

## Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para Adultos: Una Revisión Selectiva

Eduardo Fonseca Pedrero<sup>1</sup>, Marino Pérez-Álvarez<sup>2</sup>, Susana Al-Halabí<sup>2</sup>, Félix Inchausti<sup>3</sup>, José Muñiz<sup>4</sup>, Emilio López-Navarro<sup>1</sup>, Alicia Pérez de Albéniz<sup>1</sup>, Beatriz Lucas Molina<sup>5</sup>, Martín Debbané<sup>6</sup>, María Teresa Bobes-Bascarán<sup>2</sup>, Alberto Gimeno-Peón<sup>7</sup>, Javier Prado-Abriol<sup>8</sup>, Javier Fernández-Álvarez<sup>9</sup>, Juan Francisco Rodríguez-Testal<sup>10</sup>, David González Pando<sup>2</sup>, Adriana Díez-Gómez<sup>1</sup>, José Manuel García Montes<sup>11</sup>, Leticia García Cerdán<sup>11</sup>, Jorge Osma<sup>12</sup>, Óscar Peris Baquero<sup>12</sup>, Alba Quilez Orden<sup>13</sup>, Carlos Suso Ribera<sup>9</sup>, Elena Crespo Delgado<sup>9</sup>, Marta Salla<sup>14</sup>, Adrián Montesano<sup>15</sup>, Mercedes Paimo<sup>2</sup>, Salvador Perona Garcelán<sup>16</sup>, Óscar Vallina<sup>17</sup>, Jorge Barraca Mairal<sup>18</sup>, César González-Blanch<sup>19</sup>, Antonio Cano-Vindel<sup>20</sup>, Paloma Ruiz Rodríguez<sup>21</sup>, Sara Barrio Martínez<sup>22</sup>, Amador Priede<sup>23</sup>, Miguel A. Vallejo Pareja<sup>24</sup>, Laura Vallejo-Slocker<sup>24</sup>, Juan A. Cruzado Rodríguez<sup>20</sup>, Joaquín Manuel Pastor Morales<sup>25</sup>, Ana García-Dantas<sup>26</sup>, Gloria Bellido Zanin<sup>27</sup>, Luisa María Serret Romano<sup>16</sup>, Laura Armesto Luque<sup>16</sup>, José López Santiago<sup>28</sup>, Sandra Amáez Sampedro<sup>5</sup>, Bárbara Gil-Luciano<sup>5</sup>, Francisco J. Ruiz<sup>29</sup>, Francisco Javier Molina-Cobos<sup>11</sup>, Juan Sevillá Gascó<sup>30</sup>, Carmen Pastor Gimeno<sup>30</sup>, Roberto Secades-Villa<sup>2</sup>, Alba González-Roz<sup>2</sup>, Sara Weidberg<sup>2</sup>, Gloria García-Fernández<sup>2</sup>, José P. Espada Sánchez<sup>31</sup>, María T. González Maestre<sup>31</sup>, José Errasti Pérez<sup>2</sup>, Sergio Sánchez-Reales<sup>32</sup>, Carmen Caballero Peláez<sup>32</sup>, María de la Fe Rodríguez-Muñoz<sup>24</sup>, Cristina Soto-Balbuena<sup>33</sup>, María Eugenia Olivares Crespo<sup>34</sup>, Rosa Marcos-Nájera<sup>35</sup>, Juan M. García Haro<sup>36</sup>, Inmaculada Montoya Castilla<sup>5</sup>, Ascensión Fumero<sup>37</sup>, and Rosario J. Marrero<sup>37</sup>

<sup>1</sup> Universidad de La Rioja, <sup>2</sup> Universidad de Oviedo, <sup>3</sup> Servicio Riojano de Salud, <sup>4</sup> Universidad de Nebrija, <sup>5</sup> Universitat de València, <sup>6</sup> Universidad de Ginebra (Suiza), <sup>7</sup> Servicio de Salud del Principado de Asturias, <sup>8</sup> Servicio Aragonés de Salud, <sup>9</sup> Universitat Jaume I <sup>10</sup> Universidad de Sevilla, <sup>11</sup> Universidad de Almería, <sup>12</sup> Universidad de Zaragoza, <sup>13</sup> Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón, <sup>14</sup> Universitat de Barcelona, <sup>15</sup> Universitat Oberta de Catalunya, <sup>16</sup> Hospital Universitario Virgen del Rocío, <sup>17</sup> Hospital Sierrallana, <sup>18</sup> Universidad Camilo José Cela, <sup>19</sup> Hospital Universitario "Marqués de Valdecilla", <sup>20</sup> Universidad Complutense de Madrid, <sup>21</sup> Centro de Salud Castilla La Nueva, <sup>22</sup> Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla, <sup>23</sup> Hospital de Laredo - Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla, <sup>24</sup> Universidad Nacional de Educación a Distancia, <sup>25</sup> Servicio Andaluz de Salud, <sup>26</sup> Práctica Privada, <sup>27</sup> Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Les Corts, <sup>28</sup> Gerencia de Atención Integrada de Albacete, <sup>29</sup> Fundación Konrad Lorenz (Colombia), <sup>30</sup> Centro de Terapia de Conducta de Valencia, <sup>31</sup> Universidad Miguel Hernández, <sup>32</sup> Hospital Virgen del Castillo, <sup>33</sup> Hospital Universitario Central de Asturias, <sup>34</sup> Hospital Clínico San Carlos, <sup>35</sup> Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, <sup>36</sup> Servicio de Salud del Principado de Asturias, and <sup>37</sup> Universidad de La Laguna

### Resumen

**Antecedentes:** los tratamientos psicológicos han mostrado su eficacia, efectividad y eficiencia para el abordaje de los trastornos mentales; no obstante, considerando el conocimiento científico generado en los últimos años, no se dispone de trabajos de actualización en español sobre cuáles son los tratamientos psicológicos con respaldo empírico. El objetivo fue realizar una revisión selectiva de los principales tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para el abordaje de trastornos mentales en personas adultas. **Método:** se recogen niveles de evidencia y grados de recomendación en función de los criterios propuestos por el Sistema Nacional de Salud de España (en las Guías de Práctica Clínica) para diferentes trastornos psicológicos. **Resultados:** los resultados sugieren que los tratamientos psicológicos disponen de apoyo empírico para el abordaje de un amplio elenco de trastornos psicológicos. El grado de apoyo empírico oscila de bajo a alto en función del trastorno psicológico analizado. La revisión sugiere que ciertos campos de intervención necesitan una mayor investigación. **Conclusiones:** a partir de esta revisión selectiva, los profesionales de la psicología podrán disponer de información rigurosa y actualizada que les permita tomar decisiones informadas a la hora de implementar aquellos procedimientos psicoterapéuticos empíricamente fundamentados en función de las características de las personas que demandan ayuda.

**Palabras clave:** psicoterapia, tratamientos psicológicos, revisión, depresión, ansiedad, psicosis.

### Abstract

**Evidence-Based Psychological Treatments for Adults: A Selective Review. Background:** Psychological treatments have shown their efficacy, effectiveness, and efficiency in dealing with mental disorders. However, considering the scientific knowledge generated in recent years, in the Spanish context, there are no updating studies about empirically supported psychological treatments. The main goal was to carry out a selective review of the main empirically supported psychological treatments for mental disorders in adults. **Method:** Levels of evidence and degrees of recommendation were collected based on the criteria proposed by the Spanish National Health System (Clinical Practice Guidelines) for different psychological disorders. **Results:** The results indicate that psychological treatments have empirical support for the approach to a wide range of psychological disorders. These levels of empirical evidence gathered range from low to high depending on the psychological disorder analysed. The review indicates the existence of certain fields of intervention that need further investigation. **Conclusions:** Based on this selective review, psychology professionals will be able to have rigorous, up-to-date information that allows them to make informed decisions when implementing empirically based psychotherapeutic procedures based on the characteristics of the people who require help.

**Keywords:** Psychotherapy, psychological treatments, review, depression, anxiety, psychosis.

personal como en la reducción de “síntomas”, y mejora de la funcionalidad, no se circunscriben exclusivamente ni al campo de los trastornos mentales ni a contextos clínico-sanitarios. Es así que los tratamientos psicológicos han mostrado su eficacia y utilidad clínica en diversidad de áreas como la conducta suicida, los trastornos psicofisiológicos o los problemas de salud (p. ej., cáncer), así como en contextos sociales, organizacionales y/o educativos (p. ej., Fonseca-Pedrero, 2021; Pérez-Álvarez et al., 2003).

La Psicología, como ciencia que se ocupa del estudio del sujeto y del comportamiento (Pérez-Álvarez, 2018), necesita cimentarse en la evidencia científica disponible con la finalidad de tomar decisiones informadas (Muñiz y Fonseca-Pedrero, 2019). Cualquier profesional de la psicología debería saber decidir qué tratamiento psicológico, fundamentado en una sólida base científica, aplicar a una persona con un problema específico bajo unas determinadas características, y cómo aplicarlo para maximizar sus potenciales efectos beneficiosos y reducir los posibles riesgos (Botella, 2017; Pérez-Álvarez et al., 2003). Es más, el Código Deontológico del Psicólogo, en su artículo 17 (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2015), establece que los profesionales de la psicología deben hacer un “esfuerzo continuado de actualización de su competencia profesional”. Igualmente, el artículo 18 establece que “sin perjuicio de la legítima diversidad de teorías, escuelas y métodos, el/la psicólogo/a no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente”. Es, por lo tanto, una responsabilidad ofrecer a las personas aquellos tratamientos psicológicos que gocen de respaldo científico. Nótese, además, que disponer de tratamientos psicológicos empíricamente apoyados (TPEA) tiene consecuencias en múltiples aspectos como, por ejemplo, la mejora de la calidad en la atención psicológica brindada a la sociedad, su coste-eficacia y su coste-utilidad, así como en el propio desarrollo de la Psicología como ciencia y profesión (Fonseca-Pedrero, 2021).

Dada la importancia fundamental de disponer de TPEA para abordar los trastornos psicológicos, no deja de ser curiosa la falta de trabajos de actualización y revisión en español sobre cuáles son las intervenciones eficaces y efectivas considerando las características de las personas que demandan ayuda. En este contexto, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión selectiva de los principales TPEA para el abordaje de diferentes trastornos psicológicos en adultos siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades-11 (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019). Dicha revisión es selectiva porque no abarca todos los problemas psicopatológicos al uso, sino aquellos más comunes y relacionados directamente con el modelo CIE-11. Se hace necesario, por un lado, realizar una actualización que permita aglutinar y difundir nuestro acervo y conocimiento al respecto y, por otro, se trata de dar respuesta, al menos parcialmente, al embrollo en el que se encuentra envuelta la psicoterapia (Pérez-Álvarez, 2020) y reducir la brecha entre la investigación y la práctica clínica (Fernández-Álvarez et al., 2020). Para un mayor análisis de estas y otras cuestiones abordadas en este artículo se remite al lector a trabajos previos (Asociación Americana de Psicología [APA], 2019; Australian Psychological Society, 2018; Moriana et al., 2017; Norcross y Lambert, 2019; Norcross y Wampold, 2019a; Pérez-Álvarez, 2019, 2020; Wampold e Imel, 2015), y en particular, a los diferentes capítulos del Manual de tratamientos psicológicos para adultos de Fonseca-Pedrero (2021).

## Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados

### Contextualización

El movimiento de los TPEA se inicia con el trabajo pionero de Eysenck en 1952 titulado “Los efectos de la psicoterapia: una evaluación”. Destaca también la investigación realizada por Luborsky et al. (1975) donde se afirmaba que el efecto positivo de todas las psicoterapias era semejante (el conocido *veredicto del pájaro Dodo* donde “todos han ganado y todos tienen premio”) (Rosenzweig, 1936). Ya en la década de los 80 surge en Canadá la denominada Medicina Basada en la Evidencia, que publica su manifiesto en 1992 (*Evidence Based Medicine Working Group*, 1992). La APA asume un rol relevante en este campo de actuación, y en 1995 la División 12 (Sociedad de Psicología Clínica) publica el famoso informe “*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*”. Su finalidad era promover los tratamientos basados en la evidencia en el campo de la Psicología. Con el paso del tiempo se han ido publicando diferentes actualizaciones de dicho informe (Chambless et al., 1996; Chambless et al., 1998; Chambless y Ollendick, 2001). En el documento de 1998 se publican los criterios necesarios para identificar “tratamientos empíricamente validados” o “con apoyo empírico” (en inglés, *empirically supported treatments*) para trastornos psicológicos específicos. Por su parte, la División 29 (Psicoterapia) de la APA también crea en 1999 un grupo de trabajo denominado “*Empirically Supported (Therapy) Relationships*” dedicado a estudiar el impacto de las relaciones terapéuticas con apoyo empírico. Ya entrados en el siglo XXI, la APA impulsa, en el año 2005, la *Task Force on Evidence-Based Practice* y publica su informe al año siguiente (Goodheart et al., 2006). Surge así la “práctica psicológica basada en la evidencia” entendida como la integración de la mejor investigación disponible junto a la pericia clínica en el contexto de las características, la cultura y preferencias de la persona que demanda ayuda. Nótese que el recorrido histórico de la psicoterapia, aunque intenso en cuanto a hechos y gestas, es breve en términos temporales.

Como se ha comentado, es esencial evaluar cuidadosamente la naturaleza de la intervención y el nivel de apoyo científico disponible antes de tomar la decisión de apoyar, recomendar y difundir (o no) dicha intervención psicológica en la sociedad. Estos criterios acerca de los niveles de evidencia y, por consiguiente, del grado de recomendación sobre qué tratamientos psicológicos cuentan con apoyo empírico para diagnósticos oficiales en el campo de la salud mental, son estipulados por diferentes asociaciones científicas. Destacan, entre otras, la APA, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido (*The National Institute for Health and Care Excellence*, NICE), el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España (mediante las Guías de Práctica Clínica, GPC) o la Red Escocesa Intercolegial de Guías de Práctica Clínica (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, SIGN). En la Tabla 1 se recogen los niveles de evidencia y grados de recomendación propuestos en las GPC que han sido utilizados en la presente revisión selectiva.

Los diferentes procedimientos psicoterapéuticos obligan a plantear, al menos brevemente, la naturaleza y clasificación de los trastornos psicológicos. Respecto a la primera cuestión, para empezar y como se comentó, la Psicología es la ciencia del sujeto y del comportamiento. El saber psicológico mora en una banda epistemológica estrecha, con entidad propia, que hunde sus raíces en el sustrato neurobiológico y expande sus ramas en el contexto sociocultural. La Psicología, por tanto, debe caminar

**Tabla 1**  
Niveles de evidencia y grados de recomendación de las Guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud de España

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

cautelosa y vigilante, entre estas dos bandas de estudio, sin caer en reduccionismos insulsos de corte biológico, cerebro-centrista o socio-cultural (Fonseca-Pedrero, 2019). Es bien conocido que la conducta humana difícilmente se ajusta a lo lineal y uniaxial. A este respecto, los trastornos psicológicos no son enfermedades mentales, fijas, naturales, ahí-dadas (en el sentido médico de “enfermedad”), sino que deberían ser considerados entidades interactivas (Borsboom et al., 2018; Pérez-Álvarez, 2018). La causa material de la que están hechos los trastornos psicológicos serían los “problemas de la vida” (véase también adversidades, agobios, amenazas, conflictos, crisis, decepciones, frustraciones, incertidumbres, invalidación, maltrato, pérdidas, sentido de la vida, soledad, traumas, etc.) (Pérez-Álvarez, 2020). Además, tal vez, sea mejor hablar de razones y no de causas (Pérez-Álvarez, 2012). Se deben comprender como formas de responder a los problemas consustanciales a la vida. Karl Menninger explicaba esta idea de forma magistral utilizando la metáfora del pez enganchado al anzuelo con la finalidad de describir el comportamiento de las personas que tienen dificultades inusuales: “sus giros pueden parecer extraños para los otros peces que no comprenden las circunstancias; pero su chapoteo no es su sufrimiento, es su esfuerzo para liberarse de su sufrimiento”. Los trastornos psicológicos (p. ej., psicosis, trastornos de ansiedad), al igual que cualquier otro fenómeno psicológico, se dan en una escala personal, fenoménica, operante, lingüística, orgánica, contextual y cultural.

Respecto a la segunda cuestión, el cómo se catalogan los problemas psicológicos, existen diferentes sistemas internacionales de clasificación diagnóstica (modelos CIE y DSM -Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-). En este trabajo, el eje vertebrador utilizado ha sido la CIE-11 de la OMS (2019), en particular, la sección denominada “Clasificación de los

trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo”. La OMS es una organización sin ánimo de lucro en la que participan la gran mayoría de los países (estados miembros), incluida España. La CIE-11 es un sistema de diagnóstico internacional de acceso libre que se utiliza en el ámbito de la salud (no solo salud mental), sin costo alguno, y está disponible en 43 idiomas. Por otro lado, es un secreto a voces que el DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) presenta un serio conflicto de intereses (p.ej., Cosgrove y Krimsky, 2012). Sea como fuere dichos modelos de clasificación diagnóstica no están exentos de limitaciones (p.ej., falta de validez, no basado en mecanismos causales, sistema categorial o baja fiabilidad inter-jueces). Aunque se ha seguido la CIE-11 como organizador de los trastornos psicológicos hacia los que se dirige la psicoterapia, debe hacerse mención que este sistema (y, a la sazón, el del DSM) no capturan bien la esencia de lo que se han descrito antes como “problemas de la vida”, convirtiéndose a menudo, en listados o descripciones de comportamientos y malestar de forma arbitraria (Conway et al., 2019), más que los factores y procesos que pueden desencadenarlos. Aun conociendo las luces y sombras que rodean a los sistemas nosológicos, en este trabajo se considera que puede ser más útil utilizar el modelo CIE-11, ya que es el utilizado en la práctica clínica por el SNS español, y los resultados derivados de esta revisión pueden servir a los sistemas sanitarios y gobiernos que gestionan la salud mental.

Digno de mención es que la obtención de pruebas empíricas sobre si las intervenciones psicológicas funcionan o no, depende tanto del método específico de tratamiento (el qué) como de la relación terapéutica y los denominados “factores comunes” en psicoterapia (el cómo) (Norcross y Lambert, 2019; Wampold e Imel, 2015). Ambos factores, específicos y comunes, son ingredientes intrínsecamente relacionados y complementarios

que juegan un papel determinante en la obtención de evidencias empíricas sobre la eficacia y utilidad clínica de los tratamientos psicológicos. Los factores comunes no pueden desligarse de los procedimientos técnicos y de la práctica psicoterapéutica. Todos los procedimientos que han mostrado ser eficaces, no lo son en función solo de su componente activo (p. ej., la exposición), sino de un proceso terapéutico que posibilita que esa exposición, o cualquier otra técnica, pueda llevarse a cabo. Asimismo, el lector debe considerar que la revisión de tratamientos psicológicos con apoyo empírico puede aglutinar tanto técnicas (p. ej., la exposición con prevención de respuesta) y programas de tratamiento (p. ej., el programa STEPPS - *System Training for Emotional Predictability and Problem Solving*) como modelos generales de intervención a los que se adscriben (p. ej., la terapia cognitivo-conductual).

#### *Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados a revisión*

Se exponen a continuación las pruebas empíricas para los diferentes tratamientos psicológicos en función de los problemas psicológicos. Como se ha comentado, para una revisión más extensa se remite al lector a los diferentes capítulos del Manual de tratamientos psicológicos en adultos (Fonseca-Pedrero, 2021).

*Trastornos psicóticos.* La Tabla 2 recoge los niveles de evidencia y grados de recomendación de las intervenciones psicológicas para los trastornos psicóticos. Como se puede observar, los tratamientos que gozan de un mayor nivel de evidencia (1+) y grado de recomendación A son la terapia cognitivo conductual (TCC) para la psicosis, las intervenciones familiares y la intervención temprana (prevención). Digno de mención es que la guía NICE para el manejo de la psicosis recomienda la TCC como una de las principales opciones de intervención, incluso de forma independiente a la medicación. Aunque más que tratamientos, son alternativas al tratamiento mismo — reenfoques de la psicosis —, no se dejarían de citar el diálogo abierto (Seikkula et al., 2006), el paradigma soteria (Calton et al., 2008) y el movimiento escuchando voces (Cortens et al., 2014).

*Trastornos bipolares (TB).* En la Tabla 2 puede observarse cómo destacan por su respaldo empírico la TCC, la psicoeducación, la terapia centrada en la familia, la terapia interpersonal y de ritmos sociales y el cuidado sistemático. Es destacable que, hasta la fecha, muy pocos estudios han comparado alguno de los formatos de psicoterapia aquí expuestos con un grupo control, un grupo lista de espera, un placebo u otro tipo de comparador (activo o no), por lo que no se podría hablar en sentido estricto de “tratamientos bien establecidos”. En casi la totalidad de los estudios, los tratamientos psicológicos para el TB se han validado en combinación con el tratamiento psicofarmacológico.

*Trastornos depresivos.* En la Tabla 2 se recogen, asimismo, las terapias basadas en las pruebas para la depresión. La TCC de Beck, la activación conductual, la terapia interpersonal y la terapia cognitiva basada en el *mindfulness* son tratamientos psicológicos basados en un sólido apoyo experimental. Dichas formas de intervención ofrecen distintas perspectivas sobre la depresión y múltiples formas de abordarla. Estas psicoterapias cuentan con el mayor número de estudios sobre eficacia, pero no son las únicas terapias psicológicas empíricamente avaladas (Cuijpers et al., 2020). Llegado a cierto punto de eficacia, un mayor número de estudios no se corresponde necesariamente con una mayor eficacia proporcional.

*Trastornos de ansiedad.* Los niveles de evidencia para los trastornos de ansiedad muestran cómo la TCC es considerada, por las principales guías clínicas, el tratamiento de elección para este

conjunto de trastornos (Tabla 2). Además de la TCC, en el caso del trastorno de ansiedad generalizada, también cuentan con sólido respaldo científico la relajación aplicada y la psicoeducación. En el trastorno de pánico, destacan la TCC-computarizada, la terapia de autoayuda y la terapia conductual. En la fobia social, sobresalen la terapia de exposición, la terapia de autoayuda y el entrenamiento en habilidades sociales. En la fobia específica, resaltan la exposición y la terapia de autoayuda. Sin embargo, la mayoría de las personas que tienen un trastorno de ansiedad, tienen más de uno y además es también frecuente tener al mismo tiempo otros trastornos emocionales relacionados (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo unipolar y relacionados). Por ello, en las últimas décadas, ha cobrado un gran interés la investigación sobre el tratamiento transdiagnóstico en grupo, cuya aplicación resulta eficaz y eficiente para los diferentes trastornos agrupados, con un manual en un único protocolo breve de unas pocas sesiones. Destacan el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico (Barlow et al., 2011) y del protocolo PsicAP para trastornos emocionales (González-Blanch et al., 2018). Los resultados derivados de ensayos clínicos y meta-análisis sugieren una eficacia del tratamiento transdiagnóstico que es comparable con los enfoques tradicionales de la TCC, con una eficacia posiblemente superior entre las personas con múltiples diagnósticos emocionales y de ansiedad comórbidos (Cassello-Robbins et al., 2020; Norton y Roberge, 2017; Osma et al., 2018).

*Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).* Los tratamientos psicológicos para el TOC que cuentan con sólido apoyo experimental se muestran en la Tabla 2. Como se puede observar, la intervención que cuenta con mayor nivel de evidencia empírica es la exposición con prevención de respuesta (EPR)/TCC. El tratamiento bien establecido para el TOC incluye, al menos por el momento, solamente la EPR; no obstante, la TCC es considerada globalmente como EPR, pues incluye dicho componente y frecuentemente cuenta con estrategias cognitivas, por lo que debe ser también considerada como tratamiento bien establecido. La terapia cognitiva, así como la terapia metacognitiva y la terapia de aceptación y compromiso pueden considerarse en la categoría de tratamiento probablemente eficaz.

*Trastornos específicamente asociados con el estrés.* Los tratamientos psicológicos que cuentan con mayor respaldo empírico y un nivel de recomendación A son la exposición prolongada, la terapia de procesamiento cognitivo y la EMDR (*Eyes Movement Desensitization and Reprocessing*). Al igual que los trastornos depresivos, el trastorno de estrés posttraumático parece poder tratarse exitosamente con los tratamientos psicológicos, ya que existen diferentes enfoques de probada eficacia, entre los que se encuentran los de base psicodinámica y humanista (Dauphin, 2020; Norcross y Wampold, 2019).

*Trastornos disociativos.* Los niveles de evidencia y grados de recomendación para el abordaje de los trastornos disociativos, tal y como se puede observar en la Tabla 2, muestran que los tratamientos con fuerte apoyo experimental son escasos, destacando la TCC para el trastorno de convulsiones disociativas. Con un nivel de evidencia modesto se encuentran, para el abordaje del trastorno de identidad disociativo, la terapia de esquemas y la terapia cognitivo-análítica. En el caso del trastorno de despersonalización/desrealización la TCC muestra un nivel de evidencia de 2-.

*Trastornos de síntomas somáticos (somatización) e hipocondría.* En las personas con diagnóstico de somatización, la TCC se ha mostrado como un tratamiento empíricamente apoyado. La TCC también se ha mostrado como un tratamiento con fuerte apoyo

Tabla 2

Niveles de evidencia y grados de recomendación de los tratamientos psicológicos para diferentes trastornos psicológicos (modelo CIE-11 de la OMS)

| Trastorno                                       | Tratamiento  | Nivel de evidencia | Grado de recomendación |
|---|--|--------------------|------------------------|
| Trastornos psicóticos                           | Terapia cognitivo-conductual para la psicosis                        | 1+                 | A                      |
|   | Intervenciones familiares  | 1+                 | A                      |
|   | Tratamiento asertivo comunitario                                     | 1+                 | B                      |
|   | Psicoeducación   | 1+                 | B                      |
|   | Entrenamiento en habilidades sociales                                | 2+                 | C                      |
|   | Terapias contextuales  | N/A*               | N/A                    |
|   | Rehabilitación cognitiva   | 1+                 | B                      |
|   | Intervención temprana  | 1+                 | A                      |
|   | Paquetes integrados multimodales                                     | 1+                 | B                      |
| Trastornos bipolares                            | Terapia cognitivo-conductual   | 1+                 | A                      |
|   | Psicoeducación   | 1+                 | A                      |
|   | Terapia centrada en la familia                                       | 1+                 | B                      |
|   | Terapia interpersonal y de ritmos sociales                           | 1+                 | B                      |
|   | Cuidado sistemático  | 1+                 | B                      |
|   | Terapia cognitiva basada en el <i>mindfulness</i>                    | 2+                 | C                      |
|   | Rehabilitación cognitiva y funcional                                 | 2+                 | C                      |
| Trastornos depresivos                           | Terapia cognitivo-conductual de Beck                                 | 1++                | A                      |
|   | Activación conductual  | 1++                | A                      |
|   | Terapia interpersonal  | 1+                 | A                      |
|   | Terapia cognitiva basada en el <i>mindfulness</i>                    | 1+                 | A                      |
| Trastornos de ansiedad                          |  |                    |                        |
| Trastorno de ansiedad generalizada              | Terapia cognitivo-conductual   | 1++                | A                      |
|   | Relajación aplicada  | 1+                 | A                      |
|   | Psicoeducación   | 1+                 | A                      |
|   | Terapia de autoayuda   | 3                  | D                      |
|   | <i>Mindfulness</i>   | 3                  | D                      |
| Trastorno de pánico                             | Terapia cognitivo-conductual   | 1++                | A                      |
|   | Terapia cognitivo-conductual computarizada                           | 1+                 | A                      |
|   | Terapia de autoayuda   | 1+                 | A                      |
|   | Terapia conductual   | 1+                 | A                      |
|   | Relajación aplicada  | 2++                | B                      |
|   | Terapia psicodinámica  | 2+                 | C                      |
|   | Terapia de aceptación y compromiso                                   | 2+                 | C                      |
|   | Terapia cognitiva  | 2+                 | C                      |
|   | <i>Mindfulness</i>   | 2+                 | C                      |
|   | Psicoeducación   | 2+                 | C                      |
| Terapia de apoyo                                | 2+   | C                  |                        |
| Fobia social                                    | Terapia cognitivo-conductual   | 1++                | A                      |
|   | Terapia de exposición  | 1+                 | A                      |
|   | Terapia de autoayuda   | 1+                 | A                      |
|   | Entrenamiento en habilidades sociales                                | 1+                 | A                      |
|   | Terapia psicodinámica  | 1-                 | B                      |
| Fobia específica                                | Terapia interpersonal  | 2+                 | C                      |
|   | Terapia de aceptación y compromiso                                   | 3                  | D                      |
|   | Terapia cognitivo-conductual   | 1++                | A                      |
|   | Exposición   | 1++                | A                      |
| Terapia de autoayuda                            | 1+   | A                  |                        |
| Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)             |  |                    |                        |
| Trastorno de estrés postraumático               | Exposición con prevención de respuesta /terapia cognitivo-conductual | 1++                | A                      |
|   | Terapia metacognitiva  | 2+                 | C                      |
|   | Terapia de aceptación y compromiso                                   | 2+                 | C                      |
|   | Terapia basada en <i>mindfulness</i>                                 | 2-                 | D                      |
| Trastornos disociativos                         |  |                    |                        |
| Trastorno disociativo                           | Tratamiento orientado por fases                                      | 4                  | D                      |
|   | Psicoterapia psicodinámica   | 3                  | D                      |
|   | Psicoeducación   | 3                  | D                      |
| Trastorno de Identidad Disociativo              | Terapia de esquemas  | 2-                 | D                      |
|   | Terapia cognitivo-analítica  | 2+                 | D                      |
| Trastorno de despersonalización/ desrealización | Terapia cognitivo-conductual   | 2-                 | D                      |
| Trastorno de convulsiones disociativas          | Terapia cognitivo-conductual   | 1-                 | B                      |
| Hipocondría y Somatización                      |  |                    |                        |
| Hipocondría                                     | Terapia cognitivo-conductual   | 1+                 | A                      |
|   | Terapia cognitivo-conductual por Internet                            | 1-                 | B                      |
|   | Terapia cognitivo-conductual basada en conciencia plena              | 2+                 | B                      |
|   | Psicoeducación   | 2+                 | C                      |
|   | Terapia explicativa  | 2+                 | C                      |
| Somatización                                    | Biblioterapia  | 2+                 | C                      |
|   | Terapia cognitivo-conductual   | 1-                 | B                      |
|   | Intervenciones en los servicios de atención primaria                 | 2+                 | C                      |
| Trastornos del comportamiento alimentario       |  |                    |                        |
| Anorexia Nerviosa                               | Terapia cognitivo-conductual   | 1-                 | B                      |
|   | <i>Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA)</i>       | 2++                | B                      |
|   | <i>Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)</i>              | 2++                | B                      |
| Bulimia Nerviosa                                | Terapia cognitivo-conductual   | 1++                | A                      |
|   | Terapia cognitivo-conductual de autoayuda                            | 1+                 | A                      |
|   | Terapia interpersonal  | 2+                 | C                      |
| Trastorno por atracón                           | Terapia cognitivo-conductual   | 1-                 | B                      |
| Trastornos debidos al consumo de sustancias     |  |                    |                        |
| Tabaco  | Terapia cognitivo-conductual   | 1++                | A                      |
|   | Manejo de contingencias  | 1++                | A                      |
| Cannabis  | Terapia cognitivo-conductual   | 1+                 | A                      |
|   | Manejo de contingencias  | 1++                | A                      |
|   | Terapia de aumento motivacional                                      | 1+                 | A                      |



*Tabla 2 (continuación)*  
Niveles de evidencia y grados de recomendación de los tratamientos psicológicos para diferentes trastornos psicológicos (modelo CIE-11 de la OMS)

| Trastorno   | Tratamiento  | Nivel de evidencia | Grado de recomendación |
|---|--|--------------------|------------------------|
| <b>Trastornos debidos al consumo de sustancias</b>    |  |                    |                        |
| Alcohol   | Intervenciones motivacionales breves                           | 1++                | A                      |
|   | Terapia cognitivo-conductual                                   | 1++                | A                      |
|   | Terapia de entrenamiento en habilidades interpersonales        | 1++                | A                      |
|   | Terapia familiar conductual de pareja                          | 1++                | A                      |
|   | Terapia de prevención de recaídas                              | 1++                | A                      |
|   | Terapia de aumento motivacional                                | 1+                 | A                      |
|   | Terapia de reforzamiento comunitario                           | 1++                | A                      |
| Estimulantes  | Terapia de reforzamiento comunitario + Manejo de contingencias | 1++                | A                      |
|   | Manejo de contingencias  | 1++                | A                      |
|   | Terapia cognitivo-conductual                                   | 1++                | A                      |
| Opiáceos  | Manejo de contingencias  | 2++                | B                      |
|   | Terapia cognitivo-conductual                                   | 2++                | B                      |
| <b>Trastornos debidos a comportamientos adictivos</b> |  |                    |                        |
| Juego patológico                                      | Enfoque motivacional   | 1+                 | B                      |
|   | Terapia cognitiva  | 1+                 | B                      |
|   | Intervención breve   | 1+                 | B                      |
|   | Terapia cognitivo-conductual                                   | 1+                 | B                      |
|   | Grupos de autoayuda  | 2-                 | D                      |
|   | Realidad virtual   | 1+                 | B                      |
|   | Privación/abstinencia  | 2++                | C                      |
| Juego online  | Terapia cognitivo-conductual                                   | 1+                 | B                      |
|   | Realidad virtual   | 1+                 | B                      |
|   | Privación/abstinencia  | 2++                | C                      |
|   | Estimulación cerebral no invasiva                              | 2++                | C                      |
|   | <i>Mindfulness</i>   | 2-                 | D                      |
| Videojuegos   | Terapia de grupo   | 2+                 | C                      |
|   | Terapia cognitivo-conductual                                   | 1+                 | B                      |
|   | Terapia de pareja y/o familia                                  | 2+                 | C                      |
| <b>Trastornos de personalidad</b>                     |  |                    |                        |
| Límite  | Terapia dialéctica conductual                                  | 1++                | A                      |
|   | Terapia basada en la mentalización                             | 1++                | A                      |
|   | Terapia basada en esquemas                                     | 1+                 | B                      |
|   | Psicoterapia centrada en la transferencia                      | 1+                 | B                      |
|   | Programa STEPPS  | 2++                | C                      |
|   | Relación terapéutica orientada a la motivación                 | 1+**               | C                      |
|   | Terapia interpersonal metacognitiva                            | 1+**               | C                      |
|   | Terapia de regulación emocional                                | 1+**               | C                      |
|   | Terapia de aceptación y compromiso                             | 1+**               | C                      |
| Clúster C   | Terapia basada en esquemas                                     | 2+                 | C                      |
| Obsesivo-compulsivo                                   | Terapia interpersonal metacognitiva                            | 3                  | D                      |
|   | Terapia interpersonal metacognitiva                            | 3                  | D                      |
| Dependiente   | Psicoterapia orientada a la clarificación                      | 2++                | C                      |
|   | Terapia cognitiva analítica                                    | 3                  | D                      |
|   | Terapia de aceptación y compromiso                             | 3                  | D                      |

| <b>Trastornos del control de los impulsos</b>  |  |     |        |
|--|--|-----|--------|
| Piromanía  | Terapia cognitivo-conductual en entorno controlado       | 1+  | B      |
| Cleptomanía  | Sensibilización encubierta                               | 3   | D      |
| Trastorno Explosivo Intermitente   | Terapia cognitivo-conductual                             | 1+  | B      |
| Trastorno por Comportamiento Sexual Compulsivo   | Terapia cognitivo-conductual                             | 1++ | A      |
|  | Terapia multicomponente residencial                      | 2+  | C      |
| Trastorno de Compras Compulsivas   | Terapia cognitivo-conductual grupal                      | 1++ | A      |
| <b>Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio: depresión y ansiedad</b> |  |     |        |
| Intervenciones preventivas de la depresión postparto   | Terapia cognitivo-conductual                             | 2++ | B      |
|  | Terapia interpersonal                                    | 2+  | C      |
|  | Psicoterapia diádica                                     | 2+  | C      |
|  | <i>e-health</i>  | 2+  | C      |
| Tratamientos de la depresión postparto   | Terapia cognitivo-conductual                             | 2   | C***   |
|  |  | 2   | D****  |
|  | Psicoterapia diádica                                     | 2   | D***   |
|  |  | 2+  | C****  |
| Tratamientos de ansiedad   | Terapia cognitivo-conductual *****                       | 2+  | C      |
|  |  | 2+  | C      |
|  | <i>Mindfulness</i> *****                                 | 2+  | C      |
| Conducta suicida   | Terapia cognitivo-conductual y Terapia cognitiva         | 1++ | A      |
|  | Terapia dialéctica conductual                            | 1++ | A***** |
|  | Evaluación colaborativa y el manejo del suicidio         | 1+  | B      |
|  | Plan de seguridad de Stanley y Brown                     | 2++ | B      |
|  | Contacto activo de apoyo y seguimiento                   | 1+  | A      |
|  | Programa de intervención breve en tentativas de suicidio | 1+  | B      |
|  |  |     |        |

*Nota:* \* No se disponen, por el momento, de estudios que apoyen niveles elevados de eficacia de acuerdo con las guías basadas en la evidencia, si bien su influencia es creciente y su desarrollo es progresivo, existiendo trabajos que muestran sus beneficios. \*\* A pesar de que la evidencia disponible es de una calidad alta, el bajo número de publicaciones no permite hacer una recomendación más allá de un nivel C. \*\*\* Intervención implementada en el embarazo. \*\*\*\* Intervención implementada en el postparto. \*\*\*\*\* En personas diagnosticadas de Trastorno Límite de la Personalidad

experimental para la hipocondría, donde se ha comprobado además que la TCC administrada por Internet y guiada por un terapeuta tiene efectos comparables con la TCC presencial.

**Trastornos del comportamiento alimentario.** Tal y como recoge la Tabla 2, en la anorexia nerviosa no hay niveles de evidencia 1++, con lo cual el grado de recomendación de los tratamientos psicológicos en general sería B o incluso C. Aun así, para adultos, el tratamiento de elección sería la TCC y, como alternativa, la terapia interpersonal. Para la bulimia nerviosa el nivel de evidencia estaría entre 1+ y 1++ y, por lo tanto, el grado de recomendación de los tratamientos sería A. En este caso el tratamiento psicológico recomendado sería también la TCC.

**Trastornos debidos al consumo de sustancias.** El tratamiento psicológico constituye una de las principales líneas de actuación para la adicción a las dos drogas ilegales más consumidas, la cocaína y el cannabis, ya que, en estos momentos, no existen opciones

farmacológicas probadas. De entre las estrategias psicológicas analizadas, las técnicas operantes (manejo de contingencias, y en concreto la terapia de incentivos) además de las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades), así como las distintas combinaciones entre ellas, han demostrado ser las intervenciones más eficaces, con grados de recomendación A y B para la mayoría de las sustancias analizadas.

*Trastornos debidos a comportamientos adictivos.* Como se puede observar en la Tabla 2, en función del tipo de adicción, algunos de los tratamientos cuentan con mayor apoyo empírico que otros. Los datos existentes son más extensos para el juego patológico, mientras que se cuenta con datos limitados para las compras compulsivas, adicción a Internet y adicción a los videojuegos.

*Trastornos de la personalidad.* En los últimos años se ha registrado un aumento en la investigación clínica sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos de los trastornos de personalidad. En concreto, el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) acapara mayoritariamente esta investigación. Existen al menos cuatro tratamientos con eficacia altamente demostrada, destacando entre todos ellos la terapia dialéctica conductual. Tras ella, cabe destacar igualmente la terapia basada en la mentalización, la terapia basada en esquemas y la psicoterapia centrada en la transferencia. Estamos ante un asunto especialmente complejo, al recoger la literatura una gran variedad de intervenciones practicadas sobre el disperso conjunto de fenómenos que se agrupan bajo la etiqueta de trastornos de personalidad.

*Trastornos del control de impulsos.* En la Tabla 2 se presentan los tratamientos psicológicos para los diferentes tipos de trastornos del control de impulsos. Para el trastorno por comportamiento sexual compulsivo y de compra compulsiva, la TCC parece mostrarse como tratamiento empíricamente apoyado. En el tratamiento del trastorno explosivo intermitente la literatura aporta evidencia consistente sobre la eficacia de la TCC, tanto en la reducción de la ira como de las tendencias agresivas. La revisión de la evidencia en la cleptomanía ofrece resultados escasos y obsoletos, al igual que en la piromanía.

*Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio.* Los tratamientos psicológicos para los diferentes trastornos en el período perinatal (principalmente ansiedad y depresión), junto a su nivel de evidencia y el grado de recomendación, se presentan en la Tabla 2. Como se puede observar, dependiendo del objetivo de la intervención, la TCC presenta un mayor respaldo empírico en comparación con otras modalidades de terapia.

*Conducta suicida.* La conducta suicida se encuadra en el Capítulo 23 de la CIE-11, referido a causas externas de morbilidad y mortalidad, y no en el apartado de trastornos del comportamiento. No obstante, se ha decidido incluirla aquí por ser un fenómeno radicalmente psicológico con un claro impacto socio-sanitario (Díez et al., 2020). Como se muestra en la Tabla 2, existen diferentes tipos de tratamientos psicológicos, con niveles de apoyo empírico dispares, para el abordaje de la conducta suicida, entre los que destaca la TCC. También se podrían considerar otro de tipo de intervenciones breves, como el plan de seguridad de Stanley y Brown o el contacto activo de apoyo y seguimiento.

### Recapitulación

El objetivo de este trabajo ha sido llevar a cabo una revisión selectiva sobre cuáles son los tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para el abordaje de trastornos

psicológicos en adultos siguiendo el modelo CIE-11 de la OMS (2019). Se trata de mostrar qué intervenciones psicológicas funcionan, esto es, separar así el grano de la paja en el tratamiento psicológico de las personas que reciben un diagnóstico de trastorno psicológico. Únicamente aquellas intervenciones psicoterapéuticas que posean los méritos necesarios deberían ser incluidas en cualquier guía de práctica clínica. Se quiera o no, un adecuado nivel de calidad de los tratamientos psicológicos es necesario y deseable. A partir de esta revisión selectiva, los profesionales de la psicología tienen información rigurosa y actualizada que les permite tomar decisiones a la hora de implementar aquellos procedimientos psicoterapéuticos empíricamente fundamentados. También permite conocer lo que el sector público piensa sobre la utilidad de la psicoterapia en el campo de la salud mental. Como se comentó, es necesario promover los TPEA, pues tienen claras implicaciones tanto para la propia profesión (p. ej., proyección de ciencia a la sociedad, toma de decisiones informadas) como para los sistemas socio-sanitarios (p. ej., mejora de la calidad de la atención psicológica, gestión de recursos, accesibilidad, relación costes-beneficios). La interpretación crítica de la información derivada de los trabajos que analizan la eficacia y utilidad clínica de las psicoterapias es crucial. En general, se puede afirmar que los tratamientos psicológicos han mostrado ser eficaces, efectivos y eficientes para un amplio elenco de trastornos psicológicos en contextos diversos. Más aún, la investigación está mostrando la rentabilidad de la psicoterapia a corto, medio y largo plazo. Sin lugar a dudas, las intervenciones psicológicas permiten mejorar la calidad de vida, el bienestar y la funcionalidad de las personas que reciben diagnóstico de algún trastorno psicológico. En esencia, la psicoterapia parece ser el tratamiento de elección para el abordaje de gran parte de los trastornos mentales.

Para determinar el enfoque de intervención óptimo, las pruebas sobre la eficacia y la utilidad clínica de los tratamientos psicológicos deben combinarse, entre otros aspectos, con la experiencia del clínico, el contexto asistencial, y las características de la persona a la que van dirigidos. Por este motivo, se comentan a continuación algunas cuestiones de fondo de cierto calado referidas al término “evidencia”, al eje de tensión entre factores específicos-factores comunes, al veredicto del pájaro Dodo, y al modelo biomédico imperante y la necesidad de superar este paradigma.

En primer lugar, se debe advertir al lector que “evidencia” es una mala traducción del inglés “evidence”, y aunque aquí se ha utilizado de la mano de las GPC del SNS (niveles de evidencia y grados de recomendación), tal vez sería más correcto hablar de “prueba”, “pruebas científicas” o “apoyo empírico”. Además, evidencia (en su sentido amplio) no es sinónimo de ensayos controlados aleatorizados (ECA) o meta-análisis. En el campo de los tratamientos psicológicos se debe considerar tanto la práctica-basada-en-la-evidencia como la evidencia-basada-en-la-práctica donde se pueden incluir multitud de factores como la experiencia profesional, el juicio clínico, la frónesis, la prudencia, etc. Esto es, la única “evidencia” disponible no se obtiene ni de los resultados derivados de los ECAs ni de los listados de las guías clínicas que dictan cuáles son los mejores tratamientos, pues ellos mismos presentan sus propias limitaciones. Cierto es que los ECAs no son la panacea, ni una práctica psicoterapéutica debe construirse solo a partir de ésta, pero tampoco deben minimizarse su peso y su utilidad. Cualquier modelo o práctica que quiera ser respetada por la comunidad científica debe diseñar modos de someter su práctica a la medición científica, y ninguna práctica clínica debe vivir a

espaldas de ésta. No cabe duda de que es necesario un riguroso análisis de nuestras prácticas y procedimientos. No obstante, es igualmente cierto que se debería considerar la(s) “evidencia(s)” de una forma más abierta y dinámica, que vaya más allá de los criterios y recomendaciones de corte positivista y que considere, otros aspectos, como pudiera ser la experiencia clínica o los resultados derivados de metodologías cualitativas. Este razonamiento conduce al inexcusable debate de si es necesario modificar los criterios establecidos para determinar “los niveles de evidencia” y “grados de recomendación” en el campo de los tratamientos psicológicos, pues en esencia, son criterios desarrollados en la medicina que en ocasiones no se ajustan bien al campo psicológico.

En segundo lugar, aquí se ha focalizado el discurso más en el método de tratamiento (el qué) que en el cómo (factores comunes) (Wampold e Imel, 2015); no obstante, como se comentó al inicio del presente trabajo, no existe un qué sin un cómo, no existe una técnica sin un procedimiento (que indisolublemente incluye una relación terapéutica) ni sin unas competencias (las propias del profesional de la psicología clínica) a la hora de aplicarla. Ninguna técnica eficaz y efectiva puede implementarse sin una relación terapéutica que dependerá de diferentes cuestiones como la propia formación del psicólogo, de sus conocimientos del proceso de terapia y de las técnicas que aprende a aplicar. Es muy difícil deslindar el qué del cómo pues los factores implicados (paciente, relación, terapeuta y técnica) se encuentran incluidos de forma más o menos explícita en cada estudio particular de eficacia, efectividad y eficiencia de los tratamientos psicológicos. Sea como fuere, no deja ser curioso que las denominadas “Guías Clínicas” se focalicen más en el qué (tratamientos o técnicas de tratamiento), que en el cómo (procesos de cambio). A esto debe añadirse la limitación adicional relativa a la gran heterogeneidad en las unidades de análisis de los estudios. Es decir, mientras unos estudios ponen a prueba técnicas concretas para trastornos específicos (p. ej., la EPR para el TOC), otros examinan los efectos de paquetes multicomponente de tratamiento (p. ej., el programa STEPPS para el TLP) y otros aglutinan los resultados según el modelo teórico del tratamiento (p. ej., TCC, terapia conductual o terapia sistémica). Esta variabilidad complica sobremanera identificar con claridad, sobre todo en el caso de los programas multicomponente y de los modelos de tratamiento, qué es exactamente lo que convierte a un tratamiento en más o menos efectivo para un problema concreto y bajo qué condiciones (las variables predictoras y moderadoras del cambio).

En tercer lugar, existen numerosos y diversos tratamientos psicológicos eficaces y efectivos, sin ser todos. Asimismo, como indica Pérez-Álvarez (2020), las psicoterapias son más similares en eficacia que en sus concepciones y procedimientos. Sin negar que pueda haber terapias psicológicas más eficaces que otras según los problemas, la cuestión es que ninguna de las grandes tradiciones de la psicoterapia (psicodinámica, humanista, existencial, conductual, cognitivo-conductual, contextual, sistémica, constructivista) se puede dejar de lado por falta de eficacia y utilidad clínica. Por ello, siguen más vigentes que nunca tanto el conocido *veredicto del pájaro Dodo* donde “todos han ganado y todos tienen premio”, como la cuestión de cuáles son los ingredientes más relevantes para conseguir beneficios en la psicoterapia, tanto en lo que se refiere a los factores comunes (tanto de la terapia como de quienes solicitan ayuda) como a los componentes específicos (Pérez-Álvarez, 2021).

En cuarto lugar, parece que poco hemos avanzado en los últimos años en el campo de la psicoterapia en cuanto a los principios o mecanismos de cambio, aún pobremente comprendidos. Todavía

se arrastra una atención en salud mental basada en el modelo biomédico, fuertemente influenciada por la opinión de que los trastornos psicológicos se conciben como entidades naturales discretas, causado en una supuesta variable latente o constructo (mal denominada “enfermedad” mental), que pueden ser tratados por profesionales que aplican pautas de práctica basada en la evidencia para la reducción de síntomas a nivel grupal (van Os et al., 2019). No obstante, parece igualmente cierto que se respira una cierta atmósfera de cambio. Este modelo basado en la reducción de síntomas con un origen biológico está siendo claramente cuestionado, pues 1) está desconectado de aquello que las personas necesitan, 2) ignora la naturaleza psicosocial de los trastornos mentales, el papel de las emociones o el aprendizaje en el desarrollo de los mismos, así como la evidencia de la naturaleza transdiagnóstica de las dificultades psicológicas, 3) sobreestima la contribución de los aspectos técnicos del tratamiento (en comparación con los componentes relacionales de la terapia), y 4) no considera la naturaleza dinámica, contextual, holística, interactiva y funcional de los trastornos psicológicos. Por estas y otras cuestiones, se reclama rotar e implementar una verdadera integración de la psicoterapia dentro de un enfoque personalizado, colaborativo y basado en procesos (Hayes et al., 2019; Hofmann y Hayes, 2019), cimentado en la evidencia, más allá de escuelas y marcas de psicoterapia. Esto es, complementar el enfoque basado en la topografía sintomática del trastorno con otras aproximaciones que se centren en los procesos que mantienen el problema o motivo de consulta por parte del cliente.

Es digno de mención que este trabajo no está exento de ciertas limitaciones. Los tratamientos psicológicos disponibles para el abordaje de cada trastorno mental han sido revisados por un grupo específico de profesionales. La revisión de cada trastorno, obviamente, no deja de estar mediatizada por el material que cada uno ha revisado y por la decisión que cada uno ha tomado para elegir el nivel de evidencias y grado de recomendación. Por ejemplo, al tratarse de temas (trastornos) tan diferentes, es posible que la calidad de los estudios se pueda haber interpretado sin ver el conjunto de estudios sobre los trastornos restantes, de modo que probablemente (por poner algún ejemplo) lo que ha sido calificado como A o 1+ para un trastorno ha podido ser calificado como B o 2+ para otro. En este sentido, y por mucho que se busque la objetividad del sistema de clasificación del SNS, la decisión no deja de ser subjetiva. Ya se sabe, los números no saben de Psicología.

La meta futura que se otea en el campo de la psicoterapia es clara. Es imprescindible realizar un esfuerzo colaborativo, a modo de consorcios y temas de investigación transversales a todas las áreas de la psicología, tanto de carácter básico como aplicado, que permita mejorar la comprensión y abordaje de los problemas psico(pato)lógicos y aspectos relacionados. Todo ello sin perder de vista que los servicios de psicología tienen que estar respaldados por la evidencia empírica disponible y ser accesibles e inclusivos, tratando en todo momento de reducir la exclusión, la desigualdad, la discriminación y el estigma. Obviamente, la labor no está acabada, por lo que es necesario continuar con la formación, información, concienciación y sensibilización, tanto de los profesionales como de los usuarios y la sociedad, intentando reducir la brecha entre investigación y práctica, fomentando el uso de manuales para el profesional de la psicología de los protocolos de uso obligado, a partir de estudios rigurosos, con el fin de transmitir de la manera más concreta y fiel posible el cómo hacerlo. Todo ello sin perder nuestra meta común: la Psicología.



## Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por el Instituto Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental

(CIBERSAM), por el Instituto de Estudios Riojanos (IER), por las Ayudas Fundación BBVA a Equipos de Investigación Científica 2017 y cofinanciado con fondos FEDER en el PO FEDER de La Rioja 2014-2020 (SRS 6FRSABC026).

## References

- Asociación Americana de Psicología (División 12) (2019). Psychological Treatments. <https://www.Div12.Org/Psychological-Treatments/>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. American Psychiatric Publishing.
- Australian Psychological Society (2018). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: A literature review* (4 th ed.). Australian Psychological Society.
- Barlow, D. H. (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders, Fifth Edition: A Step-by-Step Treatment Manual*. Fifth Edición. The Guildford Press.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., y Ehrenreich-May, J. (2011). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide*. Oxford University Press.
- Borsboom, D., Cramer, A. O. J., y Kalis, A. (2018). Brain disorders? Not really: Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behavioral and Brain Sciences*, 24, 1-54. <https://doi.org/10.1017/S0140525X17002266>
- Botella, C. (2017). Los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. La búsqueda de la eficacia y la efectividad. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Progresos y crisis en psicología clínica* (pp. 23-39). Pirámide.
- Calton, T., Ferriter, M., Huband, N., y Spandler, H. (2008). A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 181-192. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm047>
- Cassiole-Robbins, C., Southward, M. W., Tirpak, J. W., y Sauer-Zavala, S. (2020). A systematic review of Unified Protocol applications with adult populations: Facilitating widespread dissemination via adaptability. *Clinical Psychology Review*, 78, 101852. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101852>
- Chambless, D., Baker, A., Baucom, D., Beutler, L., Calhoun, K., y Crits-Christoph, P. (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16.
- Chambless, D. L., y Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685-716. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A., y McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 5-18.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2015, 12 de diciembre). Código Deontológico del Psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. <http://www.cop.es/pdf/CodigoDeontologicodelPsicologo-vigente.pdf>
- Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., y Thomas, N. (2014). Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin*, 40, Suppl 4, S285-S294. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007>
- Cosgrove, L., y Krinsky, S. (2012). A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: A pernicious problem persists. *PLoS Medicine*, 9(3), e1001190. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001190>
- Conway, C. C., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Fried, E. I., Hallquist, M. N., Kotov, R., Mullins-Sweatt, S. N., Shackman, A. J., Skodol, A. E., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Zald, D. H., Afzali, M. H., Bornova, M. A., Carragher, N., Docherty, A. R., Jonas, K. G., Krueger, R. F., ... Eaton, N. R. (2019). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Can Transform Mental Health Research. *Perspectives on Psychological Science*, 14(3), 419-436. <https://doi.org/10.1177/1745691618810696>
- Cuijpers, P. (2019). Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: An overview. *World Psychiatry*, 18(3), 276-285. <https://doi.org/10.1002/wps.20661>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., y Ebert, D. D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30, 279-293. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1649732>
- Dauphin, V. B. (2020). A critique of the American Psychological Association Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. *Psychoanalytic Psychology*, 37(2), 117-127. <https://doi.org/10.1037/pap0000253>
- Díez, A., Ortuño-Sierra, J., Pérez de Albeniz, A., y Fonseca-Pedrero, E. (2020). SENTIA: escala para la evaluación de la conducta suicida en adolescentes. *Psicothema*, 30(3), 382-388. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.27>
- Evidence Based Medicine Working Group (1992). Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of The American Medical Association*, 268(17), 2420-2425. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>
- Fernández-Álvarez, J., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Molinari, G., Gómez, J. M., y Youn, S. J. (2020). La brecha entre la investigación y la práctica clínica: hacia la integración de la psicoterapia. *Papeles del Psicólogo*, 41, 81-90. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2932>
- Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). *Tratamientos psicológicos para la psicosis*. Pirámide.
- Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. Pirámide.
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Ruiz-Torres, M., Dongil-Collado, E., Cano-Vindel, A., y Grupo de Investigación PsicAP (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.005>
- Goodheart, C. D., Levant, R. F., Barlow, D. H., Carter, J., Davidson, K. W., Hagglund, K. J., Hollon, S. D., Johnson, J. D., Leviton, L. C., Mahrer, A. R., Newman, F. L., Norcross, J. C., Silverman, D. K., Smedley, B. D., Wampold, B. E., Westen, D. I., Yates, B. T., Zane, N. W., Reed, G. M., ... Bullock, M. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Guidry, L. S. (1975). Use of a covert punishing contingency in compulsive stealing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6(2), 169. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(75\)90048-8](https://doi.org/10.1016/0005-7916(75)90048-8)
- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., Stanton, C. E., Carpenter, J. K., Sanford, B. T., Curtiss, J. E., y Ciarrochi, J. (2019). The role of the individual in the coming era of process-based therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 40-53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.005>
- Hofmann, S. G., y Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Klontz, B. T., Garos, S., y Klontz, P. T. (2005). The Effectiveness of Brief Multimodal Experiential Therapy in the Treatment of Sexual Addiction. *Sexual Addiction and Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 12(4), 275-294. <https://doi.org/10.1080/10720160500362488>
- Luborsky, L., Singer, B., y Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That "Everyone Has Won and All Must Have

- Prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1975.01760260059004>
- Moriana, J. A., Gálvez-Lara, M., y Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review*, 54, 29-43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>
- Muñiz, J., y Fonseca-Pedero, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31(1), 7-16. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.291>
- Nathan, P. E., y Gorman, J. M. (2015). *Treatments that work*. Oxford University Press.
- Norcross J. C., y Lambert, M. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (3rd ed.). Volume 1: Evidence-Based Therapist Contributions*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., y Wampold, B. E. (2019). Relationships and Responsiveness in the Psychological Treatment of Trauma: The Tragedy of the APA Clinical Practice Guideline. *Psychotherapy*, 56(3), 391-399. <https://doi.org/10.1037/pst0000228>
- Norton, P. J., y Roberge, P. (2017). Transdiagnostic therapy. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 675-687. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.003>
- OMS (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades-11 (CIE-11)*. OMS. <https://icd.who.int/es>
- Osma, J., Suso-Ribera, C., García-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sánchez-Guerrero, A., Ferreres-Galan, V., Pérez-Ayerra, L., Malea-Fernández, A., y Torres-Alfosea, M. A. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: Study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0866-2>
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna: la melancolía y la esquizofrenia*. Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2018). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*, 39(3), 161-173. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2875>
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2877>
- Pérez-Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la psicoterapia: cómo salir. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 174-183. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2944>
- Pérez-Álvarez, M. (2021). Estructura y funcionamiento de la psicoterapia. En E. Fonseca-Pedrero (coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos* (pp. 671-706). Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández, C., y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Pirámide.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., y Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214-228. <https://doi.org/10.1080/10503300500268490>
- Rosenzweig, R. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- van Os, J., Guloksuz, S., Vijn, T. W., Hafkenscheid, A., y Delespaul, P. (2019). The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? *World Psychiatry*, 18(1), 88-96. <https://doi.org/10.1002/wps.20609>
- Wampold, B. E., e Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The research evidence for what works in psychotherapy* (2nd ed.). Routledge.
- Weisz, J. R., y Kazdin, A. E. (2017). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents (Third Edition)*. Guilford Press.