



## LA PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA Y EL DISEÑO Y EVALUACIÓN DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES

JUAN A. MORIANA<sup>1</sup> y VÍCTOR A. MARTÍNEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

<sup>2</sup> Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de San Luis, San Luis, Argentina

**Resumen:** La psicología basada en la evidencia es un modelo metodológico que pretende legitimar tratamientos y teorías que presenten pruebas empíricas que respalden sus resultados. Actualmente los tratamientos psicológicos que cumplen los requisitos derivados de este sistema son admitidos como tratamientos de elección en la mayoría de servicios públicos y privados de salud. El presente artículo pretende revisar los criterios para el diseño y evaluación de guías de tratamiento de las dos instituciones más relevantes en este ámbito, la American Psychological Association (APA) y el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), exponiendo y comparando los listados actualizados de tratamientos psicológicos eficaces por trastornos. Concluimos señalando algunos de los aspectos positivos y negativos de este enfoque y realizando algunas propuestas de mejora, centrando nuestra atención en la futura adaptación para intervenciones con problemas psicológicos (no trastornos) y en otros ámbitos (educativo, intervención social).

**Palabras clave:** Psicología basada en la evidencia; tratamientos psicológicos eficaces; artículo de revisión.

*Evidence-based psychology and the design and assessment of efficient psychological treatments*

**Abstract:** Evidence-based psychology is a methodological model that expects to legitimize treatments and theories on the basis of the empirical proof that backs up their results. Nowadays, psychological treatments that fulfill the requirements derived from this system are admitted as treatments of choice by the majority of public and private health services. The purpose of this essay is to review the criteria for the design and assessment of treatment guides as applied by the two most relevant institutions in this field, the American Psychological Association (APA) and the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), by setting out and comparing the updated lists of effective psychological treatments, by disorders. We conclude with an exposition of some of the positive and negative aspects of this system, and offer suggestions for its improvement, focusing on a future adaptation for psychological problems (not for disorders) and in other fields (education, social interventions).

**Keywords:** Evidence-based psychology; empirically supported treatments; review article.

### INTRODUCCIÓN

La psicología basada en la evidencia es un modelo teórico que asume el método científico de otras disciplinas que han sido capaces de demostrar empíricamente sus presupuestos a través del control experimental. Su referencia inicial ha sido la medicina y la metodología utilizada en los estudios clínicos con fármacos, y su mayor limitación las enormes fuentes de variabilidad que tiene la psicología al trabajar directamente con el comportamiento de las personas.

---

Recibido: 20 enero 2010; aceptado 27 septiembre 2010

*Correspondencia:* Juan Antonio Moriana, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Córdoba, San Alberto Magno s/n, 14071 Córdoba, España Correo-e: jamoriana@uco.es

*Agradecimientos:* A Cristina Botella por sus interesantes y acertadas recomendaciones a este trabajo. El presente artículo ha sido realizado gracias a la financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional-AECI, Proyectos de Investigación Refs. A/5286/06 y A/7777/07 concedidos al primer autor del artículo.

Los primeros antecedentes de la medicina basada en la evidencia datan de 1747 cuando James Lind (un ayudante de cirujano de la armada británica con formación en ciencias físicas) realizó uno de los primeros ensayos clínicos controlados de la historia al intentar, y lograr posteriormente, curar el escorbuto (Matthews, 2007). Por aquella época los médicos de la marina habían observado que durante los largos viajes en barco, los marineros enfermaban con un cuadro de inflamación de las encías, caída de los dientes, hemorragias y posterior muerte. Los historiadores han cifrado que en aquella época la armada podría haber llegado a perder hasta un 40% de los marineros en los grandes viajes (paradójicamente más que las muertes producidas por heridas de guerra). Lind teorizaba sobre la etiología de este cuadro clínico y sospechaba de su relación con la dieta de los marineros. Un día escogió a doce enfermos de su tripulación con los mismos síntomas (propios del escorbuto) y los asignó de forma aleatoria a distintas dietas, de forma independiente, y al cabo de unas semanas pudo comprobar que uno de los grupos cuya dieta se fundamentaba en una ración diaria de naranjas y limones se recuperó por completo (actualmente se sabe que el escorbuto, una enfermedad prácticamente erradicada en países desarrollados, se debe a la carencia de vitamina C). Estos resultados se generalizaron al resto de enfermos y la armada ya no tuvo más muertes por escorbuto (curiosamente parece que gran parte de la victoriosa historia de su ejército se debió a que otros ejércitos, como el español y el francés, permanecieron diezmados a causa de esta enfermedad durante muchos años). A partir de este momento, y de forma progresiva, la medicina fue adoptando criterios científicos basados en la evidencia para todas sus terapéuticas tanto quirúrgicas como farmacológicas.

En esta misma dirección, en el ámbito de la psicología, las prácticas psicológicas basadas en la evidencia tienen como objetivo principal utilizar la mejor evidencia científica disponible, integrando los datos obtenidos de la investigación básica y aplicada, junto a la experiencia del profesional, para dirigirla a mejorar la atención de los pacientes (APA, 2006; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes y Richardson, 1996).

En la ciencia psicológica se encuentran los primeros antecedentes de las prácticas psicológicas basadas en la evidencia en el entrenamiento a psicólogos clínicos propuesto por Witmer en 1896. Este autor, considerado como uno de los precursores iniciales de la psicología clínica, se planteó como objetivo formar a psicólogos tanto científicos como profesionales, en metodologías y procedimientos basados en la evidencia que pudieran ser aplicados a sus pacientes como las mejores opciones terapéuticas disponibles, hasta el momento. Pero no fue hasta la descripción, en 1925, de las pruebas de significación estadística de Fisher cuando se dispone de un método convincente para analizar las diferencias entre los efectos de distintos tratamientos (y/o grupos controles) en pacientes (McReynolds, 1997).

En el siglo XX, entre las décadas de 1920 y 1940, se comenzó a debatir sobre las estrategias terapéuticas que eran más efectivas, en términos de porcentajes de éxito, según diseños retrospectivos (Labrador, 1982). Pero fue a partir de Eysenck (1952) cuando comienza, de forma más sistemática, la evaluación científica de los tratamientos psicológicos a raíz del interés inicial de investigadores (y no tanto de profesionales clínicos).

En esta línea, la APA apuesta por la formación de doctores en psicología en enfoques basados en la evidencia (Shakow, et al., 1947) y encarga importantes trabajos de meta-análisis a partir de los años ochenta (Lipsey y Wilson, 1993; Shapiro y Shapiro, 1982; Smith y Glass, 1977; Smith, Glass y Miller, 1980), que sirvieron como preámbulo del desarrollo que posteriormente tendrían los tratamientos psicológicos eficaces en la década de los noventa. La proliferación de ensayos clínicos aleatorizados y del meta-análisis llevó a la Universidad de Oxford a crear una organización (Cochrane Collaboration) dedicada a revisar, resumir y difundir todos los estudios que cumplieran los requisitos para estar encuadrados dentro de la demostración empírica bajo presupuestos científicos basados en la evidencia. Posteriormente en el Reino Unido se crea el National Institute for Clinical Excellence (NICE), como un organismo autónomo, cuyo objetivo principal era garantizar que el Servicio Nacional de Salud

utilizara tratamientos apoyados por las mejores pruebas empíricas disponibles. Más tarde la American Psychological Association (APA) y poco a poco otras instituciones tanto públicas como privadas se irán preocupando paulatinamente de incorporar metodologías de diseño y evaluación de tratamientos basados en la evidencia.

En 1993, el gobierno de Estados Unidos encomendó a la APA evaluar y determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos para diferentes tipos de trastornos, y proponer herramientas para el diseño y la evaluación de guías de tratamiento para maximizar la calidad de la atención clínica. La División 12 de la APA (*Clinical Psychology*) coordinó la comisión sobre la promoción y difusión de procedimientos psicológicos, a la que pertenecieron profesionales de los seguros sanitarios privados, del sistema sanitario público, investigadores y usuarios. Esta comisión dirigida por Dianne Chambless publicó varios informes (Chambless y Hollon, 1998; Chambless, et al., 1996; Chambless, et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001; Woody, Weisz y McLean, 2005) que proporcionaron listados de tratamientos con base empírica, que fueron considerados a partir de criterios que incluían la evaluación de ensayos clínicos aleatorizados utilizando grupos control (*randomized controller trials-RCTs*), dentro de poblaciones específicas que eran atendidas siguiendo las directrices de tratamientos manualizados (APA, 2006). Comenzaron a desarrollarse criterios para delimitar claramente los tratamientos con apoyo empírico (TAEs) (*empirically supported treatments-EST*, en España más conocidos popularmente como “tratamientos psicológicos eficaces”, a pesar de su incorrecta traducción y de la posible triple acepción de los TAEs como eficaces, eficientes y efectivos) para recomendarlos para su utilización clínica (Mustaca, 2004), y para que los seguros sanitarios los incorporaran a los listados de tratamientos que ofrecían a sus usuarios (Barlow, 1996; Seligman, 1995; Shapiro, 1996).

Este enfoque claramente economicista (Labadador, Echeburúa y Becoña, 2000), no solo iba dirigido a señalar que una intervención psicológica era eficaz para un determinado problema sino que también pretendía poner de manifiesto

que podría ser mejor que otras alternativas y su aplicación hacerse en mejores condiciones (más breve, más barato). Según estos autores, parece evidente que si se han inventariado más de 250 terapias psicológicas diferentes (Herink, 1980) y más de 400 técnicas y variantes asociadas a éstas (Kazdin, 1986) plantearse que todas ellas son eficaces puede resultar utópico, por lo que deberían de preocuparse más por demostrar, desde una perspectiva científica, cuales son realmente efectivas.

La utilización de guías de tratamiento en la práctica clínica se ha convertido en un procedimiento fundamental en los últimos años. Por esta razón, surge la necesidad de evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos que se utilizan en términos de control de la calidad de los mismos, así como depurar la metodología empleada para diseñar guías que permitan mejorar la atención de pacientes y el equilibrio entre costes y beneficios (maximizando la calidad de los servicios asistenciales).

A pesar de la importancia de evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos, el conocimiento de los resultados de la investigación empírica y su integración posterior por parte del profesional en la práctica clínica no llega a consolidarse, del todo, en los ámbitos aplicados (Herbert, 2003) teniendo poco impacto sobre la práctica del profesional (Beutler, 2000). No es de extrañar entonces que la psicología como disciplina científica (que frecuentemente trabaja con tratamientos e intervenciones con un importante cariz psicosocial), haya pretendido adaptar gran parte de los presupuestos de la medicina basada en la evidencia para hacer de ella una ciencia respaldada por los datos empíricos, pero a la que le resulta difícil salvar las distancias entre indicadores de evaluación, propios de la medicina (marcadores fisiológicos u orgánicos y el uso de los fármacos), frente al manejo de síntomas y conductas propias de la psicología.

El presente artículo pretende proporcionar algunas claves para el diseño y la evaluación de guías de tratamientos psicológicos eficaces a partir de los criterios descritos por las dos instituciones más prestigiosas y pioneras en la actualidad, una norteamericana, la APA, y la otra inglesa, el NICE. Previamente a desarrollar

estos aspectos revisaremos algunos conceptos, principios teóricos y metodológicos que sustentan el enfoque basado en la evidencia de los tratamientos psicológicos eficaces, para terminar finalmente con algunas consideraciones respecto a su aplicación en contextos educativos, sociales y comunitarios.

Los principales objetivos de este trabajo son compilar los criterios de la APA y del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) para el diseño y evaluación de guías de tratamientos psicológicos según dicha metodología, exponiendo un listado actualizado de tratamientos eficaces por trastornos. A partir de esta información revisamos y comparamos los criterios y listados de ambas instituciones. Finalmente concluimos señalando algunos de los aspectos más relevantes de este tipo de planteamientos, algunas limitaciones y propuestas de mejora de criterios y listados.

## MÉTODO

### *Materiales*

Los materiales consultados han sido, fundamentalmente, artículos de investigación, artículos de revisión y guías de tratamiento. Los criterios de búsqueda y bases de datos están recogidos en la Tabla 1.

### *Procedimiento*

En primer lugar se utilizaron bases de datos internacionales, en lengua inglesa, introduciendo descriptores relacionados con el tema. El número concreto de fuentes, una vez descartados artículos según criterios de búsqueda y lectura de *abstracts*, queda reflejado en la Tabla 1. Por el gran número de referencias y escritos producidos desde la American Psychological Association consultamos su página web. Por otro lado, también hacemos un análisis exhaustivo de la web del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), consultando las guías y procedimientos de diseño y evaluación de guías gestionados por

este organismo, en su apartado correspondiente a “salud mental”.

### *Análisis de la información*

Por un lado analizamos los *abstracts* y seleccionamos los materiales que presentaban información relacionada con cómo se diseñan las guías de tratamiento, cómo se evalúan y cuál es la evidencia de la eficacia de los tratamientos (basada en investigaciones científicamente contrastadas) utilizados en trastornos y/o problemas psicológicos. Se hace una labor de traducción y compilación de criterios para el diseño de guías, criterios de evaluación de las mismas y tablas de trastornos, con sus tratamientos correspondientes, según el nivel de eficacia demostrado y siguiendo los criterios de la psicología basada en la evidencia. Finalmente, ordenamos toda la documentación y escribimos la introducción con su correspondiente análisis histórico, objetivos, método, resultados y discusión.

## RESULTADOS

Según los resultados analizados en la Tabla 1, organizamos nuestro trabajo en un primer apartado correspondiente a una delimitación y definición de conceptos, posteriormente analizamos los criterios de la APA y del NICE, a continuación presentamos los listados correspondientes y, finalmente, realizamos una comparación y discusión de estos resultados.

### *Delimitación conceptual*

Las prácticas psicológicas basadas en la evidencia promueven la efectividad en las intervenciones psicológicas (evaluación y diagnóstico, prevención, tratamiento, psicoterapia, asesoramiento), en la atención de usuarios (pacientes, niños, adolescentes, adultos, parejas, familias, organizaciones, comunidad), en diferentes ámbitos de aplicación (hospitales, clínicas, prácticas independientes, escuelas, instituciones de salud pública, de rehabilitación,

Tabla 1. Fuentes documentales utilizadas para la revisión

Objetivo	Análisis de materiales científicos que utilicen la metodología basada en la evidencia para el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces		
Bases de datos analizadas		<i>Web of Knowledge-ISI Databases (incluida Medline)</i>	<i>PsycINFO (OVID)</i>
		<i>Article/Review/Overall</i>	<i>Article/Review/Overall</i>
Descriptores básicos	<i>Based evidence psychology</i>	699/107/995	3149/552/+6000
	<i>Empyrically supported treatment</i>	466/144/685	242/42/580
Otros descriptores/areas ISI/OVID utilizados para delimitar	<i>Psychology, clinical psychology, psychiatry, multidisciplinary psychology health and public environmental/treatment guidelines, best practice, professional standards, treatment planning, behavior modification, cognitive techniques, computer assisted therapy, health care services, techniques psychotherapeutic, psychotherapy</i>		
Materiales seleccionados según abstract	24 artículos de revisión ( <i>based evidence psychology</i> ); 34 artículos de revisión ( <i>empyrically supported treatment</i> ); 123 artículos de investigación utilizados en la confección de listados de tratamientos por trastornos y 6 libros		
Páginas Web	<p>— <i>American Psychological Association (APA)</i> <a href="http://www.apa.org">www.apa.org</a> (especialmente la división 12 <i>Clinical Psychology</i>, la división 53 gestionada por la <i>Society of Clinical Child and Adolescent Psychology</i> y la división 50 <i>Addictions</i>). En estas webs se consultan los listados de la APA por trastornos.</p> <p>— <i>National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)</i> <a href="http://www.nice.org.uk">www.nice.org.uk</a> En esta web se analizan 34 guías de tratamiento pertenecientes al grupo “<i>Mental health and behavioural conditions</i>”</p>		
Base de Datos en español (Centro Superior de Investigaciones Científicas)	<p>En español los artículos relacionados responden a la palabra clave: “tratamientos psicológicos eficaces”</p> <p>2 artículos en <i>Papeles del Psicólogo</i></p> <p>2 artículos en <i>Psicología Conductual</i></p> <p>1 artículo en <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i></p> <p>6 artículos en <i>Psicothema</i></p>		

atención primaria, asesoramiento), a partir del empleo de principios apoyados por datos empíricos y cuya finalidad es mejorar la atención en la salud pública y en otros ámbitos de aplicación de la psicología (APA, 2006).

Las guías, en su acepción más general, son pronunciamientos, declaraciones o informes que sugieren y/o recomiendan unas líneas de intervención determinadas, así como un comportamiento específico del profesional ante diversas situaciones. No van dirigidas a determinar perfiles profesionales, roles o funciones, sino que orientan a servicios de alta cualificación profesional en la asistencia de múltiples problemáticas y actuaciones. Es interesante mencionar que el término guía se refiere a un apoyo y no implica una obligación de deber

actuar de una determinada manera, no es un mandato u obligación (en contraposición a los estándares que son procedimientos de obligado cumplimiento para el profesional dentro de un servicio asistencial). Las guías son flexibles y permiten escoger una actuación efectiva adaptable a las diferencias personales o ambientales aunque, en ocasiones, no es aplicable a todas las situaciones.

Según la APA (2002a), existe una clara distinción entre las guías prácticas y las guías de tratamiento. Las guías prácticas son recomendaciones dirigidas a profesionales que tratan sobre su conducta ante diversos problemas en las principales temáticas de actuación, para ser consideradas en algunas áreas o ámbitos específicos de intervención. Esto incluye recomen-

daciones sobre tratamientos específicos o aplicaciones de procedimientos de intervención (APA, 2002b; Becoña et al., 2004).

Las guías de tratamiento son recomendaciones sobre cuáles son los mejores tratamientos que pueden utilizarse y sus condiciones específicas de aplicación. Focalizan su atención en el usuario o paciente buscando el procedimiento más eficaz para cada persona según su problemática específica (APA, 2002a; Becoña et al., 2004). En esta línea, un tratamiento psicológico es una intervención profesional, especializada, que pretende paliar el sufrimiento de una persona y/o facilitar el reconocimiento de habilidades para afrontar los problemas de la vida cotidiana. El mejor tratamiento será aquel que cuente con procedimientos de evaluación, diagnóstico e intervención que hayan podido superar una comprobación experimental con éxito y cuente con evidencias científicas que aseguren que es eficaz, efectivo o eficiente para un problema o trastorno determinados. En este sentido, y respecto de la eficacia de los tratamientos, Turner, Beidel, Spaulding y Brown (1995), afirmaron que los tratamientos pueden ser:

1. *Eficaces*, si realmente han obtenido resultados positivos para los usuarios, en investigaciones controladas, siguiendo los presupuestos señalados anteriormente.
2. *Efectivos*, si son útiles en la práctica clínica habitual.
3. *Eficientes*, si su aplicación obtiene los mayores beneficios y menores costes que otras alternativas al problema.

Sin duda, la elección de un tratamiento bien establecido, siguiendo los parámetros de la psicología basada en la evidencia, debe asegurarnos una mayor probabilidad de eficacia ya que ha superado los criterios y controles experimentales obteniendo resultados positivos. Después de haber revisado algunos conceptos clave, a continuación vamos a proporcionar información sobre las características y criterios utilizados para el diseño y la evaluación de guías de la APA y el NICE.

### *Criterios para el diseño y evaluación de guías de tratamiento de la APA*

Los criterios de la APA (Anexo I) están organizados en torno a dos dimensiones generales: la eficacia y la utilidad. La eficacia supone la evaluación sistemática y científica de si un tratamiento funciona. Suele referirse, especialmente, a los requisitos utilizados en la evaluación de los puntos fuertes de la evidencia que implican atribuir un efecto causal entre la aplicación de un tratamiento y la mejora de síntomas propios de un trastorno mental. La utilidad clínica se refiere a la consideración que tiene la evidencia propuesta por las investigaciones disponibles y el consenso clínico alcanzado respecto a las posibilidades de generalización, viabilidad y costes-beneficios del tratamiento. Esto implica que la eficacia probada de una intervención debe demostrar su aplicabilidad, utilidad, viabilidad y generalización a contextos reales. Además de la eficacia y de la utilidad existen otras dimensiones valoradas por la APA como la consideración de costes y la propia evaluación del proceso de desarrollo de la guía.

Para la metodología basada en la evidencia es fundamental demostrar que las intervenciones son efectivas y eficientes (basándonos en datos empíricos). En consecuencia, cuando se diseña partimos de una evidencia a partir de la recogida de otras investigaciones en la literatura científica (proveniente de metaanálisis, artículos de revisión, estudios bibliométricos, etc.) que sirve como base para la construcción de guías de tratamiento. La comprobación experimental parte, normalmente, de un planteamiento de diseño experimental o cuasiexperimental entre grupos cuyos participantes han sido preferentemente elegidos al azar, en el mejor de los casos, o por asignación aleatoria en su defecto (sobre todo si su aplicación se hace en servicios asistenciales), con medidas pre-post con un número de casos lo suficientemente amplio como para poder contrastar nuestra hipótesis de eficacia. Para la clasificación del nivel de la evidencia conseguida, los criterios propuestos por Chambless (1998) han sido los más utilizados. En ellos se distingue entre tratamientos bien establecidos y tratamientos probablemente eficaces según los siguientes criterios:

*(1) Tratamientos bien establecidos*

- I. Al menos dos buenos diseños experimentales entregrupos que demuestren su eficacia en una o más de las siguientes direcciones:
  - a. Sus resultados son superiores (estadísticamente) a un grupo que utilice fármacos placebo, a un grupo placebo psicológico (o grupos *be-friendly*) o a otro grupo experimental (con otro tratamiento alternativo).
  - b. Equivalente a un tratamiento ya establecido en experimentos con suficiente poder estadístico ( $N \geq 30$ ; Kazdin y Bass, 1989).
- II. Si no se cumple el punto I puede valer una serie importante de diseños experimentales de caso único ( $N \geq 9$ ) que demuestren su eficacia. Estos experimentos deben haber:
  - a. Usado diseños experimentales adecuados.
  - b. Comparado la intervención con otro tratamiento como en el punto I.a.

Criterios adicionales o complementarios para I y II:

- III. Los experimentos deben ser desarrollados utilizando tratamientos manualizados.
- IV. Las características de las muestras de participantes deben estar claramente especificadas.
- V. Los efectos deben de haber sido demostrados por al menos dos investigadores o equipos de investigación independientes.

*(2) Tratamientos probablemente eficaces*

- I. Dos experimentos que muestren que el tratamiento es (estadísticamente significativo) superior a grupo control (lista de espera). No se requieren el uso obligado de manuales, especificación de la muestra, ni la participación de investigadores independientes.
- II. O bien un diseño experimental entre grupos con clara especificación de las características del grupo, uso de manual/es y demostración de su eficacia por cualquiera de las siguientes dos posibilidades:

- a. Sus resultados son superiores a un grupo que utilice fármacos placebo, a un grupo placebo psicológico (o grupos *be-friendly*) o a otro grupo experimental (con otro tratamiento alternativo).
- b. Equivalente a un tratamiento ya establecido en experimentos con suficiente poder estadístico ( $N \geq 30$ ; Kazdin y Bass, 1989).

III. O bien una pequeña serie de experimentos utilizando diseños de caso único ( $N \geq 3$ ) con clara especificación de las características del grupo, uso de manual, diseño experimental adecuado y comparación de la intervención con grupos placebos (farmacológico o psicológico) u otros tratamientos.

En esta línea, Nathan, Gorman y Salkind (2002) sintetizan los criterios en tres: seleccionar pacientes homogéneos con un trastorno concreto, dividir a los pacientes al azar en dos grupos (experimental y control, a uno se le administra el tratamiento y al otro no) y finalmente medir el resultado.

La APA, además de estos criterios, ha propuesto una herramienta para poder realizar un proceso de evaluación estandarizado de las guías de tratamiento que sirve de orientación para grupos de investigación y/o profesionales del ámbito público y privado que quieran trabajar en el diseño de guías. El *Treatment Guideline Checklist-TGC* (APA, 2002a) recoge algunas de las principales características que son deseables en una guía de tratamiento para que pueda considerarse bien diseñada y redactada, y sometida con suficiencia a las condiciones científicas de validación de tratamientos. Sus ítems informan sobre la forma en que cada uno de los criterios, una vez revisados, se ajustan a una política rigurosa de diseño y evaluación estandarizados. Si bien, se reconoce que la relevancia de los diferentes criterios en el cuestionario variará según la guía, el no seguimiento o ausencia de determinados criterios en cualquiera de ellas puede implicar que el documento es insuficiente o que no está cualificado para ser aprobado por un comité de expertos.

### *Criterios para el diseño y evaluación de guías de tratamiento del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*

El NICE es una organización independiente, responsable de proveer de guías de tratamiento al sistema público sanitario del Reino Unido (*National Health Service-NHS*). En el NICE se desarrollan guías clínicas, guías para la evaluación de tecnologías, guías de procedimientos de intervención y guías de salud pública. Las guías elaboradas siguen los presupuestos de la ciencia basada en la evidencia y abarcan todas las especialidades médicas. Sus actuaciones van desde la mera información, educación y consejos, hasta campañas o programas de prevención y tratamientos específicos para atención primaria, secundaria y servicios especializados, y abarcan todas las especialidades médicas (muchas de ellas con importantes connotaciones sociales y educativas). Las guías son desarrolladas por equipos profesionales (independientes) de especialistas en la metodología basada en la evidencia y en las áreas concretas del tópico correspondiente a cada guía (para las guías de salud mental están bastante implicados el Royal College of Psychiatrist y la British Psychological Society). Su diseño sigue un proceso estandarizado en el que cobra especial relevancia la evaluación interna y externa, la búsqueda de la evidencia en la literatura científica y la participación de usuarios, colectivos profesionales e investigadores. En primera instancia se decide el tópico sobre el que se quiere desarrollar la guía (éste puede ser propuesto por cualquier interesado, aunque será un comité científico el que finalmente decida sobre qué tópico se trabajará), en un segundo momento, se consulta a organizaciones profesionales y de pacientes a las que se invita a inscribirse como participantes en el proceso.

A continuación el National Collaborating Centre (NCC) recibe el encargo de desarrollar la guía y se crea el grupo de trabajo formado por profesionales de la salud, expertos técnicos y representantes de los pacientes. Se desarrolla el producto, siendo uno de los aspectos fundamentales la evaluación de la evidencia disponible para, según ella, realizar las recomendacio-

nes oportunas en la guía. A continuación, hay un periodo en el que se expone a consulta pública (y se recogen las recomendaciones pertinentes) y se somete a evaluación externa. Una vez analizadas las recomendaciones y realizada la evaluación externa se finaliza el proceso, el NICE aprueba la guía definitiva y la eleva al NHS (el sistema público de salud puede proporcionar acreditación positiva de la calidad de la evidencia). Este proceso suele durar entre 18 y 24 meses aunque existen las “*short clinical guideline*” que tardan en desarrollarse entre 11 y 13 meses y que son normalmente utilizadas en los casos en los que urge el desarrollo de una guía para un problema incipiente.

En la web del NICE podemos descargar la versión completa de la guía, la “*NICE guideline*” (que contiene solo las recomendaciones de la versión extensa, sin la información relativa al método y la evidencia científica), una guía rápida o breve muy fácil de usar para los profesionales, una guía elaborada especialmente para pacientes, familiares y cuidadores (con un lenguaje cotidiano y accesible) y un documento complementario de herramientas de apoyo con información sobre costes de implantación, auditoria, etc. El NICE también tiene una graduación de los niveles de evidencia muy parecidos a los de la APA. En un nivel I de evidencia sitúa a los metanálisis y RCTs (al menos uno), en el nivel II, al menos un RCT sin grupos aleatorizados o un estudio cuasiexperimental, en el nivel III, estudios descriptivos (o que no cumplan totalmente los criterios de I y II) y nivel IV, para la evidencia basada en la opinión de un comité de expertos y/o de clínicos con experiencia. Todos los manuales (actualizados a 2009) con las instrucciones sobre cómo se debe desarrollar una guía (criterios, formato, apartados, etc.) son proporcionados gratuitamente por el NICE. En español se puede consultar una versión reducida y comentada de los criterios y procedimientos de ambas instituciones (Moriana, 2010).

### *Comparación entre tratamientos basados en la evidencia recogidos por la APA y el NICE*

En la Tabla 2 aparece un listado de trastornos junto a sus correspondientes tratamientos reco-

mendados por la APA y por el NICE. En la columna correspondiente a la APA se utilizan los criterios de Chambless (1998) para demostrar la evidencia científica de la eficacia de los tratamientos. Por esta razón, pueden aparecer tratamientos con alta, moderada o probable evidencia o tratamientos de los que no se tiene evidencia (que no esté comprobada no implica que no sea

eficaz). En la columna correspondiente a los tratamientos del NICE aparecen los que reflejan resultados positivos de su evidencia. En algunas ocasiones especificando su nivel o grado de evidencia, descrito anteriormente (niveles I, II, III y IV), en otras ocasiones no se especifica el grado de evidencia o incluso informa de su “no evidencia”, o incluso se desaconseja su uso.

Tabla 2. Listados de comparación de tratamientos/trastornos de la APA y el NICE

<b>Trastorno/tratamiento</b>	<b>APA</b>	<b>NICE</b>
<b>Depresión</b>	<b>Sí-No/Ne</b>	<b>Sí-No/Ne</b>
Terapia de conducta/terapia de activación conductual	Sí/Alta	No
Terapia cognitiva	Sí/Alta	No
Terapia cognitivo-conductual*	Sí/Alta	Sí/I
Terapia interpersonal	Sí/Alta	Sí/II
Terapia de solución de problemas	Sí/Alta	Sí/II
Terapia de autocontrol	Sí/Alta	No
Terapia de aceptación y compromiso	Sí/Modesta	No
Terapia conductual de pareja	Sí/Modesta	Sí/II
Terapia focal (proceso experiencial)	Sí/Modesta	No
Terapia de revisión de la vida	Sí/Modesta	No
Autoterapia/Programas de autoayuda	Sí/Modesta	Sí/III
Terapia psicodinámica breve	Sí/Modesta	No
Terapia cognitivo-conductual computerizada	No	Sí/IV
<i>Counseling</i>	No	Sí/II
<i>Mindfulness</i>	No	Sí/II
<b>Trastorno de ansiedad generalizada</b>	<b>APA</b>	<b>NICE</b>
Terapia cognitivo-conductual*	Sí/Alta	Sí/I
Terapia cognitivo-conductual computerizada	No	Sí/IV
Biblioterapia (auto) cog-cond	No	Sí/III
<b>Trastornos de la alimentación y obesidad</b>	<b>APA</b>	<b>NICE</b>
<b>Anorexia nerviosa</b>		
Tratamiento basado en la familia	Sí/Alta	Sí/III
Terapia cognitivo-conductual	Sí/Modesta/Controvertida	Sí/III
Terapia focal psicodinámica	No	Sí/III
Terapia interpersonal	No	Sí/III
Terapia cognitivo analítica	No	Sí/III
<b>Bulimia nerviosa</b>	<b>APA</b>	<b>NICE</b>
Terapia cognitivo-conductual*	Sí/Alta	Sí/I
Psicoterapia interpersonal	Sí/Alta	Sí/II
Tratamiento basado en la familia	Sí/Modesta	No
Programa de peso saludable	Sí/Datos controvertidos	No
Programa de autoayuda	No	Sí/II
<b>Trastorno por atracón</b>	<b>APA</b>	<b>NICE</b>
Terapia cognitivo-conductual*	Sí/Alta	Sí/I
Terapia interpersonal	Sí/Modesta	Sí/II
Terapia dialéctica	No	Sí/II
Programas de autoayuda	No	Sí/II

Tabla 2. (Continuación)

<b>Obesidad y sobrepeso</b>	<b>APA</b>	<b>NICE</b>
Tratamiento conductual para la pérdida de peso	Sí/Alta	No
<b>Insomnio</b>	<b>APA</b>	<b>NICE (No existe guía)</b>
Terapia cognitivo-conductual	Sí/Alta	—
Terapia de restricción del sueño	Sí/Alta	—
Terapia de control de estímulos	Sí/Alta	—
Entrenamiento en relajación	Sí/Alta	—
Intención paradójica	Sí/Alta	—
Biofeedback (electromiografía)	Sí/Modesta	—
<b>Trastorno obsesivo compulsivo</b>	<b>APA</b>	<b>NICE</b>
Exposición y prevención de respuesta	Sí/Alta	Sí/II
Terapia cognitiva	Sí/Alta	Sí/III
Terapia cognitivo-conductual (incluye exposición y prevención de respuesta)*	No	Sí/II
T. cognitivo-conductual a domicilio y/o por teléfono y/o involucración familiar	No	Sí/III
<b>Trastorno de pánico</b>		
Terapia cognitivo-conductual*	Sí/Alta	Sí/I
Entrenamiento en relajación	Sí/Modesta	Incluida en la anterior
Tratamiento psicoanalítico	Sí/Modesta	No
Ayudoayuda-biblioterapia (cognitivo-conductual)	No	Sí/I
Terapia cognitivo-conductual computerizada	No	Sí/III
<b>Trastorno de estrés postraumático</b>	<b>APA</b>	<b>NICE</b>
Exposición prolongada	Sí/Alta	No
Terapia de procesamiento cognitivo	Sí/Alta	No
Terapia de Inoculación de estrés	Sí/Modesta	No
Desensibilización y reprocesamiento con Movimiento ocular	Sí/Alta/ Datos controvertidos	Sí/I
<i>Debriefing</i>	Potencialmente nocivo (no apoyo científico)	Recomienda no ofertar
Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma	No	Sí/I antes de los 3 meses/II después
<b>Esquizofrenia y otros trastornos mentales graves</b>	<b>APA</b>	<b>NICE (No clasifica nivel de evidencia)</b>
<i>Social skills training</i>	Sí/Alta	Sí
Terapia cognitivo-conductual	Sí/Alta	Sí
Tratamiento asertivo comunitario	Sí/Alta	Sí
Intervención familiar	Sí/Alta	Sí
Psicoeducación	Sí/Alta	Sí
Programas de empleo protegido	Sí/Alta	Sí
Aprendizaje social/programas de economía de fichas	Sí/Alta	No
Rehabilitación cognitiva	Sí/Alta	Sí
Entrenamiento cognitivo en adaptación	Sí/Modesta	No
Programas de gestión y recuperación de casos	Sí/Modesta	No
Arte terapia	No	Sí
<i>Counseling</i> y terapia de apoyo	No	Sí
Terapias psicoanalíticas y psicodinámicas	No	Sí
<b>Fobia Social y Ansiedad para Hablar en Público</b>	<b>APA</b>	<b>NICE (No existe guía)</b>
Terapias cognitivo-conductuales*	Sí/Alta	—
<b>Fobias Específicas</b>	<b>APA</b>	<b>NICE (No existe guía)</b>
Terapias de exposición*	Sí/Alta	—

Tabla 2. (Continuación)

<b>Trastorno bipolar</b>	<b>Manía</b>	<b>Depresión</b>	<b>NICE (No clasifica nivel de evidencia)</b>
Psicoeducación	Sí/Alta	Sí/Modesta	Sí
Cuidados sistemáticos	Sí/Alta	No	No
Terapia cognitiva	Sí/Modesta	Sí/Modesta	No
Terapia focal familiar	No	Sí/Alta	No
Terapia interpersonal y del ritmo social	No	Sí/Modesta	No
Terapia cognitivo-conductual	No		Sí
Equipos domiciliarios de tratamiento en crisis	No		Sí
Rehabilitación vocacional	No		Sí
<b>Trastorno de personalidad antisocial</b>	<b>APA</b>		<b>NICE (No clasifica nivel de evidencia)</b>
Terapia cognitiva/conductual en grupo	No		Sí
Entrenamiento en resolución de problemas (cognitivo)	No		Sí
Terapia multisistémica (terapia familiar + terapia de conducta)	No		Sí
Terapia Familiar (sistémica o conductual)	No		Sí
<b>Trastorno de personalidad borderline</b>	<b>APA</b>		<b>NICE (No clasifica nivel de evidencia)</b>
Terapia dialéctica de la conducta*	Sí/Alta		No
Terapia cognitiva de esquemas	Sí/Modesta		No
Terapia de transferencia (psicoanalítica)	Datos controvertidos		No
Terapia cognitivo-conductual	No		Sí
Terapia interpersonal	No		Sí
Terapia cognitivo-analítica	No		Sí
Terapia combinada	No		Sí
<b>Tratamientos basados en la evidencia para niños y adolescentes</b>			
<b>Trastorno/Tratamiento</b>	<b>APA</b>		<b>NICE</b>
<b>Trastornos de ansiedad</b>	<b>Sí-No/Nivel de evidencia</b>		<b>Sí-No/Ne</b>
<b>Ansiedad generalizada</b>			
Terapia cognitivo-conductual	Sí/Probable		Sí/I
Manejo de la ansiedad familiar	Sí/Probable		No
Modelamiento	Sí/Probable		No
Exposición en vivo	Sí/Probable		No
Entrenamiento en relajación	Sí/Probable		No
Práctica del reforzamiento	Sí/Probable		No
<b>Ansiedad de separación</b>	<b>APA</b>		<b>NICE (No existe guía)</b>
Terapia cognitivo-conductual	Sí/Probable		—
Manejo de la ansiedad familiar	Sí/Probable		—
Modelamiento	Sí/Probable		—
Exposición en vivo	Sí/Probable		—
Entrenamiento en relajación	Sí/Probable		—
Práctica del reforzamiento	Sí/Probable		—
<b>Fobia específica</b>	<b>APA</b>		<b>NICE (No existe guía)</b>
Modelamiento	Sí/Alta		—
Práctica de reforzamiento	Sí/Alta		—
Desensibilización sistemática	Sí/Probable		—
Terapia cognitivo-conductual	Sí/Probable		—

Tabla 2. (Continuación)

<b>Depresión y otros trastornos relacionados (distimia, trastornos adaptativos)</b>	<b>APA</b>	<b>NICE</b>
Terapia cognitivo-conductual (niños y adolescentes) (individual/grupos)	Sí/Alta	Sí/II
Terapia interpersonal (adolescentes)	Sí/Alta	Sí/II
Guía de autoayuda (cog-.cond.)	No	Sí/II
Terapia familia breve	No	Sí/II
Terapia familiar sistémica	No	Sí/II
<b>Trastorno de déficit de atención e hiperactividad</b>	<b>APA</b>	<b>NICE</b> <b>(No clasifica nivel de evidencia)</b>
Entrenamiento conductual a padres*	Sí/Alta	Sí
Intervenciones conductuales en el aula*	Sí/Alta	Sí
Entrenamiento en habilidades sociales con generalización de resultados	Sí/Probable	Sí
Programas de tratamiento en verano	Sí/Probable	No
Grupos cognitivo-conductuales y/o grupos de entrenamiento en habilidades sociales (EHS)	No	Sí
Terapia cognitivo-conductual individual y/o EHS	No	Sí
<b>Trastornos de conducta y conducta oposicionista-desafiante</b>	<b>APA</b>	<b>NICE (para prevención de T. de Conducta)</b>
Formación basada en el programa "Padres que viven con niños"	Sí/Alta	—
Entrenamiento en modelamiento de padres utilizando <i>videotape</i>	Sí/Alta	—
Programas de prevención de delincuencia (para edades preescolares)	Sí/Probable	Sí
Programas de entrenamiento de padres (para edades preescolares)	Sí/Probable	—
Terapia de interacción entre padres e hijos (para edades preescolares)	Sí/Probable	—
Tiempo-fuera más tratamiento de pistas-señales (para edades preescolares)	Sí/Probable	—
Terapia de afrontamiento de la ira (para edades escolares)	Sí/Probable	—
Entrenamiento en habilidades de solución de problemas (para edades escolares)	Sí/Probable	Sí
Terapia de afrontamiento de la ira más inoculación de estrés (para adolescentes)	Sí/Probable	—
Entrenamiento en asertividad (para adolescentes)	Sí/Probable	—
Terapia multisistémica (para adolescentes)	Sí/Probable	Sí
Terapia racional emotiva (para adolescentes)	Sí/Probable	—

\* Tratamientos de elección que han demostrado claramente su evidencia.

Consideraciones generales: Otros tratamientos psicológicos pueden ser efectivos para estos trastornos. El que no estén recogidos en estos listados puede deberse a que no cuentan todavía con suficiente evidencia empírica publicada en estudios científicos. Hemos omitido información sobre el tratamiento farmacológico (que puede estar en algunos casos contraindicado, y en otros, ser de elección o utilizado de forma combinada, según diversos tipos de casuísticas).

En muchos trastornos la decisión de aplicar uno u otro tratamiento puede depender de múltiples características (su gravedad, tipo de inicio, curso y evolución, tipo de síntomas...), que resultan imposibles de incorporar o tener en cuenta en esta tabla.

*Nota:* Ne = nivel de evidencia. APA = American Psychological Association. NICE = National Institute Health Clinical Excellence.

No se han recogido las adicciones porque la APA actualmente está reformando la evidencia correspondiente a estos trastornos. En la Tabla 2 solo se exponen la mayoría de trastornos que aparecen en ambas instituciones (con la excepción de alguno que solo está en los listados de la APA). Por lo tanto, podemos comparar si, como cabría esperar, existe coincidencia en la correspondencia entre trastornos y sus tratamientos de elección. Sin embargo, comprobamos que para algunos trastornos aparece una evidencia muy parecida (ansiedad, nutrición, esquizofrenia), en otros existen de manera significativa tratamientos de más o de menos, en una u otra institución (depresión, trastorno de pánico) y en alguno existe una preocupante divergencia de tratamientos (trastorno de la personalidad *borderline* o trastorno bipolar).

No hemos recogido guías para problemas más complejos que aparecen contemplados en el NICE, pero no en la APA (que solo se dedica a trastornos clásicos o “puros”). Entre otros, el NICE facilita evidencia para mejorar la salud mental de las embarazadas (pre y post natal), drogodependencias (varios trastornos), demencias, adherencia al tratamiento, violencia y autolesiones, sospechas de maltrato en niños; u otras guías en desarrollo actual como las dedicadas a trastornos del espectro autista, delirium, depresión asociada a problemas físicos de salud, bienestar mental en personas mayores, intervención en la escuela para prevenir el consumo de alcohol, etc. (APA, 2009; NICE, 2009)

A pesar de la comparativa propuesta en este artículo, debemos señalar que la APA, y su División 12 (gestionada por la *Society of Clinical Psychology*), analizan la evidencia de tratamientos en la literatura científica que cumplen los criterios de Chambless y los incorporan en sus listados informando del nivel de evidencia, a la vez que facilitan información sobre ellos y recomiendan lecturas para aquellas personas que requieran más información. Sin embargo, el NICE analiza la evidencia y propone tratamientos para incorporarlos directamente a sus guías y aplicarlas en el sistema público sanitario. Esto es, los listados de la APA, básicamente son informativos para aquellos clínicos, instituciones, seguros, etc. que quieran conocer la evidencia de cada tratamiento según trastornos,

mientras que la evidencia proporcionada por el NICE se puede utilizar para el mismo fin, y además, como utilidad añadida, incorpora la evidencia en sus guías de intervención.

## DISCUSIÓN

Los principales problemas que se han detectado dentro de este abordaje metodológico son las discrepancias en la evaluación de la evidencia, la dificultad de establecer una buena comprobación experimental de la eficacia (sobre todo con el manejo de grupos control), las diferencias en los criterios para manualizar y diseñar guías de tratamiento (sobre todo para las psicoterapias), la generalización de resultados, la instrumentalización de los listados (en términos costes-beneficios) y la distancia y falta de coordinación entre el ámbito científico y el aplicado de la práctica clínica.

Los tratamientos psicológicos eficaces tienen como principal objetivo difundir la aplicación de tratamientos e intervenciones psicológicas que hayan sido sometidas a una evaluación científica (Echeburúa, 1998; Pascual, Frías y Monterde, 2004). Además, pueden contribuir en señalar que una intervención psicológica es eficaz para un determinado problema, y que puede ser mejor que otras alternativas, tanto en sus resultados como en sus condiciones de aplicación (más breve, más barato, etc.). Uno de los objetivos centrales de toda guía de tratamiento es informar y educar a los profesionales de la salud sobre cuales son las técnicas y tratamientos disponibles más efectivos. Si este tipo de metodología fuera desarrollada de manera rigurosa y científica, las guías podrían ser una importante herramienta para introducir los conocimientos aportados por investigaciones actuales realizadas en clínica aplicada, tratando de acortar la brecha existente entre la investigación y la práctica profesional (Echeburúa y Corral, 2001; Echeburúa, Corral y Salaberria, 2010 Kazdin 2008).

Este movimiento ha generado serias controversias sobre su filosofía y metodología y ha recibido numerosas propuestas de revisión de su enfoque (Allen y Kadden, 1995; Becoña *et al.*, 2004; Borckardt, *et al.*, 2008; Garfield,

1996; Hunsley, 2007; Hunsley y Lee, 2007; Kazdin, 1996, 2008; Kratochwill, 2007; Martínez y Moriana, 2009; Moriana, 2009; Rodríguez, 2004; Silverman, 1996; Wampold, 2007).

Uno de los aspectos más debatidos ha sido la comprobación experimental (muy criticada en psicología clínica en el planteamiento inicial de la comprobación de tratamientos psicológicos eficaces) y la evaluación de una sola medida (normalmente solo síntomas) como único criterio de eficacia. Por esta razón, se sugiere la utilización de varios (y diferentes) indicadores evaluados de forma tanto general o global (por ejemplo, la calidad de vida, el grado de malestar, el número de síntomas, su frecuencia, intensidad...) como de forma específica (cualquier variable concreta sometida a evaluación). De esta forma se pretende que la evaluación y la estrategia pre-post no se realice en tan solo una medida sino que apliquemos diferentes autoinformes (tanto generales como específicos: entrevistas, tests, cuestionarios u otros autoinformes), en distintos momentos temporales. El objetivo principal es conseguir suficientes indicadores que nos permitan no solo obtener información global sino también otras medidas más concretas. Estas medidas deberían estar asociadas a técnicas específicas que permitan valorar por separado su "aportación" al estado global de un usuario (en cualquier caso, siempre resulta complejo determinar que componente de una intervención tiene efecto o da como resultado una mejoría o en qué medida ha influido en el resultado final). El que la mayoría de guías utilizaran una organización en módulos facilitaría la adopción de una evaluación general (normalmente realizada al comienzo de la intervención) y una evaluación específica (asociada a la aplicación de módulos o de técnicas concretas). Por ejemplo, si dentro de un módulo voy a utilizar un entrenamiento en un tipo de habilidades, la posible adquisición de nuevas habilidades puede medirse fácilmente con una metodología pre-post (como una conducta discreta o concreta) independientemente de su aportación al estado "global" o mejoría del individuo.

La propia metodología experimental desarrollada para establecer los grupo de control (con grupos de lista de espera, grupos *be-frien-*

*dly*, etc.) no terminan de asegurarnos que los efectos del cambio se deban realmente a la intervención. De hecho las mismas intervenciones ya son de por sí problemáticas cuando normalmente se aplican técnicas o programas de tratamiento complejos (si aplico a un paciente una terapia compuesta por un entrenamiento en relajación, técnicas de resolución de problemas, reestructuración cognitiva, etc., hasta qué punto puedo determinar que la persona mejoró por una u otra aplicación o, sencillamente, por el paso del tiempo o porque ocurren otras cosas en su vida que hacen que mejore).

Otras cuestiones criticadas han sido la utilización de diagnósticos "puros" y la incapacidad para abordar problemas complejos, o las personas con varios diagnósticos (comorbilidad) o con situaciones contextuales y/o interpersonales que generan importantes grados de malestar y conflicto. Sin embargo, gran parte de los problemas que tratan los psicólogos no suelen ser trastornos mentales sino, sencillamente, problemas que tienen personas, la mayoría de ellas sanas. La aplicación de la metodología científica basada en la evidencia ha sido principalmente usada para guías de tratamiento de trastornos psicológicos (Echeburúa y del Corral, 2001; Pérez, 2001; Pérez y Fernández, 2001). Si bien estos planteamientos son, hoy por hoy, una de las aproximaciones más importantes y relevantes de la psicología, hay que destacar que se están realizando de forma prioritaria, o casi exclusiva, desde la psicología clínica y van dirigidas al abordaje de trastornos mentales. En esta línea, debemos subrayar que, sin embargo, los listados de la APA o del NICE solo cubren una pequeña parte de diagnósticos del DSM-IV-TR y/o CIE-10 y solo el NICE dedica algunas de sus guías a problemas que no están listados en dichas clasificaciones. Beutler (2002) identificó 150 tratamientos con apoyo empírico que cubren sólo 51 de los 366 diagnósticos del DSM. Pero en los listados de la APA solo aparecen tratamientos para 20 diagnósticos principales, 44 si contamos los subtipos (por ejemplo, los tipos de trastornos depresivos, tipos de esquizofrenia y otras psicosis, etc.), lo que supone tratamientos para un 12% del total de trastornos recogidos en el DSM, frente a 15 diagnósticos del NICE, 39 si contabilizamos los subtipos, que

abarcarían un 10% del total de trastornos. Además, el NICE promociona 6 guías para problemas no recogidos como trastornos (p.ej. autolesiones, violencia, sospecha de maltrato, adherencia al tratamiento, etc.).

A pesar de las limitaciones (todavía muchas) y de las distancias metodológicas que implican el trabajo con comportamientos humanos, en comparación con la ciencia basada en la evidencia aplicada a la medicina, podemos afirmar que esta aproximación metodológica es, sin lugar a dudas, la que proporciona mejores resultados y dota de mayor fiabilidad a la elección de tratamientos psicológicos.

En cuanto a la comparación de tratamientos psicológicos eficaces entre los listados de la APA y el NICE, destacamos la importancia de la coincidencia en buena parte de la evidencia informada por ambas instituciones. A pesar de esto, las discrepancias entre algunos tratamientos nos hace valorar que las estrategias de búsqueda, los criterios de evidencia aplicados por ambas organizaciones, e incluso, la dificultad de cribado en algunas bases de datos, pueden ser los responsables de algunas de estas diferencias. También la propia actualización de los listados y de las comisiones que trabajan o realizan el seguimiento de las mismas pueden explicar algunas de estas divergencias.

Por esta razón, sería recomendable unificar criterios de evidencia, incluso la propia coordinación entre este tipo de instituciones así como fomentar que las actualizaciones de los listados se hicieran de forma periódica.

Finalmente, se propone profundizar en el debate de la aplicación de este enfoque en contextos educativos, sociales y comunitarios a través de actuaciones, procedimientos y técnicas basados en la evidencia (Morian, 2008). Esto permitiría difundir la metodología basada en la evidencia en otros ámbitos de aplicación de la psicología, especializando cada vez más las intervenciones psicológicas y acortando la brecha entre investigación y práctica (en servicios sociales, atención temprana, psicología educativa). Aunque sea difícil salvar esta distancia en muchos de estos ámbitos, aun más complejos, tenemos que intentar depurar los procedimientos que faciliten la adopción del método científico en todas las aplicaciones de la psicología.

La utilización de estos criterios y metodología no ha tenido un desarrollo relevante en otros ámbitos como la intervención social o la psicología educativa. Sin embargo, cada vez resulta más importante sustentar las actuaciones, procedimientos y técnicas utilizados por psicólogos (y otros perfiles como educadores o trabajadores sociales) demostrando empíricamente sus resultados, y estando respaldados por la utilización del método científico basado en la evidencia. Aunque en países como USA ya se aplica este enfoque en otros ámbitos y cada vez existen más organizaciones públicas, privadas y colegios y asociaciones profesionales dedicados a esta labor (Center for Evidence Based in Social Services; Wing Institute-Evidence-Based Education; Center for Evidence-Based Education; Center for Evaluation and Monitoring; National Registry of Evidence-Based Programs and Practices; Evidence-Based Behavioral Practice).

La filosofía que impregna este cambio de concepción se fundamenta en varias premisas: (1) En la necesidad de trabajar con procedimientos y recursos técnicos tipificados, manualizados, estandarizados en forma de guías y protocolos que cualquier profesional pudiera utilizar con pequeñas adaptaciones, ya esté en el ámbito clínico, educativo o de intervención social. (2) En la conveniencia de someter estos procedimientos a comprobación empírica; sobre todo para comprobar que realmente funcionan. (3) Y en poder adaptarlos a diferentes ámbitos, poblaciones, servicios o modalidades (p.ej. intervenciones breves, domiciliarias, en grupo) y a costes-beneficios (ajustar o equilibrar aspectos como la presión asistencial y el número de recursos humanos para hacerla frente).

Asimismo, también es conveniente tener en cuenta otros aspectos en la evaluación y diseño de estas aplicaciones (Labrador, et. al., 2000), como la evaluación de intervenciones realizadas a nivel ambulatorio, domiciliario y comunitario, la valoración de intervenciones y tratamientos grupales o familiares (poco considerados hasta el momento), la evaluación de programas de autoterapia, biblioterapia, la eficacia de otros profesionales (trabajadoras sociales, educadores, enfermeras, etc.) y de trabajos conjuntos interprofesionales, la evaluación de la utilidad

de estrategias de intervención mínima o tratamientos o intervenciones de tiempo limitado a cargo de equipos de atención primaria (ya sea en el ámbito sanitario o en el social) u otras intervenciones tipo *counseling*, consejo psicológico breve, prevención, orientación y asesoramiento, etc., o la evaluación del grado de observancia de las prescripciones y consejos efectuados.

## REFERENCIAS

- Allen, J. P. y Kadden, R. M. (1995). Matching clients to alcohol treatment. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives* (2<sup>nd</sup> ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- American Psychological Association (2002a). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052-1059.
- American Psychological Association (2002b). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist*, 57, 1048-1051.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- American Psychological Association. (2009). Recuperado el 12 de octubre de <http://www.apa.org>
- Barlow, D. H. (1996). Health Care Policy, Psychotherapy Research, and the Future of Psychotherapy. *American Psychologist*, 51, 1050-1058.
- Becoña, E., Vázquez, M. J., Miguel, C., Casete, L., Lloves, M., Nogueiras, L., González, N., Lage, M., Suárez, S., Gutiérrez-Moyano, M. M., Lorenzo, M. C. y Baamonde, M. G. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: Una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 87, 9-19.
- Beutler, L.E. (2000). *Empirically based decision making in clinical practice. Prevention & Treatment*, 3. Article 27. Disponible en red: <http://journals.apa.org/prevention/volumen3/pre0030027a.html>.
- Beutler, L.E. (2002). It isn't the size, but the fit. *Clinical Psychology*, 9, 434-438.
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D. y O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist*, 63, 77-95.
- Carrasco, F. J. y Valdivia, S. (2007). Towards alternative criteria for the validation of psychological treatment. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 347-363.
- Chambless, D. y Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H.; Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A.; deRubeis, R., Detweiler, J., Haga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. y Woody, S. R. (1998). An update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D.L. y Hollon, S. (1998). Defining empirically-supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Johnson, S.B., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., Baker, M.J., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L.E., Williams, D.A. y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-14.
- Echeburúa, E. (1998). ¿Qué terapias psicológicas son eficaces? Un reto ante el año 2000. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 149-160.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberria, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas. Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-99.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 319-324.
- Garfield, S.L. (1996). Some problems associated with "validated" forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 218-229.
- Herbert, J.D. (2003). The science and practice of empirically supported treatments. *Behavior Modification*. 27 (3), 412-430.
- Herink, R. (1980). *The psychotherapy handbook: the A to Z guide to more than 250 different therapies use today*. Nueva York. New American Library.
- Hunsley, J y Lee, C. M. (2007). Research-Informed Benchmarks for Psychological Treatments: Efficacy Studies, Effectiveness Studies, and Beyond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 21-33.
- Hunsley, J. (2007). Training Psychologist for Evidence-Based Practice. *Canadian Psychology*, 48, 32-41.
- Kazdin, A. E. (1986). The evaluation of psychotherapy: Research design, and methodology. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd. ed.). Nueva York: Plenum.
- Kazdin, A.E. (1996). Validated treatments: Multiple perspectives and issues. Introduction to the Series. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 216-217.
- Kazdin, A. (2008). Evidence-Based Treatment and Prac-

- tice. New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159.
- Kazdin, A. y Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Kratochwill, T. R. (2007). Preparing Psychologists for Evidence-Based School Practice: Lessons Learned and Challenges Ahead. *American Psychologist*, 62, 829-843.
- Labrador, F. (1982). La importancia de los diseños N=1 en la investigación en psicología clínica. En *VII Congreso Nacional de Psicología* (pp. 589-593). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos*. Madrid: Dykinson.
- Lipsey, M. W. y Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Martínez, V. A. y Moriana, J.A. (2009). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia. Alcances y controversias. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 1, 72-73.
- Matthews, R. (2007). *25 grandes ideas. La ciencia que está cambiando nuestro mundo*. Madrid: Espasa.
- McReynolds, P. (1997). *Lightner Witmer: His life and times*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Moriana, J. A. (2008). Salud y psicología. En J. G. Fouce y E.R. París. *Psicología para otro mundo posible* (pp.203-228). Tucumán-Argentina: Ediciones Cooperativas.
- Moriana, J. A. (2010). *Diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces*. Granada: Alborán Editores
- Mustaca, A. E. (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 11-20.
- National Institute for Health and Clinical Excellence-NICE (2009). Recuperado el 12 de octubre de <http://www.nice.org.uk>
- Pascual, J., Frías, M.D. y Monterde, H. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 87, 1-8.
- Pelechano, V. (2007). Viejas y nuevas cuestiones en las viejas y nuevas terapias psicológicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12, 71-90.
- Pérez, M (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 15-33.
- Pérez, M. y Fernández, H. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 523-529.
- Rodríguez, A. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: Alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 87, 45-55.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. y Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Shapiro, D. A. (1996). "Validated" treatments and evidence-based psychological services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 256-259.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shakow, D., Hilgard, E. R., Kelly, E. L., Luckey, B., Sanford, R. N. y Shaffer, L. F. (1947). Recommended graduate training program in clinical psychology. *American Psychologist*, 2, 539-558.
- Shapiro, D. A. y Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Silverman, W. H. (1996). Cookbooks, manuals, and paint-by-numbers: Psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy*, 33, 207-215.
- Smith, M. L. y Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-60.
- Smith, M. L., Glass, G. V. y Miller, T. L. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Spaulding, S. A. y Brown, J. M. (1995). The practice of behavior therapy: A national survey of cost and methods. *The Behavior Therapist*, 18, 1-4.
- Vera-Villarroel, P. y Mustaca, A. (2006). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (3), 551-565.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The Humanistic (and Effective) Treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873.
- Woody, S. R., Weisz, J. y McLean, C. (2005). Empirically Supported Treatments: 10 Years Later. *The Clinical Psychologist*, 58, 5-11.

## Anexo I. Criterios para las guías de tratamiento psicológico (APA, 2002a).

### **Eficacia del tratamiento**

---

*Criterio 1.* Las guías deben estar basadas en la consideración de estudios empíricos relevantes informados por la literatura científica y especializada sobre el tema.

*Criterio 2.* Deben considerarse los estudios de mayor rigor científico.

Criterio 2.1. Una posibilidad interesante es tener en cuenta a especialistas sobre el tema que puedan ayudar a la confección de guías.

Criterio 2.2. La utilización de medios de evaluación sistemática y observación en ámbitos reales es importante para su generalización en contextos naturales y reales.

Criterio 2.3. La evaluación de intervenciones eficaces no solo implica la utilización de metodología experimental sino también de metodologías cuasi-experimentales.

*Criterio 3.* Es recomendable que la intervención específica compare sus resultados con el tipo de intervención convencional que existía hasta entonces (en el caso de que existiera).

Criterio 3.1. Considerar que el tratamiento es mejor que el no tratamiento.

Criterio 3.2. Considerar que la intervención tiene efectos positivos por sí misma.

Criterio 3.3. Considerar que el tratamiento obtiene los mejores resultados si son comparados con otros tipos de tratamientos.

*Criterio 4.* Considerar viable la evidencia de comparaciones usuario-intervención (o paciente tratamiento)

*Criterio 5.* Las guías deben especificar los resultados de la intervención (cada uno de los resultados). (p.e. Selección de participantes, objetivo del tratamiento, indicadores de calidad de vida, consecuencias a largo plazo del tratamiento, consecuencias indirectas del tratamiento, satisfacción del usuario con la intervención, efectos negativos y iatrogénicos, grado de significación estadística, método y objetivos).

### **Utilidad práctica**

---

*Criterio 6.* Las guías deberían señalar un amplio margen de características de los usuarios que podrán verse beneficiados.

Criterio 6.1. Las guías deben tener en cuenta la severidad de síntomas si los hubiera, la comorbilidad de problemas y sus consecuencias, otros estresores e idiosincrasia de la persona o de la situación.

Criterio 6.2. Deben tenerse en cuenta las consideraciones culturales relevantes.

Criterio 6.3. Las guías de intervención deben tener en cuenta la variabilidad de sus resultados y objetivos en función del género (como característica social) y del sexo (como característica biológica).

Criterio 6.4. Las guías deben tener en cuenta la edad y el nivel de desarrollo de los usuarios.

Criterio 6.5. Es recomendable que las guías de tratamiento tengan en cuenta otras características relevantes de los usuarios.

*Criterio 7.* Es recomendable que las guías recojan como pueden afectar las características individuales de los técnicos en la posible eficacia de la intervención.

Criterio 7.1. Las guías deben tener en cuenta la experiencia, habilidades, formación y entrenamiento de los profesionales que las utilizan.

Criterio 7.2. Es recomendable que los técnicos tengan en cuenta que los resultados obtenidos por la intervención responden a la interacción que se produce entre las características del usuario y de su problema y las características del profesional.

*Criterio 8.* Es recomendable que la guía tome en cuenta información sobre el ámbito o el contexto en el cual se desarrolla la intervención.

*Criterio 9.* Se debe tener en cuenta los datos sobre la robustez de la intervención.

### **Factibilidad o viabilidad**

---

*Criterio 10.* La guía debe tener en cuenta el nivel de aceptabilidad que tendrá la intervención en el grupo de usuarios al que va dirigido.

Criterio 10.1. Una buena guía debería informar a los usuarios y a los técnicos sobre otras alternativas a la intervención que se propone.

Criterio 10.2. La guía debe considerar que el paciente no esté dispuesto o no tenga suficientes conocimientos o habilidades para participar en la intervención.

*Criterio 11.* La guía debería especificar y evaluar posibles efectos adversos de la intervención así como sus posibles beneficios.

*Criterio 12.* Los profesionales que van a utilizar estas guías de tratamiento deberían formarse y entrenarse para su uso y aplicación.

### **Consideración de costes**

---

*Criterio 13.* Cuando las guías requieran o incluyan costes estos deben ser tenidos en cuenta independientemente de su efectividad.

*Criterio 14.* En ese caso deben intentar especificar los costes directos, indirectos, a corto plazo, a largo plazo, costes para el usuario, para el profesional, para la institución, etc.

### **El proceso de desarrollo de una guía**

---

*Criterio 15.* Es recomendable que los técnicos que trabajen en la elaboración de guías sean profesionales y expertos del tema que tratan.

Criterio 15.1. Es recomendable que se incluyan expertos de las áreas y ámbitos en los que se desarrollan las guías y en campos o áreas afines.

Criterio 15.2. Es recomendable que se incluyan expertos en metodología científica y en áreas de intervención, evaluación y diagnóstico.

Criterio 15.3. Es recomendable la presencia de afectados, familiares, usuarios o personas que presenten las problemáticas que se van a protocolizar.

Criterio 15.4. Es recomendable que puedan incluirse o consultarse técnicos o profesionales de otras disciplinas o ámbitos (trabajadoras sociales, educadores, etc.).

Criterio 15.5. Es recomendable utilizar a técnicos con formación y sensibilización sobre aspectos relacionados con el género, etnicidad, lenguaje, orientación sexual, edad, etc., por la riqueza y conocimientos específicos que puedan aportar al grupo.

*Criterio 16.* Señalar posibles conflictos de intereses, conflictos derivados de roles o funciones profesionales o personales, intereses políticos, etc.

*Criterio 17.* Las guías y protocolos deben mantener un clima de apertura, de libertad de intercambios, retroalimentación y revisión propios de la objetividad y profesionalidad científica de sus objetivos.

Criterio 17.1. La selección de los criterios utilizados para seleccionar a los participantes en la elaboración de guías (cualificación, experiencia, posibles conflictos de intereses, etc.) deberían describirse en la guía.

Criterio 17.2. Se recomienda que los procedimientos, decisiones y deliberaciones del grupo estén disponibles para su revisión.

Criterio 17.3. Una vez finalizada la guía y adoptado el proceso de intervención es recomendable que se incluyan avisos, sugerencias, recomendaciones y conclusiones para los técnicos (incluso usuarios) que los vayan a utilizar.

Criterio 17.4. Es recomendable aportar referencias bibliográficas y otros documentos utilizados en la elaboración de las guías y protocolos.

Criterio 17.5. En el caso de que entre los profesionales que elaboran la guía haya desacuerdo en algún apartado de la misma, es importante que esta circunstancia quede recogida en la guía.

*Criterio 18.* Es recomendable que en la guía se recojan los objetivos específicos que se han utilizado para diseñar la guía

Criterio 18.1. Especificar a la audiencia/s a las que va dirigida la guía.

Criterio 18.2. Deben explicitarse todos los objetivos propuestos o a los que van dirigidos las guías y protocolos.

*Criterio 19.* Es recomendable que la guía especifique el procedimiento y el método utilizado para su confección y desarrollo.

Criterio 19.1. Es recomendable que se especifique las condiciones o problemas para los que se va a considerar una intervención.

Criterio 19.2. Especificar la población a la que va dirigida.

Criterio 19.3. Sería conveniente especificar qué tipo de intervenciones van a ser consideradas y cuáles no van a ser consideradas.

Criterio 19.4. Especificar el tipo de profesional y el ámbito práctico al que va dirigido la guía.

Criterio 19.5. Es recomendable que tras elegir un tema, los expertos decidan los objetivos específicos y concreciones a determinar y revisar en la literatura científica.

*Criterio 20.* Los expertos deberían especificar los métodos y estrategias que ellos han utilizado para revisar las evidencias empíricas o científicas sobre el tema.

*Criterio 21.* Es recomendable que los expertos especifiquen métodos para evaluar las guías que ellos mismos han desarrollado.

Criterio 21.1. Es recomendable que los expertos faciliten y sugieran un método de evaluación de sus guías y protocolos que asegure una evaluación independiente, objetiva y realista.

Criterio 21.2. Detallar recomendaciones que faciliten el proceso de evaluación externa y la validez de las guías.

Criterio 21.3. Las guías deben detallar las recomendaciones que faciliten una evaluación independiente sobre su aplicabilidad.

Criterio 21.4. Las guías deben ser revisadas periódicamente para asegurarnos que no se quedan obsoletas y que se adecuan a los cambios sociales y culturales. Es interesante que los expertos señalen la periodicidad con la que deben ser revisadas.

---