustamente, veía que con mis compañeras no era así.

T: ¿Y eso?

PU: Supongo que ellas saben decir que no y así no les toman el pelo.

T: Saben decir que no...

PU: Sí... Yo no sé. A mí siempre me ha costado decir las cosas... Es como que me da miedo que la gente se enfade o piense mal de mí... Mis amigas ya me lo dicen, que de buena que soy, soy tonta... La gente me toma el pelo. Cuando me hacen cosas que no me gustan pues aguanto, intento decirlo, pero enseguida me echo para atrás... Entonces me voy cargando, me voy cargando hasta que exploto y me da por llorar... o me enfado mucho, especialmente conmigo misma.

T: Entiendo. M, ¿esto te pasa en otras áreas de tu vida?

PU: En todas, con mis padres, mis hermanos, mis amigas... ¡Buf! Es algo que va conmigo.

T: Y ¿hay alguna vez que consigas poner límites o expresar tu opinión?

PU: Bueno... con las personas que ya me conocen me lo ponen más fácil ya me ven y me preguntan.

T: ¿Tienes alguna estrategia para que te sea más fácil?

PU: Hum... A ver, con mis padres, a veces me pasa que no me atrevo a decirle algo a mi padre y se lo digo a mi madre para que se lo diga ella.

T: Entiendo, buscas a alguien que te eche una mano. M, ¿En qué crees que te podemos ayudar?

PU: Supongo que tengo que aprender a decir las cosas y no quedármelas para mí... no sé, quiero aprender a afrontar los problemas antes de que me superen.

T: Me parece un objetivo muy bueno. M, te quería preguntar, dices que es una cosa que te ha pasado siempre; sin embargo, consultas ahora... ¿cómo es eso?

PU: Es que lo del trabajo ha sido ya demasiado... me he dado cuenta de que así acabo siendo una pringada y ya estoy cansada la verdad.

Análisis de la demanda

- Generador del motivo de consulta: ¿demanda propia?
- Tiempo transcurrido entre el inicio del malestar y el generar el motivo de consulta. Refiere un inicio insidioso, sin especificar fecha. Se precipita la generación de motivo de consulta hace un mes, con problemática laboral. Hace tres semanas se gesta el motivo de consulta con su médico de cabecera, inicialmente centrado en el trabajo y lo reformula durante la viñeta centrándolo en sí misma.
- Teoría del problema. Explica que lo que le pasa tiene que ver con sus dificultades para decir las cosas, el temor a qué pensarán sobre ella. Hace atribución interna de sus dificultades.
- Soluciones intentadas. Evitar expresar su opinión, evitar los problemas, evitar poner límites, se muestra pasiva (falta de asertividad), busca a una tercera persona para que se exprese por ella (p. ej., la madre).
- Expectativas y consultas anteriores. Espera que se la ayude a expresarse y afrontar los problemas antes de que la superen. No se ha explorado si se han dado visitas con anterioridad.
- Características de la persona. En esta viñeta hay poca información personal de la demandante de ayuda. Sabemos que es una mujer, que trabaja y actualmente está de baja. Muestra capacidad de introspección y está motivada para realizar cambios. Se muestra comunicativa y receptiva.

Viñeta 2

T: M, cuéntame qué te trae hasta aquí.

PU: Mi vida es un desastre, estoy triste y cansada, pero nerviosa a la vez... el médico de cabecera me ha tenido que dar unas pastillas, porque es que ni duermo... tengo tantas cosas que no puedo.

T: Tienes muchas cosas...

PU: Mis hijos me hacen la vida imposible, mi marido no me ayuda y en el trabajo me hacen *mobbing*.

T: Comentas que estás triste, cansada...

PU: Sí, sí... muy cansada y muy harta.

T: ¿Desde cuándo te sientes así?

PU: ¡Uy, hija! Ya ni me acuerdo...

He tenido una vida complicada, me casé joven y he tenido que trabajar mucho desde siempre. Los hijos no me salieron muy bien, solo miran por lo suyo, no ayudan en nada... en el trabajo, mis compañeras son unas lagartas, solo piensan en chismes y se pasan el día criticando, ellas ligan bien las unas con las otras y con la jefa, que es igual que ellas, pero yo no tengo nada que ver. Me quedo apartada y, como yo no soy de la cuadrilla, la jefa me pone a mí los peores horarios, no puedo elegir bien las vacaciones...

T: Entiendo. Tienes muchos frentes.

PU: Pero ¡no te creas! Que yo soy muy fuerte.

T: M, ¿y cómo has mantenido esa fortaleza? ¿qué cosas has intentado para sentirte mejor?

PU: Pero ¿qué quieres que haga? Si es que no tengo tiempo... las cosas son como son y yo tengo que trabajar. Si mi marido o los hijos me ayudaran más, pero cualquiera les dice nada a los señoritos... ¿y qué voy a hacer? ¿Tenerlo todo por el medio? Pues me callo, pongo buena cara y lo hago todo yo.

T: ¿Cómo decidiste venir a consultar a un psicólogo?

PU: Pues cuando me lo dijo mi médico, pensé: «Pues todo lo que sea para bien, pues bueno...».

T: ¿Es la primera vez que vienes al psicólogo o que acudes a un terapeuta?

PU: Sí, la primera...

T: ¿Cómo crees que te podría ayudar una terapia?

PU: Bueno, no sé... igual hablar con alguien que no me conoce me puede ayudar a descargar, y puede darme algún consejo para ver qué hago con mi casa y mi trabajo. Pero yo creo que lo mío no tiene mucha solución.

Análisis de la demanda

- Generador del motivo de consulta: demanda generada por otro profesional.
- Tiempo transcurrido entre el inicio del malestar y el generar el motivo de consulta. No identifica un inicio claro del malestar, pero sí refiere largo recorrido. El motivo de consulta surge cuando lo sugiere el médico de cabecera y en la propia consulta con el terapeuta define su motivo de consulta (tener a alguien a quien expresar su malestar y demanda de solución externa).
- Teoría del problema. Los demás le dan problemas: sus hijos, su marido y su trabajo.
- Soluciones intentadas. Evita exponer su malestar y realiza las tareas, aunque no le parezca bien.

- Expectativas y consultas anteriores. Espera que se le permita expresarse y dar alguna solución a los problemas.
- Características de la persona. En esta viñeta hay poca información personal de la demandante de ayuda. Sabemos que es una mujer, que trabaja, tiene marido e hijos. Muestra poca consciencia de dificultades propias. No parece motivada para realizar cambios.

Como se puede observar, no siempre las personas están listas para realizar un trabajo terapéutico. Es importante aprender a identificar los indicadores de situaciones difíciles y abordarlas antes de empezar el proceso, si no, estaremos condenando el trabajo al fracaso y es peor una intervención mal hecha que no intervenir. Es decir, cuando empezamos una intervención psicológica con una persona que no está lista y la intervención fracasa, estamos restando la probabilidad de que vuelva a consulta en un momento en el que esté más preparada, debido a que aumentarían sus expectativas negativas sobre el tratamiento.

2. Establecimiento de la relación terapéutica

Como hemos comentado, la literatura sobre factores comunes de los procesos psicoterapéuticos (Rosenzweig, 1936) muestra que, más allá de los marcos teóricos, ciertos elementos transversales son básicos para el éxito de un tratamiento. Una adecuada alianza terapéutica ha demostrado consistentemente capacidad predictiva de éxito en todas las modalidades de tratamiento, poblaciones y diseños de investigación (Ardito y Rabellino, 2011; Flückiger y otros, 2012; Martin y otros, 2000).

Es interesante tomar en consideración que existen diferencias entre la capacidad predictiva de la relación terapéutica, siendo mejor si es evaluada por un observador que por la persona y, en este caso, mejor que si es evaluada por el terapeuta (Fenton y otros, 2001). Este hecho llama la atención sobre la necesidad de recibir supervisión y contrastar la percepción de la relación terapéutica con las personas.

La relación terapéutica es importante tanto para facilitar el inicio del proceso terapéutico como para potenciar los resultados de este. De hecho, la mayoría de autores, al margen de cuál sea su enfoque teórico, coinciden en la idea de que una relación positiva entre personas usuarias y terapeutas es una condición necesaria para que los tratamientos sean efectivos.

Freud (1912) mencionaba por primera vez la calidad de la relación de trabajo persona usuaria-profesional en un trabajo sobre transferencia. Más adelante, Carl Rogers (1957) definió tres habilidades del terapeuta esenciales para que la persona pudiera acceder al cambio:

- Autenticidad –referida a la sinceridad y capacidad de actuar de forma congruente.
- Empatía –capacidad de ponerse en lugar de la persona.
- Aceptación positiva incondicional –aceptando a la persona como es, sin juzgarla.

Estos elementos constituyen uno de los núcleos de lo que más adelante se conocería como alianza terapéutica. El término «alianza terapéutica» fue acuñado por primera vez por Greenson (1967) y definido posteriormente por Bordin (1979) como una relación de colaboración entre persona usuaria y terapeuta formada por tres componentes: acuerdo en los objetivos, acuerdo en las tareas y vínculo positivo. Otro trabajo relevante sobre alianza terapéutica, coetáneo al anterior, es el de Luborsky, Crits-Christoph, Alexander, Margolis y Cohen (1983), que define dos tipos de alianza en función de la fase o etapa del proceso terapéutico: alianza tipo 1 (principalmente en el inicio de la terapia, sensación de ser apoyado y ayudado por el terapeuta), alianza tipo 2 (principalmente en fases avanzadas, sensación de trabajo conjunto para superar los obstáculos y el malestar de la persona).

Siguiendo esta estela, en la actualidad, la mayoría de la literatura coincide en conceptualizar la relación terapéutica como una construcción dinámica que se desarrolla de forma conjunta entre persona usuaria y terapeuta (Bachelor y Salamé, 2000; Ladany y otros, 2007; Levenson y

otros, 2008). De este modo, las expectativas, opiniones y cogniciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que realizan resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica en un contexto de aceptación e implicación.

Las habilidades del terapeuta que facilitan el correcto establecimiento de la alianza en las primeras fases del tratamiento incluyen habilidades y actitudes que podemos cuidar como la calidez y la empatía (Corbella y Botella, 2003). En contra de lo que podamos intuir, no existe evidencia sólida de que el nivel de la experiencia del terapeuta influya determinan-temente en la capacidad de establecer una relación. Sin embargo, algunas características personales del terapeuta como su grado de comodidad con las relaciones de intimidad, características de personalidad como la baja hostilidad o su nivel de apoyo social sí pueden influir implícitamente (Dunkle, 1996), aunque los resultados de las investigaciones sobre los perfiles de terapeutas más eficaces en cuanto al establecimiento de la alianza son harto contradictorios (Corbella y Botella, 2003).

Según Beck, Emery y Greenberg (1985), algunos consejos prácticos para el desarrollo de la relación son:

- 1) Desarrollar la relación sobre una base recíproca. Intentar no situarnos desde una posición de superioridad y establecer los objetivos de común acuerdo.
- 2) Evitar agendas escondidas. Desarrollar las técnicas de manera abierta, explicar su justificación y los resultados esperados en cada intervención.
- 3) Diseñar tareas o actividades de un modo colaborativo para mantener los logros alcanzados entre las sesiones.
- 4) Admitir errores y buscar alternativas.
- 5) Mantener un ambiente colaborativo.

Las investigaciones sobre las características de las personas usuarias que impiden un buen establecimiento de relación terapéutica apuntan a la defensividad, la desgana, la hostilidad y la dominancia como hándicaps (Corbella y Botella, 2003). Sin embargo, es interesante señalar que las personas usuarias con más dificultades para establecer la relación se

pueden beneficiar en mayor medida de técnicas específicas, mientras que los que lo hacen más fácilmente parecen beneficiarse de intervenciones menos técnicas y más exploratorias (Gaston y Ring, 1992).

3. Formulación clínica

Una condición previa para abordar un caso clínico es su formulación. En el ámbito de la formación universitaria en España el término «análisis funcional», propio de las orientaciones cognitivo-conductuales, es todavía uno de los más usados para referirse a la conceptualización de un caso en psicología clínica. El término «formulación clínica» es más aceptable para otras orientaciones teóricas y múltiples asociaciones profesionales lo aceptan como término común. De este modo, aunque la formulación es un concepto dinámico y sigue teniendo un significado disputado entre diferentes profesionales, en general hace referencia a la operativización de los problemas clínicos que presenta la persona usuaria, la formulación de hipótesis sobre la adquisición y el mantenimiento de estos problemas y el establecimiento de un plan de intervención.

En un manual dedicado exclusivamente a la formulación, Johnstone y Dallos (2013) revisan las distintas conceptualizaciones de formulación en psicología y psicoterapia. Para estos autores, la formulación implica la aplicación de la teoría a un caso concreto que se puede entender como un evento que puede cristalizar en la producción de un informe o una supervisión, o bien un proceso en constante evolución durante el tiempo que dure el proceso terapéutico. Clásicamente se ha definido la formulación siguiendo la primera de las opciones, es decir, como algo concreto que implica una explicación provisional, una hipótesis, un marco descriptivo, etc. Las conceptualizaciones procesuales, más modernas, han venido ligadas a autores que entienden el proceso terapéutico como un esfuerzo colaborativo que debe ser contextualizado.

Esta conceptualización ha tenido una gran influencia sobre la Guía de Buenas Prácticas en la Formulación Psicológica de la Sociedad Británica de Psicología¹ (BPS, Division of Clinical Psychology, 2011), uno de los documentos más exhaustivos sobre el tema producidos por una asociación profesional hasta la fecha. El documento reconoce el valor de todos los tipos de formulación, a la vez que recomienda «que las/os psicólogas/os clínicas/os siempre formulen desde una perspectiva amplia, integrada y multimodal que localice significado personal dentro de contextos sistémicos, organizativos y sociales más amplios».

Johnstone y Dallos (2013) también nos ofrecen un recorrido por las distintas visiones de la formulación para cada escuela terapéutica. Como hemos comentado, para la orientación cognitivo-conductual la formulación implica la generación de una hipótesis a través del análisis funcional. El procedimiento consiste en identificar variables conductuales y sus correlatos fisiológicos, cognitivos, emocionales o sociales, estableciendo relaciones funcionales entre ellas (a menudo se usa el modelo A-B-C,² de las siglas en inglés antecedente-conducta-consecuencia) que sirven para escoger dianas terapéuticas. En su versión más puramente conductual, las relaciones funcionales se operacionalizan casi exclusivamente a través de refuerzo clásico y operante, aunque la influencia de la terapia cognitiva de Beck introdujo las creencias disfuncionales como componente básico para explicar el mantenimiento de muchas conductas.

Para la escuela psicodinámica, la formulación debería servir para identificar por qué el equilibrio del paciente se ha perturbado, cómo han surgido los síntomas y cómo se mantienen. Estos procesos pueden ser tanto conscientes como inconscientes. Un ejemplo clásico de proceso inconsciente son los mecanismos de defensa como es el caso de la represión, proceso por el cual se rechazan pensamientos relacionados con pulsiones incompatibles con el entorno social, para impedir su paso al ámbito consciente. Otros ejemplos de mecanismos de defensa

1 British Psychological Society.

2 Del inglés Antecedent-Behavior-Consequence.

que se suelen dar en la práctica clínica serían la proyección, la negación, el desplazamiento, la introyección o la disociación.³

En la escuela sistémica constructivista, la relación entre los familiares tiene un papel central. La creación de hipótesis no debe hacerse «sobre» las familias sino «con» las familias (el mismo principio podría aplicarse en un proceso individual, aunque siempre teniendo en cuenta el contexto). El proceso de formulación no es visto como la búsqueda de una verdad objetiva, sino como una perturbación que comienza para introducir cambios en el sistema familiar.

Aunque hay puntos en común, hay también diferencias que se pueden operativizar del siguiente modo (Johnstone y Dallos, 2013):

1) Los factores que se ven como más relevantes. Por ejemplo, mientras que la orientación cognitivo-conductual pone el peso en las conductas, cogniciones y emociones, el constructivismo y el socio-cognitivismo añaden un especial énfasis en la percepción subjetiva de las condiciones sociales.

2) Las teorías explicativas que se usan. Por ejemplo, mientras que el cognitivismo suele utilizar esquemas, las tendencias psicodinámicas apelan a los mecanismos inconscientes de defensa.

3) El énfasis que se pone en la reflexividad, la discusión y la supervisión.

4) El grado en el que se toma la posición de experto (más propias de escuelas directivas como el conductismo clásico) en oposición a una actitud colaborativa (propia de tendencias constructivistas y narrativas).

5) La posición respecto al diagnóstico. Existen escuelas y profesionales a favor de usarlo en contraste con los que, como veremos en la sección de diagnóstico, se oponen a su uso argumentando que apenas tiene utilidad para el tratamiento psicológico y produce estigma y discriminación.

6) Su posición respecto a la «verdad» vs. la «utilidad» de la formulación. Para las escuelas más ontológicamente objetivistas (por ejemplo cognitivo-conductual) es importante que la formulación se acerque lo

3 Para una revisión del tema aconsejamos revisar la obra de Anna Freud «El Yo y los mecanismos de defensa» publicada en castellano por Paidós.

máximo posible a las razones del malestar, mientras que a las más subjetivistas (por ejemplo, narrativa) lo más importante es que sirva para elaborar un proceso terapéutico.

7) La manera en que se desarrolla, comparte y usa la formulación durante la terapia. Este continuo oscila entre los que creen que debe ser compartido o no con la persona usuaria.

Con una voluntad integradora, Butler (1998) elabora las funciones y objetivos de la formulación clínica:

- Clarificar hipótesis y cuestiones.
- Comprender: darnos una «idea general del mapa».
- Priorizar problemas.
- Planificar y seleccionar estrategias de tratamiento.
- Predecir la respuesta a las estrategias e intervenciones.
- Predecir las posibles dificultades.
- Determinar criterios para evaluar si el proceso ha tenido un resultado adecuado.
- Pensar sobre la falta de progreso si este no se da.

Tomando como punto de partida este listado de objetivos, vamos a ver un ejemplo de formulación:

Formulación 1

ANÁLISIS DE LA DEMANDA

- Motivo de consulta: mujer de 39 años acude por presentar crisis de ansiedad inesperadas y recurrentes, sin desencadenante aparente.
- Generador del motivo de consulta: demanda propia.
- Tiempo de inicio del malestar: refiere hace un año que tiene crisis de ansiedad que han ido en aumento. Hace dos semanas decide consultar al psicólogo debido a que ya le han dicho varias veces que no tiene un

problema físico, por lo tanto, cree que hay algo «psicológico» que no está funcionando bien en ella.

- Teoría sobre el problema: inicialmente pensaba que alguna cosa no funcionaba bien en su cuerpo, actualmente cree que algo no va bien en su mente.
- Soluciones intentadas: ante la idea de que algo catastrófico pueda ocurrir, A evita hacer ejercicio físico, no sale de casa sin alguien que la pueda ayudar en casos de crisis.
- Expectativas: A espera que, durante la sesión, el terapeuta produzca un cambio en ella y desaparezca la sintomatología.
- Consultas anteriores: niega.
- Características personales: mujer de 39 años, casada y con dos hijos. Se muestra motivada para buscar una solución al problema que expone, no obstante, busca una solución que venga de fuera. Muestra capacidad de introspección parcial, bajos niveles de reactancia.

DIFICULTADES EXPERIMENTADAS

- Síntomas físicos: palpitaciones, taquicardia, disnea, parestesias, sensación de mareo y sudoración.
- Síntomas cognitivos: creencia de poder desmayarse y hacerse daño, no recibir ayuda, volverse loca.
- Ansiedad anticipatoria: A anticipa que las crisis se pueden dar en cualquier lugar, lo que más teme es no tener ayuda y quedar desmayada en la calle.
- Relación entre los síntomas físicos y los cognitivos: A experimenta sensaciones físicas y las interpreta de manera catastrófica, el temor a desmayarse, no recibir ayuda o volverse loca incrementa su ansiedad y su activación fisiológica, que vuelve a interpretar de manera catastrófica, entrando así en un ciclo vicioso.
- Variables mantenedoras (también exploradas en el análisis de la demanda como soluciones intentadas): ante la idea de que algo catastrófico puede ocurrir A evita hacer ejercicio físico, no sale de casa sin alguien que la pudiera ayudar en casos de crisis.
- Interferencia: A está de baja, no sale a la calle sola, cuenta con poca red social, de modo que su actividad se ha visto muy restringida.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Se descarta la simulación, no se detectan indicios.
- Se descarta la organicidad del cuadro, no se da consumo de medicamentos ni de sustancias tóxicas.
- Se descarta que los episodios de crisis de pánico se deban a otro trastorno de ansiedad debido a que se dan de forma inesperada, sin estar asociados a desencadenantes más allá de las propias sensaciones físicas.
- Se descartan trastornos afectivos, debido a que la sintomatología principal no se relaciona con la sintomatología principal de los mismos.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA: trastorno de pánico (F41.00) y agorafobia (F41.9).

OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

A quiere reducir el grado de interferencia, poder volver a salir de casa de forma autónoma y trabajar de nuevo.

PLAN DE TRATAMIENTO

- Devolución y explicación de la hipótesis del problema
- Trabajar atribución interna y empoderamiento
- Infundir esperanza y trabajar la motivación para el cambio
- Explicar y ofrecer programa de tratamiento: terapia cognitiva de Clark⁴
- Pacto de fines y métodos

OBSTÁCULOS QUE SE ANTICIPAN

- Desplazar el locus de control de externo a más interno –cumple un doble objetivo: condición necesaria para llevar a cabo la intervención, trabajar la autonomía de A, actualmente mermada–. Invertiremos varias sesiones.

⁴ Este programa de tratamiento será explicado con más detalle en el capítulo sobre trastorno de pánico.

- Después de estar bien informada rechaza el tratamiento psicológico y expresa preferencia por un tratamiento farmacológico. En este caso procederemos a una derivación para realizar una valoración por parte de psiquiatría.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD

Se valorará a partir de los siguientes elementos:

- Colaboración activa en el tratamiento (asistencia a las sesiones, realización de las tareas) desde la primera sesión.
- Reducción de los síntomas físicos en los autorregistros.
- Reducción de los síntomas cognitivos en los autorregistros.
- Reducción de las conductas de evitación en los autorregistros.
- Si observamos que las intervenciones no funcionan, revisar objetivos, métodos y tareas.

4. Diagnóstico en la práctica clínica: de las taxonomías a las perspectivas dimensionales y críticas

Como hemos visto, la formulación, en cualquiera de sus modalidades, es una herramienta que puede hacernos entender la situación de las personas usuarias de servicios psicológicos a la vez que contextualizamos sus problemas y sufrimiento, permitiéndonos planificar una serie de intervenciones. En los casos en los que la demanda tiene que ver con la aparición de síntomas psicológicos, el proceso de formulación suele y a veces debe (por motivos legales y administrativos) incluir un diagnóstico.

Desde una perspectiva psicológica se considera que la formulación es un mejor modelo para iniciar un proceso terapéutico que solo el diagnóstico, ya que este no supone una entidad discreta con claros límites por lo que personas con el mismo diagnóstico pueden haber tenido experiencias muy distintas que requieren intervenciones dife-

rentes (Macneil y otros, 2012). Adicionalmente, hay que considerar la posibilidad de que las personas que han recibido un diagnóstico sufran estigma y discriminación o incluso asuman los prejuicios sociales y desarrollen actitudes de autoestigma (Cromby y otros, 2013a). Por ello, desde movimientos de personas usuarias como Entrevoces⁵ se pide que en lugar de preguntar «*What's wrong with you?*» (literalmente «¿Qué está mal contigo?»), se pregunte «*What has happened to you?*» (literalmente «¿Qué te ha pasado?»).

No obstante, este es un tema controvertido y creemos que las posturas extremas o el café para todos, no suelen ser la mejor opción. Así, aunque el estigma asociado al diagnóstico es una realidad, también hay personas para las que recibir un diagnóstico supone un alivio. Esto va más allá de la adecuación de los sistemas diagnósticos a la compleja realidad de los malestares psíquicos. Es decir, hay personas que se sienten aliviadas cuando pueden poner nombre a aquello que les pasa, cuando ven que no son las únicas personas en el mundo a las que les pasa y que existen opciones terapéuticas, más allá de si esto se da en el marco de un sistema diagnóstico o de formulación concreto.

En esta línea, hay autores que señalan que la formulación tiene limitaciones que pueden ser abordadas combinándolas con un diagnóstico. En una reflexión publicada en el boletín de psicología clínica de la BPS, Green (2013) recuerda que las etiquetas en general y en el ámbito sanitario específicamente existen por algo. Si bien las clasificaciones diagnósticas han descuidado la subjetividad, eliminar las etiquetas podría dificultar la comprensión compartida, es decir, que distintos profesionales compartan información sobre un caso en un tiempo razonable. Green argumenta que el problema no es la existencia de palabras como «psicosis», «depresión» o «ansiedad» —que existen más allá de su uso especializado—, sino el desarrollo de sistemas cada vez más refinados en cada edición del DSM y la CIE,

5 Red internacional dedicada al estudio, educación e investigación sobre la escucha de voces, que cuenta con centenares de grupos en más de veinticinco países. Página web España: <http://entrevoces.org/> Internacional: <http://www.intervoiceonline.org/>

forzando consensos que pueden hacer perder utilidad a las etiquetas. El autor recomienda el uso de las etiquetas, aunque dotándolas de un rico repertorio de significados compartidos y permitir a las personas que reciben un diagnóstico entender que hay una pluralidad de significados conectados a esa palabra. Esta conceptualización encaja mejor con la CIE de la Organización Mundial de la Salud que con el sistema DSM de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA).⁶

En sus últimas actualizaciones, la APA ha publicado la quinta edición del DSM, mientras que la Organización Mundial de la Salud ha hecho vigente la undécima revisión de la CIE. Mientras que el contenido del DSM se caracteriza por los criterios diagnósticos concretos en cuanto a la descripción de los síntomas y su duración, la CIE incluye una narrativa más abierta a la interpretación del profesional.

Ambos sistemas ofrecen ventajas, pero también suponen desventajas. El sistema DSM facilita la producción de evidencia cuantitativa a nivel multicéntrico,⁷ tanto de naturaleza experimental como observacional, puesto que es posible llegar a diagnósticos teóricamente equivalentes incluso en contextos profesionales y socioculturales distintos. Esto permite la generación de evidencia epidemiológica que posibilita una mejor planificación de recursos y servicios, además de la aceptación por parte de las aseguradoras de los diagnósticos, lo que permite activar servicios, beneficios sociosanitarios y procesos jurídicos (equipos especializados, bajas laborales, etc.). Sin embargo, la rigidez de aplicación de los criterios diagnósticos tiene efectos no deseados. Un ejemplo paradigmático es la existencia de «huérfanos diagnósticos» (Hasin y Paykin, 1998), término utilizado en el campo de las adicciones para definir a aquellos que cumplen uno o dos síntomas para dependencia, pero no reúnen criterios suficientes para recibir un diagnóstico de dependencia y tampoco de abuso según criterios DSM-IV.⁸ Aunque esto fue

6 Por sus siglas en inglés.

7 Estudios que se desarrollan en varios lugares diferentes.

8 En el DSM-5 se han unificado los diagnósticos de abuso y dependencia lo que debería atajar este problema (Agrawal y otros, 2011).

corregido al unificar los criterios de abuso y dependencia en el DSM-5, durante mucho tiempo causó problemas de seguimiento y la negativa de proporcionar tratamiento por parte de aseguradoras a numerosas personas con consumo problemático de alcohol y otras sustancias.

El modelo CIE ofrece una conceptualización mucho más abierta que permite llegar a consensos más amplios en comités internacionales y la adscripción de asociaciones profesionales que, de algún modo, tienen ciertas reservas en el uso exclusivo de diagnósticos para la conceptualización de los casos. Sin embargo, la elaboración de estudios epidemiológicos a través de criterios CIE ha presentado diversos problemas. Una investigación realizada en atención primaria usando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI por sus siglas en inglés)⁹ elaborada siguiendo criterios CIE por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2001), ofreció resultados de diagnóstico de depresión de entre 30 % (Santiago, Chile) y 4 % (Shanghái, China). Aunque las diferencias entre dos lugares tan dispares se pueden deber a factores culturales, otras halladas en este estudio no son atribuibles a ellos. Por ejemplo, se hallaron criterios de diagnóstico de depresión en el 6,1 % de los pacientes de Berlín, Alemania, frente al 15,9 % en Groningen, Holanda. Se ha hipotetizado que estas diferencias pueden ser atribuibles a sesgos de los investigadores que llevaron a cabo la recogida de datos en cada lugar. Por ejemplo, el encargado de la recogida de datos en Santiago de Chile era un experto en depresión. No obstante, no hay datos concluyentes para aceptar o rechazar esta hipótesis.

A pesar de las diferencias, se han hecho esfuerzos por la integración administrativa de ambos sistemas diagnósticos. Por ejemplo, la clasificación del DSM incluye códigos CIE que hacen posible «traducir» cualquier diagnóstico, con la finalidad principal de que los clínicos que usan el sistema DSM puedan registrar sus diagnósticos de una manera

9 Composite International Diagnostic Interview.

compatible con las bases de datos internacionales, que proveen de datos a la OMS utilizando códigos CIE.

Sea como sea, el diagnóstico forma parte de la formación y las tareas habituales de un terapeuta. En un aspecto práctico, tanto psiquiatras como psicólogas y psicólogos integrados en los sistemas nacionales de salud se ven en la obligación de diagnosticar a sus pacientes, mientras que los que practican la psicoterapia en el ámbito privado, al menos en España¹⁰, no tienen esta obligación. Por otra parte, como ya hemos discutido, muchos terapeutas dudan de la utilidad de los diagnósticos psiquiátricos en el contexto del tratamiento psicológico. Además, en nuestra disciplina, la categorización no es vista como un requisito sine qua non para la creación de un sistema de comprensión. En este sentido, ha habido diferentes propuestas dimensionales, las más famosas, incluidas parcialmente en el DSM5, han intentado sustituir los diagnósticos categoriales de los trastornos de la personalidad por un sistema dimensional similar al de la personalidad general, en el que todas las personas nos encontraríamos en algún lugar específico en una serie de continuos (Caballo, 2013; Esbec y Echeburúa, 2015).

En cuanto a las alternativas reales a todo el sistema nosológico, en la primera década del siglo XXI Beutler y Malik (2002) recopilaron las alternativas al modelo DSM, entre las que destacan las aproximaciones narrativas, el sistema psicodinámico operacionalizado,¹¹ el enfoque basado en modelos aplicado a la psicología infantojuvenil y el enfoque prototipo de emparejamiento basado en teorías cognitivas. En la

10 La situación del requerimiento del diagnóstico en el ámbito externo al sistema público de salud a nivel internacional es tan heterogénea como la de la formación que vimos en anteriores secciones. A nivel general podríamos decir que la existencia de aseguradoras privadas que ofrecen la psicoterapia como servicio suele implicar el uso de diagnósticos. No obstante, en el caso de España, existe cierto debate sobre ello, ya que la competencia de realizar un diagnóstico se reserva a especialistas en Psiquiatría y Psicología Clínica, y no se reconoce explícitamente en el caso de los psicólogos que hayan superado el Máster en Psicología General Sanitaria, a pesar de que el diagnóstico es parte de la formación.

11 Es importante señalar que este sistema añade elementos interesantes, incluyendo cuatro ejes novedosos: experiencia de malestar y prerrequisitos para el tratamiento, relaciones interpersonales, conflicto y estructura. No obstante, el quinto eje, llamado «diagnóstico síndrome» utiliza el capítulo V (F) de la CIE-10 (Cierpka y otros, 2006).

práctica, solo este último ha tenido influencia sobre la práctica clínica de manera generalizada. Langenbucher (2004) argumenta que la falta de impacto, sobre todo refiriéndose a los enfoques narrativos y psicodinámicos expuestos en el manual de Beutler y Malik, se debe a la violación de un valor principal de la nosología moderna: «La universidad, o la capacidad de los clínicos y científicos de todas las lealtades teóricas y trasfondos disciplinarios para aplicar reglas de diagnóstico de manera equivalente, derivando en resultados equivalentes». Es decir, los sistemas DSM y CIE tienen muchos defectos, pero su gran virtud es la de ser comprendidos y compartidos por profesionales diversos que se comunican a través de ellos. Si las alternativas parten de una orientación profesional o teórica muy determinada, lo más probable es que fracasen o se circunscriban a un dominio minoritario.

Más recientemente, se ha profundizado en la idea de crear alternativas desde un paradigma genuinamente transformador y una propuesta sólida basada en testimonios de personas con experiencias de malestar extremo. En este contexto, Johnstone y Boyle (2018) han propuesto el marco de poder, amenaza y significado. Este marco propone que las personas están inmersas constantemente en relaciones de poder y este no se distribuye igualitariamente. El poder no es algo que solo sea relevante en las relaciones laborales o políticas, sino que está también presente en las relaciones familiares o íntimas. En este contexto de relaciones, en las que hay distintos niveles de desequilibrios de poder, las personas pueden sentir amenazas cuando estos desequilibrios les hacen experimentar malestar. Ante este malestar, se produce un proceso de otorgamiento de significado, necesitamos entender la experiencia e incorporarla a nuestro marco de entendimiento. El malestar psíquico se produciría cuando tenemos dificultades al poder otorgar este significado y producimos una respuesta a la amenaza a través de lo que se ha conceptualizado clásicamente como síntomas.

Una de las características más distintivas de este nuevo marco es que define el malestar a través de la experiencia de las personas. Creemos que esto supone un avance en el reconocimiento de los derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental, ya que les otorga

el reconocimiento de expertas en sus propios problemas, en lugar de entenderlas como meras receptoras de intervenciones dirigidas por profesionales. Esto puede posibilitar un desarrollo colaborativo que respete las preferencias de las personas, fomentando un papel activo en su proceso de recuperación. El uso de aproximaciones colaborativas no solo supone una deferencia hacia los derechos de las personas usuarias, sino que cuenta con una incipiente evidencia experimental. En este sentido, hay un grupo Cochrane dedicado a la monitorización de su eficacia (*versus* aproximaciones no colaborativas) en el contexto del tratamiento de los trastornos mentales severos (Reilly y otros, 2013).

5. El proceso de diagnóstico diferencial

Si entendemos el diagnóstico, con las limitaciones pero también las cualidades que puede tener a nivel de comunicación profesional, como una parte del tratamiento psicológico, encontraremos útil seguir las pautas de diagnóstico diferencial a través de árboles de decisión. En el contexto de la creación del DSM-5 se reeditó su manual oficial de diagnóstico diferencial (First, 2013) que, como novedad, incorpora la posibilidad de hacer el proceso a través de aplicaciones móviles. Este sistema ofrece un árbol de decisión para cada diagnóstico. En este contexto el proceso de diagnóstico diferencial se divide en seis pasos:

1) Descartar trastorno facticio y simulación. Aunque el trabajo en el contexto de los servicios de salud mental depende de la buena relación entre persona usuaria y profesional, a veces no todo es lo que parece y podemos encontrarnos con personas que simulan sus síntomas. Cuando el engaño tiene un beneficio secundario «material» (bajas, beneficios sociales, evasión de responsabilidades civiles o penales, etc.) se considera que la persona está simulando. Si no existen estas posibles recompensas evidentes, sino que consisten en beneficios secundarios

relacionados con la presentación de sí mismo como enfermo, se considera un trastorno facticio.¹² En ningún caso se sugiere que la evaluación de falsedad deba ser el primer paso en el proceso de intervención, pero sí que se aumente la precaución cuando: a) hay un beneficio muy evidente en el hecho de recibir un diagnóstico; b) los síntomas se parecen mucho a la comprensión popular del trastorno; c) los síntomas cambian radicalmente entre consultas; d) la persona usuaria imita un «modelo» (otra persona o una película por ejemplo); o e) hay evidentes muestras de que la persona está siendo manipulada o sugestionada para obtener un beneficio potencial.

2) Descartar el uso de una sustancia como etiología. Una vez se ha descartado la simulación, hay que descartar que una droga con acción sobre el sistema nervioso central pueda estar causando los síntomas. En el caso de que haya habido un consumo, se debe intentar determinar la relación etiológica. Existen diversas opciones: a) síndrome de abstinencia (estado que puede emular una gran cantidad de sintomatología), en cuyo caso hay muchos tratamientos, tanto farmacológicos como psicológicos contraindicados; b) efectos de la sustancia; c) intento de automedicación y, por consiguiente, la sintomatología sería anterior al consumo; d) que ambos fenómenos sean completamente independientes. Cuando se concluye que hay una relación causal se debe considerar si ha habido una estrecha coincidencia temporal, si el patrón de consumo coincide con el patrón de los síntomas y si existen explicaciones alternativas.

3) Descartar etiología médica. Este paso es esencial, pero puede ser complicado y requerir la derivación a un médico. La complicación puede derivar de lo idénticos que pueden ser los síntomas de trastornos mentales y enfermedades somáticas, el hecho de que algunas enfermedades somáticas como el cáncer cursen con sintomatología psicológica, la complejidad de la relación entre ambas etiologías (no

12 El criterio B para el trastorno facticio ha cambiado del DSM-IV-TR al DSM-5 por dificultades en la objetivación del mismo:

DSM-IV: el sujeto busca asumir el papel de enfermo.

DSM-5: el individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.

siempre es posible separar mente y cuerpo de manera cartesiana) y el hecho de que la atención a personas que consultan por sintomatología psíquica se suele dar en centros donde no existen expectativas de encontrar trastornos somáticos. Cuando haya dudas de si la sintomatología observada se explica por causas orgánicas o psíquicas, un médico deberá descartar organicidad primero. En todo caso y, aun teniendo en cuenta el evidente solapamiento de lo físico y lo psíquico, hay que tener en cuenta que ante la más mínima duda de que pueda haber un trastorno somático grave concomitante a la sintomatología detectada se debe derivar inmediatamente a un médico.

4) Determinar el(los) trastorno(s) primario(s) específico(s).

El siguiente paso sería decidir qué síntoma o síntomas configuran el trastorno primario del caso en cuestión. Los manuales diagnósticos están estructurados de este modo y los propios títulos de los capítulos sugieren bloques de sintomatología que cualquier profesional con una formación adecuada en psicopatología debería ser capaz de reconocer. En el DSM-5 (compatible con códigos CIE) las categorías de trastornos principales son: neurodesarrollo, espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, bipolar, depresivos, ansiedad, obsesivo-compulsivo, trauma y factores de estrés, disociativos, síntomas somáticos, alimentarios y de la ingesta de alimentos, excreción, sueño-vigilia, disfunciones sexuales, disforia de género, disruptivos del control de los impulsos y de la conducta, relacionados con sustancias y trastornos adictivos, neurocognitivos, personalidad y parafilias. El manual y el aplicativo para dispositivos móviles basados en el trabajo de First (2013) ofrecen árboles de decisión para profundizar en cada una de estas categorías y elegir el diagnóstico concreto más exacto. Como vimos antes, existen diversas conceptualizaciones alternativas que guardan una relación más o menos paralela con este sistema.¹³ Estas aproximaciones ponen menos énfasis en el cribado posterior de los síntomas para lograr una etiqueta más concreta. Por el contrario

13 En la sección anterior hemos descrito tristeza y preocupación, sexualidad y género, locura/psicosis, cuerpos angustiantes y comida, y personalidad descritos por Cromby y otros (2013b).

apuestan por describir cada uno de estos bloques de malestar de una manera más fenomenológica y cooperativa con la persona.

5) Diferenciar trastornos adaptativos de trastornos no especificados. Cuando la sintomatología no se ajusta a un patrón particular o no cumple criterios temporales pero produce un malestar clínicamente significativo, se debe hacer un diagnóstico diferencial entre trastorno adaptativo (casos en los que la sintomatología haya aparecido como respuesta a un agente estresante concreto e identificable) y las «otras» categorías especificadas y «no especificadas». La decisión entre estas dos últimas depende de si el terapeuta quiere o no especificar la razón por la que no considera que el diagnóstico encaje en una de las taxonomías definidas por el DSM-5 o la CIE-10.

6) Establecer la frontera con la ausencia de trastorno mental.

A pesar de constituir el último paso, esta tarea es muy significativa y difícil. En general, la sintomatología incluida en los manuales diagnósticos es ubicua y prácticamente toda la población ha experimentado algún síntoma a lo largo de su vida. Deliberadamente, el DSM-5 ha declinado definir el término «clínicamente significativo» y lo deja a juicio de las personas profesionales que administran los criterios diagnósticos. La frontera entre lo que se juzga como «clínicamente significativo» y lo que no, está influido por la cultura, el contexto clínico donde se realiza el diagnóstico (por ejemplo, dependiendo si se trata de atención primaria, especializada o urgencias), los prejuicios de la persona terapeuta y la usuaria, la disponibilidad de recursos, etc. Un mismo caso puede conceptualizarse de formas muy distintas si ha sido la persona usuaria la que ha solicitado consulta, si ha sido un allegado el que lo ha pedido o si, por ejemplo, se ha producido una derivación de otro recurso socio-sanitario. Por último cabe señalar que el DSM-5 especifica que un duelo no complicado, aunque sea muy intenso, no se puede entender como un diagnóstico, ya que no cumple el requisito de ser una «disfunción psicológica o biológica de origen interno».

6. Instrumentos de evaluación

Existe un gran número y tipos de instrumentos de evaluación que exceden con creces el ámbito y propósito de este libro. Sin embargo, queremos dar unas pequeñas directrices sobre cómo aprovechar al máximo el uso de instrumentos de evaluación en el contexto de un tratamiento psicológico, evitando su abuso, pero optimizando la información que nos dan.

La evaluación clínica se da durante tres momentos del proceso terapéutico: al inicio, durante el proceso y al final. Describimos estos tres momentos brevemente a continuación:

- **Evaluación inicial.** Se evalúan las variables que tienen que ver con la realización de una formulación y/o diagnóstico, la determinación de la complejidad y del grado de interferencia de la sintomatología. Es determinante de cara al diseño del plan de tratamiento.
- **Evaluación durante el proceso terapéutico.** Se evalúa la evolución de la sintomatología, el cumplimiento del tratamiento, el compromiso de la persona usuaria con el mismo y el estado de la alianza terapéutica. Existen instrumentos estandarizados, pero a menudo se usan registros o la observación clínica. Esta valoración es esencial para fomentar la adherencia al tratamiento, prevenir y abordar dificultades procesuales y, si fuera necesario, proceder a una reformulación de la demanda terapéutica y la posterior renegociación de objetivos y métodos.
- **Evaluación final o retest.** Se reevalúan las variables valoradas al inicio del proceso, para objetivar la efectividad del tratamiento, efectuar un cierre y realizar una devolución final. Nótese también la importancia de hacer evaluaciones de seguimiento para valorar la evolución a medio-largo plazo, prevenir recaídas y recordar las estrategias aprendidas durante el proceso de intervención.

En general, todo proceso de evaluación se inicia con una entrevista clínica. Esta puede ser complementada con entrevistas estructuradas o

instrumentos hetero o autoadministrados con la finalidad de afinar la información que obtenemos, u obtener información de otras fuentes (familiares, escuela, centro de trabajo...). Por tanto, en el proceso de evaluación existe la posibilidad de combinar elementos con distintos grados de flexibilidad-estructuración.

En el caso de que el proceso de evaluación incluya elementos estructurados que administraremos en consulta hay que calcular bien el tiempo total que llevará su administración, el coste de este tiempo para la persona o la Administración pública y explicar a todas las partes interesadas (persona usuaria, supervisores, financiadores...) las razones por las que se administran este tipo de instrumentos. Por ejemplo, a nivel diagnóstico, la aplicación de la entrevista clínica estructurada para DSM (SCID)¹⁴, instrumento oficial del sistema DSM, requiere un mínimo de una hora y media. Por otro lado, la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI)¹⁵, derivada de la CIE, tiene mayor aplicación en contextos epidemiológicos que clínicos.

Si los motivos para realizar una evaluación son de investigación se debe facilitar un consentimiento informado y también se considera ético, aunque se haya obtenido información adicional a la estrictamente necesaria para el tratamiento, ofrecer información sobre todos los resultados de las pruebas realizadas. Es decir, si en el contexto de una investigación se introduce un instrumento que no se usaría en la evaluación habitual, lo éticamente correcto es avisar que será así y ofrecer explicaciones sobre los resultados.

Independientemente de su uso clínico o clínico-investigador, la elección de los instrumentos, como toda elección profesional, requiere tener claros los objetivos del proceso global. Por ejemplo, utilizar una sesión para explorar situaciones que generan ansiedad utilizando instrumentos concretos (o una conversación semiestructurada siguiendo un inventario) tiene todo el sentido del mundo en un caso de agorafobia, mientras que esa inversión puede no ser tan fructífera en un

14 Acrónimo derivado del original: Structured Clinical Interview for DSM.

15 Composite International Diagnostic Interview.

caso de estrés postraumático. En este último caso, puede ser que lo que realmente dispare la ansiedad sean los recuerdos traumáticos y las situaciones concretas en que se produce pueden ser casi infinitas, haciendo innecesario evaluarlo específicamente.

Además de su pertinencia en función de los problemas a evaluar, a la hora de elegir instrumentos debemos tener claro el ámbito de aplicación que tienen. Existen instrumentos, por lo general baremados con población general, que se pueden aplicar independientemente de si existe un diagnóstico y, por tanto, nos permiten comparar el nivel de funcionamiento de una persona usuaria con su población de referencia. Sin pretender hacer una revisión exhaustiva, ejemplos de cuestionarios baremados con población general de uso generalizado son la mayoría de los test de inteligencia, el inventario de depresión de Beck (BDI,¹⁶ Beck y otros, 1961), el inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI,¹⁷ Spielberger y otros, 1983), la versión revisada del inventario de síntomas de 90 ítems (SCL-90-R,¹⁸ Derogatis, 1988) o la versión corta de 36 ítems de la escala de salud (SF-36,¹⁹ Ware Jr. y Sherbourne Donald, 1992). Por el contrario, existen instrumentos altamente específicos que solo tienen sentido en un contexto concreto. Un ejemplo claro es la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS,²⁰ Zigmond y Snaith, 1983) solo indicada para personas ingresadas, o instrumentos que solo tienen sentido aplicar a personas diagnosticadas de un trastorno determinado, como las diversas escalas de calidad de vida y bienestar psicosocial aplicables a trastornos somáticos concretos.²¹

Mientras que la posibilidad de comparar con la población general es una ventaja innegable, se debe tener mucho cuidado con los cuestionarios generales, ya que algunas personas pueden no entender alguna

16 Del inglés, Beck Depression Inventory.

17 Del inglés, State-Trait Anxiety Inventory.

18 Del inglés, Symptom Checklist-90-Revised.

19 Del inglés, 36-Item Short-Form Health Survey.

20 Hospital Anxiety and Depression Scale.

21 Existen escalas de calidad de vida aplicables únicamente a subdiagnósticos específicos de trastornos somáticos como cáncer o diabetes.

pregunta o sencillamente ver que no es aplicable a su caso y sentirse tratados de manera impersonal. Ejemplos muy claros son los ítems de síntomas físicos de depresión del BDI que hacen referencia a la fatiga (no serían aplicables en personas diagnosticadas de enfermedades somáticas o psicósomáticas que pueden provocar fatiga), a la pérdida de peso (no serían aplicables a personas con enfermedades digestivas o trastornos alimentarios y de la ingestión) o al apetito sexual (no aplicables a muchas personas medicadas con fármacos o consumiendo sustancias que interfieren con las funciones sexuales). En estos casos podemos optar por distintas estrategias: utilizar un cuestionario más concreto (por ejemplo, existe una versión del BDI para atención primaria que prevé la comorbilidad somática, cambiando el redactado de algunos ítems) o bien excluir esos ítems y puntuar la escala en función de un número de ítems menor. Una estrategia sencilla para que las puntuaciones sean comparables con personas a las que se ha administrado la escala completa es utilizar la media de las puntuaciones utilizadas (puntuación total/número de ítems utilizados en la evaluación). En nuestro ejemplo, el BDI tiene veintiún ítems que se puntúan de 0 a 3 (por tanto la puntuación total del cuestionario sería: mínima = 0, máxima = 63). Una persona a la que apliquen todos los ítems y obtenga una puntuación total de 42 tendría una media de 2 ($42/21$). Sin embargo, si estamos tratando a una persona con un trastorno digestivo, como puede ser la dispepsia (que cursa con náuseas, pesadez y dolor de estómago, ardor y flatulencia después de las comidas y, por consiguiente, puede producir pérdida de peso), podríamos eliminar ese ítem, dado que la pérdida de peso no tiene por qué estar relacionada con la depresión y podría estar inflando el resultado. En este caso, obtendríamos una escala de veinte ítems y ante una puntuación total de 40 la media sería también de 2 ($40/20$).

Inversamente, cuando usamos instrumentos muy concretos, las dificultades para obtener baremos o las especificidades de cada caso pueden hacer que la validez de la información obtenida esté comprometida. Imaginemos que usamos un instrumento para evaluar la calidad de vida en personas con diabetes. Una vez hemos administrado el cuestionario y obtenido la puntuación total, cuando vamos a

consultar los baremos nos damos cuenta de que, aunque tuvimos en cuenta la enfermedad somática, no tuvimos en cuenta el tipo. Existen dos tipos de diabetes, la tipo 1 es una enfermedad considerada auto-inmune y se da en el contexto infanto-juvenil, mientras que la tipo 2 se suele dar en adultos con sobrepeso. La medida de la calidad de vida tiene muy diferentes especificidades en cada uno de estos grupos y las puntuaciones obtenidas usando un cuestionario diseñado para el otro tipo de diabetes probablemente no nos proporcione información útil. Por ello, siempre es muy recomendable aplicar instrumentos dentro de nuestras áreas de conocimiento, leyendo sus instrucciones de aplicación, e incluso habiendo rellenado nosotros mismos el cuestionario o habiendo leído la entrevista imaginando que fuésemos la persona a la que vamos a plantearse, con el objetivo de visualizar si todos los ítems tienen sentido y abarcan las características en las que estamos interesados. En resumen, antes de plantear cualquier instrumento de evaluación es recomendable conocerlo muy a fondo ya que improvisar puede tener consecuencias fatales.

Por otro lado están los instrumentos que nos permiten medir el proceso terapéutico y la evolución de los factores comunes. En estos casos no estamos interesados en comparar a la persona con una población de referencia o en la especificidad de las preguntas sobre su problemática, sino en explorar como se está desarrollando el proceso y los factores que lo facilitan. Un ejemplo de instrumento para valorar la calidad de la relación terapéutica (vínculo positivo, acuerdo en objetivos y acuerdo en métodos) es el inventario de alianza terapéutica y teoría del cambio (WATOCI,²² Corbella y Botella, 2004).

Por último, hay que tener en cuenta que la validez de un instrumento, aunque haya sido muy alta en su proceso de construcción y validación, puede no serlo tanto cuando se aplica a poblaciones socio-culturalmente diferentes. Un buen ejemplo es el trabajo con minorías

22 Working Alliance Theory of Change Inventory.

étnicas, como veremos en la sección dedicada a las especificidades del trabajo con estos colectivos.

7. Aspectos éticos con relación a la evaluación y la confidencialidad

Aunque seguramente resultará obvio, queremos recordar en este apartado que nuestras actuaciones como profesionales de la psicología deben cumplir con los diversos códigos deontológicos. Entre ellos, destacan el del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España (CGCOP), el de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA)²³ o los principios éticos de la Asociación Americana (estadounidense) de Psicología (APA).²⁴ A continuación nos gustaría comentar brevemente dos aspectos concretos que se derivan de estos documentos y son muy importantes para realizar un proceso de evaluación e intervención ético.

En primer lugar, es necesario recordar que durante todo el proceso solo debemos recabar la información que sea estrictamente necesaria y que la información obtenida se deberá someter a secreto profesional. Deberemos clarificar con la persona este punto desde el inicio, para que entienda que le vamos a preguntar solo sobre lo que sea necesario y que, además, esta información no será compartida con nadie excepto en determinadas situaciones (que también deben ser explicitadas). Una de ellas es que la persona nos explique una situación ilegal, que deberemos comunicar a las autoridades competentes (siguiendo los mandatos de los códigos comentados). Este punto puede resultar ciertamente complicado y podemos encontrarnos ante dilemas éticos. La actuación ante comportamientos que puedan poner en riesgo la integridad física

²³ European Federation of Psychologists Associations.

²⁴ American Psychological Association.

de la persona o de otra persona de su entorno debe ser firme y poner en funcionamiento el circuito de alertas a los servicios relevantes. Sin embargo, nos podemos encontrar en situaciones que no sean del todo claras. Por ejemplo, se puede dar una situación en la que una persona presente una patología que implique cometer pequeños hurtos de poco valor y nos confiese que en el último mes ha robado un jersey en una tienda y unas zapatillas en otra. Es una situación ilegal en sentido estricto y, por consiguiente, deberíamos avisar a las autoridades competentes. Pero en este caso seguramente sea mucho mejor tratar el problema y, dentro del tratamiento, hacer que «repare el daño producido» por ejemplo devolviendo, los objetos sustraídos o abonando el importe correspondiente. El problema de este tipo de situaciones es que no hay una guía única o criterio que se pueda aplicar a todos los casos, por lo que cuando nos encontremos en una situación de este tipo la deberemos analizar detalladamente y valorar los pros y contras de cada opción, comentando si es necesario la problemática con algún colega.

Otra excepción a la confidencialidad es cuando la persona usuaria sea menor de edad, caso en el que se puede comentar el progreso y resultados con los responsables legales. Si la persona autoriza de forma explícita que facilitemos información a un tercero, también se podrá compartir. Por último, también podremos compartir la información de la persona usuaria, aunque sin dar detalles que permitan su identificación, con colegas de profesión para comentar la evolución o dudas que podamos tener en el contexto de intercambios formales o sesiones de supervisión.

Ante las dificultades asociadas a la confidencialidad y la necesidad de comunicar a las personas desde el inicio de la relación su alcance y limitaciones, tal como comentábamos, se han propuesto modelos que intentan establecer consejos/pasos a seguir. Uno de ellos, a título de ejemplo, es el de Fisher (2008), basado en los principios éticos de la APA, que establece seis fases/recomendaciones para presentar la confidencialidad a las personas y preservarla: 1) Prepararse previamente (el terapeuta debe conocer los derechos de las personas usuarias y sus responsabilidades); 2) Presentar a la persona usuaria los principios de confidencialidad y sus

límites (en los momentos iniciales del proceso y con un lenguaje sencillo); 3) Obtener el consentimiento informado (en el que se explicitarán los límites acordados); 4) Responder éticamente a los requerimientos legales de información sobre personas usuarias (se debe explicitar que en caso de demanda legal deberemos facilitar información a las autoridades, dando la posibilidad de abandonar el proceso); 5) Evitar romper los límites de la confidencialidad (durante todo el proceso, cumplir con los acuerdos expuestos a la persona usuaria); 6) Hablar sobre confidencialidad (con juristas, estudiantes, público en general, etc.).

No obstante, como ya decíamos, no disponemos de soluciones estandarizadas para todas las casuísticas que se puedan dar. Por esta razón el ejercicio responsable de la profesión y la experiencia resultarán esenciales para poder tomar decisiones en los casos donde la confidencialidad juegue un papel determinante.

Un segundo aspecto que se señala en los códigos deontológicos y consideramos importante recordar, es la necesidad de que el terapeuta esté preparado y entrenado para utilizar los métodos de evaluación e intervención que proponga la persona usuaria. En este sentido, también el código deontológico señala la importancia de utilizar métodos que estén contrastados y no se hayan quedado obsoletos. En definitiva, todo terapeuta (del mismo modo que otros profesionales sanitarios) debe estar formándose constantemente y actualizando sus conocimientos. También, debemos conocer siempre nuestros límites en cuanto a formación y experiencia para, si se da el caso, derivar a un servicio que pueda ser de mayor utilidad.

8. Devolución y establecimiento de objetivos

Antes de pasar a la sección de tratamiento creemos importante dar algunas indicaciones para la devolución de la información recabada. En este respecto, una primera decisión a tomar es la persona a la que se le hace la devolución. Cuando la persona demanda ayuda para sí misma,

está claro que la devolución se le ofrecerá a ella y a quien ella considere oportuno compartir. En el caso de que consulten terceras personas para menores de edad, la devolución se hará a los padres. Posteriormente, si fuera necesario, se puede dar una explicación a los niños en la medida que ellos puedan comprender. En el caso de personas que no pueden hacerse cargo de la situación por la interferencia que causan las dificultades experimentadas, la devolución se puede hacer a la familia y al interesado por separado, adaptando las explicaciones y sin desvelar contenidos personales o íntimos que no sean relevantes.

En general, los dos puntos fundamentales que incluye una devolución es una hipótesis explicativa sobre qué está ocurriendo a la persona y qué plan tenemos para abordarlo. No obstante, no todas las corrientes siguen el mismo modelo. Por ejemplo, los terapeutas del modelo centrado en soluciones no dan tanta importancia a la formulación de un modelo explicativo, sino a las soluciones, y usan un lenguaje estratégico donde no siempre se desvelan los objetivos que se persiguen. A pesar de las diferencias que pueda haber respecto a qué puntos debe contener una devolución, es fundamental hacer una propuesta de intervención y valorar si la persona acepta.

Respecto a la información en cuanto a las hipótesis, se suele incluir un modelo explicativo útil e información pronóstica realista y a la vez esperanzadora. Respecto al tratamiento, se suelen proponer los objetivos que se pueden trabajar, el tipo de intervención propuesta (individual, grupal, familiar, etc.), el tipo de estrategias que usará el terapeuta (actividades, tareas intercesión, etc.) y la extensión y regularidad estimadas de la intervención. Aunque existen ciertas controversias sobre este tema, bajo nuestro punto de vista es esencial que se lleguen a consensuar los objetivos con la persona (o, por lo menos, los adopte como suyos) para que se implique desde el inicio en el proceso. También recomendamos asegurar que los objetivos cumplen con las denominadas «características SMART».²⁵ Esto implica que los objetivos deben ser: específicos

25 Acrónimo mnemotécnico de las palabras inglesas Specific, Measurable, Attainable, Relevant y Time-Bound.

(dirigidos a un aspecto concreto), medibles (se debe poder evaluar el grado de avance o consecución), relevantes (deben ser relevantes para la persona), realistas (objetivos que se puedan conseguir) y en un tiempo determinado (se debe proponer un tiempo determinado en el que se quiere conseguir el objetivo).

Finalmente se debe dejar a la elección de la persona el inicio del proceso terapéutico. Si la explicación o tratamiento no le encaja o no ve la posibilidad de poder llevarlo a cabo, se le puede orientar para consultar otro terapeuta u otro tipo de profesional. En el caso de que sea el profesional el que se da cuenta que no puede ofrecer a la persona la intervención que considera más adecuada, también se debe hacer todo lo posible por orientar adecuadamente.

Como recomendaciones generales, resaltamos la necesidad de tener una actitud de cercanía y usar un lenguaje accesible para la persona. De este modo, es más fácil que pueda llegarle la información y se vea con la posibilidad de formular las preguntas necesarias. Es fundamental no usar explicaciones cerradas o taxativas ya que puede haber otros modelos explicativos, puede haber cambios en la evolución que hagan modificar el curso de la intervención o incluso producirse cambios en la vida de la persona que provoquen transformaciones globales en el curso de las dificultades o en el proceso terapéutico. Es importante ser sinceros, calibrando el límite tolerable para la persona, dando una visión realista pero esperanzadora. La devolución puede ser una fuente de alivio en tanto que la persona se sinta comprendida. Además, es importante que pueda formarse una teoría de lo que está ocurriendo y sienta que el terapeuta tiene herramientas que pueden ayudarle. Veamos dos ejemplos de una devolución diagnóstica:

Persona usuaria: ¿Por qué me preocupo por los gérmenes y me lavo las manos tanto?

Terapeuta: Debido a que usted tiene un «trastorno obsesivo-compulsivo».

PU: ¿Cómo sabe que tengo trastorno obsesivo-compulsivo?

T: Lo sé porque usted se preocupa por los gérmenes y se lava las manos mucho.

Como vemos en este ejemplo, el diagnóstico en sí mismo no ofrece una teoría que, probablemente, será lo que necesitemos explicar a la persona para iniciar el tratamiento. Así que una devolución completa debe estar basada en un proceso de formulación. Veamos como ejemplo un fragmento de otra explicación sobre el trastorno obsesivo-compulsivo:

T: En mi opinión, su problema no es debido a que se lave las manos mucho, sino a que se las lava tanto que le molesta, pierde mucho tiempo, quiere parar de hacerlo y no puede. Probablemente se las lava mucho porque la idea de tener las manos sucias le provoca mucho malestar y para disminuirlo opta por lavarse las manos. Y esto ¿hace que su problema desaparezca?

PU: En el momento sí... pero después todo vuelve a empezar...

T: ¿Qué quiere decir?

PU: Pues que vuelvo a tener la idea de que mis manos están sucias.

T: Eso es, lavarse las manos hace que el malestar se reduzca momentáneamente, pero lavarse así no es una buena solución porque la duda reaparece. Si le parece, guardaremos este tema para cuando hablemos del tratamiento.

Por otro lado, corriójame si me equivoco, pero me pareció entender que usted alguna vez había pensado que se lavaba demasiado las manos y que había intentado no hacerlo y se quería obligar a no pensar en los gérmenes.

PU: Sí, eso ya lo he intentado.

T: Entonces ya ha comprobado que es imposible no pensar. Si yo le digo: «Le voy a decir algo, pero no quiero que piense en ello: Elefante rosa. Sobre todo no vaya a imaginarse el elefante rosa, no lo visualice».

PU: Ya lo he pensado.

T: Exacto, los pensamientos no son totalmente voluntarios, simplemente vienen y, si ponemos la atención sobre ellos, no se van.

PU: Yo no sé ignorar mi pensamiento.

T: Esa es la cuestión. Es muy difícil para usted no pensar mucho en algunos temas que tienen que ver con la limpieza y la escrupulosidad. Si fuera tan fácil como decirle que tiene que ignorar sus pensamientos, después de esta explicación usted pasaría a ignorarlos y listo. Pero la verdad es que es más complejo, usted va a necesitar un entrenamiento. Como todos los entrenamientos requieren tiempo y constancia, después hablaremos del plan de intervención que yo le puedo ofrecer.

A este tipo de pensamientos que se repiten tan a menudo y producen tanto malestar los llamamos «obsesiones». Los comportamientos que se hacen para reducir el malestar que producen las obsesiones los denominamos «compulsiones».

Esta explicación ¿le parece que encaja con lo que le pasa?

PU: Sí, sí, sí, totalmente... pero ¿por qué me ocurre esto?

T: En salud mental las cosas difícilmente se explican por un solo factor, normalmente interacciona cierta parte biológica, influencias del ambiente, familia, amigos, cosas que hemos aprendido, experiencias que hemos tenido... A veces alguno de estos factores tiene más peso que otros y son la explicación principal.

A este conjunto de dificultades juntas, les damos el nombre de trastorno obsesivo-compulsivo, pero también se conoce popularmente como TOC, sus siglas. Esta etiqueta diagnóstica nos sirve a los profesionales para poner nombre al conjunto de dificultades que usted experimenta, debido a que es una situación común a muchas personas. No sé si había oído hablar antes de este diagnóstico...

(...) [Es importante aclarar las dudas que puedan surgir y emplazar a la persona a que pueda formular en otro momento las nuevas dudas que le vayan surgiendo]

No obstante, usted no cambia como persona porque otorguemos esta etiqueta diagnóstica en nuestros informes, usted sigue siendo el mismo que era ayer y el mismo que mañana. Con la propuesta terapéutica que le haremos no pretendemos cambiarle, usted tiene muchos valores que considera positivos (...). Si usted está de acuerdo con la propuesta, intentaremos que pueda reducir las dificultades que le causan malestar. Probablemente usted continuará siendo una persona más bien cuidadosa, meticulosa y escrupulosa. No obstante, intentaremos reducir estas dificultades para que no le causen malestar.

[Se procede a la explicación del plan de tratamiento]

El momento en que se producen estas devoluciones puede marcar un punto de inflexión en el proceso terapéutico; por ello es importante que la persona se sienta recogida, comprendida, que vea que tenemos una hipótesis sólida sobre los problemas que le traen a consulta y un plan para su tratamiento, pero que, a la vez, estamos dispuestos a tener una actitud colaborativa, replantear las premisas de las hipótesis, si es necesario, y respetar sus opiniones.

Referencias bibliográficas

- Agrawal, A., Heath, A. C., y Lynskey, M. T. (2011). DSM-IV to DSM-5: the impact of proposed revisions on diagnosis of alcohol use disorders. *Addiction*, 106(11), 1935-1943. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03517.x>
- Alvarez, H. F. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Paidós.
- Ardito, R. B., y Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>
- Bachelor, A., y Salamé, R. (2000). Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(1), 39-53.
- Beck, A. T., Emery, G., y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. Basic Books.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beutler, L. E., y Malik, M. L. (2002). Rethinking the DSM: A Psychological Perspective. American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research y Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Butler, G. (1998). Clinical Formulation. In *Comprehensive Clinical Psychology* (pp. 1-24). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/B0080-4270\(73\)00186-3](https://doi.org/10.1016/B0080-4270(73)00186-3)
- Caballo, V. E. (2013). Los trastornos de la personalidad en el DSM-5: una oportunidad perdida para el progreso del campo. *Behavioral Psychology*, 21(1), 215-220.
- Castonguay, L. G., y Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford University Press.
- Cierpka, M., Stasch, M., y Reiner, W. (2006). El sistema Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y vali-

- dez. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44(2). <https://doi.org/10.4067/S0717-92272006000200004>
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19, 205-221.
- Corbella, S., y Botella, L. (2004). Características psicométricas de la versión española del inventario de la alianza terapéutica y teoría del cambio. *Psicothema*, 16(1), 702-705.
- Cromby, J., Harper, D., y Reavey, P. (2013a). Diagnosis and formulation. En J. Cromby, D. Harper ; P. Reavey (Eds.), *Psychology, Mental Health and Distress* (pp. 101-117). Palgrave Macmillan.
- Cromby, J., Harper, D., y Reavey, P. (2013b). From disorder to experience. En J. Cromby, D. Harper; P. Reavey (Eds.), *Psychology, Mental Health and Distress* (pp. 3-18). Palgrave Macmillan.
- Derogatis, L. R. (1988). *SCL-90-R*. TEA ediciones.
- Division of Clinical Psychology. (2011). *Good Practice Guidelines on the use of psychological formulation*. London.
- Dunkle, J. H. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456-460.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(5), 177-186.
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L., y Carroll, K. M. (2001). Perspective is everything: the predictive validity of six working alliance instruments. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 262-268.
- First, M. B. (2013). *DSM-5® Handbook of Differential Diagnosis*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585629992>
- Fisher, M. (2008). Protecting confidentiality rights: the need for an ethical practice model. *The American Psychologist*, 63(1), 1-13. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.1.1>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., y Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel

- longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Freud, S. (1912). Zur Dynamik der Übertragung. *Zentralblatt Für Psychoanalyse*, 2(4), 167-173.
- Gaston, L., y Ring, J. M. (1992). Preliminary results on the inventory of therapeutic strategies. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(2), 135-146.
- Green, H. (2013). Psychiatric diagnosis vs. psychological formulation: A plea for synthesis. *Clinical Psychology Forum*, 246, 23-25.
- Greenson, R. R. (1967). *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. International Universities Press, Incorporated.
- Hasin, D., y Paykin, A. (1998). Dependence symptoms but no diagnosis: diagnostic 'orphans' in a community sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 50(1), 19-26. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(98\)00007-6](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(98)00007-6)
- Horvath, A. O., y Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D., y Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. British Psychological Society.
- Johnstone, L., y Dallos, R. (2013). Introduction to formulation. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.), *Formulation in Psychology and Psychotherapy: Making sense of people's problems* (pp. 1-17). Routledge.
- Ladany, N., Walker, J. A., Pate-Carolan, L. M., y Evans, L. G. (2007). *Practicing Counseling and Psychotherapy: Insights from Trainees, Supervisors and Clients*. Routledge.
- Langenbucher, J. W. (2004). Rethinking the DSM: A Psychological Perspective (Book review). *Psychotherapy Research*, 14(2), 263-266. <https://doi.org/10.1093/ptr/kph023>
- Levenson, H., Butler, S. F., Powers, T. A., y Beitman, B. D. (2008). *Concise Guide to Brief Dynamic and Interpersonal Therapy*. American Psychiatric Publishing.

- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., y Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(8), 480-491.
- Macneil, C. A., Hasty, M. K., Conus, P., y Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC Medicine*, 10(1), 111. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-111>
- Martin, D. J., Garske, J. P., y Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Martínez Farrero, P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 26(1), 53-69.
- Reilly, S., Planner, C., Gask, L., Hann, M., Knowles, S., Druss, B., y Lester, H. (2013). Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 29, 143-144. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009531.pub2>
- Reis, B. F., y Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36(2), 123-136. <https://doi.org/10.1037/h0087822>
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1-28.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., y Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists' Press.

- Ware Jr., J. E., y Sherbourne Donald, C. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001*. Office of Publications, World Health Organization.
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Capítulo II

Selección e implementación de tratamientos psicológicos: de la evidencia a la práctica**1. Selección de tratamientos ¿en función de evidencia o de experiencia?**

Como hemos comentado anteriormente existen sensibilidades a favor y opuestas al uso (y sobre todo al abuso) de las metodologías experimentales en el estudio de la eficacia de los tratamientos psicológicos. Sin embargo, lo cierto es que la evidencia empírica a través de metodologías hipotético-deductivas,¹ se imponen como criterio en el ámbito académico y sobre todo en la gestión de recursos y planificación en salud pública.

Tras la creación de los primeros doctorados clínicos en Estados Unidos a mediados de los años setenta del siglo XX, que enfatizaban la importancia de entender y ser capaces de implementar evaluaciones sobre la evidencia de los tratamientos psicológicos, durante la década de los años ochenta se extendió la elaboración de metaanálisis sobre tratamientos (Moriana y Martínez, 2011). Ya anteriormente se habían establecido bases de datos de ensayos clínicos en salud, como la Biblioteca Cochrane. La medicina basada en la evidencia fue implementada en el Servicio Nacional de Salud español a mediados de los años noventa (Gol-Freixaak y Del Llano Señarís, 2012), suponiendo

1 Los métodos hipotético-deductivos consisten en extraer conclusiones a través de la formulación de hipótesis y la refutación o confirmación de estas. Engloba los diseños experimentales (por ejemplo, los ensayos clínicos) y los observacionales (por ejemplo, la epidemiología). Se opone al método inductivo que propone la creación de enunciados a través de la observación directa y engloba prácticamente todas las metodologías cualitativas. Simplificando, en los métodos deductivos la teoría debe anteceder a los datos, mientras que en los inductivos los datos anteceden a la teoría.

sobre todo la obligación de avalar las inversiones en intervenciones, formación e investigación a través de la evidencia científica disponible. Tanto a nivel internacional como local, las guías de práctica clínica han supuesto la cristalización de esta filosofía.

Antes de pasar a los aspectos concretos y el contexto que envuelve el uso de estas guías, creemos que es muy importante tener en cuenta varios aspectos:

- Las guías de práctica clínica no son un libro de recetas. La comprensión de una guía clínica está circunscrita a especialistas en las correspondientes disciplinas que se encargan de su tratamiento. La evidencia disponible debe combinarse con la experiencia clínica y las preferencias de las personas usuarias.²
- La elaboración de las guías suele incluir tanto revisiones de la evidencia empírica sobre la evaluación de los distintos tratamientos como un consenso de expertos sobre la adecuada aplicación a un sistema de salud concreto. Hay que tener en cuenta que los niveles de evidencia se suelen valorar más positivamente en referencia a estudios de eficacia que de efectividad. De este modo, en las jerarquías de calidad de la evidencia suele figurar en primer lugar la existencia de metaanálisis y revisiones sistemáticas de estudios controlados y aleatorizados, seguidos por la existencia de estos estudios individualmente y a continuación estudios no aleatorizados o cuasiexperimentales, estudios descriptivos y finalmente, informes u opiniones de expertos (Chambless y otros, 1998). Sin embargo, eficacia no es siempre sinónimo de efectividad y esta última está muy circunscrita no solo a las propiedades del tratamiento, sino a las posibilidades y contexto de aplicación. En esto intervienen diferentes factores, desde los recursos económicos y asistenciales disponibles para implementar el tratamiento, hasta las orientaciones dominantes en un territorio. Si se aconseja el uso de una terapia que

2 Recordemos que respetar las preferencias puede tener incluso un impacto en la efectividad del tratamiento (Mergl y otros 2011).

haya demostrado eficacia en estudios aleatorizados, pero no existe personal para implementarlo o no encaja con la manera de trabajar de la mayoría de los profesionales que deben llevarla a cabo, es muy posible que el proceso de implementación de las recomendaciones de la guía fracase.

- La formación en psicología clínica y psicoterapia es compleja y la maestría solo se alcanza después de muchos años de formación y práctica. Aunque hay escuelas integradoras, la formación de cada terapeuta suele estar circunscrita a ciertos estilos de terapia y técnicas. El hecho de que una guía clínica aconseje un tipo de terapia nueva o diferente, no invalida esta formación y experiencia, aunque como veremos en el siguiente punto, puede suponer un cambio a nivel del sistema de formación básica y continuada a medio y largo plazo.
- Las guías de práctica clínica en salud mental no implican la obligación legal de aplicar una determinada orientación teórica, aunque es posible que establezcan contraindicaciones que deben tenerse en cuenta obligatoriamente. Hay que tener en cuenta que el proceso de traslación de la investigación en terapias psicológicas es más complejo y lento que en farmacología.³ Imaginemos que se publica un metaanálisis sobre el uso de una nueva terapia para un síntoma o trastorno, demostrando un efecto mayor que las terapias utilizadas hasta el momento. No sería viable obligar a todos los terapeutas del planeta a formarse en esa nueva terapia en un corto espacio de tiempo. Sin embargo, esta evidencia se utilizará muy probablemente para influir en la creación de materiales docentes, asignaturas en grados y posgrados o cursos de formación continuada que influirán en el colectivo de terapeutas de una manera gradual.
- A nivel cotidiano, el uso de las guías de práctica clínica es reducido. La experiencia, la supervisión y el consejo de otros profesionales

3 La prescripción de un fármaco se puede prohibir en general o para una determinada condición (ya sea diagnóstico para el que se aplica, comorbilidad o grupo de edad) inmediatamente a través de las agencias del medicamento, que tienen la potestad de generar alertas de obligado cumplimiento. Por otro lado, el uso generalizado de un fármaco nuevo no suele llevar más de uno o dos años.

son las primeras fuentes de toma de decisiones clínicas concretas. Como hemos comentado, las guías de práctica clínica no tienen un nivel de obligatoriedad en lo que se refieren a tratamiento psicológico, comparable al de los fármacos. No obstante, las guías sirven para establecer algoritmos terapéuticos que describen, entre otras cosas, qué dispositivos se deben hacer cargo de la atención, posibles criterios de derivación entre dispositivos y qué tratamientos son considerados de primera o segunda elección (incluyendo tanto farmacológicos, como psicológicos y comunitarios). Es decir, las guías de práctica clínica en salud mental, aunque incluyen mucha información práctica que pueden servir para el aprendizaje, están sobre todo destinadas a la estructuración del sistema y asumen que los profesionales ya tienen una formación adecuada. Por ello, sus partes dedicadas al tratamiento psicológico suelen ser bastante escuetas. Por ejemplo, mencionan técnicas concretas como «exposición» o «reestructuración cognitiva», incluyendo incluso definiciones breves y ejemplos, pero no incluyen una guía práctica para su implementación en un caso concreto.

Teniendo estos puntos en cuenta, no debemos entender una guía de práctica clínica como un menú para escoger una intervención para cada persona a la que atendemos, sino como una compilación de información que nos ayuda a entender por qué la formación de grado está estructurada de la manera actual o a escoger vías de formación de posgrado. Las guías, en definitiva, son parte de un ejercicio de transparencia y comunicación de instituciones oficiales encargadas de la gestión de la sanidad, a través de las cuales intentan mejorar la práctica, pero generalmente lo hacen respetando la idiosincrasia de los dispositivos y la autonomía de los profesionales.

2. Las bases de datos de ensayos clínicos y las guías de práctica clínica

Para responder a la demanda de sistematización de la evidencia sobre tratamientos, se crearon iniciativas como la mencionada Biblioteca Cochrane y años después algunos estados comenzaron a organizar comisiones u organismos encargados de la implementación de la evidencia empírica en sus sistemas de salud. Creemos que es importante conocer las peculiaridades y el uso concreto de cada uno de estos recursos antes de discutir sus implicaciones en el tratamiento de diferentes malestares.

2.1. La Biblioteca Cochrane

La Biblioteca Cochrane es un recurso elaborado por la Colaboración Cochrane, una entidad sin ánimo de lucro de carácter internacional. Aunque la Biblioteca empezó en 1974 como un registro de ensayos clínicos para facilitar el acceso al conocimiento de la evidencia de profesionales, en 1993 se fundó la Colaboración, cuyo objetivo principal es la propia realización de revisiones sistemáticas y metaanálisis de una forma homogénea y sistematizada. De este modo, hoy en día la Biblioteca Cochrane tiene miles de revisiones y metaanálisis sobre tratamientos para todas las patologías, clasificadas por tipo de trastorno, realizadas con la metodología más homogénea posible y, teniendo en cuenta los aspectos concretos de cada condición. En el caso de los trastornos mentales, existen tanto análisis de tratamientos farmacológicos como psicológicos, comparaciones entre ambos y sus diferentes combinaciones.

En la práctica, la Biblioteca funciona como una revista electrónica actualizada trimestralmente. Mantiene de manera paralela una web pública internacional en inglés⁴ y otra iberoamericana en castellano,⁵ que conectan con bases de datos de resúmenes de las revisiones que la

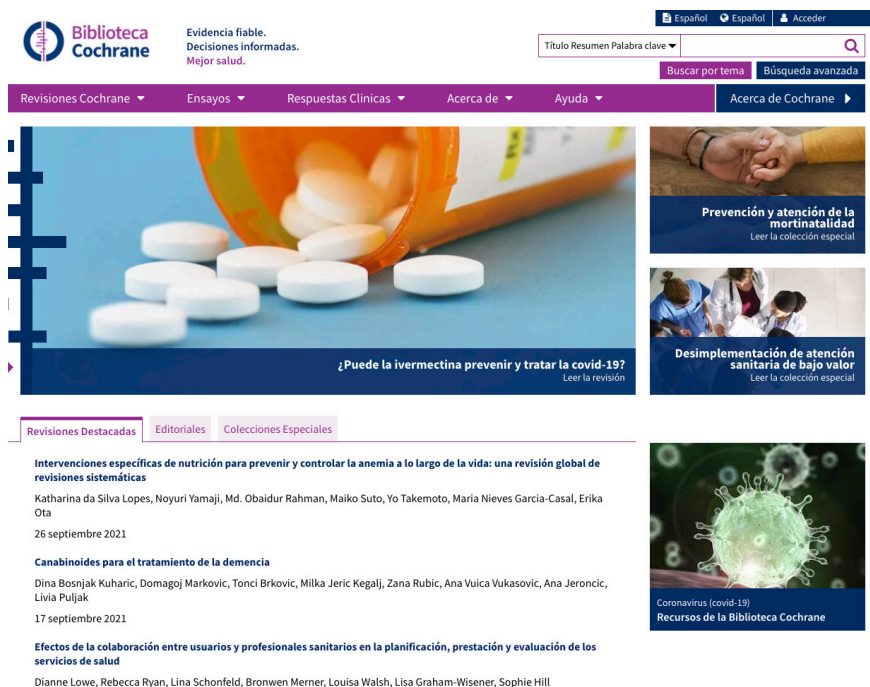
4 <http://www.cochrane.org>

5 <https://es.cochrane.org>

Colaboración realiza. Adicionalmente existe un acceso bajo suscripción, relativamente similar a las publicaciones revisadas por pares habituales en el campo de la publicación científica, a través de la editorial Wiley.

Todas las revisiones ofrecen gratuitamente un resumen extendido en inglés (de mayor longitud que el que se puede encontrar en otro tipo de publicaciones científicas), que describe antecedentes, objetivos, métodos de búsqueda, métodos de selección de los estudios, recopilación y análisis de datos, resultados principales y conclusiones de los autores. Además, se incluye en diversos idiomas un resumen en términos sencillos que responde a estas preguntas: ¿por qué es importante esta revisión? ¿Quién puede estar interesado en esta revisión? ¿A qué preguntas tienen como objetivo responder esta revisión? ¿Qué estudios se incluyeron en la revisión? ¿Qué nos dice la evidencia de la revisión? ¿Qué debería ocurrir a continuación?

Figura 1. Captura de pantalla de la web de la Biblioteca Cochrane (<https://www.cochranelibrary.com/es>)



Biblioteca Cochrane
Evidencia fiable. Decisiones informadas. Mejor salud.

Español Español Acceder

Título Resumen Palabra clave

Buscar por tema Búsqueda avanzada

Revisiones Cochrane Ensayos Respuestas Clínicas Acerca de Ayuda Acerca de Cochrane

¿Puede la ivermectina prevenir y tratar la covid-19?
Leer la revisión

Prevención y atención de la mortalidad
Leer la colección especial

Desimplementación de atención sanitaria de bajo valor
Leer la colección especial

Revisiones Destacadas Editoriales Colecciones Especiales

Intervenciones específicas de nutrición para prevenir y controlar la anemia a lo largo de la vida: una revisión global de revisiones sistemáticas
Katharina da Silva Lopes, Noyuri Yamaji, Md. Obaidur Rahman, Maiko Suto, Yo Takemoto, Maria Nieves Garcia-Casal, Erika Ota
26 septiembre 2021

Canabinoides para el tratamiento de la demencia
Dina Bosnjak Kuharic, Domagoj Markovic, Tonci Brkovic, Milka Jeric Kegalj, Zana Rubic, Ana Vuica Vukasovic, Ana Jeronic, Livia Puljak
17 septiembre 2021

Efectos de la colaboración entre usuarios y profesionales sanitarios en la planificación, prestación y evaluación de los servicios de salud
Dianne Lowe, Rebecca Ryan, Lina Schonfeld, Bronwen Merner, Louisa Walsh, Lisa Graham-Wisener, Sophie Hill

Coronavirus (covid-19)
Recursos de la Biblioteca Cochrane

2.2. Instituto Nacional (británico) para la Salud y la Excelencia en la Atención (NICE)

El NICE es un organismo público dependiente del Departamento de Salud (equivalente a un ministerio) en el Reino Unido. Su ámbito de actuación son los sistemas sanitarios inglés y galés (Escocia tiene su propio organismo llamado Red Escocesa de Guías Intercolegiales).⁶ Se creó en 1999 y en 2005 se unió con la Agencia de Desarrollo de la Salud conservando el acrónimo NICE. Además de competencias sobre la calidad de las intervenciones clínicas, desde 2012 tiene las mismas competencias sobre la asistencia social. Su función principal tiene que ver con la evaluación y la elección de los tratamientos que serán financiados por los sistemas de salud pública bajo su jurisdicción. Sigue un sistema basado en el sistema año de vida ajustado por calidad (AVAC o QALY⁷ por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud,⁸ calculando el coste del aumento de cada año de vida con una calidad aceptable para estimar qué intervenciones son más prioritarias.

Entre otras actividades relacionadas con la calidad asistencial y la adecuada aplicación de tecnologías y métodos de evaluación coste-beneficio, la NICE publica guías de práctica clínica con algoritmos asistenciales muy claros. Su página web consiste casi exclusivamente en un campo de búsqueda donde se puede introducir el nombre de cualquier trastorno. Una vez se accede a la sección dedicada a un trastorno específico se puede ver un diagrama en el que se ofrecen diversos recursos (véase figura 2). Los recursos suelen ir organizados por pasos que incluyen instrucciones para la detección (sobre todo en atención primaria) y para la derivación a servicios especializados, qué tipo de

6 Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

7 Quality-adjusted life year.

8 Una AVAC equivale a un año en perfecto estado de salud. Si la salud de un individuo está por debajo de este máximo, el AVAC se ajusta a una tasa de menos de un por año. Estar muerto se asocia con 0 AVAC. En algunas circunstancias es posible adjudicar AVAC negativos para reflejar los estados de salud considerados muy graves.

intervenciones se deben llevar a cabo en cada paso, además de actuaciones si la sintomatología no remite en un periodo determinado de tiempo.

2.3. Centro de Recursos de Prácticas Basadas en Evidencia (EBPRC, Estados Unidos)

El EBPRC (heredero del Registro Nacional de Programas y Prácticas Basadas en la Evidencia o NREPP, por sus siglas en inglés, activo desde 1997 hasta 2018) es un centro de recursos en línea⁹ que incluye guías, informes, fichas y cajas de herramientas para promover la salud mental o para prevenir y tratar el abuso de sustancias y los trastornos mentales. El centro está financiado y administrado por la Administración de Abuso de Sustancias y Servicios de Salud Mental (SAMHSA por sus siglas en inglés), parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. El objetivo del centro es fomentar la adopción de intervenciones basadas en la evidencia y ayudar a los profesionales interesados a seleccionar la que mejor se adapte a sus necesidades.

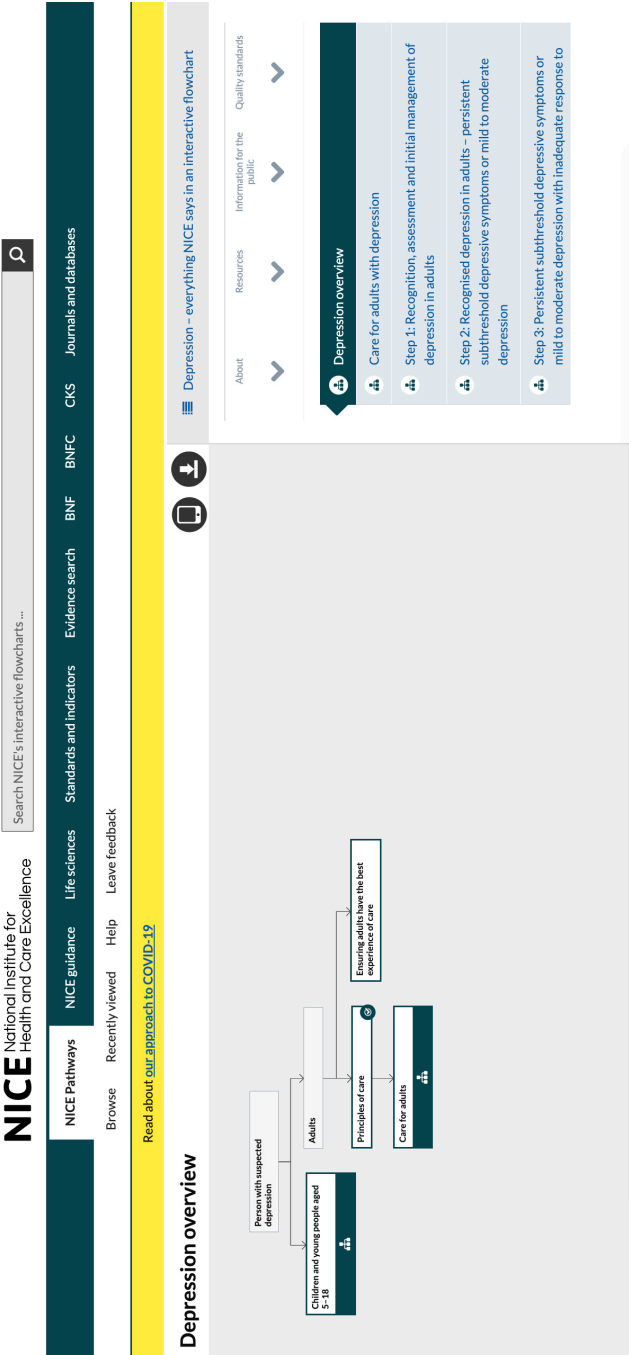
Mientras que el NREPP funcionaba como un repositorio de experiencias que se han habían implementado con éxito y se publicaban con ciertos requerimientos metodológicos, a partir de su transformación en centro los documentos elaborados a partir del consenso entre expertos ha ganado protagonismo, lo cual ha suscitado cierta polémica (Green-Hennessy, 2018).

2.4. Directrices de la Asociación Americana de Psicología (APA)

Aunque la División 12 de la Asociación Americana de Psicología, dedicada a la psicología clínica, no edita guías sobre el tratamiento de

⁹ <https://www.samhsa.gov/ebp-resource-center>

Figura 2. Captura de pantalla de un diagrama del NICE, búsqueda «depression»
(<https://pathways.nice.org.uk/pathways/depression>)



trastornos específicos, cuenta con una guía para el desarrollo de directrices a seguir en la aplicación de las intervenciones para trastornos mentales y aspectos psicosociales de trastornos físicos (American Psychological Association, 1995) además de criterios para evaluar las guías de tratamiento (American Psychological Association, 2002). En esta última, se diferencia guías de tratamiento y guías de práctica clínica. La APA define (y en este libro aceptamos) las primeras como recomendaciones específicas sobre los tratamientos que se pueden ofrecer, mientras que las segundas se definen como un conjunto de directrices desarrolladas sistemáticamente para ayudar a decidir tanto a terapeutas como a personas usuarias cuál será la mejor opción terapéutica (Becoña y otros, 2004). La APA ha aprobado también una serie de guías de práctica y criterios relacionados con la política de la asociación en áreas tales como la práctica multicultural, las evaluaciones de custodia de niños y el tratamiento de personas usuarias homosexuales, lesbianas y bisexuales. Estas directrices están destinadas a instruir a los profesionales y proporcionar recomendaciones sobre la conducta profesional.

2.5. Guías de práctica clínica (GPC) en el Sistema Nacional de Salud español

El Sistema Nacional de Salud español elabora desde el año 2003 sus propias guías de práctica clínica. Existe un portal¹⁰ (figura 4) donde se pueden descargar de manera gratuita. Las guías son elaboradas por un comité de expertos especialista en el trastorno que se trata en cada una. Además, existen guías de tratamiento concreto de un tipo de malestar en dispositivos concretos (por ejemplo, manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria). En estas guías se aborda tanto la metodología con la que se ha elaborado como la definición, el diagnóstico, el tratamiento y la comunicación con las

¹⁰ <http://www.guiasalud.es>

Figura 3. Captura de pantalla de la página de búsqueda del EBPRC
(<https://www.samhsa.gov/ebp-resource-center>)



U.S. Department of Health & Human Services



SAMHSA
Substance Abuse and Mental Health
Services Administration

[Home](#)
[Site Map](#)
[Contact Us](#)

[Find Treatment](#)
[Practitioner Training](#)
[Public Messages](#)
[Grants](#)
[Data](#)
[Programs](#)
[Newsroom](#)
[About Us](#)
[Publications](#)

[Home](#) » [Programs](#) » Evidence-Based Practices Resource Center





Evidence-Based Practices Resource Center

SAMHSA is committed to improving prevention, treatment, and recovery support services for mental and substance use disorders. The Evidence-Based Practices Resource Center provides communities, clinicians, policy-makers and others with the information and tools to incorporate evidence-based practices into their communities or clinical settings.

[Learn more about EBP Resource Center >>](#)
[View additional innovative practices >>](#)

Filters

Resource Topic

>

Sort by

Featured

View

15

Resources

personas usuarias. Adicionalmente incluyen algoritmos de derivación y tratamiento en distintos dispositivos y con poblaciones especiales. En algunas de las últimas ediciones se ha incluido la visión de las personas afectadas y sus familias, así como una estrategia concreta de difusión e implementación.

Por último debemos señalar el gran trabajo realizado por Crespo y otros (2012)¹¹ en el marco de un proyecto de innovación y mejora para la calidad docente, en el que han sintetizado la evidencia ofrecida por todas estas fuentes.

3. Implementación de tratamientos psicológicos

Como venimos comentando a lo largo de todo este volumen, es muy complicado establecer criterios fijos para el tratamiento de un malestar determinado, ya que la variabilidad entre dispositivos, personas usuarias y estilos terapéuticos muy probablemente exija la adaptación de las diferentes técnicas a los contextos concretos. Además, existe un movimiento relativamente reciente pero formado por grandes figuras de la psicología clínica de finales del siglo XX, denominado transdiagnóstico (Barlow y otros, 2017), además de otros movimientos como el de la recuperación, que critican la producción de conocimiento sobre los tratamientos a través de las clasificaciones diagnósticas clásicas (DSM y CIE). Sin embargo, y a pesar del acuerdo que los autores de este manual podamos tener con estas posiciones, creemos que es importante en la etapa de aprendizaje conocer cómo se ha desarrollado el conocimiento sobre los tratamientos psicológicos hasta el momento.

Concretamente, en este libro nos centraremos en el tratamiento de los trastornos mentales más habituales en adultos atendidos en

11 <http://www.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat>

Figura 4. Captura de pantalla de la página de las GPC
(<https://portal.guiasalud.es/gpc>)



guiasalud.es

Biblioteca de Guías de Práctica Clínica
del Sistema Nacional de Salud



[Inicio](#) [Quiénes Somos](#) [Contacto](#) [FAQ's](#) [Idiomas](#)

[INICIO](#) [PRODUCTOS](#) [FORMACIÓN](#) [METODOLOGÍA](#) [PARTICIPACIÓN](#) [COMUNICACIÓN](#)

[Inicio » Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud \(SNS\)](#)

Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS)

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un "conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes"

La valoración de todas las GPC del Catálogo se realiza en base a seis criterios de inclusión. Las GPC incluidas en el Catálogo son las que cumplen todos estos criterios. Para solicitar la inclusión de una GPC en el Catálogo, es preciso cumplimentar el formulario.

Término a buscar

Buscar en GPC

Descendente

Ordenar

COVID-19 en Pediatría: valoración crítica de la evidencia.

COVID-19 en Pediatría:
valoración crítica de la evidencia

consultas externas de salud mental pública o concertada, así como en consultas privadas, aunque en algunos casos haremos referencia a tratamientos desarrollados en otros dispositivos. El espacio disponible nos obliga a dejar para otros manuales el tratamiento psicológico de los trastornos psicosomáticos o somatomorfos, las intervenciones psicosociales en enfermedades físicas y las características específicas de dispositivos destinados a población infantojuvenil o adulta mayor.

Intentamos que este manual sea un paso intermedio entre los manuales de técnicas psicoterapéuticas y los manuales o guías de tratamiento de trastornos o condiciones concretas. Incluir información suficiente sobre técnicas o trastornos concretos estaría muy por encima de lo posible, puesto que ambos tipos de materiales suelen tener una extensión similar a la que tiene el presente libro. Sin embargo, en la sección de implementación vamos a tratar de combinar la información sobre la evidencia que existe para el tratamiento de trastornos mentales concretos, dando directrices útiles para el uso crítico de guías de tratamiento, además de recordar brevemente e ilustrar a través de viñetas clínicas el uso de las técnicas concretas más indicadas para cada trastorno. Para facilitar la lectura de esta sección, hemos decidido que su estructuración sean los grupos de trastornos, combinando la estructura del DSM y la CIE con las perspectivas críticas, e intentando crear un material de fácil consulta.

Empezaremos hablando de unas técnicas, la psicoeducación y la autogestión del bienestar, ya que se suelen implementar al principio del tratamiento de una gran variedad de malestares. Posteriormente, las diferentes técnicas de intervención irán apareciendo en las secciones dedicadas a cada tipología de malestar. Como veremos, esto no quiere decir que sean solo específicas del tratamiento de estos malestares, aunque intentaremos ilustrar el uso de las que tienen mayor protagonismo en ese contexto.

3.1. Psicoeducación y autogestión del bienestar

La psicoeducación suele ser uno de los primeros pasos de un tratamiento, sobre todo en la tradición cognitivo-conductual, aunque su uso se ha extendido a otras corrientes. La técnica puede aplicarse prácticamente a cualquier trastorno, en formato tanto individual como grupal y puede incluir a miembros de la familia. De hecho, el contexto de la intervención familiar en esquizofrenia fue el primero en el que se empezaron a aplicar estas técnicas (Anderson y otros, 1980). Aunque debemos tener siempre en cuenta la idiosincrasia de cada persona, uno de los principios básicos de la psicoeducación es que hay hechos puntuales que son generalizables a las personas que han tenido experiencias similares. Teniendo esto en cuenta y, bajo un criterio economizador, es fundamental que podamos transmitir esta información al principio del tratamiento (Bäumel y otros, 2006).

Aunque hay variaciones según las características las personas usuarias a las que se aplique, se puede considerar que el elemento básico (que no el único) de la psicoeducación es la transmisión de información sobre el tipo de malestar psicológico que se está experimentando. La mayoría de la literatura sobre psicoeducación está basada en el modelo de diátesis-estrés, también conocido como vulnerabilidad-estrés-afrontamiento (Zubin y Spring, 1977), acuñado en un principio en referencia a la etiología de la esquizofrenia, pero que ha acabado teniendo influencia en la comprensión de otros trastornos. Este modelo entiende que los trastornos mentales son el resultado de la interacción de una vulnerabilidad de origen genético con factores ambientales. El surgimiento de la epigenética¹² ha permitido una comprensión más unificada de ambas dimensiones, ya que se ha comprobado cómo los factores ambientales influyen directamente en la expresión genética a través de mecanismos celulares que modulan la regulación del genoma, permitiendo o frenan-

12 Epigenética: estudio de los factores que influyen en el ambiente celular y, por consiguiente, en la expresión genética, determinando la ontogenia o desarrollo del organismo.

do la expresión de determinados genes. Por consiguiente, la aparición de un malestar mental severo, más que un «fenotipo», como es el color del pelo o los ojos, debería ser considerado el resultado de complejas interacciones que se dan día a día en células del sistema nervioso como respuesta a cada uno de los episodios de nuestras vidas y que están en constante proceso de adaptación y ajuste. Es importante recordar que, al cierre de esta edición, aunque existe un amplio conocimiento sobre correlatos neurobiológicos de diversos trastornos mentales, no se puede considerar ninguno de ellos un marcador biológico, dado que no reúnen las características de fiabilidad suficientes como para permitir la realización de un diagnóstico. Dicho de otro modo, aunque las proporciones sean diferentes y por eso se consideren correlatos, muchas personas cuyas características no incluyen factores de vulnerabilidad genética, desarrollan trastornos mientras que otras que sí cuentan con estas características no lo desarrollan.¹³

De todos modos, la intervención psicoeducativa no tiene como objetivo dar una información académica actualizada, sino una que pueda servir a las personas usuarias a entender cómo han llegado a la situación que les trae a consulta y cómo la ayuda que les vamos a brindar puede contribuir a aliviar el malestar que sienten. Tenemos que ser conscientes de que, independientemente de la evidencia disponible, las palabras pueden ser malinterpretadas y las personas que reciben la psicoeducación pueden entender que algo que tenga algún componente genético es completamente imposible de modificar, mientras que las explicaciones estrictamente psicosociales, como relacionar el trastorno con la rela-

13 Para entender esto podemos establecer un paralelismo con otro tipo de factores. Se sabe que las mujeres tienden a presentar sintomatología depresiva en mayor proporción que los hombres, tanto en poblaciones clínicas como en la población general. Sin embargo, esto no quiere decir que todas las mujeres tengan un trastorno depresivo, sino que la proporción es mayor, aproximadamente un 8 % frente a un 4 % entre hombres en población general. En el caso del alcoholismo la situación es inversa, con casi el triple de hombres afectados, pero esto tampoco implica que el género pueda ser considerado un «marcador» sociodemográfico. Del mismo modo, los correlatos neurobiológicos se establecen por diferencias en las proporciones de trastorno presente en gente con y sin estas características, pero no supone que todo el que tenga la característica desarrolle el trastorno.

ción materno-filial o las decisiones tomadas por la persona en su vida, podrían resultar culpabilizadoras (Kvaale y otros, 2013). Por eso, en cualquier comunicación con personas sin formación en salud mental (ya sea en el contexto de una terapia o en el trabajo de divulgación en talleres o campañas), se recomienda un uso racional, multidimensional y balanceado de la terminología especializada. Por otro lado, es recomendable que el terapeuta se sienta cómodo y conecte la psicoeducación con el resto de su terapia. Si damos una explicación sobre el origen del trastorno que después no se ve reflejada en la manera en que implementamos el tratamiento, podemos causar confusión.

La información psicoeducativa puede dar lugar a espacios de descarga emocional, ya que las personas usuarias y su familia muy probablemente conectarán la información que les damos con sus vivencias. A pesar de que muchas intervenciones psicoterapéuticas están estandarizadas y siguen la estructura de sesiones temáticas, se debe intentar recoger estos momentos que pueden pasar de ser meramente psicoeducativos y empezar a incluir procesos terapéuticos. Por otro lado, la psicoeducación no debe ser entendida como una simple transferencia de información, sino que debe conducir a la promoción de hábitos saludables, capacidad para detectar posibles recaídas e invitar al compromiso con el tratamiento, mostrando que el malestar psicológico tiene una causa compleja pero que, modificando elementos cognitivos, conductuales o ambientales, puede aliviarse.

Más recientemente, se ha desarrollado la perspectiva de la autogestión del bienestar dentro del marco de movimientos de reforma como el de la recuperación. Aunque la intervención puede parecer similar en sus formas, desde esta perspectiva no se le da una importancia tan grande al origen del malestar, como a las prácticas colaborativas con profesionales que estén centradas en tejer redes en la comunidad para desarrollar un proyecto de vida viable más allá del malestar que se pueda estar experimentando (Sterling y otros, 2010). En este sentido, no se pondría tanto énfasis en elementos como la identificación de posibles recaídas (aunque no se ignora) sino en la posibilidad de que la persona usuaria desarrolle una actividad social disfrutando de plena

ciudadanía. Esta perspectiva tiene un impacto especialmente intenso en colectivos de personas objeto de estigma y discriminación.

En la viñeta clínica de la sección 3.7 (devolución y establecimiento de objetivos), en la que se hablaba de las características del trastorno obsesivo-compulsivo, se encuentran elementos psicoeducativos. Sin embargo, no se puede considerar una intervención psicoeducativa completa. En el siguiente cuadro podemos ver un ejemplo de estructura de contenidos para un programa de psicoeducación en trastorno bipolar.

SESIÓN 1:

- Presentación de un «termómetro del estado de ánimo» (escala analógica visual: depresión-hipotimia-tristeza-eutimia-alegría-hipomanía-manía).
- Descripción de eutimia.
- Manía e hipomanía. Definición e identificación de síntomas.
- Depresión. Definición e identificación de síntomas.
- Gráfico de vida. Identificación de episodios con oscilaciones del estado de ánimo durante la vida.

SESIÓN 2:

- Repaso gráficos de vida.
- Desmontar mitos sobre el trastorno bipolar.
- Hipótesis explicativas.
- Curso y pronóstico.

SESIÓN 3:

- Tratamiento farmacológico.
- Beneficios y perjuicios del tratamiento farmacológico.
- Tratamiento psicológico.
- Información sobre otros recursos disponibles (por ejemplo, asociaciones).

SESIÓN 4:

- Hábitos de vida saludables: hábitos de autocuidado, patrón de sueño regular, evitar el abuso de tóxicos, promover hábitos de ocio.
- Cómo minimizar efectos secundarios.

SESIÓN 5:

- Detección de signos de alarma.
- Qué hacer cuando se detectan signos de alarma.

Por otra parte, en relación con la información, tal como decíamos al inicio de esta obra, es muy importante tener en consideración el contexto actual de acceso a la información. En efecto, Internet abre las puertas a todo tipo de información con respecto a cualquier problemática de salud, que hasta hace unos años era más difícil de consultar. Tanto es así, que los datos en población general muestran que en torno al 80 % de personas usuarias de Internet han consultado en alguna ocasión información relacionada con la salud mental (Powell y Clarke, 2006). Sin duda podemos considerar positivo este fenómeno, ya que puede facilitar el empoderamiento de las personas que tendrían una implicación más activa en el cuidado de su salud. Pero el uso de TIC no está exento de riesgos, entre otros la calidad de la información disponible en la red. Aunque en términos generales la calidad de la información que se encuentra en Internet sobre salud mental ha mejorado a lo largo del tiempo, aún queda mucho por mejorar (Grohol y otros, 2014). En otras ocasiones, la información disponible está escrita en términos que hacen difícil su comprensión, puesto que va más dirigida a profesionales que a personas afectadas.

Con todo, debemos tener en mente que cuando recibamos a una persona es muy probable «que venga con información de casa». Y esto hace aún más ineludible según nuestro punto de vista una fase en la que exista comunicación sobre la comprensión de la persona sobre su malestar, ya sea bajo un paradigma psicoeducativo o de autogestión del bienestar. Debemos explorar la información de la que dispone la persona y construir un significado conjunto de la situación. Además, debemos ayudarles a manejar y analizar la información que pueden encontrar en Internet y a través de otros medios. En este sentido, en la actualidad, existen diversos criterios que podemos trasladar a las personas usuarias para que puedan valorar la calidad de la información disponible en Internet. Uno de ellos es la presencia de sellos de

calidad que acrediten la validez y rigurosidad de los contenidos. Por ejemplo, el colegio de médicos de Barcelona ha creado el sello «Web Médica Acreditada», otorgado a aquellas páginas que cumplen con los criterios de calidad que ellos establecen. Por otra parte, también podemos sugerir que observen e intenten evaluar la fuente que publica la información. Por ejemplo, una información en una web de un hospital de referencia tendrá más garantías de calidad que la que se pueda encontrar en un blog de un particular (obviamente esto no es una regla universal, tan solo una pista que puede ayudar en algunos casos). Por último, puede ser de mucha utilidad que nosotros como profesionales «prescribamos» la información que consideremos adecuada.

En conclusión, consideramos que lo más adecuado en relación con las fuentes de información que pueden ser consultadas es que, como en todo el proceso de intervención, formemos un equipo de trabajo con la persona y que en este equipo se pueda analizar la información conjuntamente, a la vez que discutimos sobre las pautas más convenientes para analizar la información que les puede llegar.

3.2. Tratamiento de la ansiedad, obsesiones y estrés

Los llamados «trastornos de ansiedad» pertenecían a una sola categoría en la cuarta edición del DSM y la décima de la CIE; sin embargo, en el DSM-5 se encuentran separados en tres categorías diferentes: trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. En el caso de la CIE-11, se encuentran recogidos dentro de las categorías trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo, trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados y trastornos específicamente asociados con el estrés. Los elementos comunes en este grupo de experiencias de malestar psicológico son la ansiedad, entendida como una preocupación acerca de eventos futuros, y el miedo, entendido como reacción a los acontecimientos actuales

(American Psychiatric Association, 2014). Otro elemento que caracteriza a muchas personas diagnosticadas de trastornos de ansiedad es la respuesta al miedo y la ansiedad a través de conductas de evitación y supresión de pensamientos. El concepto de «evitación» tiene su origen en los mecanismos de defensa definidos por el psicoanálisis, aunque su desarrollo como diana terapéutica concreta vino sobre todo de la mano de las terapias comportamentales. Dentro de la primera generación de terapias conductuales,¹⁴ las técnicas de exposición se desarrollaron específicamente para abordar este síntoma a través de mecanismos de extinción.¹⁵ Como vimos en la sección de «Tratamientos psicológicos en el contexto de la psicología contemporánea», desde la perspectiva de los marcos relacionales se ha reelaborado el concepto acuñando el término «evitación experiencial», cuyo abordaje ha recibido especial atención por parte de la terapia de aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en inglés, Hayes, 2004) y otros tratamientos enmarcados en la tercera generación cognitivo-conductual. Para la ACT, las conductas evitativas están gobernadas por reglas verbales, como por ejemplo «Si paso por ahí recordaré ese momento y me pondré triste, mejor ir por otro sitio» o «Si me lavo las manos dejaré de pensar esto y me sentiré mejor». Estos pensamientos son adaptativos a corto plazo, ya que evitan el malestar inmediato, pero causan problemas a largo plazo, dado que las conductas evitativas tienden a aumentar en frecuencia y extenderse a otros ámbitos vitales. Si las técnicas clásicas de exposición pretendían extinguir a través de la habituación a los estímulos considerados aversivos, la ACT propone una aceptación del contenido de estos pensamientos. Esta estrategia, aparte de reducir los efectos indeseados de la supresión de pensamientos (Wenzlaff y Wegner, 2000), permite avanzar hacia un cambio del contexto en el que se dan. Es decir, el rol

14 En castellano comportamental y conductual se utilizan indistintamente, ya que son las dos posibles traducciones del término inglés británico «*behavioural*» y norteamericano «*behavioral*».

15 La extinción es un procedimiento basado en los condicionamientos clásicos y operantes que tiene como objetivo hacer desaparecer conductas consideradas no deseables a través del uso de contingencias. En el caso de la evitación, se espera que la exposición al estímulo temido en condiciones controladas disminuya paulatinamente la ansiedad y el miedo.

del terapeuta no es proponer un cambio directo de conductas al estilo de la primera generación de terapias conductuales, sino acompañar en un proceso de deconstrucción del sentido común sobre la naturaleza de la ansiedad y la manera en que se está tratando de abordar (infructuosamente), para proponer alternativas en su contexto vital. Para ello, persona usuaria y terapeuta tienen que ser conscientes de sus estrategias de evitación experiencial en el propio proceso terapéutico facilitando experiencias alternativas (Orsillo y Batten, 2005).

Desde el campo psicodinámico se han reactivado estrategias para aumentar la eficacia de los tratamientos para la ansiedad. Se han publicado estudios metaanalíticos que apoyan la efectividad de estas terapias en el tratamiento de la ansiedad (Keefe y otros, 2014). Aunque como ya vimos, con el objetivo de mejorar la práctica clínica, desde la epistemología propia de esta corriente se piden, además de estudios centrados en resultados, otros centrados en los procesos (Leichsenring y otros, 2014). Leichsenring y Salzer (2014) proponen un protocolo transdiagnóstico¹⁶ de tratamiento de trastornos de ansiedad basado en la terapia psicodinámica expresiva de apoyo (Luborsky, 1984) formado por nueve módulos: 1) socialización de la persona para la psicoterapia, 2) motivación y establecimiento de objetivos del tratamiento, 3) establecimiento de una alianza de ayuda segura, 4) identificación del conflicto básico que subyace a la ansiedad, 5) focalización en los afectos evitados, 6) modificación de relaciones objetales subyacentes internalizadas, 7) cambio de defensas y evitaciones subyacentes, 8) modificación de la respuesta subyacente del yo y 9) cierre y prevención de recaídas. La cuarta parte implicaría la formulación del caso y se haría desde el llamado «núcleo temático de relaciones conflictivas», que consiste en identificar deseos, respuestas de los otros y respuestas del yo. Más adelante veremos ejemplos aplicados a algunos trastornos.

Desde una perspectiva constructivista, la ansiedad se entiende como un síntoma asociado a los esquemas o constructos con los que

16 Aplicable a cualquier diagnóstico de trastorno de ansiedad, obsesiones o estrés.

el individuo entiende determinadas situaciones. Teniendo esto en cuenta, sería importante entender los significados que se atribuyen a las situaciones ansiógenas dentro del sistema de identidad de la persona usuaria, a qué personas se asocian este tipo de significados y qué función cumple la evitación respecto a su sistema de identidad (Neimeyer, 2010). De este modo, podríamos entender, desde el propio sistema de comprensión de la persona, la resistencia a exponerse a determinadas situaciones y construir conjuntamente un modelo de comprensión alternativo que le ayude a ser capaz de afrontar estas situaciones de otro modo a través de técnicas como el rol fijo (Kelly, 1973).

3.2.1. Fobias específicas

Las fobias específicas se caracterizan por un miedo o ansiedad intensa, inmediata y desproporcionada ante objetos o situaciones concretas que se evitan o resisten activamente (American Psychiatric Association, 2014). Los tratamientos de elección recomendados por las diversas agencias, están basados, de una manera u otra, en la exposición, en sus múltiples modalidades o en la combinación de estas: exposición en vivo, exposición guiada, desensibilización sistemática (especialmente recomendada cuando la ansiedad es demasiado alta, o la persona usuaria no acepta una exposición más directa), la exposición mediante realidad virtual (recomendable en los casos en que la infraestructura dificulta la exposición en vivo, por ejemplo, en la fobia a volar) o el modelado. Los diseños de tratamientos para estas situaciones clínicas entrañan la dificultad de dirigir a la persona hacia la exposición (si las personas se pudieran exponer por sí mismas no tendrían una fobia), de modo que el trabajo previo cobra una gran relevancia, como vemos en la siguiente viñeta clínica.

Marta es una chica de 22 años con fobia específica a los perros. No tolera verlos, aunque estén atados y con bozal. En el momento de la intervención solo puede verlos a través de imágenes. Esta situación se le hace desagradable, pero la tolera.

Intervención A:

Persona usuaria: Mi miedo es imposible que se cure, no se puede hacer nada, ya lo he intentado todo y nada sirve.

Terapeuta: Has intentado muchas cosas y no te han servido hasta ahora. Vamos a realizar una intervención que es efectiva en los casos de personas con fobias, pero solo funciona si se hace adecuadamente. Te puedo garantizar que no haremos nada en contra de tu voluntad, intentaremos ir despacio pero con pasos firmes. Entiendo que puedas sentir temor, pero sé que estás muy motivada para que la situación cambie y para que la situación sea diferente necesitamos hacer cosas diferentes.

PU: Así que tendré que enfrentarme...

T: Pero tú mandarás, elegirás el ritmo... Te aseguro que con este método te irás habituando y cada vez sentirás menos miedo.

PU: Pero no me vas a obligar... ¿no?

T: Claro que no. Antes de ir más allá empezaremos por el principio. Haremos un listado de situaciones que te dan miedo. Cuando las tengamos las ordenaremos de la que genera más miedo a la que menos.

[Se realiza jerarquía donde el ítem 1, provoca 40 USA¹⁷ (en una escala del 0-100) y consiste en ver por la televisión una película protagonizada por perros durante 10 minutos]

17 Unidades subjetivas de ansiedad.

Intervención B (paradójica, sólo son posibles cuando hay buena relación terapéutica):

PU: Mi miedo es imposible que se cure, no se puede hacer nada... ya lo he intentado todo y nada sirve.

T: Por lo que dices, entiendo que en este momento no es posible mejorar...

PU: Ni ahora, ni nunca...

T: Y si quisiéramos empeorar la situación, ¿qué crees que podríamos hacer? A veces, no se nos ocurre cómo mejorar, pero viendo cómo empeorar se nos ocurren algunas claves para al menos parar la evolución.

(...)

PU: No sé... Prohibir a mis amigos que tengan perro, que no me hablen de nada que tenga que ver con perros, no entrar a sitios donde no prohíban la entrada a perros, cambiar de canal cuando vea perros en la televisión (...)

T: Son muchas cosas... que no haces, por suerte. Creo que debes mantenerte solo sin empeorar la situación sin prohibir a tus amigos que tengan perros y sin prohibir que te hablen de ellos, entrando a sitios donde no prohíban la entrada a perros, sin cambiar de canal cuando salgan por la tele... Porque dar un paso y enfrentarte a los miedos es demasiado para ti. Nos centraremos en que no empeores... para que el miedo no interfiera más en tu vida. Si te viera con más fuerzas te pediría que vieras una película protagonizada por perros durante 10 minutos, pero...

PU: Eso puedo hacerlo...

[Una manera de graduar la dificultad de las tareas es que la exposición se realice con el terapeuta en consulta, después en casa con familiar o amigo y finalmente solo]

Como hemos visto en la viñeta, hay diferentes formas de trabajar la motivación para la realización de las tareas, en este caso el objetivo de

ambos terapeutas es que la persona se exponga. El primer terapeuta utiliza una perspectiva más conductual y el segundo, un modelo más estratégico.

3.2.2. Trastorno de ansiedad social (fobia social)

El trastorno de ansiedad social, conocido como fobia social en las anteriores versiones de la CIE y el DSM, se caracteriza por un miedo o ansiedad intensa y persistente a situaciones que involucran la posible evaluación por parte de otras personas. Aparte de las reacciones conductuales (evitación) y fisiológicas (activación autónoma) comunes con otros trastornos de ansiedad, el componente cognitivo consta de pensamientos referentes a la posibilidad de ser juzgado o criticado negativamente por decir algo que resulte tonto o aburrido, por ser poco asertivo, o por no saber qué decir o hacer frente a otras personas. Estas características del trastorno convierten a las personas que lo sufren especialmente vulnerables al estigma y al autoestigma, que se traducen en aislamiento social. Por eso las recomendaciones de la NICE incluyen directrices de la manera en la que ofrecer el tratamiento, intentando que la exposición social inicial sea suave. Se menciona evitar horas muy concurridas en la sala de espera o facilitar salas privadas para esperar y rellenar formularios o cuestionarios, dar información muy concreta de cómo acceder al lugar de la cita y cómo se realizará la admisión en la consulta, procurando no cambiar el profesional de referencia ni el centro y que las citas no interfieran con posibles actividades sociales.

Las TCC son las que cuentan con una mayor cantidad de evidencia positiva para este trastorno. Los componentes cognitivos consisten en reestructuración a través de diálogo socrático centrado en temas referentes a las dificultades de hacer frente a situaciones sociales cotidianas. Los componentes conductuales consisten en técnicas de exposición a situaciones sociales reales y entrenamiento en habilidades sociales (que se pueden ver deterioradas por su falta de uso). La

siguiente viñeta ilustra cómo una persona usuaria que ha realizado una de estas exposiciones plantea algunas dudas.

Persona usuaria: Esta semana lo he hecho fatal. La tarea que me pusiste ha sido un fracaso absoluto.

Terapeuta: ¿Y eso? ¿Qué ha pasado?

PU: Levanté la mano en clase y respondí a una pregunta de la profesora, pero estaba muy nervioso, temblaba, el corazón se me iba a salir por la boca, me puse rojísimo... Vamos un desastre.

T: Pero si lo has hecho genial...

PU: ¡Estuve fatal todo el rato!

T: Estuviste ansioso todo el rato, pero levantaste la mano y, delante de todos los compañeros, respondiste a la profesora. Pudiste tolerar el sentirte mal... Hace un tiempo directamente no hubieras levantado la mano, incluso te podrías haber mantenido en silencio... Lo has hecho muy bien, ¡enhorabuena!

PU: ¿De verdad?

T: Claro, la clave no es el no experimentar ansiedad, la clave está en poder tolerarla y que no te interfiera tanto. La ansiedad forma parte la vida, cuanto más la puedas enfrentar menos incomodidad te va a causar.

La ACT, aunque todavía no cuenta con un volumen de evidencia comparable a las TCC de segunda generación, está especialmente indicada por su foco en la evitación experiencial tan presente en este trastorno, habiendo mostrado ya evidencia positiva (Dalrymple y Herbert, 2007).

El mencionado programa de tratamiento de trastornos de ansiedad basado en la terapia psicodinámica expresiva de apoyo de Leichsenring y Salzer (2014) aplicado a la fobia social (Leichsenring, Beutel y Leibing,

2007) ha demostrado resultados similares a la TCC (Leichsenring y otros, 2014), aunque con un volumen de evidencia acumulado inferior. El núcleo temático de relaciones conflictivas estaría determinado por el deseo de ser aceptado por los demás, la respuesta percibida de rechazo y una respuesta del yo desde la vergüenza y el aislamiento. El tratamiento incluye como complemento a la terapia expresiva de apoyo original propuesta por Luborsky (1984): 1) información sobre el trastorno (modalidad psicodinámica similar a la psicoeducación), 2) un foco especial en la relación de ayuda como experiencia correctiva específica para la fobia social, 3) foco en los afectos conscientes e inconscientes relacionados con la vergüenza, 4) confrontación con las demandas irreales que las personas se hacen a sí mismas, 5) enfrentamiento activo en lugar de evitar las situaciones que producen ansiedad, 6) tener en cuenta las limitaciones en habilidades sociales que estas personas pueden tener según la duración de las dificultades y 7) control de la contratransferencia y respeto a la persona.

3.2.3. Trastorno de pánico

El trastorno de pánico se caracteriza por repetidos ataques súbitos de terror o malestar muy intenso en ausencia de estímulos externos que puedan desencadenarlos. Los episodios, que están acompañados de un fuerte estado de ansiedad, activación parasimpática (tensión muscular, sudoración...) y sensaciones interoceptivas (palpitaciones, sensación de ahogo...), se denominan «ataques de pánico», «ataques de ansiedad» o «crisis de ansiedad». En estos casos, la personas sienten miedo ante las sensaciones físicas de los ataques de pánico, de tal modo que ante sensaciones parecidas (por ejemplo, aceleración de la respiración caminando) pueden sentir temor, lo que provoca que se incrementen estas sensaciones y puedan aparecer nuevas crisis. Partiendo de este modelo explicativo, encontramos los tratamientos cognitivo-conductuales de los grupos del equipo de David H. Barlow y otros (1984), que ponen más énfasis en el componente físico, por

consiguiente, en la exposición interoceptiva, y el de David M. Clark (Clark y Salkovskis, 1989), con mayor énfasis en el componente cognitivo. Estos dos paquetes de tratamiento son los que cuentan con mayor nivel de evidencia y popularidad (Sánchez-Meca y otros, 2010), aunque los resultados de las terapias psicodinámicas muestran una menor proporción de abandonos (Pompoli y otros, 2016).

Por otro lado, las terapias de tercera generación se abren paso y cada vez cuentan con un mayor nivel de evidencia y adeptos entre los profesionales, sobre todo en los casos en que el trastorno de pánico se da en combinación con agorafobia (véase siguiente apartado). El uso de entrenamiento en relajación está envuelto de una gran controversia, entre otras cosas, por el riesgo de que el trabajo centrado en la respiración produzca hiperventilación no controlada (Ley, 1988), lo que puede provocar un rechazo al procedimiento. Por estas y otras razones el tratamiento basado en atención plena y otras terapias basadas en la meditación se empiezan a perfilar como una alternativa viable en el tratamiento de este trastorno contando con incipiente evidencia (Kim y otros, 2010; Kim y otros, 2016; Krisanaprakornkit y otros, 2006; Lim y otros, 2018).

Para el trastorno de pánico, un tratamiento basado en el *mindfulness* tendría como objetivo posibilitar sentir las sensaciones temidas, sin juzgarlas, simplemente observándolas y dejándolas pasar. La práctica del *mindfulness* implica la focalización intencional de la atención en un objeto (por ejemplo, una uva pasa o en la propia respiración), mientras se observan pensamientos, emociones y sensaciones tal y como emergen en el momento presente (Vago y Silbersweig, 2012), sin juzgarlos, sin evaluarlos y sin reaccionar a ellos (Kabat-zinn, 2003).

Veamos un fragmento, que incluye el inicio de un ejercicio de escáner corporal, que se propone dentro de las terapias centradas en la atención plena. Con este ejercicio se pretende explorar las sensaciones del cuerpo, de los pies a la cabeza. Este ejercicio puede realizarse sentado o recostado.

Siéntate con la espalda recta, bien apoyada en el respaldo de la silla. Apoya las plantas de los pies sobre el suelo. Apoya las manos sobre tus piernas con las palmas hacia arriba. Cierra los ojos, inclina ligeramente la barbilla hacia abajo, relaja los

músculos de la cara. Relaja la frente y el entrecejo. Ahora, centra tu atención en la respiración, siente cómo entra el aire por tu nariz, pasa por tu garganta, tu pecho y tu abdomen. Observa cómo se eleva y cómo baja al ritmo de tu respiración. Nota cómo ahora el aire sale por tu nariz o por tu boca. Observa tu respiración.

Ahora, presta atención a tu pie derecho, a los dedos de tu pie derecho, nota cada uno de tus dedos. Deja que tu atención se detenga ahí. Observa las sensaciones en los dedos (...) [se recorren las diferentes partes del cuerpo]

Observar la respiración puede ser estresante para algunas personas con ataques de pánico. Es importante respetar el ritmo de cada persona y tener en cuenta estos detalles de cara a planificar un entrenamiento en *mindfulness*. Por otro lado, los profesionales que lleven a cabo este tipo de intervenciones deben estar formados en este tipo de técnicas. Esta premisa es válida también, obviamente, para cualquier otra técnica, pero la destacamos aquí por la popularidad que está adquiriendo el *mindfulness*.

3.2.4. Agorafobia

La agorafobia es un trastorno de ansiedad que consiste en el miedo a las situaciones cuya evitación es difícil o embarazosa, o donde no se puede recibir ayuda en caso de sufrir una crisis de pánico (American Psychiatric Association, 2014). La clave es la anticipación de experimentar niveles elevados de ansiedad, el llamado «miedo al miedo». Su comorbilidad con los ataques de pánico llega a tal punto que en la elaboración del DSM 5 existió un duro debate sobre si la agorafobia debía ser considerada una forma subordinada del trastorno de pánico (como era el caso en el DSM-IV) o se podía considerar un trastorno independiente (como ya figuraba en la CIE-10 y ha acabado figurando en el DSM-5), entre otras razones por la existencia de casos de agorafobia en los que, a pesar de la elevada ansiedad, no se producen ataques de pánico (Wittchen y otros, 2010). Pese a todo, actualmente la mayoría de la literatura existente todavía habla del tratamiento de la agorafobia como un subtipo de trastorno de pánico. A la ya mencio-

nada exposición interoceptiva para el trastorno de pánico, se suelen añadir elementos de exposición a los espacios y situaciones temidas, además de reestructuración cognitiva adaptada a la propia naturaleza del miedo a tener miedo. Las terapias de tercera generación, como la ACT, también han tenido una gran entrada en el campo específico de la agorafobia enfatizando, al igual que en la ansiedad social, la evitación experiencial (Blanco Bailac, 2012; Carrascoso López, 1999). Desde la ACT, se considera que la base de muchos trastornos de ansiedad es el trastorno de evitación experiencial. Como ya hemos mencionado, este consiste en un patrón inflexible bajo el cual, para poder vivir, se actúa bajo la necesidad de controlar y/o evitar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados (Soriano Luciano y Valdivia Salas, 2006). En el caso de trastorno de pánico con agorafobia, la intervención desde el modelo ACT no se centra en reducir la ansiedad directamente (como hacen modelos cognitivo-conductuales, de segunda generación), sino en eliminar los intentos de reducir el malestar, de manera que se puedan aceptar los eventos privados como parte de la vida (Blanco Bailac, 2012). Es decir, se trabaja para que la persona acepte lo que eludía mediante la evitación experiencial. Veamos un ejemplo:

La metáfora del polígrafo se puede usar desde la ACT para evidenciar la imposibilidad de controlar la ansiedad y como el intento de mantener el control acaba siendo parte del problema.

Terapeuta: Imagina que te pongo una pistola en la cabeza y te digo «Si no limpias absolutamente todo el despacho, te mato». ¿Lo limpiarías?

Persona usuaria: Por supuesto, rapidísimamente.

T: Entonces salvarías tu vida. Pero ¿qué pasaría si te conectase al mejor polígrafo del mundo, que fuese capaz de detectar el mínimo nivel de activación o ansiedad? Esta vez, salvar tu vida dependería de que no te pusieses nervioso. Imagina que te dijera «Quédate relajado, se detectará cualquier mínima ansiedad» y para

motivarte un poco más, te apunto con una pistola en la cabeza. Si te mantienes tranquilo no se disparará.

PU: Es imposible.

T: Cuando te pides a ti mismo controlar la ansiedad ya has perdido la calma. El controlar sirve con los comportamientos que podemos observar, pero no con lo que pasa en nuestro interior.

El objetivo de esta intervención es que la persona entienda que el control de los eventos internos es contraproducente, por lo que su aceptación puede ser más funcional.

3.2.5. Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por un grado de preocupación persistente y excesiva sobre diversos ámbitos (familia, relaciones interpersonales, trabajo, dinero, salud, etc.). Esta inespecificidad en los estímulos causantes de la ansiedad justifica que las terapias de corte cognitivo se hayan impuesto a las de corte puramente conductual, puesto que es posible generalizar los efectos de una reestructuración a otras distorsiones. Sin embargo, cuentan con apoyo experimental técnicas conductuales como la relajación aplicada, la programación de un «tiempo de preocupación», así como la planificación de actividades placenteras o la exposición controlada a pensamientos y situaciones que se evitan. Estas técnicas se combinan dentro de diseños de intervención, incorporación más reciente de integración de elementos de tercera generación como el *mindfulness*, la aceptación y el compromiso (Roemer y Orsillo, 2006) o la metacognición (Wells 1995), con el objetivo de que la persona pueda tolerar la incertidumbre respecto a los diversos ámbitos de preocupación. Desde la psicología positiva también se ha hecho una propuesta de tratamiento (Fava y otros, 2005) que, al coincidir en componentes con el tratamiento de la depresión, será presentado más abajo. En la siguiente viñeta podemos

ver una de las intervenciones usadas para disminuir el impacto de las preocupaciones en personas con diagnóstico de TAG.

Persona usuaria: Yo intento no preocuparme, pero no lo consigo.

Terapeuta: Intentar no preocuparse es imposible. Sin embargo, te voy a proponer organizar tus preocupaciones, para que no te molesten tanto. ¿Qué te parece?

PU: ¿Cómo se pueden organizar las preocupaciones?

T: Una técnica que funciona muy bien es tener un tiempo al día para preocuparse y analizar estas preocupaciones. Puede ser una hora, pero debe estar estratégicamente colocada, de forma que puedas dedicarte al cien por cien a las preocupaciones. La única norma es que nunca sea antes de dormir. ¿Qué tiempo se te ocurre que podrías dedicar?

PU: Hum... Por la tarde, después de la siesta, cuando los niños aún están en el colegio.

T: De acuerdo, ese puede ser un buen momento. Ahora tus preocupaciones aparecen en cualquier momento del día, a partir de ahora, cuando esto pase debes decirte «Esto es una preocupación, la analizaré luego», la dejarás para tu momento de preocuparte y te centrarás en lo que estás haciendo. Una vez ahí, tienes libertad para preocuparte, apunta todo lo que se te ocurra y analiza esos pensamientos como hemos hecho en consulta.

PU: De acuerdo, puedo intentarlo.

T: Con esta intervención perseguimos que puedas seguir con lo que estás haciendo concentrada y, cuando sea el momento de preocuparte, puedas hacerlo desde un momento emocional distinto a cuando aparece de golpe la preocupación.

3.2.6. Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) está caracterizado por pensamientos intrusivos, recurrentes y persistentes (denominados

«obsesiones»), que producen inquietud, aprensión, temor o preocupación y conductas repetitivas (denominadas «compulsiones») dirigidas a reducir la ansiedad asociada a los pensamientos obsesivos. Tanto la CIE-11 como el DSM-5 ubican en el TOC y otros trastornos relacionados en un capítulo independiente, aunque históricamente había sido incluido en el capítulo de los trastornos de ansiedad. Hasta la introducción de la exposición con prevención de respuesta (EPR, Meyer, 1966) a mediados de la década de los años sesenta del siglo XX, el trastorno se consideraba resistente tanto a tratamientos farmacológicos como a psicoterapia psicodinámica o conductual (se había intentado sobre todo desensibilización sistemática y aversión; Foa, 2010). El tratamiento original propuesto por Meyer (1966) incluía exposición en vivo y prevención de los rituales. El componente preventivo, que constituía la principal novedad, consiste en instruir a la persona en abstenerse de realizar el ritual, lo que le lleva a aprender que el nivel de ansiedad baja a medio plazo y que las consecuencias temidas por no realizar los rituales nunca ocurren. Quince años después, el grupo de Edna Foa (Foa y otros, 1980) desarrolló una variante que consistía en exposición en imaginación, muy útil cuando se dan pensamientos obsesivos sin compulsión manifiesta. En este caso, la prevención de respuesta se hace de los rituales mentales y estrategias neutralizantes. Además, el grupo de Foa introdujo un componente de procesamiento que consiste en discutir la experiencia de la persona durante o después de la exposición y la prevención de respuesta, y cómo esta experiencia confirma o no sus expectativas.

A pesar de que la EPR es considerada una terapia muy eficaz (Gava y otros, 2007; Olatunji y otros, 2013), las terapias de tercera generación comienzan a aportar una nueva visión en el tratamiento cognitivo-conductual del TOC, proponiendo una visión contextual que prevenga posibles evitaciones enmascaradas a través del uso de técnicas que ayuden a la persona a ponerse en contacto con su momento presente, aceptando y disminuyendo la credibilidad de los pensamientos obsesivos.

sivos¹⁸ y promoviendo la flexibilidad conductual (León-Quismondo y otros, 2014). Se ha llegado a proponer la aplicación de la EPR acompañada de componentes de aceptación y compromiso que conjuguen las ventajas de ambos tratamientos (Fernández, 2013). En el caso de la exposición con prevención de respuesta en vivo, es posible que algunas personas tengan resistencias a realizar las autoexposiciones. Recordemos que es importante graduar la dificultad e ir avanzando al ritmo de la persona. Veamos un ejemplo de una persona con diagnóstico de TOC a la que le ha llegado el momento de pasar al ítem de no ducharse en dos días.

Persona usuaria: No veo la necesidad de no ducharme... la gente normal se ducha cada día.

Terapeuta: Tal y como hemos hecho con los «retos» anteriores, se trata de perder el miedo a la sensación de estar contaminada. También pensaste que no podrías no lavarte las manos antes de comer y, aunque no fue fácil, lo conseguiste.

PU: Sí, pero... es que no sé si entiendo este extremo...

T: Es la misma idea que en las ocasiones anteriores, para perder el miedo es necesario enfrentarse a él. Cuando te «descontaminas» alimentas tu miedo, si puedes aguantar sin «evitar» lo debilitas. Necesitas experimentar cómo puede desaparecer la sensación de estar contaminada y usar la ducha como un lavado, no como una descontaminación.

PU: Ya... pero no sé si voy a ser capaz.

T: Seguramente pasará un largo tiempo hasta que disminuya la ansiedad, ¿recuerdas la famosa curva de la ansiedad?

PU: Sí.

18 En el contexto de la ACT, al proceso de reducción de credibilidad de los pensamientos se denomina «defusión».

T: La ansiedad sube, pero al final siempre disminuye: ya lo has podido experimentar y te has sorprendido a ti misma superando «reto» tras «reto».

PU: Entonces, este va a ser un reto más...

3.2.7. Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por la aparición de síntomas de estrés tras la exposición a un acontecimiento que es evaluado subjetivamente como extremadamente amenazante para la integridad física o psicológica. Se considera que el acontecimiento ha debido involucrar un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo. También se tiene en cuenta la traumatización vicaria, como por ejemplo el impacto que puede producir el visionado de noticias sobre violencia en televisión. El trastorno fue introducido por primera vez en la tercera edición del DSM (American Psychiatric Association, 1980) e incluido posteriormente en el sistema CIE. Esto ocurrió en el contexto de las dificultades para proveer de tratamiento a los veteranos de Vietnam en Estados Unidos de América, suponiendo una influencia explícita de un acontecimiento sociopolítico sobre una categoría nosológica (Scott, 1990). Esta influencia persiste hoy en día. Por ello, aparte de las bases de datos y guías de tratamiento ya sugeridas, en el tratamiento del TEPT se tienen en cuenta las recomendaciones del Centro Nacional para el TEPT¹⁹ del Departamento de Asuntos de los Veteranos del Gobierno Estadounidense²⁰, que mantiene la base de datos PTSDpubs,²¹ (antiguamente PILOTS²²), exclusivamente dedicada a investigación sobre estrés postraumático.

19 National center for PTSD, <http://www.ptsd.va.gov>

20 US Department of Veteran Affairs, <http://www.va.gov>

21 https://www.ptsd.va.gov/ptsdpubs/search_ptsdpubs.asp

22 Published International Literature On Traumatic Stress.

En el tratamiento de las respuestas psicológicas a las experiencias traumáticas existen tres momentos importantes: el periodo inmediatamente posterior (hasta tres días después del trauma), el primer mes en el que se puede considerar el diagnóstico de trastorno de ansiedad aguda (TEA) y el periodo posterior en el que ya se puede considerar el diagnóstico de TEPT. En lo referente a los momentos que suceden al trauma, se consideró durante tiempo beneficioso hacer una charla sobre la experiencia traumática o *debriefing*. Sin embargo, la evidencia apunta a que, aunque el *debriefing* puede ser beneficioso para algunas personas, también puede ser muy perjudicial para otras. La revisión Cochrane sobre *debriefing* muestra que globalmente no hay resultados beneficiosos y puede haber efectos perjudiciales (Rose y otros, 2002). Por ello, los principales organismos dedicados a la producción de guías de actuación psicosocial en emergencias aconsejan la aproximación de los primeros auxilios psicológicos (World Health Organization, War Trauma Foundation y World Vision International, 2011). Esta metodología es más flexible que el *debriefing*, incluye más elementos comunitarios y no incorpora la narración del hecho traumático a no ser que sea la persona afectada la que lo exprese de manera espontánea.

En cuanto al tratamiento del TEA y el TEPT, los tratamientos de corte cognitivo-conductual enfocados en el trauma basados en los trabajos del grupo de Edna Foa sobre la exposición prolongada a la experiencia traumática son los que cuentan con mayor popularidad y evidencia positiva reflejada en la mayor parte de las guías de tratamiento por encima de otros tratamientos cognitivo conductuales no enfocados en el trauma como la inoculación de estrés (Bisson y otros, 2007; Bisson y otros, 2013). También cuenta con una creciente popularidad entre los profesionales el reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)²³ propuesto por Francine Shapiro (1989a, 1989b), que ha demostrado una eficacia equivalente al tratamiento de exposición (Bisson y otros, 2007, 2013). Aparte de la introducción de ejercicios mediante los que

23 Acrónimo en inglés de Eye Movement Desensitization and Reprocessing.

la persona realiza un movimiento ocular, esta técnica no incluye una verbalización de la experiencia traumática, sino que la persona debe evocar para sí misma los recuerdos perturbadores. Hay cierta controversia sobre los mecanismos subyacentes al funcionamiento de esta técnica. Mientras que desde algunas posiciones conductistas se defiende que es simplemente una variante cognitiva de la exposición, algunos defensores del EMDR dan explicaciones sobre su efectividad basadas en la activación de zonas cerebrales que permiten un procesamiento distinto de la experiencia (Jeffries y Davis, 2013).²⁴ La existencia de perspectivas diferentes que cuentan con la misma evidencia (exposición y EMDR) permite ofrecer alternativas a las personas usuarias, ya que ambas opciones cuentan con el mismo nivel de evidencia, pero distintos tipos de personas pueden preferir diversas aproximaciones al tratamiento. Algunos trabajos recientes han llegado a proponer combinaciones de ambas técnicas, pero cada una para un objetivo diferente (Van Woudenberg y otros, 2018). Mientras que la exposición se centraría en las memorias traumáticas, el EMDR se enfoca en los miedos futuros. Además, sería importante implementar primero la exposición y luego el EMDR (Van Minnen y otros, 2020).

En el campo sociocognitivo, los estudios sobre creencias básicas de Ronnie Janoff-Bulman (1992) ayudaron a integrar el tratamiento del TEPT con posiciones humanistas que dan una mayor importancia a los componentes existenciales (Pérez-Sales, 2004), como por ejemplo la logoterapia de Viktor Frankl (1946). En una línea similar, la psicología positiva y el movimiento de estudio de la resiliencia han abierto la puerta a la exploración del posible crecimiento que se produce ante una experiencia traumática (Vera Poseck y otros, 2006). Estas aproximaciones, aunque cuentan con menor cantidad de evidencia empírica, son muy populares en los casos en los que el trauma tiene un origen psicosocial,

24 Se debe tener en cuenta que, mientras que las técnicas de exposición son una aplicación directa de los modelos de condicionamiento y extinción del miedo en animales, en el caso del EMDR, Francine Shapiro observó de forma más o menos casual que el movimiento ondulante de ojos alivia los pensamientos intrusivos. Por esta razón, los estudios sobre los mecanismos de acción del EMDR han sido realizados a posteriori.

como las víctimas de violencia política y conflictos armados (Blanco y Díaz, 2004). Veamos un ejemplo de aplicación del modelo de asunciones básicas de benevolencia, significado y dignidad de Janoff-Bulman (1992).

Persona usuaria: Desde que ocurrió ya no puedo pensar que alguien es bueno, es como si todo el mundo me pareciese malo.

Terapeuta: Todos tenemos ciertas ambigüedades entre lo que está bien o mal, algunas personas confían más en los demás y otras menos. En situaciones como la que tuviste que afrontar, nos vemos confrontados con personas que actúan guiadas por la maldad.

PU: Sí, no me puedo explicar cómo alguien puede hacer algo así, se puede ser egoísta, se puede pasar de todo el mundo... pero causar tanto sufrimiento... ¿para qué?

T: Sin embargo, me has contado que después de lo ocurrido recibiste una atención muy buena por parte de los servicios de emergencia.

PU: Es cierto, se portaron muy bien conmigo, fueron más allá de lo profesional...

T: Entonces, también hay personas que son «un poquito» más buenas que la media...

PU: Sí, es cierto... pero esta ambigüedad me causa mucha inseguridad, no sé si seré capaz de volver a confiar en alguien. Las personas que son como los profesionales de rescate son una minoría.

T: Por fortuna también las que cometen actos tan desdenables.

PU: Sí, es cierto, pero no puedo, ahora mismo no puedo...

T: Quizá nos lo podemos tomar como un aprendizaje. Las emociones que sientes ahora son normales e incluso adecuadas, son parte de un camino de experiencia.

3.3. Tratamiento del estado de ánimo alterado: depresión y trastorno bipolar

Aunque estas dos familias de trastornos aparecen independientemente en el DSM-5, se presentaron bajo la misma categoría (llamada «trastornos del estado de ánimo») durante la tercera y cuarta edición de este manual diagnóstico. En la CIE-11 ambos se agrupan dentro de la categoría de trastornos del estado de ánimo. Debemos señalar que el trastorno bipolar fue una adaptación del concepto «psicosis maníaco-depresiva», es decir, durante décadas se consideró que este trastorno pertenecía a la esfera de la psicosis y aun hoy en día no es raro encontrarlos agrupados.²⁵ Aunque el trastorno bipolar puede cursar con sintomatología psicótica más o menos transitoria, una aproximación etiológica desde el estado de ánimo en las fases depresivas y otra desde la psicosis en las fases maníacas es más compatible con la percepción subjetiva de las personas usuarias (Cromby y otros, 2013).

3.3.1. Depresión

«Depresión» (o «depresión unipolar» para diferenciar las etapas depresivas dentro del trastorno bipolar) es como se denomina a un conjunto de síntomas afectivos como son la tristeza, el decaimiento, o la irritabilidad que pueden desembocar en trastornos²⁶ cuando causan un deterioro significativo de la esfera social, laboral u otras áreas vitales. Desde el psicoanálisis original, se entendía la depresión como ira convertida en odio hacia uno mismo al no poder ser exteriorizada por el

25 Por ejemplo, en la revisión Cochrane sobre la eficacia de la psicoeducación para trastornos mentales graves (Zhao y otros, 2015) que citaremos más adelante, se habla de «esquizofrenia, trastorno bipolar y otras psicosis».

26 Los diagnósticos más habituales son los de depresión mayor y depresión persistente o distimia. El DSM-5 incluye el trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo (de diagnóstico específico en la infancia-adolescencia) y el trastorno disfórico premenstrual, además de los habituales «debido a enfermedad médica», «otro especificado» y «no especificado».

miedo a no ser aceptado. Una de las primeras teorías alternativas al psicoanálisis fue desarrollada desde el constructivismo. Kelly (1955) considera la depresión una constricción extrema del campo perceptivo para minimizar el riesgo de invalidación personal. Posteriormente, los modelos etiológicos de Seligman (1972) y Beck (1976) han sido los más influyentes desde la década de los años setenta del siglo pasado. Seligman, basándose en sus experimentos en los que sometía a perros a castigos aleatorios, explica la depresión desde la indefensión aprendida. Este autor, a la postre fundador del movimiento de la psicología positiva, propone que la depresión es el resultado de la percepción de que, independientemente de nuestras acciones, no tenemos ningún control sobre el ambiente que nos rodea. El modelo cognitivo de Beck propone que la depresión proviene de distorsiones cognitivas en los esquemas a través de los que entendemos la realidad. Estas distorsiones incluirían por ejemplo sobregeneralizaciones (si una cosa va mal, todas irán mal), culpabilización (atribuirse culpa sobre hechos de los que no se tiene control alguno) o catastrofismo (dar mayor peso al peor resultado posible, aunque sea poco probable, o experimentar una situación como insostenible cuando es solo incómoda).

Posteriormente, desde el campo conductual, el modelo de autocontrol de Kanfer y Karoly (1972) fue adaptado por Rehm (1977) para su aplicación clínica. Este modelo incluye tres procesos fundamentales que se dan de manera diferente en las personas que sufren depresión: automonitorización, autoevaluación y autorrefuerzo. En el caso de una persona con tendencia a la depresión, la automonitorización incluiría la atención a eventos negativos y consecuencias inmediatas del comportamiento. La autoevaluación incluiría atribuciones erróneas de causalidad interna o exceso de causalidad externa. En otros términos, baja percepción de capacidad de control ambiental, que llevaría a indefensión en términos de Seligman (1972), e incluiría elevados niveles de autoexigencia. Por último, el autorrefuerzo estaría caracterizado por el autocastigo sin apenas autorrecompensas.

En cuanto a las evidencias sobre tratamiento, las revisiones metaanalíticas más recientes apuntan a una muy ligera ventaja en la eficacia

de las terapias cognitivo-conductuales de segunda generación basadas en el modelo de Beck sobre las puramente conductuales (1.^a generación y activación conductual de 3.^a generación) y de las conductuales sobre las psicodinámicas (Churchill y otros, 2010), sin diferencias entre las conductuales y las humanistas o las integradoras (Shinohara y otros, 2013). Las terapias de tercera generación son ligeramente superiores al llamado «tratamiento habitual» (en las revisiones esto hace referencia sobre todo a tratamiento farmacológico con antidepresivos e intervenciones breves en atención primaria; Churchill y otros, 2013) y muestran una eficacia similar a las de segunda generación (Hunot y otros, 2013).

En general, las guías recomiendan terapias psicológicas combinadas con farmacología solo en depresiones resistentes. Lo más aconsejado siguen siendo las terapias cognitivo-conductuales de segunda generación con componentes de reestructuración cognitiva (Beck y otros, 1979). Para poder aplicar esta técnica es necesario que se identifique el pensamiento que se quiere trabajar específicamente y se concrete. Se aconseja empezar la reestructuración por pensamientos menos centrales, como son los pensamientos automáticos y, posteriormente, los supuestos y creencias disfuncionales. Veamos un fragmento de la aplicación de la reestructuración cognitiva verbal en el caso de una mujer con un trastorno depresivo.

Persona usuaria: Mi jefe me ha dicho que tenemos que reunirnos mañana... Seguro que me despide.

Terapeuta: ¿Y eso?

PU: Seguro que me he equivocado en algo... Piensa que no estoy a la altura...

T: ¿Qué quiere decir que no estás a la altura?

PU: Que soy una inútil.

T: Disculpa, no sé si te estoy entendiendo bien. Corrígeme si me equivoco, tu jefe te ha dicho que os tenéis que reunir mañana, es posible que sea porque has cometido un error, en cuyo caso el pensará que no estás a la altura, que eres una inútil y te echará.

PU: Sí...

T: ¿Qué es lo que te hace pensar que tu jefe ha detectado un error en tu trabajo?

PU: Pues no sé... ¿por qué otra razón se iba a querer reunir conmigo?

T: No sé, la verdad. ¿Alguna vez se había reunido contigo antes?

PU: Sólo cuando llegué para darme la bienvenida y cuando me cambiaron el horario.

T: Ah y ¿a tus compañeros les ha reunido alguna vez?

PU: Sí, cuando han hecho algo grave, o para diferentes cambios: de sección, de horario, de maquinaria...

T: ¿Sería posible que quisiese reunirse contigo por alguno de estos motivos?

PU: Hum... Sí, imposible no es...

T: ¿Cómo de probable crees que es?

PU: No sé... supongo que hay un 50 y 50 % de posibilidades. (...)

T: En el caso de que hubiera detectado un error en el trabajo. ¿Qué podría pasar además de que te echaran?

PU: Que me regañara y avisaran para arreglarlo...

T: ¿Cómo de probable sería que en caso de haber cometido un error te llamara para una razón distinta a echarte?

PU: Supongo que hay un 50 y 50 % de posibilidades también.

(...)

T: En el caso de que la peor de las opciones ocurriera y te echaran... ¿Qué podrías hacer?

PU: Huy, no sé... lo pasaría fatal...

T: ¿Le dirías a un amigo tuyo en esta situación que es un inútil?

PU: ¡No, no, no! Le diría que puede buscar otro trabajo.

T: ¿Y si él te dijera que es que lo han despedido por cometer un error y eso significa que es un inútil?

PU: Le diría que no lo es, que todo el mundo se equivoca y que lo importante es buscar un nuevo trabajo.

T: ¿Por qué le dirías esto?

PU: Porque, si no, le hundiría.

T: Claro, supongo que querrías transmitirle una manera más útil de sobrepasar la situación.

(...)

T: ¿Cuál es tu conclusión?

PU: Dándole vueltas a la situación no voy a adelantar nada. Voy a esperar a que el jefe me diga qué ha pasado. Una vez me lo diga, si es algo negativo, claro que me sentiré mal, pero lo más práctico será centrarme en pensar cómo solucionar el problema. Y si me echa, que no es lo más probable, tendré que buscar otro trabajo, quedándome en casa no solucionaría nada.

Se recomienda no intentar demostrar a la persona que tenemos la verdad absoluta, sino mostrar una actitud de curiosidad e interés para intentar saber cómo las cosas pueden ser diferentes. Si las pruebas a favor de un pensamiento indican que este es cierto, entonces se considera con la persona qué se puede hacer al respecto (por ejemplo, y si no se cree capaz de expresar sus ideas con claridad y esto se confirma, se le podría acompañar en el proceso de aprenderlas a formular más adecuadamente).

También son aceptadas otras terapias más centradas en los aspectos conductuales con componentes de solución de problemas (D’Zurilla y Goldfried, 1971) y autocontrol (Fuchs y Rehm, 1977), además de terapias de tercera generación como la activación conductual (Jacobson y otros, 2001), la ACT (Hayes y otros, 1999) y la terapia cognitiva basada en atención plena (Segal y otros, 2002). Es importante diferenciar la activación conductual como técnica, presente desde la primera generación de terapias conductuales (Ferster, 1973; Lewinsohn y Graf, 1973), de la terapia de activación conductual para la depresión (TACD) de Jacobson y otros (2001). Mientras que el foco de atención de la técnica se dirige fundamentalmente hacia la extinción de reforzamientos negativos (la evitación de determinadas situaciones), en la TACD se considera, además, la importancia del reforzamiento positivo que el sujeto puede obtener al presentarse como persona deprimida, es decir, las consecuencias de las acciones de la persona en su entorno (Barraga, 2009). Por otro lado, las terapias con componentes específicos de ejercicio físico, también cuentan con evidencia metaanalítica sobre su efectividad (Josefsson y otros, 2014; Rethorst y otros, 2009) y son recomendadas en depresiones leves y moderadas cuando existe suficiente motivación y salud física como para comenzar un entrenamiento.

La terapia interpersonal (Klerman y otros, 1974), basada en los factores comunes,²⁷ cuenta con un nivel de evidencia equivalente a las terapias cognitivo-conductuales. Otras aproximaciones recomendadas son las de corte humanista (Rogers, 1951) y la psicoterapia psicodinámica breve (Malan, 1963; Mann, 1973; Strupp y Binder, 1984).

Cabe destacar cuatro aproximaciones alternativas con incipiente evidencia metaanalítica. En primer lugar, desde corrientes constructivistas, se ha apuntado a la importancia de los conflictos cognitivos para entender la depresión. Como comentamos anteriormente, Feixas Viaplana y Compañ Felipe (2015) proponen un sistema de tratamiento basado en dilemas implicativos. Estos son un tipo de conflicto cognitivo en el que el síntoma se asocia a dimensiones positivas de la construcción del sí mismo. Es decir, un cambio deseado en un aspecto de la identidad (por ejemplo, pasar de ser infeliz a ser feliz) también implicaría un cambio no deseado (por ejemplo, pasar de ser generoso a ser egoísta). De este modo la persona se ve confrontada con un dilema, ya que el cambio deseado (ser más feliz) también implicaría uno indeseado (ser más egoísta) en función de las conexiones semánticas del sistema de construcción personal. El trabajo, desde esta perspectiva, consiste en explorar estas construcciones problemáticas del sí mismo, de los demás y del problema para entender cómo afectan a sus dificultades para cambiar en la dirección deseada. Este modelo de intervención ha demostrado resultados equivalentes al tratamiento cognitivo conductual de Beck (Feixas y otros, 2016, 2018). En segundo lugar, desde la psicología positiva se ha desarrollado un programa específico de tratamiento para depresión (Fava, 1999) y trastorno de ansiedad generalizada (Fava y otros, 2005) basado en las dimensiones de bienestar²⁸ de Ryff (1989). Esta y otras intervenciones basadas en

27 Entendidos como una alianza terapéutica en la que el terapeuta se involucra empáticamente con la persona usuaria, lo ayuda a sentirse comprendido, despierta su afecto, presenta un claro fundamento y ritual de tratamiento, y produce experiencias de éxito (Markowitz y Weissman, 2004).

28 Autoaceptación, Relaciones positivas, Autonomía, Dominio del entorno, Propósito en la vida y Crecimiento personal (traducción y adaptación de Díaz y otros, 2006).

los principios de la psicología positiva (incluyendo amabilidad, cultivo de momentos especiales, esperanza, gratitud, optimismo o promoción de fortalezas) cuentan con creciente evidencia metaanalítica a su favor (Bolier y otros, 2013; Sin y Lyubomirsky, 2009), no solo en la reducción de sintomatología depresiva sino también en el aumento del bienestar.²⁹ En tercer lugar, las intervenciones psicosociales o programas comunitarios que promueven la identificación social han demostrado protección contra la depresión, alivio sintomático y prevención de recaídas (Cruwys y otros, 2013, 2014). En cuarto lugar, y con una línea similar a la de la identificación social, los grupos de ayuda mutua, en los que no participan profesionales, han demostrado en una revisión metaanalítica mayor eficacia que el tratamiento habitual en atención primaria (medicación e intervenciones breves) y una eficacia equivalente a la de la terapia cognitivo-conductual (Pfeiffer y otros, 2011).

Por último, como vimos en el capítulo dedicado a la evidencia sobre los tratamientos psicológicos y su uso, Mergl y otros (2011) demostraron que el tratamiento elegido por las personas con depresión, al ofrecer la opción de elegir entre fármacos o psicoterapia, funciona mejor independientemente de la dirección de la elección. Es decir, al menos en el contexto del tratamiento de la depresión, existe evidencia experimental de que la capacidad de elección sobre los componentes del tratamiento, mejora los resultados.

3.3.2. Trastorno bipolar

El trastorno bipolar (TB), a diferencia de las depresiones unipolares, combina etapas de euforia y de depresión. La percepción subjetiva se podría resumir en cambios anímicos en los que se «es capaz de todo o no se es capaz de nada». Es muy frecuente encontrar concep-

29 Se ha demostrado que estas variables no tienen una correlación perfectamente negativa, sino que el malestar y bienestar psicológico pueden darse a la vez y la ausencia del primero no significa automáticamente que el segundo se presente de manera elevada (Ruini y otros, 2003).

tos asociados a la cronicidad del TB; sin embargo, existe controversia sobre la naturaleza crónica de este trastorno. El adjetivo «crónico» en el diagnóstico se aplicaba en el DSM-IV al episodio depresivo dentro del TB a partir de una duración de dos años. Esta especificación ha desaparecido en el DSM-5, aunque persiste como subcategoría en diagnósticos como el trastorno depresivo mayor. En una revisión publicada por *The Lancet*,³⁰ Geddes y Miklowitz (2013) reportan un 60 % de remisión sintomática en los dos primeros años. Si bien un trastorno con una prevalencia de entre 1 y 2 % del total de la población, en el que en torno al 40 % de personas pueden volver a recaer incluso con un tratamiento adecuado, es un grave problema para la salud pública, creemos que es muy importante no asumir que cualquier persona que haya sido diagnosticada con un TB tiene una «enfermedad incurable», dado que, por fortuna, la mayor parte de las personas se recuperan o al menos aumentan ostensiblemente su calidad de vida a través de diversos recorridos de recuperación.

Los tratamientos recomendados para el TB incluyen psicoeducación, identificación de señales y búsqueda de ayuda, tratamientos cognitivo-conductuales (incluyendo reestructuración cognitiva y más recientemente atención plena y técnicas metacognitivas),³¹ intervención familiar y terapia interpersonal y del ritmo social. A pesar de los distintos niveles de estructuración y profundidad de estos tratamientos existen algunos componentes comunes para el tratamiento psicológico del TB que incluyen (National Collaborating Centre for Mental Health UK, 2006; Swartz y Swanson, 2014):

- Psicoeducación acerca del trastorno o programas de autogestión del bienestar.

30 *The Lancet* es la principal revista médica británica. Es la que cuenta con mayor prestigio en Europa y la segunda en el mundo después del *New England Journal of Medicine*.

31 El tratamiento metacognitivo será explicado en la sección de psicosis, ya que la mayor parte de la evidencia se ha centrado en estos diagnósticos. Sin embargo, se han desarrollado protocolos para trastornos de ansiedad, obsesiones y estrés, trastornos del estado de ánimo (incluyendo bipolares y depresivos) y trastorno límite de la personalidad.

- Monitorización del estado de ánimo, detección de alertas tempranas y estrategias para prevenir las primeras etapas de desarrollo de episodios.
- Seguimiento y regularización de los ciclos de sueño-vigilia.
- Promoción de adherencia a la medicación, si hay.
- Estrategias de afrontamiento, incluyendo técnicas de resolución de problemas y mejora de la comunicación (haciendo solicitudes positivas de cambio o discutiendo constructivamente comportamientos negativos).
- Prevención de recaídas.

Siempre hay que tener en cuenta en qué fase del trastorno se encuentra la persona (manía, depresión o eutimia) y las dificultades específicas que presenta. Las intervenciones que muestran más apoyo empírico para la fase de manía son la psicoeducación, incluida o no en paquetes de atención (Simon y otros, 2005), y las terapias centradas en la familia para la fase depresiva.

Dada la naturaleza cíclica del trastorno es importante que las personas lo puedan comprender con el objetivo de autorregularse y monitorizar su estado de ánimo. Por ello, se ha hallado una gran evidencia para programas de psicoeducación y autogestión del bienestar (Colom y otros, 2003; Zhao y otros, 2015). Es importante recordar que la psicoeducación va más allá de la descripción de la sintomatología. Con esta técnica se pretende que la persona se responsabilice de su evolución, conozca cómo se manifiestan sus síntomas para poder detectarlos y gestionarlos mejor, y adquiera una serie de recursos para potenciar la salud y el bienestar.

Teniendo en cuenta que la eficacia de los tratamientos combinados de psicoterapia y medicación funcionan mejor que los que solo incluyen medicación (Swartz y Swanson, 2014), una de las tareas de las que se suelen hacer cargo los equipos de tratamiento psicológico es la facilitación del cumplimiento del tratamiento farmacológico siempre respetando las decisiones de la persona usuaria al respecto. Por ello, es fundamental una adecuada coordinación con los equipos de psiquiatría

que trabajan con la persona. La mayor parte de las personas usuarias de servicios de salud mental diagnosticados con TB toman medicación eutimizante.³²

La promoción de rutinas del sueño regular y la monitorización del estado de ánimo con el fin de identificar alertas tempranas constituyen la parte central de la terapia interpersonal y del ritmo social (aunque debería estar presente en todas las orientaciones de tratamiento del TB de manera más o menos intensa). Esta terapia está basada en la importancia del impacto que ciertos factores psicosociales pueden tener en los ritmos sociales y circadianos, con su consecuente efecto sobre los episodios afectivos (manía o depresión). Las estrategias utilizadas incluyen la automonitorización, la programación gradual de tareas, la psicoeducación sobre el TB y su tratamiento y técnicas propias de la terapia interpersonal para la resolución de las áreas problemáticas.

También están recomendadas las terapias cognitivo-conductuales que combinan los citados elementos comunes (psicoeducación, monitorizaciones del humor, estrategias de afrontamiento y de prevención de recaídas) con reestructuración cognitiva. Las terapias de tercera generación aplicadas al trastorno bipolar incluyen terapia basada en atención plena (Stange y Eisner, 2011) y entrenamiento metacognitivo (Moritz y Woodward, 2007).

La intervención familiar incluye personas cercanas en la implementación de los elementos transversales de psicoeducación, creación de hábitos estables y monitorización de posibles recaídas. Aunque la evidencia sobre su superioridad sobre la intervención individual (incluyendo aproximaciones tanto psicoeducativas como sistémicas) es todavía preliminar (Justo y otros, 2007),³³ está recomendada por la práctica totalidad de guías. Esto probablemente se deba a la facilita-

32 Estabilizadores del estado del ánimo como el litio o los anticonvulsivantes. Estos últimos deben su nombre a que son fármacos para el tratamiento de la epilepsia con un efecto adicional sobre el estado del ánimo a dosis más bajas.

33 La cita es de la revisión Cochrane más reciente. Aunque muchos estudios muestran resultados superiores en variables principales como síntomas o número de reingresos, la alta

ción de procesos clínicos que permiten una adecuada interacción de la familia, independientemente de que esto evite ingresos o reduzca sintomatologías concretas.

3.4. Tratamiento de la psicosis

«Psicosis» es un término genérico para referirse a un estado mental en el que se produce una escisión o pérdida de contacto con la realidad. Los diagnósticos concretos incluyen esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, de delirios (llamado «delirante» en el DSM-IV y la CIE-10 y 11) y otras especificaciones que indican menor duración o intensidad como el trastorno psicótico breve (llamado «agudo» o «transitorio» en la el sistema CIE), el esquizofreniforme o la aparición de sintomatología en el contexto de otros problemas médicos o de uso de sustancias. La CIE-11 incluye el trastorno esquizotípico, caracterizado por comportamiento excéntrico y anomalías afectivas sin presentar alucinaciones o delirios, que el DSM incluye en su clasificación de trastornos de personalidad. Aunque la prevalencia de trastornos psicóticos se suele estimar entre el 1 y el 3 %, recientes estudios epidemiológicos han evidenciado que la prevalencia de sintomatología en la población general es mucho mayor de lo que cabría esperar. Por ejemplo, un estudio realizado con una muestra comunitaria de adolescentes halló que un 60 % habían experimentado algún síntoma psicótico (Laurens y otros, 2007). Una de las explicaciones para esta elevada prevalencia tiene su origen en la evolución. Los delirios y alucinaciones se podrían entender como signos de alerta, puesto que en ciertos momentos era más adaptativo un nivel de alerta mayor aunque no fuese real (Kelleher y otros, 2010).

Aunque el cuidado de la relación terapéutica (confianza, acuerdo entre objetivos y métodos y colaboración mutua) es siempre impor-

heterogeneidad de las intervenciones y diseños de los estudios no permitió realizar los análisis metaanalíticos según la estricta metodología Cochrane.

tante en el abordaje de cualquier dificultad en salud mental y es una de las funciones del terapeuta, queremos hacer especial énfasis en los casos de psicosis. Las personas con delirios y/o alucinaciones tienen una experiencia real (aunque no corresponda con lo que el terapeuta considera realidad objetiva), por tanto, sea cual sea nuestra orientación, la intervención debe basarse en el respeto, la construcción de objetivos comunes (el objetivo puede ser por ejemplo encapsular³⁴ el delirio) y la no confrontación directa del contenido de las alucinaciones y los delirios, sino en fomentar la duda, la flexibilidad y las áreas más funcionales de la persona. Veamos un fragmento del inicio de una intervención psicológica en una unidad de agudos, con una persona que lleva unos días ingresada con ideación delirante de perjuicio.

Persona usuaria: Me han encerrado aquí... y no entiendo por qué, deberían encerrar a los que quieren hacerme daño.

Terapeuta: ¿Sientes que te quieren hacer daño?

PU: Tú tampoco me crees, ¿verdad?

T: No sé si lo que yo crea es lo más importante, yo apenas te conozco, no sé cómo ha sido tu vida... Lo que sí veo es que el malestar que sientes es real. Debe de ser muy angustiante sentirse cómo te estas sintiendo tú, se debe de sentir mucho miedo en tu situación, mucha confusión...

PU: Es horrible y no entiendo por qué tengo que estar aquí.

T: ¿Recuerdas cómo fue el ingreso?

(...) [Repaso de los acontecimientos para ayudar a la persona a orientarse]

34 Encapsular un delirio hace referencia a no hacerlo desaparecer, sino prestarle poca atención o que este no ocupe una posición central en la vida de la persona.

T: Este ingreso puede ofrecerte un lugar seguro, para poder alejarte de la situación y poder estar algo más tranquilo. Y, si tú quieres, podemos intentar pensar juntos sobre lo que ha ido pasando y lo que te preocupa. Podemos ir ordenándolo y reflexionando sobre ello.

PU: Sí.

Actualmente hay terapias psicológicas bien establecidas para la psicosis. Las intervenciones psicológicas de elección son: la psicoeducación, los diversos paquetes de tratamiento cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, la rehabilitación cognitiva, el tratamiento asertivo comunitario o los programas de inserción sociolaboral. Además, existen tratamientos especialmente enfocados en la intervención temprana como el tratamiento sistemático de la psicosis persistente (Herrmann-Doig y otros, 2002; STOPP,³⁵ por sus siglas en inglés). En cuanto a los niveles de evidencia, la revisión Cochrane vigente habla de una eficacia similar de la terapia cognitivo conductual frente al resto de intervenciones psicosociales (Jones y otros, 2012).

La reestructuración cognitiva en psicosis tiene ciertas características que diferencian el procedimiento a cuando es usada en depresión o ansiedad. Por un lado, como hemos visto en la viñeta, hay que tener en cuenta que para algunas personas la idea delirante es completamente real y puede no consistir en una evaluación catastrófica o una generalización, sino en una presencia física. Por ello, siempre después del establecimiento colaborativo de objetivos, es recomendable el uso de técnicas como el descubrimiento guiado o el cuestionamiento socrático (Tai y Turkington, 2009), para despertar la duda acerca de los delirios de una forma gradual. Por otro, hay personas que han llegado a la conclusión de que el delirio no es real pero su problema estriba en la incapacidad de no centrar su atención en él, por lo que el

35 Systematic Treatment of Persistent Psychosis.

uso de técnicas que modifiquen el foco o el procesamiento atencional, como ejercitar la identificación de estímulos internos versus externos, pueden ser muy beneficiosas. También se usan técnicas de exposición a las imágenes o presencias temidas en delirios o paranoias, aunque hay que tener en cuenta que la comorbilidad entre trastornos psicóticos y de ansiedad es muy alta (hasta un 60 %; Dernovsek y Sprah, 2009) y ante niveles altos de ansiedad las personas con trastornos psicóticos pueden presentar elevados niveles de malestar. En este caso, el uso de estas técnicas debe realizarse con la máxima cautela y consentimiento por parte de las personas que las reciben, no solo por la posibilidad de levantar resistencias, sino por el riesgo de socavar su dignidad.

Dentro de las terapias de tercera generación, aunque sin anclaje en la teoría de los marcos relacionales, los tratamientos metacognitivos (Moritz y Woodward, 2007) son los que han tenido más impacto sobre el tratamiento de la psicosis (Moritz y otros, 2014). El término «metacognición» hace referencia a pensar acerca de la forma en que pensamos acerca de nuestro propio pensamiento (Sedlacek y otros, 2014). Estos procedimientos tienen la ventaja de facilitar la intervención sobre los procesos implicados en los delirios y alucinaciones más que en el contenido de estos, de tal modo que a menudo levantan menos resistencias entre las personas y les colocan en una posición de mayor empoderamiento. Hay también algunos avances incipientes en el campo del *mindfulness* y la terapia de aceptación y compromiso. En el caso del *mindfulness*, no se utiliza como tratamiento principal ni como técnica para disminuir la sintomatología, sino para aliviar el malestar causado por ella en algunas personas capaces de realizar los ejercicios de meditación. En el caso de la ACT, se ha desarrollado un protocolo de tratamiento completo en el que se añaden elementos como la defusión cognitiva, similar al concepto de metacognición, que consiste en aprender a separarse del contenido literal de los pensamientos y poder tomar perspectiva percibiéndolos en su contexto relacional dinámico en lugar de realidades inmutables (Pankey y Hayes, 2003). Aunque el nivel de evidencia aún es modesto, se ha publicado

un protocolo Cochrane y la correspondiente revisión está pendiente de ser culminada (Naeem y otros, 2015).

3.5. Tratamiento de los trastornos de personalidad

Los trastornos de personalidad son un conjunto heterogéneo de condiciones en las cuales una persona tiene un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos muy diferentes a las expectativas de su entorno sociocultural. Se diferencian del resto de grupos de trastornos mentales en sus implicaciones para las relaciones interpersonales y su persistencia a lo largo del tiempo.³⁶ Aunque los conceptos de «normalidad» y «expectación sociocultural» han generado mucho debate, el punto de acuerdo entre diferentes miradas disciplinarias es que para considerar la existencia de un trastorno de personalidad, la desviación debe constituir una interferencia significativa en la capacidad de la persona para desempeñarse en situaciones personales y sociales. Es decir, se considera que existe un trastorno de personalidad solo cuando el comportamiento es evaluado como desviado de las normas sociales en el lugar donde vive la persona en cuestión.

El debate entre la naturaleza dimensional o categorial de estos trastornos, presente en el proceso de elaboración del DSM-5, fue saldado con una victoria moral para la dimensionalidad, aunque en la práctica el DSM-5 sigue proponiendo el uso de categorías, que se recomienda sean complementadas con una evaluación dimensional (Skodol y otros, 2013). La CIE-11 propone dos nuevos instrumentos de medición, un inventario de personalidad de sesenta ítems (Oltmanns y Widiger, 2018) correspondientes a cinco dominios (afectividad negativa, desapego, disocial, desinhibición y anancastia) y un instrumento más breve

36 En el DSM-IV existían varios ejes. El primero incluía todos los trastornos mentales excepto los de personalidad, que se incluían en el segundo. De esta forma, se solía definir a los trastornos de personalidad como un patrón desadaptativo que no constituía un trastorno del eje I.

(nueve ítems) para la evaluación estandarizada de la severidad del trastorno de la personalidad (Olajide y otros, 2018).

No existen tratamientos bien establecidos para todos los trastornos de personalidad aunque algunos, por su similitud con otros trastornos, se tratan de manera similar. Ejemplo de esto son el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, cuyo tratamiento es similar al del TOC, o los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico, cuyos tratamientos toman elementos del tratamiento de la psicosis. Sin embargo, el trastorno Límite de la personalidad quizá por su elevada prevalencia, impacto social y riesgo para la vida de las personas diagnosticadas, sí cuenta con tratamientos bien establecidos como la terapia dialéctico-conductual (DBT),³⁷ la terapia centrada en la transferencia (TFP),³⁸ la terapia basada en la mentalización (MBT),³⁹ la terapia centrada en esquemas (SFT)⁴⁰ y los sistemas de entrenamiento para la predictibilidad emocional y la resolución de problemas (STEPPS)⁴¹ (Stoffers y otros, 2012).

La DBT (Linehan, 1993) parte de un enfoque cognitivo-conductual e incorpora el mindfulness. Incluye sesiones grupales para el entrenamiento de habilidades y sesiones individuales para trabajar los aspectos personales y la puesta en práctica de las habilidades. El tratamiento aborda las conductas de riesgo vital y entrena a la persona en la práctica de conductas alternativas más adaptativas para el afrontamiento de las relaciones intra e interpersonales y la regulación emocional.

Componentes de la terapia dialéctico-conductual (Linehan, 1993)

37 Dialectical Behaviour Therapy.

38 Transference-Focused Therapy.

39 Mentalisation Based Treatment.

40 Schema-Focused Therapy.

41 Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for Borderline Personality Disorder.

Terapia individual

Terapia grupal. Entrenamiento de las siguientes habilidades:

- Habilidades básicas de conciencia
- Habilidades de efectividad interpersonal
- Habilidades de regulación de emociones
- Habilidades de tolerancia al malestar

Consultas telefónicas. Las personas pueden contactar con el equipo terapéutico en momentos de crisis.

La TFP (Kernberg y otros, 2008) es un tipo de terapia manualizada de origen psicodinámico. Tiene como objetivo la integración de la representación del sí mismo y de los otros, a través de la relación transferencial que se da entre persona usuaria y terapeuta y distintos recursos técnicos que el terapeuta pone en marcha durante la misma.

La MBT (Bateman y Fonagy, 2004), también de origen dinámico, tiene como objetivo favorecer la mentalización a través de las sesiones terapéuticas. Es decir, que la persona tenga una representación integrada de sí misma y logre entender la conducta propia y de los demás en relación con la subjetividad (creencias, sentimientos, deseos, etc.).

La SFT (Young, 1994) es una terapia de corte cognitivo que tiene como objetivo identificar y modificar los «esquemas desadaptativos tempranos» que constituyen la base de las dificultades de las personas con diagnóstico TLP.

Finalmente, STEPPS (Black y otros, 2008) es un programa de tratamiento grupal ambulatorio manualizado, para personas con diagnóstico de TLP. Se centra en el trabajo de la respuesta emocional y la resolución de problemas mediante técnicas cognitivo-conductuales.

3.6. Tratamiento de los trastornos alimentarios

Estos trastornos consisten en conductas de alimentación anómalas. Mientras que algunos están relacionados en mayor o menor medida a la insatisfacción con la imagen corporal⁴² —como la evitación o restricción de ingestión de alimentos, el trastorno de atracones, la anorexia, la bulimia, la ortorexia⁴³ y la vigorexia⁴⁴ (estos dos últimos aún no incluidos en el sistema DSM ni CIE)—, otros tienen que ver con pautas alimentarias anómalas de origen desconocido como el pica⁴⁵ o la rumiación.⁴⁶ Las personas con trastornos relacionados con la imagen corporal verbalizan a menudo visiones distorsionadas en referencia a su peso e imagen. Se ven gordos, aunque estén flacos, o flacos aunque tengan una gran masa muscular. Por esta razón algunos autores han llegado a comparar la anorexia y la bulimia con la psicosis, aunque otros hablan de una conducta adictiva por la ocurrencia de actos impulsivos. Aunque son metáforas que ayudan a entender parte del comportamiento de estas personas, ninguna de estas dos analogías ha recibido suficiente apoyo en la literatura etiológica (Polivy y Herman, 2002). Las hipótesis de la interacción de la influencia sociocultural occidental del culto al cuerpo con factores de personalidad (sobre todo emocionalidad negativa y perfeccionismo) y baja flexibilidad cognitiva son las que tienen más soporte empírico, entre otras cosas porque estos trastornos no se dan en todos los contextos culturales uniformemente (Keel y Forney, 2013; Tchanturia y otros, 2012).

Los trastornos alimentarios afectan a las personas de una manera global, dado que las consecuencias abarcan las esferas nutricionales, físicas, psicológicas y sociales. Aun siguiendo tratamientos recomendados, estos trastornos pueden suponer un riesgo para la vida. Esta complejidad

42 En el DSM-IV solo se incluían estos trastornos, que se denominaban «trastornos de la conducta alimentaria» únicamente incluían anorexia y bulimia.

43 Obsesión por la comida sana.

44 Obsesión por ganar masa muscular.

45 Deseo irresistible de comer o lamer sustancias no nutritivas.

46 Regurgitación y nueva masticación repetidas de alimentos.

requiere coordinación de diversas disciplinas en el tratamiento, que va más allá de la salud mental, implicando a especialistas en endocrinología o nutrición. La importancia de una revisión médica profunda es fundamental, en vista de la elevada tasa de diagnósticos erróneos que se dan y pueden estar enmascarando fallos del sistema hormonal (Nicholls y otros, 2016) y en los casos de diagnóstico correcto, los vómitos y el uso de laxantes pueden alterar el balance electrolítico del cuerpo. La importancia del asesoramiento nutricional también es fundamental, ya que aunque estas personas sigan un tratamiento adecuado, es muy difícil que alcancen un equilibrio en la ingesta de nutrientes a un ritmo que no ponga en riesgo su salud. Sin embargo, aunque esto es importante, no es suficiente, como veremos a continuación.

El tratamiento de la anorexia, la bulimia y los atracones ha recibido suficiente atención para ser incluido en las principales guías y bases de datos. En el caso de la anorexia se recomienda terapia cognitivo-analítica, terapia cognitivo-conductual, psicoterapia interpersonal, terapia psicodinámica focal e intervenciones familiares. Según la Biblioteca Cochrane la psicoterapia psicodinámica focal y las intervenciones familiares muestran una eficacia superior al tratamiento básico y el asesoramiento nutricional (Fisher y otros, 2010; Hay y otros, 2015). Otra revisión no metaanalítica habla de efectividad similar entre terapia cognitivo-conductual y el resto de las aproximaciones (Galsworthy-Francis y Allan, 2014). Dentro de este grado de equivalencia, algunas revisiones han encontrado ciertas especificidades. Mientras que la terapia cognitivo-conductual parece más indicada para prevenir recaídas en adultos que han estabilizado su peso y no parece tener un efecto claro sobre el aumento de peso, las intervenciones familiares parecen más indicadas para adolescentes (Bulik y otros, 2007). El fomento de la flexibilidad cognitiva ha recibido especial atención en los últimos años cristalizando en el establecimiento de la terapia de remediación o mejora cognitiva que ha recibido amplio soporte experimental en el campo de la anorexia (Lindvall Dahlgren y Rø, 2014).

M es una chica de 18 años, que presenta un trastorno alimentario desde los 14 años. Su diagnóstico empezó siendo anorexia nerviosa y a los 17 pasó a cumplir criterios de bulimia nerviosa. Los problemas alimenticios de M ocupan un papel central en la familia, sus padres están muy preocupados por ella. Su madre ya no sabe qué hacer para ayudar a su hija, ante tanta frustración acaba gritándole para que no se dé atracones, cuando ve que esto no es efectivo le dice que haga lo que quiera, que no le importa lo que le pase. Cuando pasan unas horas o días, se siente mal por cómo lo pasa su hija y acude a consolarla. El padre se mantiene al margen de las discusiones, nunca ha estado muy presente porque ha tenido que trabajar mucho, le preocupa mucho el comportamiento de su hija, pero no sabe cómo ayudar y está agotado de las discusiones, no se posiciona. El padre habitualmente lleva a M a las consultas del centro de salud mental y le pide que coma de manera adecuada y que no vomite.

M cree que su madre tiene razón y tiene que comer bien, entiende que su madre le grite y que le diga cosas desagradables, aunque en algunos momentos siente odio por ella. También entiende que su padre esté agotado por la situación en casa, pero según M, su padre no entiende nada.

Cuando M discute con su madre, no puede evitar darse atracones, cuando la madre se da cuenta de que M ha vuelto a perder el control, suele haber más disputas entre ellas. M acaba sintiéndose mal y purgándose.

(...)

Como vemos en el ejemplo, la familia suele jugar un papel importante en los casos de TCA. Según el modelo, este fenómeno se aborda de diferentes modos, por ejemplo: el modelo cognitivo-conductual se centraría en informar y dar estrategias para el manejo del síntoma; en cambio, la terapia familiar sistémica trabajaría directamente con la familia sobre las dinámicas familiares establecidas.

En el caso de la bulimia y los atracones las terapias cognitivo-conductuales de segunda y tercera generación han mostrado superioridad frente al resto (Hay y otros, 2009). También tiene un alto grado de recomendación la psicoterapia interpersonal, sobre todo en casos en los que no se responda a la TCC a corto plazo (Murphy y otros, 2012). En general, se recomienda flexibilidad, pudiendo aplicar terapias psi-

codinámicas, cognitivo-analíticas, orientación cognitiva o hipnosis, si se adaptan mejor a las necesidades y preferencias de la persona (National Collaborating Centre for Mental Health [UK], 2004).

Dado el estigma relacionado con la culpabilización en estos trastornos y la importancia de las nuevas tecnologías, se han desarrollado programas de autoayuda que han demostrado eficacia en los primeros episodios de aparición de sintomatología de trastornos de la alimentación (Perkins y otros, 2006).

Los tratamientos para el trastorno de pica y la rumiación cuentan con menor cantidad de evidencia empírica que los de la anorexia, atracones y bulimia. Estos trastornos se dan de manera muy heterogénea, afectando desde personas con discapacidad intelectual severa hasta otras con un funcionamiento social normal. Una aproximación de intervención clásica ampliamente utilizada es la de la inversión de hábitos, ideada para eliminar los tics (Azrin y Nunn, 1973). Este procedimiento consiste en realizar conductas contrarias o incompatibles con el hábito en cuestión. El tratamiento del trastorno de pica está muy condicionado por el riesgo de intoxicación, sobre todo cuando este se da en personas con problemas del control de impulsos debido a déficits cognitivos. Por ello se combinan intervenciones basadas en refuerzos positivos, como la inversión de hábitos, con estimulación aversiva para frenar la ingesta de sustancias tóxicas. En el caso de la rumiación, se utilizan chicles y algunas medicaciones que estimulan la actividad del tracto intestinal como medidas incompatibles con la rumiación. Recientemente se ha comprobado que los tratamientos de *biofeedback* centrados en la actividad muscular abdominal reducen las regurgitaciones (Barba y otros, 2015).

3.7. Tratamiento de las adicciones

Las adicciones se caracterizan por el consumo de sustancias o la realización de conductas de forma compulsiva a pesar de las interferencias en la conducción de una vida adaptada y/o de producir riesgos

para la salud. Suele existir un deseo persistente de consumo,⁴⁷ o esfuerzos fracasados por abandonarlo. Un síntoma que no se da en todas las sustancias⁴⁸ o comportamientos, pero puede agravar la situación, es el síndrome de abstinencia, que consiste en alteraciones físicas y cognitivas cuando no se puede consumir la sustancia o realizar la conducta. Mientras que en el caso de las sustancias estas alteraciones tienen que ver con la disminución de la concentración en sangre de la sustancia, en el caso de adicciones comportamentales, se dan ante la retirada de la conducta.

La CIE-11 incluye una sección de trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos clasificados por sustancia (alcohol; cannabis; cannabinoides sintéticos; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; cocaína; estimulantes; catinonas sintéticas; cafeína; alucinógenos; nicotina; inhalantes volátiles; MDMA; drogas disociativas y otros). En cada sustancia se pueden dar tres afecciones causales: episodio de consumo nocivo, patrón nocivo y dependencia (excepto en el consumo de cafeína), que pueden estar asociadas con intoxicación o síndrome de abstinencia. Además, se pueden dar deliriums, trastornos psicóticos u otros trastornos inducidos por el consumo. Se incluyen además los trastornos por juego de apuestas y por uso de videojuegos.

En el DSM-5 se incluyen nueve tipos de sustancias (alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes/hipnóticos/ansiolíticos, estimulantes y tabaco) y una categoría de «otros», además de una adicción comportamental como es el juego patológico. Mientras que en el DSM-IV se incluían diagnósticos de abuso y dependencia a las diversas sustancias, debido a fenómenos anómalos, como los huérfanos diagnósticos,⁴⁹ se ha decidido unificar el diagnóstico y en el DSM-5 los diagnósticos se denominan «trastorno por consumo

47 Este deseo se suele denominar con la palabra inglesa «*craving*» que se podría traducir como ansia.

48 La mayoría de los alucinógenos e inhalantes no producen síntomas de abstinencia.

49 Como vimos en la sección de diagnóstico, se denominan «huérfanos diagnósticos» (Hasin y Paykin, 1998) a aquellas personas que cumplen uno o dos síntomas para dependencia de alcohol, pero no reúnen criterios suficientes para recibir un diagnóstico DSM-IV ni de dependencia ni de abuso.

de...». Se incluyen además trastornos relacionados con cada sustancia que incluye intoxicación y abstinencia, además de las categorías «otro» y «no especificado». En el caso de la cafeína, tanto en el DSM-5 como en la CIE-11, solo se admiten los diagnósticos de intoxicación y abstinencia, dado que se considera que no puede haber un trastorno por consumo de cafeína como tal, a pesar de la evidencia presentada por los defensores de este diagnóstico (Meredith y otros, 2013).

Aunque no se hayan incluido explícitamente en los manuales diagnósticos (se suelen englobar en la categoría de «otros»), hay otras adicciones comportamentales como la adicción al sexo, a las nuevas tecnologías, a las compras o al trabajo que están recibiendo una gran atención por parte de profesionales y poderes públicos debido a sus costes sociales.

Quizá la manera más sencilla de comparar diferentes formas de entender las adicciones y su tratamiento es la conceptualización de Brickman y otros (1982), que clasifica los modelos según la responsabilidad (o no) del consumidor en el inicio del consumo abusivo y en cuanto a la responsabilidad en su cese, creando cuatro hipotéticas categorías de orientación disciplinar hacia las adicciones, como podemos ver a continuación.

		Responsabilidad personal en el inicio	
		SÍ	NO
Responsabilidad personal en el cese	SÍ	Modelo moral	Modelo compensatorio
	NO	Modelo de la iluminación	Modelo médico

- El modelo moral entiende que la persona ha tenido responsabilidad en el inicio, ya que son personas con una debilidad moral y debe tenerla en el cese. Este modelo tuvo su auge en el siglo XIX, en el que se pensaba que castigando a las personas que consumían sustancias dejarían de hacerlo.
- El modelo compensatorio entiende que el individuo no tiene responsabilidad para el inicio por ser un conjunto de situaciones de

desventaja social las que llevan al consumo, en interacción con factores biológicos que lo acrecientan. Sin embargo, sí entiende que la persona debe tener responsabilidad en el tratamiento, por lo que se intenta ayudar desde intervenciones basadas en la motivación y el cambio de hábitos.

- Para el modelo de la iluminación, el consumidor ha tenido una responsabilidad en el inicio y debe ser «iluminado» sobre la verdadera naturaleza de su adicción para ser capaz de cesar. Dentro de este modelo, el cambio solo es posible a través de la renuncia del control personal mediante la aceptación de poderes superiores y/o colectivos, normalmente a través de la integración en grupos de autoayuda del tipo Alcohólicos Anónimos.
- Por último, la categoría del modelo médico estaría hoy en día representada por el modelo de enfermedad cerebral propuesto por el Instituto Nacional (estadounidense) de Abuso de Sustancias (NIDA).⁵⁰ En este modelo la persona con una adicción no habría tenido responsabilidad en lo que se refiere a que el consumo se haya convertido en abusivo. Esto sería así, puesto que, según este modelo, la vulnerabilidad y los cambios provocados por las sustancias o comportamientos en el circuito de recompensa humano facilitarían el proceso de adicción. Tampoco tendrían responsabilidad en su cese, que sería facilitado sobre todo por la intervención de profesionales apoyados por psicofármacos.

Por supuesto, esta conceptualización no refleja completamente la realidad, habiendo multitud de visiones intermedias, sobre todo entre el modelo médico y el modelo compensatorio que son dominantes en el ámbito de la atención a los problemas de abuso de sustancias.

Aunque tradicionalmente ha habido cierto enfrentamiento entre las tres últimas visiones (habiendo desaparecido afortunadamente el modelo moral de la práctica totalidad de planteamientos terapéuticos), hoy en día hay una cierta aceptación de la convivencia de las tres

50 National Institute on Drug Abuse.

orientaciones bajo una mirada pragmática y la conciencia de que la recuperación de una adicción severa es un camino complejo que puede ser diverso para diferentes personas, e incluso en distintos momentos para la misma persona. Es decir, después de intentar prevalecer sobre el resto sin éxito, las tres orientaciones aceptan hasta cierto punto que existen personas a las que les da mejor resultado seguir un tratamiento basado en una de las otras dos orientaciones en alguna de las fases del complejo proceso terapéutico de las adicciones.

Un aspecto importante a tener en cuenta antes de iniciar un tratamiento para las adicciones es identificar el estadio de cambio en el que se encuentra la persona. El modelo de estadios de cambio fue elaborado por Prochaska y DiClemente (1982) e incluye los estadios de precontemplación (en el que se niega el problema y no se considera el cambio), contemplación (en el que se reconoce el problema pero no se ha iniciado el cambio), preparación (la persona está lista para empezar el cambio), acción (el cambio se empieza a materializar), mantenimiento (sostenimiento de los cambios logrados) y finalización. En este modelo las recaídas son una parte más del proceso y no suponen un fracaso, sino uno de los avatares del cese del consumo o de la realización de la conducta a tratar. En congruencia con este modelo se diseñó la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991; Miller, 1983), un enfoque integrativo muy útil al inicio de un tratamiento por adicciones. Los principios de la entrevista motivacional se pueden resumir en la aceptación de la persona, la evocación (no dar consejos ni juzgar, sino buscar y ensalzar las fortalezas de la persona), la colaboración (evadiendo la confrontación) y la compasión (evitando la indiferencia pero también la lástima). Esta intervención ha mostrado su eficacia sobre otro tipo de intervenciones de cambio comportamental tanto en la motivación para el tratamiento en adicciones, como en otros cambios como el inicio de dietas sanas o el autocuidado en personas con VIH (Lundahl y otros, 2013; Rubak y otros, 2005). A continuación, vemos un fragmento de una intervención realizada bajo el modelo de la entrevista motivacional.

P es un hombre de 43 años que consume alcohol en patrón de dependencia. Actualmente se encuentra en fase precontemplativa: tuvo un accidente de tráfico por conducir bajo los efectos del alcohol, se le retiró el carnet y se le indicó que tenía que acudir a consultas de psicología en el centro de atención a las toxicomanías.

(...)

Persona usuaria: Pensé que estaba bien, no me di cuenta y cogí el coche. Si me hubiera dado cuenta no lo hubiera hecho.

Terapeuta: Veo que ha sido algo desagradable para ti.

PU: Sí, porque yo no me imaginaba... no sé, si llega a pasar alguna cosa me hubiera sentido muy mal.

T: Si hubiera pasado alguna cosa.

PU: Sí, podría haber hecho daño a alguien... o yo mismo podría haber tenido un accidente más grave.

T: Ciertamente es una situación peligrosa. ¿Qué pasó aquella noche?

PU: Volví de estar con unos clientes y había bebido. Soy una persona muy nerviosa... y con mi trabajo (comercial) necesito ser más abierto, más sociable.

T: No sé si lo he acabado de entender, quieres decir que cómo eres nervioso necesitas apoyarte en el alcohol para tu trabajo.

PU: Bueno, no es un apoyo que necesite del todo, pero sí que me va bien... La gente con el alcohol habla más, todo el mundo bebe y yo he tenido que hablar con mucha gente en restaurantes, bares...

T: Entonces, sí lo he entendido bien, no necesitas el alcohol en el trabajo, pero al ir a tantos bares y restaurantes lo tienes a mano y además te ayuda a socializar.

PU: Sí... Normalmente sí, menos alguna vez que se me ha ido de las manos y he acabado diciendo alguna tontería, no informando bien a la gente, o incluso poniéndome un poco en ridículo.

T: Así que, por un lado, el alcohol te ayuda en el trabajo a tener menos vergüenza pero, por otro, a veces puede hacer que hagas mal tu trabajo o incluso avergonzarte y en esta última ocasión te puso en peligro a ti y a las otras personas que estaban circulando también.

PU: Sí... Mi mujer dice que tengo un problema.

T: Y ¿qué es lo que ve ella para pensar eso?

PU: Bueno, cuando llego a casa por la noche dice que huelo a alcohol... Se enfada conmigo y empezamos a discutir.

T: Entiendo.

PU: A ella no le gusta que beba, dice que no soy el mismo.

T: Qué curioso, antes decías que te iba bien beber para ser más sociable y resulta que a tu mujer le gusta más el otro [nombre], el que no bebe. ¿Qué debe ser lo que le gusta a tu mujer del [nombre] que no bebe?

PU: Supongo que estoy más despierto, huelo bien, la ayudo más, tengo ganas de que hagamos cosas los dos fuera de casa, estoy más cariñoso y atento, no grito... Nos lo pasamos bien la verdad.

T: Y ¿el [nombre] que bebe qué tiene de bueno?

PU: Es más atrevido, fanfarrón, no le importan los demás...

T: Corrígeme si me equivoco pero hasta aquí he entendido que beber es algo que te viene bien en el trabajo, que te hace estar más sociable, atrevido, fanfarrón,

hace que te importen menos los demás... Pero, por otro lado, te trae algunos problemas en el trabajo, con tu mujer y en esta última ocasión un problema que podría haber sido muy grave. Además, resulta que tú, sin beber hueles bien, estás más despierto, disfrutas más con tu mujer.

(...)

Como se puede observar, el objetivo del terapeuta es detectar las ambivalencias sobre el consumo e intentar acrecentar la conciencia de problema para moverlo a un estadio contemplativo.

En cuanto al tratamiento psicológico del consumo de sustancias, la TCC (con componentes de prevención de recaídas) sola y en combinación con entrevista motivacional (Riper y otros, 2014), ha demostrado su eficacia en prácticamente todas las sustancias, con efectos especialmente buenos en el tratamiento del consumo de cannabis (Magill y Ray, 2009). En el caso específico del alcohol, los grupos basados en la filosofía de los doce pasos, característica distintiva de Alcohólicos Anónimos y entidades similares, parecen tener un efecto similar al de la TCC y la EM (Ferri y otros, 2006). En el caso del juego patológico, tanto la terapia cognitivo-conductual (con componentes de reestructuración de pensamientos distorsionados sobre el azar), como la entrevista motivacional y las terapias integrativas parecen tener un cierto efecto sobre la conducta de juego, aunque la evidencia todavía es escasa (Cowlishaw y otros, 2012).

Una hipótesis que tuvo mucho impacto durante la década de los años noventa sostenía que las intervenciones deberían estar dirigidas a personas según su perfil. Sin embargo, los intentos por demostrar esta hipótesis, además de necesitar muchos recursos, no han podido demostrar estas diferencias. El ya citado proyecto MATCH (Project MATCH Research Group, 1997) a pesar de contar con una muestra de mil quinientas personas, no pudo demostrar que la selección de tratamiento según perfiles tenga algún efecto beneficioso. Los autores de este manual apostamos por tener en cuenta las preferencias de las personas por encima de intentarles clasificar por sus características diagnósticas, de personalidad o sociodemográficas, una orientación

que está dando mejores resultados tanto en el tratamiento de las adicciones como en el de otros trastornos (Tompkins y otros, 2013).

Creemos que es importante comentar dos aspectos antes de acabar con la sección de tratamiento de las adicciones. El primero es la altísima tasa de comorbilidad entre trastornos adictivos y otros trastornos mentales. A esta condición se le denomina «patología dual». Es muy poco probable que una persona con una adicción grave no experimente a su vez otros tipos de malestares, llegue a constituir o no un diagnóstico. Por ello es muy importante tener en cuenta posibilidades de tratamiento combinado y ser conscientes de que cualquier sintomatología se puede exacerbar al inicio de la abstinencia. Por otro lado, hay que tener en cuenta que en el tratamiento de algunas adicciones, además de medicación psiquiátrica dirigida a los síntomas, se usa medicación de mantenimiento que consiste en administrar la misma sustancia o una similar para controlar la abstinencia. El caso más famoso es el de la metadona (sustancia agonista opiácea, igual que la heroína) para la adicción de los opiáceos, aunque existen otros como los parches de nicotina. Esto forma parte de los llamados «programas de reducción de daños» que persiguen reducir los riesgos para la salud en las personas que no pueden o quieren alcanzar una abstinencia total. Estos programas también incluyen la dispensación de jeringuillas limpias, preservativos, programas psicoeducativos, etc.

3.8. Tratamiento de las disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales consisten en dificultades en las diferentes etapas del acto sexual incluyendo deseo, excitación, orgasmo y resolución (Masters y Johnson, 1966). El DSM-5 incluye la eyaculación retardada, el trastorno eréctil, el trastorno orgásmico femenino (antes conocido como anorgasmia), el trastorno del interés/excitación sexual femenino (combinación de deseo sexual hipoactivo y trastorno de excitabilidad del DSM-IV), el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración (combina el vaginismo y la dispareunia del DSM-IV),

el trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, la eyaculación prematura (precoz), la disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos y las categorías de «otra» y «no especificada».

En la etapa de diagnóstico es importante descartar causas físicas ya sean enfermedades o consumo de medicamentos o drogas. Además, se deben tener en cuenta características personales y de la pareja, puesto que se pueden dar problemas de pareja que interfieren en la actividad sexual (incluyendo violencia de género), problemas con la imagen corporal, historia de abuso sexual, ansiedad, estrés, depresión o factores culturales y religiosos que puedan explicar mejor la situación que una disfunción sexual. En el tratamiento de las disfunciones sexuales es muy frecuente encontrar personas que no saben o no han recibido afecto y placer, debido a la falta de educación sexual, por lo que la estimulación puede ser muy inadecuada.

La psicoeducación en el abordaje de los trastornos sexuales cobra un papel especial y se aplica en la práctica totalidad de modelos terapéuticos, ya que muchas de las personas que presentan estos trastornos pueden presentar carencias sustanciales de conocimiento sobre el disfrute sexual. El tratamiento con mayor nivel de evidencia (Frühauf y otros, 2013) para casi todos los trastornos es la terapia sexual (TS) de Masters y Johnson (1970) que incluye educación sexual, ejercicios de pareja (masturbación, focalización sensorial, técnica de parada y arranque, etc.) y asesoramiento sexual. Esta terapia se suele realizar en coterapia por terapeutas de ambos sexos. La terapia cognitivo-conductual para las disfunciones sexuales incorpora reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales sobre la sexualidad y está especialmente indicada en el vaginismo y el deseo sexual hipoactivo femenino. El entrenamiento en habilidades es otra opción terapéutica centrada exclusivamente en los ejercicios sexuales que ha mostrado mejores resultados que la TS en el tratamiento de la anorgasmia y la TS y la TCC en el tratamiento del deseo sexual hipoactivo femenino. En el caso de la disfunción eréctil, aunque la terapia sexual ha demostrado efectividad, la terapia sexual grupal parece producir mejores resultados (Melnik y otros, 2008). Esta terapia grupal está específicamente diseñada para este

trastorno incluyendo elementos de sexualidad masculina, formación en comunicación, mitos sobre la sexualidad masculina, placer sin demandas y permiso para darse placer a uno mismo.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Third Edition*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425657>
- American Psychological Association, Task Force on Psychological Intervention Guidelines. (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Autor.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052-1059. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.57.12.1052>
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., y Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490-505.
- Azrin, N. H., y Nunn, R. G. (1973). Habit-reversal: A method of eliminating nervous habits and TIC. *Behaviour Research and Therapy*, 11(4), 619-628. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(73\)90119-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(73)90119-8)
- Barba, E., Burri, E., Accarino, A., Malagelada, C., Rodríguez-Urrutia, A., Soldevilla, A., y Azpiroz, F. (2015). Biofeedback-Guided Control of Abdominothoracic Muscular Activity Reduces Regurgitation Episodes in Patients With Rumination. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 13(1), 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2014.04.018>
- Barlow, D. H., Cohen, A. S., Waddell, M. T., Vermilyea, B. B., Klosko, J. S., Blanchard, E. B., y Di Nardo, P. A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy*, 15(5), 431-449. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(84\)80048-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(84)80048-9)
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., y Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional*

- Disorders* (vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190686017.001.0001>
- Barraga, J. (2009). La activación conductual (AC) y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TADCD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la Activación Conductual. *EduPsykhé*, 8(1), 23–50.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment*. Oxford University Press.
- Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., y Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(Supl. 1), S1-9. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.
- Becoña, E., Lorena, I., Fernández, C., Lloves, M., Luis, M.; Fernández, N., y Carm, M. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 87, 9-19.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., y Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190(2), 97-104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402>
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., y Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- Black, D. W., Blum, N., Eichinger, L., McCormick, B., Allen, J., y Sieleni, B. (2008). STEPPS: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving in women offenders with borderline personality disorder in prison--a pilot study. *CNS Spectrums*, 13(10), 881-886.
- Blanco, A., y Díaz, D. (2004). Bienestar social y trauma psicosocial: una visión alternativa al trastorno de estrés protraumático. *Clínica y Salud*, 15(3), 227-252.
- Blanco Bailac, G. (2012). Más allá de los comportamientos evitativos. Un estudio de un caso de crisis de angustia con agorafobia desde la perspecti-

- va de la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Clínica Contemporánea*, 3(2), 181-196. <https://doi.org/10.5093/cc2012a12>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., y Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., y Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 310-320. <https://doi.org/10.1002/eat.20367>
- Carrascoso López, F. J. (1999). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11(1), 1-12.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., y Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies , II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16. <https://doi.org/10.1037/e555332011-003>
- Churchill, R., Moore, T. H., Caldwell, D., Davies, P., Jones, H., Furukawa, T. A., y Hunot, V. (2010). Cognitive behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008698>
- Churchill, R., Moore, T. H. M., Furukawa, T. A., Caldwell, D. M., Davies, P., Jones, H., y Hunot, V. (2013). «Third wave» cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD008705. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008705.pub2>
- Clark, D. M., y Salkovskis, P. M. (1989). *Cognitive therapy for panic and hypochondriasis*. Pergamon Press.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Goikolea, J. M., y Gastó, C. (2003). Psychoeducation efficacy in bipolar disorders: Beyond compliance enhancement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(9), 1101-1105. <https://doi.org/10.4088/JCP.v64n0917>
- Cowlishaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A., y Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling.

- Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008937.pub2>
- Crespo, M., Bernaldo de Quirós, M., Roa, A., Gómez, M. M., y Roa, R. (2012). Guía de referencia rápida de tratamientos psicológicos con apoyo empírico. Recuperado 22/03/2016, del *Sitio web del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid*: <http://www.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/index.php>
- Cromby, J., Harper, D., y Reavey, P. (2013). Sadness and worry. En *Psychology, Mental Health and Distress*. In J. Cromby, D. Harper, y P. Reavey (Eds.), *Psychology, Mental Health and Distress*. Palgrave Macmillan.
- Cruwys, T., Alexander Haslam, S., Dingle, G. A., Jetten, J., Hornsey, M. J., Desdemona Chong, E. M., y Oei, T. P. S. (2014). Feeling connected again: Interventions that increase social identification reduce depression symptoms in community and clinical settings. *Journal of Affective Disorders*, 159, 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.019>
- Cruwys, T., Dingle, G. A., Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., y Morton, T. A. (2013). Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. *Social Science y Medicine*, 98, 179-86. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.013>
- D’Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126. <http://dx.doi.org/10.1037/h0031360>
- Dalrymple, K. L., y Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: a pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543-568. <https://doi.org/10.1177/0145445507302037>
- Dernovsek, M. Z., y Sprah, L. (2009). Comorbid anxiety in patients with psychosis. *Psychiatria Danubina*, 21, 43-50.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., y Dierendonck, D. van (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Fava, G. A. (1999). Well-Being Therapy: Conceptual and Technical Issues. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(4), 171-179. <https://doi.org/10.1159/000012329>

- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., y Sirigatti, S. (2005). Well-Being Therapy of Generalized Anxiety Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(1), 26-30. <https://doi.org/10.1159/000082023>
- Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Paz, C., Montesano, A., Compañ, V., Salla, M., Aguilera, M., Trujillo, A., Cañete, J., Medeiros-Ferreira, L., Soriano, J., Ibarra, M., Medina, J. C., Ortiz, E., y Lana, F. (2016). A dilemma-focused intervention for depression: a multicenter, randomized controlled trial with a 3-month follow-up. *Depression and Anxiety*, 33(9), 862-869. <https://doi.org/10.1002/da.22510>
- Feixas Viaplana, G., y Compañ Felipe, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Desclée de Brouwer.
- Feixas, G., Paz, C., García-Grau, E., Montesano, A., Medina, J. C., Bados, A., Trujillo, A., Ortiz, E., Compañ, V., Salla, M., Aguilera, M., Guasch, V., Codina, J., y Winter, D. A. (2018). One-year follow-up of a randomized trial with a dilemma-focused intervention for depression: Exploring an alternative to problem-oriented strategies. *PLOS ONE*, 13(12), e0208245. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208245>
- Fernández, C. (2013). Terapia cognitivo-conductual con componentes de aceptación y compromiso en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(117), 123-134. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352013000100009>
- Ferri, M., Amato, L., y Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005032.pub2>
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870. <https://doi.org/10.1037/h0035605>
- Fisher, C. A., Hetrick, S. E., y Rushford, N. (2010). Family therapy for anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004780.pub2>
- Foa, E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(2), 199-207.
- Foa, E. B., Steketee, G., Turner, R. M., y Fischer, S. C. (1980). Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive-compulsive

- checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 18(5), 449-455. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(80\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(80)90010-8)
- Frankl, V. E. (1946). *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. dtv.
- Frühauf, S., Gerger, H., Schmidt, H. M., Munder, T., y Barth, J. (2013). Efficacy of Psychological Interventions for Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 915-933. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0062-0>
- Fuchs, C. Z., y Rehm, L. P. (1977). A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(2), 206-215. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.45.2.206>
- Galsworthy-Francis, L., y Allan, S. (2014). Cognitive Behavioural Therapy for anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 54-72. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.11.001>
- Gava, I., Barbui, C., Aguglia, E., Carlino, D., Churchill, R., De Vanna, M., y McGuire, H. (2007). Psychological treatments versus treatment as usual for obsessive compulsive disorder (OCD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005333.pub2>
- Geddes, J. R., y Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*, 381(9878), 1672-82. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60857-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60857-0)
- Gol-Freixaak, J. M., y del Llano Señarís, J. E. (2012). El fenómeno de la «Medicina Basada en la Evidencia». En *Ser Médico. Los valores de una profesión* (p. 385). Unión Editorial.
- Green-Hennessy, S. (2018). Suspension of the National Registry of Evidence-Based Programs and Practices: the importance of adhering to the evidence. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0162-5>
- Grohol, J. M., Slimowicz, J., y Granda, R. (2014). The Quality of Mental Health Information Commonly Searched for on the Internet, 17(4). <https://doi.org/10.1089/cyber.2013.0258>
- Hasin, D., y Paykin, A. (1998). Dependence symptoms but no diagnosis: diagnostic 'orphans' in a community sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 50(1), 19-26. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(98\)00007-6](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(98)00007-6)

- Hay, P. J., Bacaltchuk, J., Stefano, S., y Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), 1-169. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000562.pub3>
- Hay, P. J., Claudino, A. M., Touyz, S., y Abd Elbaky, G. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003909.pub2>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. Guilford Press.
- Herrmann-Doig, T., Maude, D., y Edwards, J. (2002). *Systematic Treatment of Persistent Psychosis (STOPP)*. CRC Press.
- Hunot, V., Moore, T. H., Caldwell, D. M., Furukawa, T. A., Davies, P., Jones, H., y Churchill, R. (2013). «Third wave» cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10), CD008696. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008704.pub2>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., y Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- Jeffries, F. W., y Davis, P. (2013). What is the Role of Eye Movements in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)? A Review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(03), 290-300. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000793>
- Jones, C., Hacker, D., Cormac, I., Meaden, A., e Irving, C. B. (2012). Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008712.pub2>
- Josefsson, T., Lindwall, M., y Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review.

- Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24(2), 259-272. <https://doi.org/10.1111/sms.12050>
- Justo, L., Soares, B. G. de O., y Calil, H. (2007). Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005167.pub2>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10(2), 144-156. <https://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kanfer, F. H., y Karoly, P. (1972). Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den. *Behavior Therapy*, 3(3), 398-416. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(72\)80140-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(72)80140-0)
- Keefe, J. R., McCarthy, K. S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., y Barber, J. P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 309-323. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.004>
- Keel, P. K., y Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439. <https://doi.org/10.1002/eat.22094>
- Kelleher, I., Jenner, J. A., y Cannon, M. (2010). Psychotic symptoms in the general population - An evolutionary perspective. *British Journal of Psychiatry*, 197(3), 167-169. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.076018>
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. W. W. Norton.
- Kelly, G. A. (1973). Fixed role therapy. En R. M. Jurjevich (Ed.), *Direct psychotherapy* (pp. 395-422). University of Miami Press.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., y Levy N. K. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *International Journal of Psychoanalysis*, (89), 601-620.
- Kim, B., Lee, S.-H., Kim Y. W., Choi, T. K., Yook, K., Suh, S. Y., y Yook, K.-H. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 590-595. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.019>
- Kim, M. K., Lee, K. S., Kim, B., Choi, T. K., y Lee, S. H. (2016). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on intolerance of uncertainty in

- patients with panic disorder. *Psychiatry Investigation*, 13(2), 196-202. <https://doi.org/10.4306/pi.2016.13.2.196>
- Klerman, G. L., Dimascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., y Paykel, E. S. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 131(2), 186-191. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.2.186>
- Krisanaprakornkit, T., Krisanaprakornkit, W., Piyavhatkul, N., y Laopaiboon, M. (2006). Meditation therapy for anxiety disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD004998. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004998.pub2>
- Kvaale, E. P., Gottdiener, W. H., y Haslam, N. (2013). Biogenetic explanations and stigma: A meta-analytic review of associations among laypeople. *Social Science y Medicine*, 96, 95-103. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.017>
- Laurens, K. R., Hodgins, S., Maughan, B., Murray, R. M., Rutter, M. L., y Taylor, E. A. (2007). Community screening for psychotic-like experiences and other putative antecedents of schizophrenia in children aged 9-12 years. *Schizophrenia Research*, 90(1-3), 130-146. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.11.006>
- Leichsenring, F., Beutel, M., y Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy for social phobia: a treatment manual based on supportive-expressive therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(1), 56-83. <https://doi.org/10.1521/bumc.2007.71.1.56>
- Leichsenring, F., Klein, S., y Salzer, S. (2014). The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A 2013 update of empirical evidence. *Contemporary Psychoanalysis*, 50, 89-130. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.880310>
- Leichsenring, F., y Salzer, S. (2014). A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: an evidence-based approach. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(2), 224-245. <https://doi.org/10.1037/a0033815>
- Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., y Leibing, E. (2014). Long-Term Outcome of Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(10), 1074-1082. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111514>

- León-Quismondo, L., Lahera, G., y López-Ríos, F. (2014). Terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 725-740. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000400006>
- Lewinsohn, P. M., y Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 261-268. <https://doi.org/10.1037/h0035142>
- Ley, R. (1988). Panic attacks during relaxation and relaxation-induced anxiety: a hyperventilation interpretation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19(4), 253-259.
- Lim, J.-A., Lee, Y. I., Jang, J. H., y Choi, S.-H. (2018). Investigating effective treatment factors in brief cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Medicine*, 97(38), e12422. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012422>
- Lindvall Dahlgren, C., y Rø, Ø. (2014). A systematic review of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa-development, current state and implications for future research and clinical practice. *Journal of Eating Disorders*, 2(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s40337-014-0026-y>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive expressive treatments*. Basic Books.
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., y Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 157-168. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.07.012>
- Magill, M., y Ray, L. A. (2009). Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(4), 516-527. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>
- Malan, D. H. (1963). *A Study of Brief Psychotherapy*. Tavistock Press. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-4395-0>
- Mann, J. (1973). *Time-Limited Psychotherapy*. Harvard University Press.

- Masters, W. H., y Johnson, V. E. (1966). *Human Sexual Response*. Bantam Books.
- Masters, W. H., y Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Bantam Books.
- Melnik, T., Soares, B. G. O., y Nasello, A. G. (2008). The effectiveness of psychological interventions for the treatment of erectile dysfunction: Systematic review and meta-analysis, including comparisons to sildenafil treatment, intracavernosal injection, and vacuum devices. *Journal of Sexual Medicine*, 5(11), 2562-2574. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00872.x>
- Meredith, S. E., Juliano, L. M., Hughes, J. R., y Griffiths, R. R. (2013). Caffeine Use Disorder: A Comprehensive Review and Research Agenda. *Journal of Caffeine Research*, 3(3), 114-130. <https://doi.org/10.1089/jcr.2013.0016>
- Mergl, R., Henkel, V., Allgaier, A.-K., Kramer, D., Hautzinger, M., Kohnen, R., y Hegerl, U. (2011). Are Treatment Preferences Relevant in Response to Serotonergic Antidepressants and Cognitive-Behavioral Therapy in Depressed Primary Care Patients Results from a Randomized Controlled Trial Including a Patients' Choice Arm. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(1), 39-47. <https://doi.org/10.1159/000318772>
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4(4), 273-280. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(66\)90023-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(66)90023-4)
- Miller, W. R. (1983). Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(02), 147-172. <https://doi.org/10.1017/S0141347300006583>
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. Guilford Press.
- Moriana, J. A., y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100.
- Moritz, S., Andreou, C., Schneider, B. C., Wittekind, C. E., Menon, M., Balzan, R. P., y Woodward, T. S. (2014). Sowing the seeds of doubt: A narrative review on metacognitive training in schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 34, 358-366. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.004>
- Moritz, S., y Woodward, T. S. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention.

- Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 619-625. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed>
- Murphy, R., Straebler, S., Basden, S., Cooper, Z., y Fairburn, C. G. (2012). Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 19(2), 150-158. <https://doi.org/10.1002/cpp.1780>
- Naeem, F., Asmer, M. S., Khoury, B., Kingdon, D., y Farooq, S. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for schizophrenia and related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011734>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2004). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. The British Psychological Society.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2006). *Bipolar Disorder: The Management of Bipolar Disorder in Adults, Children and Adolescents, in Primary and Secondary Care*. The British Psychological Society and Gaskell.
- Neimeyer, R. A. (2010). Symptoms and Significance: Constructivist Contributions to the Treatment of Performance Anxiety. *Journal of Constructivist Psychology*, 23(1), 42-64. <https://doi.org/10.1080/10720530903400988>
- Nicholls, K., Boggis, N., y Pandya, N. (2016). Anorexia nervosa: a mistaken diagnosis. *BMJ Case Reports*. <https://doi.org/10.1136/bcr-2015-214058>
- Olajide, K., Munjiza, J., Moran, P., O'Connell, L., Newton-Howes, G., Bassett, P., Akintomide, G., Ng, N., Tyrer, P., Mulder, R., y Crawford, M. J. (2018). Development and Psychometric Properties of the Standardized Assessment of Severity of Personality Disorder (SASPD). *Journal of Personality Disorders*, 32(1), 44-56. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_285
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., y Smits, J. A. J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Oltmanns, J. R., y Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD-11 dimensional trait model proposal: The Personality Inventory for ICD-11. *Psychological Assessment*, 30(2), 154-169. <https://doi.org/10.1037/pas0000459>

- Orsillo, S. M., y Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 29(1), 95-129. <https://doi.org/10.1177/0145445504270876>
- Pankey, J., y Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 311-328.
- Pérez-Sales, P. (2004). El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma en psicoterapia. *Norte De Salud Mental*, 20, 29-36.
- Perkins, S. S. J., Murphy, R. R., Schmidt, U. U., y Williams, C. (2006). Self-help and guided self-help for eating disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004191.pub2>
- Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A. M., y Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: A meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.10.002>
- Philip, B., Vita Carulli, R., Jurgis, K., Dan, C., Ellen, C., y Louise, K. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37(4), 368-384. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.4.368>
- Polivy, J., y Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103>
- Pompoli, A., Furukawa, T. A., Imai, H., Tajika, A., Efthimiou, O., y Salanti, G. (2016). Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011004.pub2>
- Powell, J., y Clarke, A. (2006). Internet information-seeking in mental health: population survey. *The British Journal of Psychiatry*, 189(3), 273-277. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.017319>
- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outco-

- mes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7-29. <https://doi.org/10.15288/jsa.1997.58.7>
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8(5), 787-804. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80150-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80150-0)
- Rethorst, C. D., Wipfli, B. M., y Landers, D. M. (2009). The Antidepressive Effects of Exercise. *Sports Medicine*, 39(6), 491-511. <https://doi.org/10.2165/00007256-200939060-00004>
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., de Wit, J., Berking, M., y Cuijpers, P. (2014). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: A meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 394-406. <https://doi.org/10.1111/add.12441>
- Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2006). Expanding Our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness/Acceptance-Based Approaches With Existing Cognitive-Behavioral Models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54-68. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.54>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy, its current practice, implications, and theory*.
- Rose, S. C., Bisson, J. I., Churchill, R., y Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., y Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of General Practice*, 55(513), 305-312.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Tossani, E., Ryff, C. D., y Fava, G. A. (2003). The relationship of psychological well-being to distress and personality. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(5), 268-275. <https://doi.org/10.1159/000071898>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F., y Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without ago-

- raphobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 37-50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.011>
- Scott, W. J. (1990). PTSD in DSM-III: A Case in the Politics of Diagnosis and Disease. *Social Problems*, 37(3), 294-310. <https://doi.org/10.2307/800744>
- Sedlacek, P., Moritz, S., Woodward, T. S., Ruiz-Veguilla, M., Hottenrott, B., Klinge, R., y Schmidt, C. (2014). *Entrenamiento metacognitivo para pacientes con esquizofrenia (EMC)*. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Williams, J. M. G., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1165>
- Seligman, M. E. P. (1972). Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23(1), 407-412. <https://doi.org/10.1146/annurev.me.23.020172.002203>
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199-223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(3), 211-217.
- Shinohara, K., Honyashiki, M., Imai, H., Hunot, V., Caldwell, D. M., Davies, P., y Churchill, R. (2013). Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 10, p. CD008696). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008696.pub2>
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Unützer, J., Bauer, M. S., Operskalski, B., y Rutter, C. (2005). Randomized trial of a population-based care program for people with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 35(1), 13-24.
- Sin, N. L., y Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>

- Skodol, A. E., Morey, L. C., Bender, D. S., y Oldham, J. M. (2013). The ironic fate of the personality disorders in DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(4), 342-349. <https://doi.org/10.1037/per0000029>
- Soriano Luciano, M. C., y Valdivia Salas, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles Del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Stange, J., y Eisner, L. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: effects on cognitive functioning. *Journal of Psychiatric* 17(6), 410-419. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000407964.34604.03>
- Sterling, E. W., von Esenwein, S. A., Tucker, S., Fricks, L., y Druss, B. G. (2010). Integrating Wellness, Recovery, and Self-management for Mental Health Consumers. *Community Mental Health Journal*, 46(2), 130-138. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9276-6>
- Stoffers, J. M., Völm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Strupp, H. H., y Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a New Key: A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*. Basic Books.
- Swartz, H. A., y Swanson, J. (2014). Psychotherapy for Bipolar Disorder in Adults: A Review of the Evidence. *FOCUS*, 12(3), 251-266. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.12.3.251>
- Tai, S., y Turkington, D. (2009). The evolution of cognitive behavior therapy for schizophrenia: Current practice and recent developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 865-873. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp080>
- Tchanturia, K., Davies, H., Roberts, M., Harrison, A., Nakazato, M., Schmidt, U., y Morris, R. (2012). Poor cognitive flexibility in eating disorders: Examining the evidence using the wisconsin card sorting task. *PLoS ONE*, 7(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028331>
- Tompkins, K. A., Swift, J. K., y Callahan, J. L. (2013). Working with clients by incorporating their preferences. *Psychotherapy*, 50(3), 279-283. <https://doi.org/10.1037/a0032031>
- Vago, D. R., y Silbersweig, D. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neuro-

- biological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 296. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00296>
- Van Minnen, A., Voorendonk, E. M., Rozendaal, L., y de Jongh, A. (2020). Sequence matters: Combining Prolonged Exposure and EMDR therapy for PTSD. *Psychiatry Research*, 290, 113032. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113032>
- Van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Bongaerts, H., Zoet, H. A., Verhagen, M., Lee, C. W., van Minnen, A., y De Jongh, A. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1487225. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1487225>
- Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B., y Vecina Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Wells, A. (1995). Meta-Cognition and Worry: A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301-320. <https://doi.org/10.1017/S1352465800015897>
- Wenzlaff, R. M., y Wegner, D. M. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 59-91. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- Wittchen, H.-U., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., Fava, G. A., y Craske, M. G. (2010). Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety*, 27(2), 113-133. <https://doi.org/10.1002/da.20646>
- World Health Organization, War Trauma Foundation y World Vision International. (2011). *Psychological first aid: guide for field workers*. World Health Organization.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (rev. ed.)*. *Practitioner's resource series*. Professional Resource Press.
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., y Mb, J. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <http://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2>
- Zubin, J., y Spring, B. (1977). Vulnerability-a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.

Capítulo III

Retos del siglo XXI

En la última parte de este manual hablaremos del trabajo con TIC y poblaciones culturalmente diversas. Aunque es probable que este siglo sea en el que la psicoterapia se afiance definitivamente y los retos a los que nos enfrentemos los profesionales sean múltiples y complejos, hemos querido escoger estos dos temas, dado que creemos que representan dos extremos que afectan de lleno a la implementación en la actualidad de tratamientos en poblaciones adultas.

1. Trabajo con tecnologías de la información y la comunicación

Ya hablamos en el prólogo sobre la información que las personas pueden encontrar sobre salud en la red y como su uso puede influir en el proceso terapéutico. No obstante, aún no hemos hablado sobre otras maneras, con mucho potencial, mediante las que podemos realizar intervenciones psicológicas a través de las TIC. Nos referimos a alternativas como las siguientes: 1) la posibilidad de ofrecer una consulta psicológica remota (utilizando las TIC), 2) ofrecer programas de tratamiento en línea multicomponente dirigidos a una problemática específica, 3) utilizar los teléfonos inteligentes y sus potencialidades para la intervención psicológica, 4) realizar intervenciones psicológicas utilizando la realidad virtual y 5) implementar intervenciones basadas en inteligencia artificial. Estos usos de las TIC no pretenden ser un listado exhaustivo de todas las posibilidades, dado que estas son prácticamente ilimitadas. También, cabe destacar, para la inter-

vención psicológica que las diferentes maneras de intervención tienen pueden tener nexos comunes, se pueden utilizar de forma combinada, y se pueden englobar dentro de lo que se ha denominado *telemental health*. Este concepto incluye las acciones que se pueden desarrollar en el ámbito de salud mental dirigidas a la prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento a través de sistemas basados en las TIC que facilitan la asistencia remota (Boujaoude y otros, 2016). En cualquier caso, no existe un consenso total en cuanto a la terminología a utilizar, utilizándose otros conceptos como «*teletherapy*». No obstante, la revisión de estos conceptos excede los propósitos de este manual, en el que simplemente queremos ofrecer una pincelada inicial y ejemplos.

1.1. Consulta psicológica remota (utilizando las TIC)

En relación con el primer uso que queríamos comentar, el de ofrecer consulta psicológica remota a través de las TIC, se trata de ofrecer el seguimiento del proceso psicoterapéutico mediante TIC. Es decir, se trata de trasladar el proceso que habitualmente se realiza en una consulta cara a cara al espacio virtual. Las tecnologías que se pueden utilizar para ello son muy variadas, desde realizar consultas telefónicas a sistemas de videoconferencia muy sofisticados. En este último caso, el uso de la videoconferencia nos permite crear una situación similar a la de la consulta cara a cara en la que no perderíamos información no verbal (muy relevante para el proceso de intervención). La literatura especializada, que está aumentando en los últimos años, muestra que se podrían obtener resultados equivalentes al proceso tradicional cara a cara en un amplio rango de problemáticas (recomendamos a los interesados en esta temática revisar la reciente revisión de Backhaus y otros, 2012).

Otra vía para ofrecer consulta psicológica remota a través de las TIC, que puede parecer más rudimentaria y obsoleta actualmente, pero que fue un medio pionero y aún puede ser de utilidad, es el uso del correo electrónico (véase Lawrence y Dan, 1998 como ejemplo de

trabajo pionero y con pautas muy útiles sobre cómo escribir correos electrónicos terapéuticos). Entre las ventajas del uso del correo electrónico podemos destacar, en primer lugar, que la comunicación escrita puede ayudar a las personas a ordenar sus ideas, al tener que hacer el esfuerzo para explicar lo que le sucede por escrito y a externalizar el problema. En segundo lugar, facilita que el proceso sea asincrónico, dado que la persona puede escribir en el momento que le sea más conveniente y el terapeuta puede contestar del mismo modo (dentro de un marco temporal pactado previamente). Aparte de la comodidad, facilita que la persona pueda escribir sobre sus sentimientos y pensamientos cuando ocurren, de manera que la información que pueda facilitar al terapeuta pueda ser más fiable que la que se facilita en consulta cara a cara cuando ha transcurrido un tiempo desde que sucedió el episodio concreto. La asincronía también posibilita que el terapeuta pueda consultar las fuentes que le sean necesarias (bibliografía, webs, consultas a colegas, etc.) para facilitar una mejor respuesta a la persona. En tercer lugar, facilita que tanto persona usuaria como terapeuta mantengan un registro de lo que han trabajado a lo largo del proceso, que puede ser útil en muchos sentidos (por ejemplo, puede ayudar a las personas usuarias a recordar lo que se ha trabajado, a valorar como han ido cambiando a lo largo del proceso, recuperar los mensajes reforzantes del terapeuta, etc.). Aunque podríamos seguir con la lista de ventajas, bajo nuestro punto de vista, las tres precedentes serían las más relevantes. Animamos a los lectores interesados a revisar el trabajo pionero de Lawrence y otros (1998).

Evidentemente, la combinación de diversos usos de las TIC es posible y, de hecho, es lo que sucede más frecuentemente. Cualquiera de nosotros podrá comprobar fácilmente este fenómeno y el incremento de la oferta de la consulta psicológica remota realizando una búsqueda en cualquiera de los buscadores más populares con palabras clave como «psicoterapia en línea» o «psicólogo en línea».

Un tema muy relevante en relación con el uso de las TIC en general y con la consulta psicológica remota en particular es la seguridad de los medios a través de los que se ofrece la intervención. En efecto, las

TIC no paran de evolucionar, pero no están exentas de limitaciones de seguridad. Por tanto, si nos planteamos utilizarlas debemos estar seguros de que la vía que elijamos cumpla con los requisitos legales en cuanto a confidencialidad de los datos. Se debe tener un cuidado especial con el material que pueda quedar almacenado en el medio utilizado (los archivos digitales por ejemplo).

1.2. Programas de tratamiento en línea multicomponente

En relación con el segundo uso de las TIC para la intervención, dirigido a ofrecer programas de tratamiento en línea para problemas específicos (denominadas habitualmente Web Based interventions en la literatura especializada), nos referimos a un amplio grupo de programas con objetivos también muy diversos (Barak y otros, 2009). Este grupo englobaría desde programas de prevención primaria, en los que un psicólogo puede contribuir a su desarrollo en el marco de un equipo multidisciplinar (por ejemplo, un programa en línea para prevenir el inicio del hábito tabáquico), hasta programas de intervención terciaria trasladados a un soporte virtual, aunque intentando replicar lo que se trabajaría de forma presencial por parte de un equipo multidisciplinar (por ejemplo, un programa de tratamiento en línea para personas con dolor crónico).

Todos estos programas contienen una gran parte de psicoeducación además de toda una serie de elementos que pueden resultar muy variables y que dependerán del problema en concreto que pretenden abordar. Por ejemplo, pueden incluir entrenamiento en relajación, en habilidades comunicativas, en solución de problemas, etc. En cuanto a las herramientas concretas, pueden incluir vídeos, foros que permitan la comunicación entre diferentes personas, mapas de imágenes interactivos, etc. Quizá, el denominador que más comúnmente se encuentra en estas intervenciones es que se ofrecen a través de una página web que suele incluir diferentes capítulos o secciones (que simulan diferen-

tes sesiones). Cada uno de estos capítulos o secciones está dirigido a trabajar un aspecto concreto del programa a través de material escrito e incluyendo diferentes materiales multimedia.

También es importante destacar que estas intervenciones pueden ser totalmente autodirigidas o implicar a un profesional que puede contactar con la persona usuaria para comentar las sesiones de trabajo o tareas que la persona tenga que ir completando. Un factor que acaba siendo determinante en muchas ocasiones en cuanto a los elementos que se puedan incluir es el presupuesto del que se dispone para desarrollar el programa. En líneas generales, cuantos más recursos y soporte por parte de un profesional se pueda incluir, más completo será el programa y se facilitará su seguimiento (probablemente se obtendrán también mejores resultados), pero lógicamente será más caro de desarrollar y mantener.

La evidencia en relación con este tipo de programas ha crecido exponencialmente en los últimos años y las revisiones disponibles no dejan duda de la utilidad de estas intervenciones que obtienen resultados equiparables, en muchos casos, a las intervenciones cara a cara. Si nos ceñimos a los resultados para problemas de salud mental, los trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad han sido probablemente para los que más intervenciones se han desarrollado y se han demostrado efectivas (por ejemplo, Cunningham y otros, 2014; Lal y Adair, 2014).

1.3. Intervención psicológica con teléfonos inteligentes

La proliferación de estos dispositivos en la población es enorme, por lo que representan una gran oportunidad para ofrecer intervenciones accesibles. Los teléfonos inteligentes permiten acceder inmediatamente (y en casi cualquier lugar) a Internet y aplicaciones (Apps) y resultan de más fácil manejo para la población en general. También las Apps pueden enviar fácilmente información y recordatorios a las personas usuarias advirtiéndoles de la necesidad de hacer una tarea determinada. Además, pueden proporcionar refuerzo a las personas en tratamiento. Con todas estas ventajas, es lógico que los mercados habituales de Apps estén

repletos de aplicaciones relacionadas con la salud en general y la salud mental en particular. Un potencial riesgo de este hecho es que muchas veces estas se crean sin seguir un procedimiento estandarizado que les confiera unos niveles de calidad mínimos; la mayoría de ellas tampoco prueban sus efectos con estudios científicos. Por ello, recientemente han aparecido trabajos que presentan recomendaciones para el desarrollo de Apps de salud mental (Bakker y otros, 2016) y recomendaciones para la evaluación de las Apps disponibles (Chan y otros, 2015).

La literatura científica disponible sobre Apps (de forma similar a los tratamientos en línea) se ha centrado hasta el momento en el manejo del estrés/ansiedad, depresión, trastorno de la personalidad *borderline* y abuso de sustancias (Donker y otros, 2013). Sin embargo, como ya se ha comentado, son muchas más las aplicaciones que se pueden encontrar en los principales mercados de Apps. También debemos destacar los potenciales que ofrecen las Apps para realizar evaluación de diferentes aspectos justo en el momento y el contexto en el que ocurren. Por ejemplo, registrar pensamientos negativos y en la situación en que ocurren puede ser más sencillo a través de un teléfono inteligente que a través de un diario tradicional.

1.4. Realidad virtual

Por último, queríamos introducir, también brevemente, cómo podemos utilizar la realidad virtual para la intervención psicológica. Podemos definir la realidad virtual (RV) como una serie de tecnologías que posibilitan la simulación de la realidad creando entornos en los que las personas se sienten como si realmente estuvieran (se sienten presentes). El hecho de que la persona se sienta presente en el entorno virtual (como si realmente estuviera en él) hace que experimente muchas de las sensaciones y emociones que experimentaría en la realidad. A la vez, el hecho de sentirse presente en este mundo virtual lo aísla de otros estímulos y capta su atención. La sensación de presencia es debida, básicamente, a dos características de los entornos virtua-

les. La primera es que los entornos virtuales son tridimensionales. La segunda es la interacción, es decir, que el entorno reacciona a los movimientos de la persona o a sus acciones.

El ámbito en que la RV se ha utilizado más frecuentemente para la intervención psicológica ha sido para la exposición a fobias. La exposición mediante RV (VRET)¹ presenta diversas ventajas en relación con la exposición en vivo o en imaginación tradicionales (véase Baus y Bouchard, 2014 para una discusión exhaustiva). En primer lugar, la VRET puede facilitar la exposición en determinadas fobias que de otro modo sería imposible. Un ejemplo claro sería la exposición a un caso de fobia a volar. Aquí, la exposición en vivo sería tremendamente costosa en términos económicos y temporales y además muy difícil (sino imposible) conseguir que se produjesen situaciones temidas. En efecto, en la exposición se suele sobreexponer a las personas, de tal forma que en el caso de una fobia a volar lo ideal sería exponer a una persona a situaciones climatológicas muy duras en el vuelo (por ejemplo) que lo perturbasen y que en la realidad ocurren con poca frecuencia. Esta es una segunda ventaja de la VRET, ya que la realidad virtual permite graduar y crear este tipo de situaciones. Una tercera ventaja de la VRET es que puede ser mejor aceptada que la exposición en vivo por parte de las personas. Esto es debido a que la exposición en vivo puede ser percibida como más amenazante y, de hecho, muchas personas evitan seguir el procedimiento por el miedo a la exposición. Imaginad, por ejemplo, la exposición en el caso de una fobia a las arañas. El hecho solo de pensar en tener que exponerse en realidad a la araña puede hacer que la persona sienta mucho temor y decida no comenzar la intervención. Una cuarta ventaja, en este caso sobre la exposición en imaginación, es que muchas personas pueden tener dificultades para imaginarse las situaciones temidas, dificultades que pueden ser fácilmente superadas con la VRET que no depende de la imaginación. Una última ventaja es en relación con la seguridad, tanto para el terapeuta como para la persona. En

1 Virtual Reality Exposure Therapy.

efecto, ninguno de ellos se debe exponer a situaciones reales temidas que pueden conllevar riesgos (por ejemplo, en una persona con fobia a conducir, la exposición —aunque se haga de forma segura— siempre conlleva riesgos por los accidentes de circulación que ocurren a diario).

La VRET se ha aplicado efectivamente a varias fobias específicas, como por ejemplo la aracnofobia, la fobia a volar, la fobia a conducir o la fobia social. Incluso puede obtener resultados superiores a la exposición en vivo (Powers y Emmelkamp, 2008).

Por último, los incesantes avances en la tecnología en este ámbito (al igual que en muchos otros) han conducido al desarrollo de la realidad aumentada (RA). La RA resulta de la combinación o superposición de imágenes de realidad virtual en el mundo real; incorpora, pues, detalles virtuales creados por la mano del hombre, en el entorno específico en que se encuentra la persona. A diferencia de lo que pasa en la realidad virtual, donde la persona se sumerge en el mundo artificial, aquí es el elemento nuevo artificialmente creado lo que aparece en el entorno físico real. Por consiguiente, en el caso de la RA se expone a la persona a elementos virtuales temidos en su propio entorno mediante el procedimiento denominado en la literatura especializada «terapia de exposición con realidad aumentada» (ARET).² Una de las principales ventajas de la ARET en relación con la VRET es que la primera requiere un menor desarrollo. En efecto, para la ARET no es necesario crear un entorno virtual por completo, tan solo algunos elementos y, por tanto, el coste es menor. Además, con la ARET se puede experimentar en el entorno físico de la persona, por lo que no depende de que el sujeto sea capaz de sentirse presente en un entorno virtual. Por último, también destacar que la experiencia de interactuar con los objetos virtuales en el entorno real puede facilitar una situación más ecológica. Remitimos de nuevo a los lectores interesados en este tema al excelente trabajo de Baus y Bouchard, 2014 en el que podrán ver más detalles sobre la literatura al respecto.

2 Augmented Reality Exposure-based Therapy.

Para concluir, cabe destacar que el uso de la RV en salud no se limita exclusivamente a las fobias, sino que se ha utilizado para múltiples objetivos y problemáticas mostrando ser una herramienta efectiva. La RV se ha utilizado, entre otras muchas aplicaciones, para reducir la intensidad del dolor percibido a través de la distracción de la atención de los sujetos –al distraerse se atiende menos al dolor y se percibe con menos intensidad– (por ejemplo, Miró y otros, 2007); para tratar a personas con trastornos por estrés postraumático realizando exposición a las situaciones generadoras de ansiedad (por ejemplo, Meyerbröker y Emmelkamp, 2010), y para el manejo de trastornos de la conducta alimentaria, en especial ayudando a ajustar las percepciones sobre la imagen corporal y realizando exposición para reducir el deseo de ciertos alimentos (por ejemplo, Gutiérrez-Maldonado y otros, 2015).

1.5. Inteligencia artificial

Para acabar, queremos introducir brevemente la inteligencia artificial (IA) que pretende realizar actividades que habitualmente requieren inteligencia humana. Para ello, se vale de un conjunto de elementos y procesos (algoritmos de decisión, redes neurales, etc.) que permiten a un software tener propiedades de inteligencia parecidas a las del ser humano: razonar, planificar, aprender y entender el lenguaje. Aunque hace mucho tiempo que se habla de la IA, y de echo se utiliza, aunque nos pase de manera casi desapercibida. Quizá actualmente es cuando su crecimiento se está produciendo de manera exponencial en nuestra vida cotidiana, en el campo de la salud en general y de la salud mental en particular. Esto es debido, por una parte, a que la capacidad de procesamiento de los sistemas ha mejorado considerablemente. Por otra parte, hay más datos disponibles (que voluntaria o involuntariamente cedemos) para procesar. Así, por ejemplo, redes sociales como Facebook utilizan algoritmos de inteligencia artificial para presentarnos publicidad relacionada con la información que obtiene de nosotros.

Las aplicaciones son múltiples e incluyen desde el procesamiento de datos para tomar decisiones de forma automatizada, hasta la simulación del comportamiento humano para realizar terapia. Por mencionar un ejemplo, en el ámbito del diagnóstico, investigadores de la Universidad de Colorado³ están trabajando en una aplicación que, a través de una serie de preguntas que las personas deben contestar hablando, realiza análisis y propone diagnósticos psiquiátricos. Otro ejemplo, es la creación de un humano virtual mostrado a través de realidad virtual aumentada, para ayudar a personas adultas con trastornos del espectro autista a practicar entrevistas laborales. Aunque la literatura es aún muy preliminar, los resultados son prometedores (Hartholt y otros, 2019).

Con todo, la IA es un campo que veremos crecer aún mucho más en los próximos años en psicología. Ante el avance en el uso de esta tecnología (y algunas de las presentadas anteriormente), algunos profesionales se posicionan de manera recelosa en tanto que consideran que las «máquinas» no pueden substituir a los profesionales. Estamos de acuerdo con esto, pero no cabe duda alguna que las «máquinas» nos pueden ayudar y posibilitar intervenciones que de otra manera sería muy complicado. Por ello, desde aquí animamos a trabajar con las tecnologías de la información y la comunicación en general, e intentar colaborar en el avance y la evidencia que se genera en torno a su uso.

1.6. Puntos comunes y ventajas

Vemos, pues, que las posibilidades de las TIC en intervención psicológica son múltiples y una revisión exhaustiva escapa a los objetivos de este manual. En cualquier caso, no obstante, la mayoría de las intervenciones TIC tienen elementos comunes. Uno de ellos, quizá el más relevante, está relacionado con las ventajas que aportan en comparación a los tratamientos cara a cara. En efecto, las interven-

3 <https://www.colorado.edu/today/2019/11/12/want-know-your-mental-health-status-theres-app>

ciones TIC incrementan el acceso a las intervenciones reduciendo el coste. Las personas pueden acceder desde la comodidad e intimidad de sus casas (en muchas ocasiones en el momento que más les conviene) a intervenciones que pueden ofrecerse en centros a una gran distancia de sus domicilios. Esto tiene la gran ventaja para la persona de que puede acceder a intervenciones ofrecidas por terapeutas con elevada formación en un tema específico, algo que, de otra manera, resultaría muy complicado porque se tendrían que desplazar para ello. Es importante también tener en cuenta que las intervenciones pueden reducir el estigma asociado a la consulta psicológica y también ser muy útiles en casos con elevada ansiedad relacionada con lugares públicos (véase el trabajo de Griffiths y otros, 2006 para una completa discusión en torno a sus ventajas). En favor también de las intervenciones TIC, es importante destacar que estas son bien recibidas por parte de la población y no parecen afectar (en términos generales) a la alianza terapéutica cuando se realiza consulta psicológica remota (por ejemplo, Jenkins-Guarnieri y otros, 2015).

Otro elemento común es que la mayoría de las intervenciones TIC han sido desarrolladas desde el modelo cognitivo conductual. De hecho, en la literatura especializada a veces se hace referencia a este tipo de intervenciones como iCBT (Internet-mediated cognitive behavioral therapy; véase por ejemplo Boujaoude y otros, 2015). Esto sucede por varios motivos. En primer lugar, este modelo posibilita una mayor estructuración de las sesiones que otros. De hecho, existen muchos protocolos estandarizados para la aplicación de diferentes técnicas. En segundo lugar, como ya hemos comentado en este manual, el modelo cognitivo conductual es el que más estudios ha conducido hasta el momento para probar sus intervenciones.

Por otra parte, en cuanto a las limitaciones/retos de las intervenciones TIC, cabe destacar que las personas en ocasiones pueden tener dificultades para evaluar las acreditaciones de los profesionales que los atienden. Esto también puede ocurrir, evidentemente, en los servicios cara a cara, pero en los servicios en línea puede ser incluso más difícil conocer la formación de la persona que está al «otro lado». Otra limi-

tación (que lo está siendo cada vez en menor medida a consecuencia de la evolución de las tecnologías de videoconferencia) es la posible pérdida de información no verbal que, además, puede dificultar el establecimiento de la alianza terapéutica.

2. Trabajo con personas culturalmente diversas: minorías étnicas, migrantes y refugiados

Como vimos en la sección de aspectos culturales, existen dos aproximaciones a la hora de abordar una intervención con personas de culturas diferentes a la nuestra. La primera es la compatibilización de la comunicación intercultural, mientras que la segunda consistiría en tener en cuenta los propios prejuicios para prevenir actitudes racistas. En cualquier caso, el proceso tiene que ver con un trabajo propio del terapeuta en el que se hace consciente su manera de pensar sobre las personas de otras culturas y comunicarse con las personas usuarias y promueve una discusión abierta y sincera con estos para llegar a un espacio común de trabajo.

A pesar de la gran cantidad de literatura de buena calidad existente sobre los diferentes aspectos a tener en cuenta en la intervención con estos colectivos, la evidencia de las diferencias en el acceso y aprovechamiento de tratamiento psicológico siguen poniendo de manifiesto ciertas carencias en la calidad con la que se llevan a cabo la asistencia en salud mental en estos colectivos (McGuire y Miranda, 2008). Existen dos aproximaciones dirigidas a mejorar la efectividad del tratamiento psicológico. La primera es adaptar los tratamientos convencionales. Estas adaptaciones se llevan a cabo tanto para atender a minorías culturales en países occidentales como para aplicar terapias diseñadas en estos países en otras partes del mundo. Incluyen, además, elementos de comprensión e intercambio de las distintas concepciones del entendimiento del malestar y el cambio psicológico a través de la exploración y

el entendimiento mutuo entre terapeutas y personas usuarias (más que de conocimiento puramente «académico» de los profesionales). Las adaptaciones han demostrado un gran aumento de la efectividad de las intervenciones (Griner y Smith, 2006) y pueden consistir en:

- Incorporación explícita de contenido/valores culturales en la intervención.
- Coincidencia racial/étnica de personas usuarias y terapeuta.
- Prestación de servicios en el idioma nativo de las personas.
- Paradigma cultural o multicultural explícito de la intervención.
- Consultas puntuales de terapeutas con personas familiarizadas con la cultura de la persona.
- Actividades para vincular a personas desatendidas.
- Provisión de servicios adicionales diseñados para mejorar la adherencia (como el cuidado de niños durante las sesiones).
- Administración oral de materiales para personas analfabetas.
- Entrenamiento en sensibilidad cultural para personal tanto clínico como administrativo.
- Derivación a servicios externos de consultoría cultural.

Curiosamente, la irrupción de la tercera generación de tratamientos cognitivo-conductuales, sobre todo las terapias de aceptación y compromiso y *mindfulness*, ha supuesto un movimiento relativamente inverso en la que se ha aceptado la influencia de filosofías orientales en el estilo de tratamiento psicológico occidental (Hwang, 2011).

Una segunda aproximación la constituyen las terapias culturalmente específicas (Moodley y West, 2005; Qureshi, 2013). Ejemplos en esta línea son la terapia Morita de Japón (Fujita, 1986), la terapia de Cuento de América Latina (Costantino y otros, 1986) o la terapia afrocéntrica NTU, derivada de un término bantú que hace referencia a la fuerza universal y unificadora, popular entre afroamericanos (Phillips, 1990).

Lo cierto es que con una formación multicultural o no, la mayoría de los terapeutas de países desarrollados tienen que llevar a cabo muchas de sus intervenciones en contextos multiculturales. Por ello

vamos a poner algunos ejemplos de tópicos que se suelen dar en estas situaciones.

2.1. Sesgos e imperfecciones de la psicometría y soluciones desde una perspectiva cultural

Como vimos en la sección de evaluación, la aplicación de instrumentos estandarizados en la práctica clínica y psicosocial es un hecho habitual. Sin embargo, la valoración psicométrica de un individuo puede incurrir en importantes sesgos si no se tiene en cuenta su pertenencia cultural (Van de Vijver y Tanzer, 2004). Vamos a ilustrar algunos de estos sesgos en diferentes categorías.

2.1.1. Sesgos de constructo

Muchas veces nos podemos estar refiriendo a conceptos que son distintos o, al menos, se exteriorizan de forma distinta en diferentes lugares como es el caso del duelo. También puede pasar que una conducta se dé con otra magnitud en diferentes contextos, como es el caso del llanto en el caso de la depresión en culturas latinas en contraposición con culturas orientales (Eisenbruch, 1984).

Por otro lado, las condiciones especiales de las personas migradas pueden configurar una situación en la que algunos ítems de cuestionarios de amplia utilización sean malinterpretados. Veamos el caso de algunos ítems del cuestionario Symptom Checklist-90-Revised, conocido por su acrónimo, SCL-90-R (Derogatis, 1988) y el Millon Clinical Multiaxial Inventory-III, (MCMI-III; Millon, 1997).

SCL-90-R

16. Oír voces que otras personas no oyen

- 18. La idea de que uno no se puede fiar de la gente
- 21. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto
- 29. Sentirse solo
- 68. Tener ideas o creencias que los demás no comparten
- 77. Sentirse solo aunque esté con más gente
- 83. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si se lo permitiera

MCMI-III

- 27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío
- 53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana
- 69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
- 78. Siempre hago lo posible por comprender a los demás, incluso si ellos no me gustan
- 99. En los dos últimos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida

Como podemos ver, en estos cuestionarios hay preguntas que, mientras que en una persona que no haya cambiado de residencia en los últimos años harían referencia a sintomatología de ansiedad, depresión o psicosis; en el caso de una persona que ha emigrado podrían tratarse de elementos de adaptación normal.

2.1.2. Sesgos en el método de validación de instrumentos y de recogida de información

Aunque en las últimas décadas se ha producido un creciente interés por la validación transcultural de instrumentos (Bhui y otros, 2003), la mayor parte de ellos se siguen validando con muestras étnicamente homogéneas. Por otro lado, muchos instrumentos están sesgados en su propia construcción, dado que los miembros de algunas minorías no están expuestos al uso de cuestionarios tipo test. Existen investigaciones en las que se demuestra que poblaciones de origen africano estarían mucho mejor dotadas para la identificación de modelos en miniatura (Deregowski y Serpell, 1971) o la elaboración de figuras en tres dimensiones, en lugar de componer dibujos con lápiz y papel (Serpell, 1993). También se ha visto cómo diferentes poblaciones muestran preferencia por diferentes puntos de anclaje, tendiendo más o menos a los extremos según la escala (Hui y Triandis, 1989).

2.1.3. Sesgos en la administración

Las instrucciones y la explicación de las pruebas puede ser un primer obstáculo para que estas se hagan correctamente, ya que, en el caso de que entrevistador y el entrevistado hablen diferentes idiomas y no se entiendan, es muy probable que el instrumento no se cumpla como se espera. Por otro lado, mientras que para una persona occidental el uso de cámaras y otros métodos de registro es relativamente normal, en el caso de personas de países donde esto puede ser no tan normal, se puede llegar a sesgar las respuestas (Tanzer y otros, 1995). En este sentido, se ha demostrado que la simple presencia de una persona de otra cultura puede condicionar la conducta durante la realización del test (Singer y Presser, 1989).

2.1.4. Sesgos en la construcción de los ítems

Desde la mala o inexacta traducción de un término hasta las connotaciones de términos dependientes de la cultura (como es el caso de las «mariposas en el estómago», síntoma de ansiedad en cultura anglosajona que sin embargo denota enamoramiento en los Países Bajos) pueden modificar las respuestas de las personas de un cuestionario (Geisinger, 1994) hasta el punto de que lo que medimos puede ser diferente en aquellos que no entienden lo que nosotros pretendemos, lo que da lugar a puntuaciones no comparables.

2.2. Los límites del conocimiento cultural del profesional

Habitualmente los profesionales que se especializan en el trabajo con personas extranjeras son también dados a conocer las culturas de estos. Viajar o realizar intercambios profesionales y académicos es un privilegio que nos permite contactar directamente con culturas lejanas, aprender y tener una toma de contacto con la realidad de los países de origen de los inmigrantes que requieren nuestros servicios. Sin embargo, un viaje de algunas semanas, o incluso un intercambio de meses o años, no nos convierte en especialistas en una cultura. Incluso alguien especializado en una cultura puede errar al intentar aplicar el patrón general en un individuo singular.

Imaginemos que una persona de origen gallego, agnóstico, sin filiación política definida ni especial atención hacia este tema, aficionado a la literatura y la música electrónica, acude a un centro de salud en un país de Asia central. Un día se encuentra mal y acude a un centro sanitario para consultar. Casualmente, el médico que le atiende pasó algunos meses en Santiago de Compostela en la década de los años sesenta gracias a una beca y le relata lo que le gustó la comida, las gaitas y los trajes regionales, lo mucho que le llamó la atención la situación política del país y lo gracioso que sonaba el idioma. El médico,

en un intento por acercarse a nuestro viajero gallego, le pregunta si toca la gaita o baila muñeiras. Es muy posible que estos comentarios puedan incluso incomodar a la persona. Quizá no, pero no cabe duda de que el médico asiático está dando por hecho que los gallegos son más homogéneos de lo que realmente son. Sin embargo, probablemente podemos encontrar a profesionales que se ganan la confianza de las personas usuarias a través de anécdotas de viajes en su región de origen que los pacientes aceptan como una invitación a la confianza.

El conocimiento de diferentes culturas es un valor que sin duda aporta al crecimiento personal; no obstante, cada individuo es una conjunción única de elementos que combina elementos propios de una cultura (que, como ya hemos comentado, es dinámica, esto es decir, cambia constantemente, pudiéndose configurar de forma muy diferente en personas de un mismo origen pero diferente generación), elementos propios de la globalización y de otros niveles (familiares, sociales, políticos, étnicos, raciales...). Los elementos que nos parecen más característicos de una cultura, impresos en el imaginario de muchas personas viajeras y sistematizados por expertos, como hemos ejemplificado más arriba, pueden constituir un arma de doble filo. Es decir, no existen reglas en cuanto al uso de tópicos culturales, pero ciertamente es un riesgo usarlos.

2.3. ¿Superando el prejuicio o aceptando las propias limitaciones?

Muy posiblemente hemos oído en la calle, pero también en centros de trabajo asistencial, profesionales que no soportan a gente de un origen étnico determinado. Cuando esto pasa con una persona de la que sabemos con certeza o que se declara «no racista», probablemente nos llame la atención. Cuando somos nostras o nosotros mismos los que nos damos cuenta de que día a día nos incomoda la impuntualidad o la manera de hablar característica de personas de un determinado origen,

quizá tengamos un problema, sobre todo si debemos tratar con estas personas a diario.

En psicoterapia, se ha desarrollado una línea de trabajo sobre la contratransferencia entre personas de diferentes grupos raciales en conflicto (Suchet, 2004), como por ejemplo psicoterapias en las que interaccionan personas de orígenes judío y árabe (Gorkin, 1996). En estos trabajos se suele discutir la idoneidad de hacer explícitas las tensiones derivadas de las diferentes posiciones sociopolíticas de las personas protagonistas del proceso terapéutico. En realidad, no existe una solución perfecta, cada caso merece una reflexión. Algunas veces no hacerlo puede constituir una traición para la persona, mientras que otras el tema puede pasar desapercibido, o incluso encontrar personas que prefieren que estos temas permanezcan ocultos. Aunque sin duda, estos elementos contratransferenciales deben ser tenidos en cuenta como un elemento más que analizar y supervisar.

2.4. Desigualdades sociales y de género

No menos habitual es escuchar debates aún si cabe más controvertidos, como los relacionados con el uso de símbolos religiosos en el ámbito educativo o la práctica obligatoriedad de que algunas personas deban ir acompañadas por sus parejas a consulta.

Es común entre la gente de a pie, aunque también entre buena parte de la comunidad académica, aceptar la linealidad de la historia en Occidente. Se acepta la causalidad histórica, es decir, que los acontecimientos ocurren porque hubo otros acontecimientos anteriores que los justifican. Sin embargo, y aunque sea muy difícil de conceptualizar y exceda los objetivos de este capítulo, creemos que es útil ilustrar cómo esta no ha sido siempre la visión oficial de la historia.

La mayoría de las culturas antiguas incluyendo la griega, una de las cunas de la nuestra, veían la historia como un proceso circular en el que épocas de luz y oscuridad se alternaban. No obstante, la Ilustración trajo consigo la idea del «progreso», de que nos dirigimos indefectiblemente

hacia una sociedad cada vez más avanzada. La traducción de esto en la época colonial, fue la justificación de la invasión de cientos de territorios bajo la justificación de llevar la civilización a lugares que carecían de ella. El reflejo académico de estas ideas fue el darwinismo social, que proponía aplicar las ideas del evolucionismo a las sociedades. Según esta teoría, las sociedades también compiten por su supervivencia y solo las más fuertes logran prevalecer. Sin embargo, este concepto de «progreso occidental» ha topado en diversas ocasiones con la realidad y el uso geopolítico que ha tenido en diferentes escenarios. La crítica del uso del *hijab* (velo) como arma colonial por parte de Francia en Argelia nos puede ilustrar cómo un tema tan claro para muchas personas como es la prioridad de la igualdad de género puede tener aspectos controvertidos. Mientras que Francia, potencia colonial, esperaba crear una división en la sociedad argelina aduciendo que el velo era un símbolo de desigualdad de género, el movimiento independentista argelino contrapuso el uso del velo como símbolo de identidad musulmana frente al invasor, de tal modo que las activistas argelinas de la época de la guerra de Independencia lo llevaban con fines políticos que podríamos considerar igualmente «progresistas», como es la independencia ante un invasor (Moualhi, 2000). Este ejemplo nos demuestra que lo evidente no siempre lo es tanto y que la realidad social de los países «menos desarrollados» a veces es muy compleja. Es decir, la pretendida exportación del progreso por parte de Occidente ha causado en más de una ocasión retrocesos, al menos desde el punto de vista occidental.

Siguiendo al filósofo Gadamer (1960), al analizar los problemas y las desigualdades de otras comunidades que viven entre nosotros, solemos utilizar unos filtros que están determinados por nuestra historia y manera de ver el mundo. Por ello, al emitir opiniones que afectan a todo un colectivo, podemos tener una visión cuando menos reduccionista de procesos históricos complejos, puesto que solemos basarnos en contextos muy específicos para hacer consideraciones que probablemente merecen reflexiones más elaboradas.

2.5. El trabajo en salud mental y derechos humanos

Las experiencias traumáticas relacionadas con catástrofes o violencia política, las historias de vulneración de derechos fundamentales e incluso la tortura son temas familiares para casi todas las personas que trabajan con minorías étnicas y, sobre todo, con solicitantes de asilo. Muchos profesionales tienden a pensar que la vivencia de un hecho traumático constituye un tema central en las personas que sufren estas situaciones. Sin embargo, como vimos en el apartado de estrés, el impacto de las experiencias traumáticas no siempre es proporcional a su gravedad o la amenaza que ha sufrido la persona, sino muchas veces a su valoración subjetiva.

Imaginemos que en un viaje hace algunos años, una persona de origen vasco ajena al conflicto que se ha desarrollado allí, hubiese mantenido una conversación con una persona de origen australiano. Al australiano le podría parecer que la vida en Euskadi haya sido completamente insoportable durante cincuenta años, como quizá nos pueda parecer a las personas de origen español que es la vida en Colombia. No obstante, al conocer estos lugares, aunque ha habido dificultades y hechos atroces, la mayoría de las personas pueden desarrollar su vida con una cierta normalidad. Incluso en conflictos de mucha mayor intensidad, como Siria o Sudán, hay gente que desarrolla su vida entre los avatares de la guerra.

A la hora de desarrollar un tratamiento con estas poblaciones es importante no asumir que la vida de personas provenientes de países azotados por catástrofes y violencia política ha estado marcada por esos sucesos y por ello el trauma es el principal motivo de consulta. Por otra parte, una actitud terapéutica basada en la «pena» o «lástima» puede ser contraproducente en un contexto terapéutico.

Por otro lado, la falta de una situación legal genera problemas de salud mental tanto en inmigrantes (Lugo y Lugo, 2004; Salaberria y otros, 2008) y, en mayor medida, en solicitantes de asilo (Lears y Abbott, 2005; Mueller y otros, 2011). El estrés que supone vivir sin una situación regularizada afecta a diversos ámbitos de la identidad

al limitar las actividades que se pueden llevar a cabo. Sin embargo, se ha demostrado que las personas con una situación irregular, aunque tienen mayores niveles de estrés psicosocial, pueden beneficiarse de un tratamiento del mismo modo que una persona con situación legal (Brune y otros, 2014). En conclusión, a pesar de la vulneración de derechos que sufren muchas personas, en el contexto de una terapia psicológica se debe tener en cuenta los problemas y vivencias de la persona y no asumir que estos problemas suponen un obstáculo para la terapia: hay que discutir e integrar estos aspectos contextuales en el tratamiento, coordinándose con los profesionales que sea necesario.

Referencias bibliográficas

- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., y Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111-131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>
- Bakker, D., Kazantzis, N., Rickwood, D., y Rickard, N. (2016). Mental Health Smartphone Apps: Review and Evidence-Based Recommendations for Future Developments. *JMIR Mental Health*, 3(1), e7. <https://doi.org/10.2196/mental.4984>
- Barak, A., Klein, B., y Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 4-17. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>
- Bhui, K., Moahmud, S., Warfa, N., Craig, T. J., y Stansfeld, S. A. (2003). Cultural adaptation of mental health measures: improving the quality of clinical practice and research. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 184-186. <https://dx.doi.org/10.1192/bjp.183.3.184>
- Boujaoude, E. L. A., Alame, W. A. E. L. S., y Aim, L. A. M. A. N. (2015). Telemental health : a status update. *World Psychiatry*, 14(2), 223-230. <https://dx.doi.org/10.1002/wps.20218>
- Brune, M., Eiroa-Orosa, F. J., Fischer-Ortman, J., y Haasen, C. (2014). Effectiveness of psychotherapy for traumatized refugees without a secure residency status. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 10(1), 52-59. <https://doi.org/10.1108/IJMHSC-07-2013-0022>
- Chan, S., Torous, J., Hinton, L., y Yellowlees, P. (2015). Towards a Framework for Evaluating Mobile Mental Health Apps. *Telemedicine and E-Health*, 21(12), 1038-1041. <https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0002>
- Costantino, G., Mălgady, R. G., y Rogler, L. H. (1986). Cuento therapy: A culturally sensitive modality for Puerto Rican children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 639-645. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.5.639>

- Cunningham, J. A., Gulliver, A., Farrer, L., Bennett, K., y Carron-Arthur, B. (2014). Internet Interventions for Mental Health and Addictions: Current Findings and Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, 16(12), 521. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0521-5>
- Deregowski, J. B., y Serpell, R. (1971). Performance on a sorting task: a cross-cultural experiment. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6, 273-281.
- Derogatis, L. R. (1988). *SCL-90-R*. TEA Ediciones.
- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., y Christensen, H. (2013). Smartphones for smarter delivery of mental health programs: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 15, e247. <https://doi.org/10.2196/jmir.2791>
- Eisenbruch, M. (1984). Cross-Cultural aspects of bereavement. II: Ethnic and cultural variations in the development of bereavement practices. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8(4), 315-347. <https://doi.org/10.1007/BF00114661>
- Fujita, C. (1986). *Morita Therapy*. Igaku-Shoin.
- Gadamer, H. G. (1960). *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*. J. C. B. Mohr.
- Geisinger, K. F. (1994). Cross-cultural normative assessment: Translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment*, 6(4), 304-312. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.304>
- Gorkin, M. (1996). Countertransference in cross-cultural psychotherapy. En R. M. P. Foster, M. Moskowitz y R. A. Javiev (Eds.), *Reaching across boundaries of culture and class : widening the scope of psychotherapy* (pp. 159-176). J. Aronson.
- Griffiths, F., Lindenmeyer, A., Powell, J., Lowe, P., y Thorogood, M. (2006). Why Are Health Care Interventions Delivered Over the Internet? A Systematic Review of the Published Literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e10. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e10>
- Griner, D., y Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 43(4), 531-548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>

- Gutiérrez-Maldonado, J., Wiederhold, B. K., y Riva, G. (2015). Future Directions: How Virtual Reality Can Further Improve the Assessment and Treatment of Eating Disorders and Obesity. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 19(2), 148-215. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0412>
- Hartholt, A., Mozgai, S., Fast, E., Liewer, M., Reilly, A., Whitcup, W., y Rizzo, A. S. (2019). Virtual Humans in Augmented Reality. En *Proceedings of the 7th International Conference on Human-Agent Interaction* (pp. 205-207). <https://doi.org/10.1145/3349537.3352766>
- Hui, C. H., y Triandis, H. C. (1989). Effects of culture and response format on extreme response style. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 20, 296-309.
- Hwang, W.-C. (2011). Cultural Adaptations: A Complex Interplay Between Clinical and Cultural Issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 238-241. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01255.x>
- Jenkins-Guarnieri, M. A., Pruitt, L. D., Luxton, D. D., y Johnson, K. (2015). Patient perceptions of telemental health: Systematic review of direct comparisons to in-person psychotherapeutic treatments. *Telemedicine and E-Health*, 21(8), 652-660. <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0165>
- Lal, S., y Adair, C. E. (2014). E-mental health: a rapid review of the literature. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(1), 24-32. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300009>
- Lawrence, J., y Dan, L. (1998). When writing helps to heal : E-mail as therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 26 (1), 21-32.
- Lears, L. O., y Abbott, J. S. (2005). The most vulnerable among us. *Health Progress*, 86(1), 22-25, 60.
- Lugo, S. B., y Lugo, A. B. (2004). Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Atención Primaria*, 34(9), 106-109.
- McGuire, T. G., y Miranda, J. (2008). New Evidence Regarding Racial And Ethnic Disparities In Mental Health: Policy Implications. *Health Affairs*, 27(2), 393-403. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.2.393>
- Meyerbröker, K., y Emmelkamp, P. M. G. (2010). Virtual reality exposure therapy in anxiety disorders: A systematic review of process-and-outcome studies. *Depression and Anxiety*, 27(10), 933-944. <https://doi.org/10.1002/da.20734>

- Millon, T. (1997). *Manual for the Millon Clinical Multi-axial Inventory-III (MCMI-III)*. National Computer Systems.
- Miró, J., Nieto, R., y Huguet, A. (2007). Realidad virtual y manejo del dolor. Virtual reality and control of pain. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (82), 52-64.
- Moodley, R., y West, W. (2005). *Integrating Traditional Healing Practices into Counseling and Psychotherapy*. Sage.
- Moualhi, D. (2000). Mujeres musulmanas: estereotipos occidentales versus realidad social. *Papers: Revista de Sociología*, 60, 291-304
- Mueller, J., Schmidt, M., Staeheli, A., y Maier, T. (2011). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. *The European Journal of Public Health*, 21(2), 184-189. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq016>
- Oliver Baus and Stéphane Bouchard. (2014). Moving from virtual reality exposure-based therapy to augmented reality exposure-based therapy: a review. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 1-15. <https://dx.doi.org/10.3389/fnhum.2014.00112>
- Phillips, F. B. (1990). NTU Psychotherapy: An Afrocentric Approach. *Journal of Black Psychology*, 17(1), 55-74. <http://dx.doi.org/10.1177/00957984900171005>
- Powers, M. B., y Emmelkamp, P. M. G. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 561-569. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.006>
- Qureshi, A. (2013). Are specific psychotherapeutic orientations indicated with specific ethnic minority groups? En *Elements of Culture and Mental Health: Critical Questions for Clinicians* (pp. 21-26). Royal College of Psychiatrists.
- Salaberría, K., Corral, P. De, Sánchez, A., y Larrea, E. (2008). Características sociodemográficas, experiencias migratorias y salud mental en una unidad de apoyo psicológico a inmigrantes. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 4, 5-14.
- Serpell, R. (1993). *The Significance of Schooling: Life-journeys in an African Society*. Cambridge University Press.
- Singer, E., y Presser, S. (1989). The interviewer. En E. Singer y S. Presser (Eds.), *Survey Research Methods* (pp. 245-246). University of Chicago Press.

- Suchet, M. (2004). A Relational Encounter with Race. *Psychoanalytic Dialogues*, 14(4), 423-438. <https://doi.org/10.1080/10481881409348796>
- Tanzer, N. K., Gittler, G., y Ellis, B. B. (1995). Cross-cultural validation of item complexity in a LLTM-calibrated spatial ability test. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 170-183.
- van de Vijver, F., y Tanzer, N. K. (2004). Bias and equivalence in cross-cultural assessment. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 54, 119-135.
- Vernig, P. M. (2016). Telemental Health: Digital Disruption and the Opportunity to Expand Care. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 22, 73-75. <https://doi.org/10.1177/1078390315623947>

FORMULACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL SIGLO XXI

Este libro pretende ser una guía de aprendizaje de formulación de casos en psicología clínica. Se incluyen indicaciones del proceso completo, desde la evaluación y el diagnóstico hasta la implementación del tratamiento, pasando, sobre todo, por el acceso a, y la selección de, la evidencia científica y la experiencia clínica acumulada que nos pueden llevar a la aplicación de las técnicas más adecuadas para cada caso. El objetivo del libro, tanto por su extensión como por su espíritu, no es ser una gran revisión de tratamientos en psicología clínica, sino una guía que muestre las diversas fuentes de evidencia existentes, invitando al análisis crítico de la diversidad de enfoques en su uso, a la vez que instruya en el proceso de formulación y reporte de casos. Los capítulos del libro cuentan con ejemplos de casos clínicos reales, y están diseñados de manera que su formulación pueda ser entendida como un proceso ameno y comprensible.

Con este libro aprenderás sobre:

- ✓ evidencia científica; ✓ guías de práctica clínica; ✓ formulación clínica;
- ✓ intervención psicológica; ✓ práctica basada en la evidencia; ✓ psicología clínica;
- ✓ psicoterapia; ✓ recuperación en salud mental; ✓ tratamientos psicológicos

